



688
4

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

FUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

1854 * AÑO NOVENTA Y TRES * 1947

Oficinas de Redacción y Administración:

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

Precios de suscripción:

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

EDITOR RESPONSABLE:

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

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

Madrid y sábado día 5 de julio de 1947

NUMERO 4.759



Sulfatiazol DIF

el primer preparado de sulfamido-
tiazol de que se dispuso en España.

De indicación preferente en in-
fecciones debidas a **estafilococo**,
gonococo y **neumococo**, es hoy
el sulfamídico de elección por su
pronta y decisiva acción y magní-
fica tolerancia, bien superiores a las
de los preparados «tiazólicos meti-
lados». (M. Truffi. Riforma Medica 1942,
LVIII.p.221, O. Gsell, Schweiz. M. Wochen.
1941, 71, 1576, etc.)

SE EXPENDE TAMBIÉN EN
TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

Así como Piridazol y Sul-
fatiazol DIF fueron los dos
primeros preparados de
sulfapiridina y de sulfami-
dotiazol que pudieron utili-
zar los clínicos españoles,
también ha cabido a este
Laboratorio el honor de
presentar en España el pr-
mer derivado sulfamídico
con núcleo pirimidínico: el
sulfametazina, bajo el nom-
bre AZOLMETAZIN. De
parecidas indicaciones al
Sulfatiazol, resulta muy
recomendable en los casos
de Sulfatiazol-resistencia.

LABORATORIOS Dr. ANDREU

Corretas, 10
M A D R I D



Rambla Cataluña, 66
B A R C E L O N A



FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

| | | | |
|-------------------|---|--------------------|----|
| Fluoroformo. 2,80 | { | Thymus Vulga... .. | 50 |
| | | Drosera Rotun..... | 5 |

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - B A R C E L O N A

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

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

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—COLABORACIONES: *El tratamiento broncoscópico de la tuberculosis broncopulmonar*, por el Dr. Vassallo de Mumbert. *La suero-coagulación de Weltmann en la esquizofrenia*, por el Dr. Agustín Jimeno Cataneo. DIVULGACIONES NACIONALES: *Vacuna antitífica muerta y conservada con alcohol para conservación del antígeno Vi*, por el Dr. J. de la Lastra Soubrier. *Mortalidades específicas profesionales en España*, por el Dr. Jesús Villar Salinas. *Un caso de tromboendangitis obliterante cerebral*, por el Dr. J. Solé Sagarra. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

El tratamiento broncoscópico de la tuberculosis broncopulmonar

por el

Doctor VASSALLO DE MUMBERT

Otorrinolaringólogo. Jefe de la Sección de Broncoesofagología del Hospital Central de la Cruz Roja Española de Madrid.

Cada día es más numeroso el número de médicos, en especial los tisiólogos, que solicitan la exploración broncoscópica, bien con un fin diagnóstico, bien como maniobra para la terapéutica *in situ*.

Va desapareciendo el temor de las primeras épocas, de introducir el tubo broncoscópico a los tuberculosos, al haber podido observar que en enfermos afectados de procesos tan graves como la tuberculosis (asmáticos, abscesos pulmonares, et cétera) no se han señalado evidentes perjuicios para la natural evolución de los pacientes, sino que, en una gran mayoría de casos, tales medidas condujeron a la curación.

Nosotros tenemos ocasión con gran frecuencia de efectuar exploraciones broncoscópicas en enfermos tuberculosos de distintas formas clínicas, y hemos procurado efectuar tratamientos endoscópicos, bajo el control clínico de los tisiólogos, de muchos de los casos explorados.

Con el afán lógico de conocer la acción local de diversos medicamentos, hemos seguido la evolución de varios de ellos, y hemos obtenido algunas conclusiones prácticas después de cuatro años de utilizar en los tuberculosos estos procedimientos.

En conjunto, podemos decir que la exploración simplemente, realizada con arreglo a las normas usuales de todos conocidas, no nos ha dado ja

más ningún signo que nos haya podido sugerir la idea de que tal maniobra endoscópica ha empeorado al enfermo. Creemos a este respecto que los tuberculosos broncopulmonares deben ser anestesiados muy escrupulosamente, no sólo con la anestesia por impregnación en la mucosa del tramo aéreo superior, sino incluso anestesiando con novocaína al 1 por 100 los nervios laringeos de ambos lados, evitando totalmente el dolor en las primeras maniobras de introducir el tubo.

Dejando a un lado lo relativo a las finalidades prácticas de la broncoscopia, es decir, a la visión directa de las lesiones en la tuberculosis broncopulmonar, vamos a exponer someramente el estado actual de los métodos endoscópicos empleados, según la mayor parte de los autores y de nuestro criterio personal.

* * *

Si tenemos en cuenta que bajo el broncoscopio podemos observar, no sólo la presencia de secreciones patológicas, sino las distintas lesiones anatómicas de las paredes de los bronquios, comprenderemos que las medidas terapéuticas podrán ser muy diversas.

En la secreciones patológicas incluimos la sangre extravascular, cuyo síndrome de hemoptisis es en un 88,3 por 100 de nuestros casos estudiados el dato que ha llevado a los enfermos a nuestra exploración.

Cuando la secreción es abundante, en los casos de bronquiectasias con abundante broncorrea, o bien se trata del drenaje a un bronquio de un absceso pulmonar o de los productos de la caseificación del parénquima, la aspiración de todo este material influye favorablemente en el curso de la afección, permitiendo la mejor ventilación de la zona enferma, atelectásica la mayoría de las veces por la presencia del llamado por CHEVALIER JACKSON «el tanque séptico bronquiectásico».

La disminución de las secreciones, en cuyo conjunto suelen hallarse con gran frecuencia diversas asociaciones bacterianas aerobias facultativas, es uno de los fines más acertados de la bronquioscopia, que permite poner en contacto con estas secreciones los distintos medicamentos modificadores de la función glandular de la mucosa, por un lado, e inhibidores, por otra parte, de la pululación bacteriana, por la revitelación de los tejidos patológicos.

La aspiración se hace con el enfermo en decúbito lateral del lado correspondiente bajo el control de la vista constantemente, utilizando cualquier método de succión, aconsejando nosotros la bomba de agua ideada por el ingeniero señor Gándara, que, además de sencilla y poder esterilizarse, para obtener productos para investigación bacteriológica, permite observar constantemente el producto de la aspiración.

En los casos de cavernas con bronquio de drenaje de tercero, la aspiración de la caverna por el método endoscópico puede llegar no sólo a dejar desaparecido el nivel líquido, sino a favorecer el colapso de las paredes.

En los casos que topográficamente es posible, se puede intentar la obliteración del bronquio de drenaje previa aspiración del contenido líquido de la caverna por medio de aplicación tópica de sustancias astringentes, preferentemente el percloruro de hierro al 5 por 100, consiguiéndose una inflamación cicatricial retráctil rápida y firme que obtura el bronquio de drenaje.

La aspiración de exudados debe ir seguida de nebulización de sustancias modificadoras, antibióticas o vitaminadas.

Las sulfamidas en solución acuosa son muy bien toleradas por el aparato bronquial, pudiendo leer, a quien le interese, nuestro trabajo experimental sobre «Sulfamidoterapia endobronquial», en la revista *Ser*, 1946.

En los procesos tuberculosos broncopulmonares no hemos obtenido ningún resultado, observando únicamente con el prontasil que la secreción se volvía bacteriana, pero sin disminuir de cantidad y frecuencia.

Las nebulizaciones e instilaciones directas de penicilina tampoco nos han dado resultados alentadores, como, al parecer, ha obtenido GIEMSEM (1).

La estreptomina parece que mejora el cuadro en general, habiendo desaparecido en uno de nuestros casos los bacilos de la secreción, que eran francamente abundantes. La escasez de casos así tratados no nos permite sentar ningún juicio definitivo.

Las sustancias modificadoras más usadas son el nitrato de plata en concentraciones del 20 al 40 por 100, el ácido tricloroacético, el ácido fénico anhidro y el alcohol absoluto.

Todas estas sustancias se emplean en la tuberculosis broncopulmonar para obtener por vía broncoscópica bien inflamaciones cáusticas y, consecutivamente, retracciones cicatriciales; bien inhibición de la función mucípara de la mucosa.

El ácido tricloroacético parece ser que tiene la propiedad de excitar la función ciliar, según señala LEBRIJK (1), hecho interesante, por tratarse del principal mecanismo de defensa del epitelio bronquial.

Las vitaminas aplicadas tópicamente también se vienen utilizando, especialmente la vitamina A, que por su papel de protectora de los epitelios parece que detiene las ulceraciones de la mucosa. Su aplicación, como todos los medicamentos, debe hacerse o por nebulización, cuando no es preciso fijar la acción en un determinado punto, o con el pulverizador bronquial, que solamente deposita el medicamento en el sitio de elección.

En enfermos adiestrados es posible, mediante la instilación postural, sin necesidad de introducir el broncoscopio, llegar a los últimos tramos de las ramificaciones bronquiales con las sustancias medicamentosas, igual que se hace para introducir sustancias de contraste para la exploración radiológica.

Las aplicaciones tópicas con largos portaalgo dones deben restringirse en lo posible, pues las lesiones ulcerosas sangran, como es sabido, al menor contacto, razón también por la cual se debe evitar, en lo posible, el contacto con el extremo distal del broncoscopio, acercándose a las lesiones sin pasar por encima de ellas.

En las hemoptisis puede efectuarse sin ningún peligro el taponamiento bronquial con gasa estéril de dos centímetros de ancha, rociada de glicerina estéril. En uno de nuestros enfermos nos permitió este procedimiento heroico salvarle, gracias a Dios, de una muerte por anemia aguda, efectuándose posteriormente transfusiones, y pudiendo el enfermo volver a su vida anterior, estando aún en la actualidad en tratamiento de su tuberculosis exudativa bilateral.

El procedimiento es dramático en su realización, pero de muy alentadores resultados, debiendo reservarlo sólo para los casos de hemoptisis cataclísmicas.

En los casos de unilateralidad los éxitos son más frecuentes. En los casos bilaterales de hemop-

*Una actividad consagrada
a una especialización*



ANEMIAS REFRACTARIAS A LOS EXTRACTOS HEPATICOS USUALES

Gracias a la obtención del extracto de hígado proteolizado pueden tratarse un grupo de anemias hipercrómicas que eran absolutamente refractarias a los extractos hepáticos corrientes, tales como las anemias que se observan en el embarazo, en el sprue y en las deficiencias nutritivas estudiadas en los trópicos, o anemia de Willy-Evans, etcétera, que demuestran que, además del principio antianémico conocido, existen otros en el hígado fresco indispensables para la hematopoyesis.

Su digestión enzimática hace que el HEPAVITAL PROTEOLIZADO alcance una eficacia antianémica muy superior a la conseguida por otro cualquier procedimiento, reuniendo también este preparado una mayor riqueza de aminoácidos y complejo vitamínico B.



HEPAVITAL PROTEOLIZADO

Frascos de granulado conteniendo el principio antianémico, complejo B y aminoácidos de 1.000 gramos de hígado fresco.

ANTIANEMICOS "ALTER"

G E R V I T A L

VITAMINA C-OLIGOELEMENTOS-CLOROFILA

G R A G E A S

HEPAVITAL

"EXTRA-FUERTE"

(INJECTABLE)

Frascos de 10 c. c.

HEPAVITAL

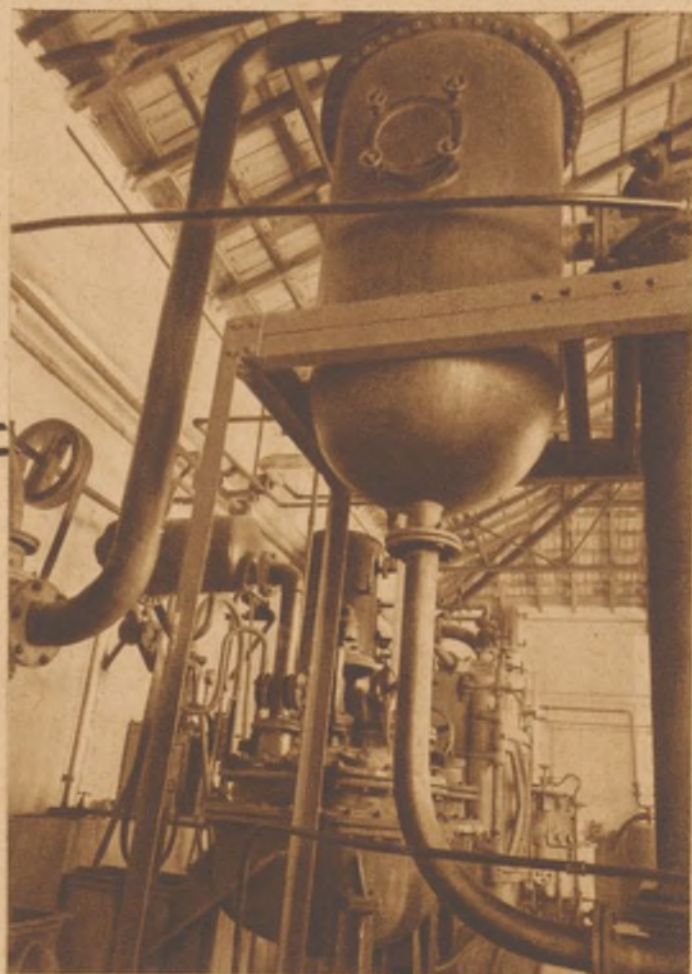
EXTRACTO HIGADO VITAMINADO

INJECTABLE DE 5-2 Y 1 c. c.

LIQUIDO: FRASCOS DE 125 c. c.

ALTER-MADRID

Ayuntamiento de Madrid



*Una actividad consagrada
a una especialización*

ASOCIACION DE VITAMINAS A y D EN DOSIS MASIVAS

La Vitamina A o axeroftol es necesaria para las funciones del crecimiento y trofismo de los epitelios, perfecto funcionamiento del aparato visual, así como para los procesos de la reproducción y metabolismo del tiroideo. La administración de grandes dosis de esta vitamina (400.000 u. i.) aumenta su eficacia, pues su almacenamiento prolonga su acción durante varios meses.

El choque vitamínico D (600.000 unidades en una sola vez) permite la curación rápida de todas las formas del raquitismo, sobre todo en los casos graves de esta enfermedad, cuando existen infecciones intercurrentes y en su profilaxis en la embarazada y el lactante.

El Biominol A-D asocia en una sola ampolla estas dos vitaminas a dosis masivas.

BIOMINOL A·D

D O S I S M A S I V A S

Caja de una ampolla de 2 1/2 c. c. con 400.000 u. i. de vitamina A. y 600.000 de vitamina D.

BIOMINOL "A"

VITAMINA A - DOSIS MASIVAS
UNA AMPOLLA 400.000 U. I.

VITALTER

VITAMINA D - DOSIS MASIVAS
UNA AMPOLLA 600.000 U. I.

BIOMINOL

SOLUCION GOTAS VITAMINAS A-D - POMADA VIT. A-D

VITALTER CALCICO

INJECTABLE Y GRANULADO - CALCIO Y VITAMINA D

VITAMINAS "ALTER"

GRAGEAS DE VITAMINAS A-D-C-B₁-PP

ALTER - MADRID

tisis por ambos bronquios no creemos sea útil el sistema. Nosotros no hemos tenido ocasión de comprobarlo en ninguno de nuestros enfermos, por creerlo irrealizable.

El taponamiento bronquial, como método para la exclusión funcional de un lóbulo o de todos los de un mismo lado, es un procedimiento que fué ideado por RAISSINGER (2), utilizando la vía broncoscópica. El taponamiento se hacía primitivamente con gasa estéril embebida en colodión. Las hemorragias acaecidas al retirar el taponamiento desecharon el método. En 1941, HELDENBERG (3) publicó los casos por él tratados, obteniendo la oclusión por un globo de goma con un largo mandril, que permite, una vez insuflado, quedar el mandril colocado *in situ* a través de toda la vía aérea, gracias a su flexibilidad. El reposo obtenido de esa forma es total, y parece ser que las lesiones tienden a la regresión y a la fibrosis.

También se ha intentado, y nosotros tenemos un caso así tratado, de oclusión de un bronquio secundario por electrocoagulación, con la consiguiente exclusión funcional del segmento correspondiente al asiento de sus lesiones.

Respecto al tratamiento broncoscópico de las lesiones macroscópicas de la tuberculosis broncopulmonar, hemos de decir que es de un gran interés práctico y científico.

La electrocoagulación de vasos de la pared

bronquial, destrucción de granulaciones sangrantes, electrocauterización de masas tumorales, etcétera, ha permitido en muchos casos la curación sindrómica de algunos enfermos.

Por otra parte, las estenosis bien espontáneas consecutivas a procesos de regresión de alteraciones tuberculosas de la pared, bien debidas a la aplicación tópica de diversas sustancias, tienen en el método endoscópico el mejor procedimiento para las dilataciones con sondas de «nutrilax» o sustancias análogas.

Finalmente, la aplicación directa de sondas portarradium para el tratamiento local de las formas tumorales y vegetantes y la aplicación a través del broncoscopio de diversas emanaciones lumínicas (lámpara de cuarzo, helioterapia natural, etc.) se efectúan por algunos autores a través de esta vía endoscópica, al parecer con éxitos.

Este bosquejo sobre la orientación que debe seguir el clínico para el tratamiento broncoscópico de las formas tuberculosas broncopulmonares, queremos completarlo con lo observado por nosotros al utilizar las técnicas y procedimientos de los demás.

A) En la aspiración de exudados y nebulización o pulverización de las diversas sustancias modificadoras y vitamínicas, el método ha resultado utilísimo, disminuyendo siempre mucho la erección, mermando, por tanto, también la tos



Leofilina

TEOFILINA ETILENDIAMINA

ANCOR PECTORIS
INFARTO DE MIOCARDIO
DISNEAS PAROXÍSTICAS
ESCLEROSIS CORONARIA

COR PULMONALE
ASMA BRONQUIAL
INSUFICIENCIAS CIRCULATORIAS
RITMO DE CHEYNE-STOKES



COMERCIAL IBERO DANESE, S.A.
MADRID APARTADO 439 COPENHAGUE BARCELONA SARRIÀ, 7

del enfermo y mejorando su coeficiente de ventilación pulmonar.

B) La aplicación por los mismos medios de sulfamidas diversas, penicilina y estreptomicina, no nos ha dado ningún resultado práctico, no pudiendo juzgar rotundamente lo referente a estreptomicina por nuestra escasa experiencia.

C) La obtención de caldo-vacunas en un 37 por 100 de los enfermos tratados ha mejorado extraordinariamente el cuadro general y local del proceso tuberculoso, verificando, previa aspiración del contenido séptico, una nebulización bisemanal y en dosis progresiva del caldo-vacuna, obtenido de las secreciones del propio enfermo, tomadas por aspiración endoscópica.

D) El lavado pulmonar a través del bronquioscopio ha permitido en siete casos de tuberculosis pulmonar, sin bacilos aparentemente, recoger un producto del lavado, que, merced al procedimiento de homogeneización de Uhlenhuth, permitió demostrar la presencia del bacilo de Koch.

E) El taponamiento directo del bronquio hemoptizante puede efectuarse gracias al método broncoscópico en los casos de hemorragias cataclísmicas, sistema que permite, salvada la fase crítica, efectuar los tratamientos habituales de estos síndromes (transfusiones, hemostáticos, etcétera).

F) La aspiración del contenido de la caverna a través del bronquio de drenaje, cuando es accesible, permite la oclusión por succión de las paredes cavernosas, e incluso la cauterización química o eléctrica del bronquio, para conseguir la oclusión total o parcial de su luz.

G) El tratamiento tópico de las distintas lesiones macroscópicas de la pared bronquial sólo puede ser realizado a través de las vías naturales por este procedimiento, utilizando la diatermocoagulación, electropuntura, chispa fría, exéresis quirúrgica ordinaria y aplicación tópica de radium y exposición a la luz actínica, solar, ultravioleta, etcétera, de las zonas enfermas.

I) El conocimiento de acción y dosificación de «los medicamentos auxiliares de la broncoscopia» (morfinas, escopolamina y atropina) es de gran importancia, coadyuvando en muchas ocasiones al éxito o fracaso de la maniobra.

¿Pretendemos con estos métodos curar la tuberculosis broncopulmonar? Naturalmente que no. Sólo pretendemos utilizar estos medios para efectuar también el tratamiento por la vía por donde suele penetrar la infección, pudiendo no sólo controlar por la visión directa la marcha macroscópica de los procesos tuberculosos localizados a este nivel o deducir, por el aspecto de la región explorada, la evolución del proceso tuberculoso pulmonar, sino actuar directamente sobre ella en la forma que hemos resumido, no pudiendo señalar exactamente las indicaciones de estos métodos por la variabilidad de sus formas clínicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—LEBRIJK: «Therapie der Gogenwart», III. 1942.
- 2.—RAISSINGER: *Edinburgh Medical Journal*, t. 49. 1932.
- 3.—HELDENBERG: *Journal of Hygiene*, t. 37, pág. 118. 1941.
- 4.—VASSALLO DE MUMBERT: *Ser.* 1946.
- 5.—VASSALLO DE MUMBERT: *Semana Médica*, XII. 1945.

MANICOMIO PROVINCIAL DE SEGOVIA (QUITAPESARES)
Director: Doctor E. Núñez Sánchez.

La suerocoagulación de Weltmann en la esquizofrenia

por el

Doctor AGUSTIN JIMENO CATANEO

La base biológica de la esquizofrenia es poco conocida. La anatomía patológica y el quimismo del proceso esquizofrénico han sido estudiados con detenimiento, sin haberse llegado a ninguna conclusión definitiva. Existe unanimidad de criterio en aceptar que la esquizofrenia auténtica tiene una base orgánica; las discusiones se plantean en cuanto a la calidad de esta alteración: KRAEPELIN pensó en una causa endocrina; KLEIST, en una heredo-degeneración de un sistema neurológico. En realidad no lo sabemos. Para los más, sigue siendo válido lo de que la esquizofrenia es debida a una causa tóxica «de naturaleza desconocida». Teniendo que dejar al tiempo que aclare si lo primero es una alteración cerebral que posteriormen-

te produciría alteraciones endocrinas y metabólicas, como piensan los que ven parangón con la encefalitis epidémica, o a la inversa, manera de explicar los no raros estigmas endocrinos y metabólicos que se encuentran en esquizofrénicos.

Todo ello no puede servir sino para acrecentar el valor que pudiera tener todo lo relacionado con reacciones biológicas en esta enfermedad. Una aportación en este sentido es este trabajo, que contribuye a fijar el alcance de una reacción conocida: la suerocoagulación de Weltmann.

La importancia que tiene llegar a poder fijar si el grupo clínico de las esquizofrenias es o no una entidad unitaria, así como el enorme interés que tendría disponer de un medio biológico que nos

permitiese en casos dudosos, incipientes o no, sentar un diagnóstico diferencial con otras psicosis, ha hecho que a estas reacciones biológicas se las conceda siempre gran atención.

Así, SCHULTS e ITTEN han estudiado las posibles alteraciones hemáticas en estas enfermedades, sin llegar a conclusiones diagnósticas importantes.

MUCH y HOLRMANN estudiaron en las enfermedades mentales, mediante la «reacción cobra» en la sangre, la presencia de determinadas sustancias que no se encontrarían en las personas sanas de la mente.

FAUSSER ha estudiado la reacción de Abderhal den en enfermos mentales, tratando de descubrir determinadas sustancias que le indicasen alteraciones morbosas de algunos órganos; así creyó descubrir en el suero de los esquizofrénicos determinadas sustancias testiculares u ováricas en las esquizofrénicas, pero nada de esto parece ser que se ha confirmado.

HAUPTMANN observó una disminución del tiempo de coagulación sanguínea, y BUNKE creyó confirmarlo. Si bien otros investigadores no pudieron comprobar los primeros resultados obtenidos por estos autores.

En el curso de la demencia precoz se ven oscilaciones de la curva de peso (en uno y otro sentidos), sin que estas variaciones puedan relacionarse con la mayor o menor ingestión de alimentos, sino que parecen relacionadas, como demostró ROSENFELD, con alteraciones del metabolismo hidrosalino, produciendo retenciones hídricas pasajeras.

MEYER, LEVI y NICOLAJEW han señalado una hipofunción del sistema retículoendotelial en la demencia precoz, que nos demuestra el estado atónico del mesénquima.

Como difieren muchos los resultados obtenidos por los diversos autores en lo referente a las alteraciones sanguíneas en la esquizofrenia, es por lo que nos hemos decidido a hacer algunos estudios y comprobaciones en este sentido, empleando la suerocoagulación de Weltmann en un grupo de enfermos esquizofrénicos de diversos tipos, con mayor o menor tiempo de evolución y diverso grado de actividad.

Todos los enfermos han sido sometidos antes a un cuidadoso estudio somático, para evitar que enfermedades como la tuberculosis, sífilis, enfermedades hepáticas, etc., modificaran los resultados de la reacción. También hemos procurado que fueran enfermos que se encontrasen en distintos grados de actividad, con arreglo a la clasificación de Berze; es decir, de esquizofrenia procesal activa o con proceso orgánico subyacente en actividad y esquizofrenias procesales inactivas o latentes.

Hemos seguido la técnica clásica de Oskar

Weltmann, diluyendo el suero al 1 por 50 en agua destilada (umbral de dispersión); después se agregan cantidades progresivamente crecientes de cloruro de calcio, y se coloca a una temperatura de 100°; entonces se determina la concentración mínima de la sal, con la cual se ha producido la coagulación al cabo de quince minutos (umbral electrolítico).

Después, a partir de una solución madre de cloruro cálcico anhidro en agua al 5 por 100, se preparan diez soluciones de concentración creciente, y en progresión aritmética, desde 0,5 miligramos por 1.000 hasta 5 miligramos por 1.000 numerándolas del 10 al 1. Entre las soluciones 7 y 8 se interpola la solución 7,5, que contiene 1,75 miligramos de cloruro de calcio. Queda, por tanto, una serie de diluciones como sigue: 0,5, 1, 1,5, 1,75, 2, 2,5, 3, 3,5, 4, 4,5 y 5 miligramos por 1.000.

Una vez que tenemos esta serie de soluciones de concentración creciente de cloruro de calcio, en una gradilla se colocan 11 tubos de ensayo, secos y limpios, numerándolos del 1 al 10, e incluyendo el tubo 7,5 entre el 7 y el 8.

En cada tubo de ensayo se colocan 5 c. c. de la solución de cloruro de calcio correspondiente y 0,1 c. c. del suero a ensayar. Se agita y se introducen todos los tubos en un baño de María a 100° durante quince minutos; después de este período de tiempo se ven los resultados.

En los primeros tubos se presenta un coágulo de aspecto algodonoso, adherido a la pared del tubo y en parte sedimentado; en los tubos siguientes el coágulo es más pequeño, no adherido a la pared, sedimentado, y el líquido lechoso. La coagulación se presenta hasta el tubo 6 ó 7, como máximo; en los restantes tubos solamente hay aspecto lechoso, que decrece en intensidad hasta quedarse el último tubo con un aspecto opalino.

La serie de tubos en que se ve la coagulación de una manera evidente se llama banda de coagulación de Weltmann (en abreviatura, K. B.), que normalmente llega hasta el tubo 6 ó 7; en ciertos estados patológicos la amplitud de esta banda de coagulación queda modificada. Cuando la coagulación ha tenido lugar por encima del tubo número 7, se dice que es alargamiento de la banda de coagulación o desviación a la derecha, y la disminución de la coagulación por debajo de este tubo, acortamiento de la misma o desviación a la izquierda.

¿A qué obedecen las variaciones de la banda de coagulación? El doctor J. M. CAÑADELL, en su magnífico trabajo sobre la suerocoagulación de Weltmann, dice que todos los autores que se han ocupado de esta cuestión, relacionándola con posibles alteraciones del suero, han fracasado, por emplear un criterio unilateral, y dice que, seguramente, deben ser varios los factores que influyen en su resultado.

Así, este autor dice que en las enfermedades que se produce una reacción defensiva del organismo de tipo inmunizante se ocasiona un acortamiento de la banda o desviación a la izquierda que sería debido al aumento de fibrinógeno y globulinas; es decir, alteraciones o modificaciones del cuadro proteico.

En las enfermedades que se producen alteraciones del sistema reticuloendotelial, hipofunción, la banda de coagulación está alargada.

Asimismo, CAÑADELL dice que en algunas enfermedades, al pasar de la fase aguda a la crónica, aumenta lentamente la amplitud de la banda.

En las enfermedades donde hay trastornos del metabolismo hidrosalino se produce también alargamiento de la banda.

Hemos practicado la reacción en 30 enfermos de las condiciones y características dichas anteriormente, y hemos obtenido los siguientes resultados:

| Núm. | H. C. núm. | Iniciales | Edad años | Tipo de esquizo | Tiempo de evolución | Resultado |
|------|------------|-----------|-----------|---------------------------------|---------------------|-----------|
| 1 | 153 | L. A. | 28 | Paranoide activa..... | 1 año | K. B.-7,5 |
| 2 | 211 | F. B. | 33 | Esquizo activa..... | 1 año | K. B.-7,5 |
| 3 | 164 | L. F. | 26 | Esquizo activa..... | 4 meses | K. B.-6 |
| 4 | 214 | F. G. | 30 | Seudodemencia..... | 2 meses | K. B.-7 |
| 5 | 165 | R. B. | 33 | Paranoide activa..... | 3 años | K. B.-7,5 |
| 6 | 6 | N. F. | 23 | Catatónica activa..... | 7 años | K. B.-8 |
| 7 | 125 | L. R. | 33 | Catatónica activa..... | 6 años | K. B.-8 |
| 8 | 21 | A. H. | 30 | Catatónica activa. Estupor..... | 5 años | K. B.-9 |
| 9 | 72 | M. G. | 25 | Esquizo inactiva..... | 10 años | K. B.-7 |
| 10 | 4 | E. G. | 29 | Esquizo inactiva..... | 7 años | K. B.-7,5 |
| 11 | 1 | P. M. | 37 | Esquizo inactiva..... | 6 años | K. B.-7,5 |
| 12 | 62 | G. P. | 35 | Esquizo activa..... | 14 años | K. B.-9 |
| 13 | 16 | G. T. | 33 | Esquizo activa..... | 8 años | K. B.-8 |
| 14 | 155 | E. P. | 19 | Esquizo activa..... | 1 año | K. B.-7,5 |
| 15 | 109 | J. T. | 20 | Esquizo activa..... | 1 año | K. B.-7,5 |
| 16 | 218 | J. C. | 36 | Paranoide inactiva..... | 5 años | K. B.-7 |
| 17 | 219 | M. S. | 24 | Esquizo activa..... | 3 meses | K. B.-6 |
| 18 | 51 | H. A. | 45 | Esquizo inactiva..... | 12 años | K. B.-6 |
| 19 | 26 | A. C. | 36 | Paranoide inactiva..... | 8 años | K. B.-6 |
| 20 | 77 | A. P. | 25 | Esquizo inactiva..... | 8 años | K. B.-6 |
| 21 | 110 | V. M. | 39 | Oligofrenia..... | | K. B.-6 |
| 22 | 8 | C. M. | 34 | Esquizo inactiva..... | 8 años | K. B.-7 |
| 23 | 18 | R. M. | 36 | Esquizo inactiva..... | 4 años | K. B.-7 |
| 24 | 160 | S. G. | 25 | Esquizo inactiva..... | 1 año | K. B.-6 |
| 25 | 126 | M. H. C. | 46 | Esquizo inactiva. Demencia..... | 24 años | K. B.-8 |
| 26 | 127 | N. M. B. | 34 | Esquizo inactiva..... | 5 años | K. B.-7 |
| 27 | 205 | J. V. G. | 36 | Paranoide activa..... | 2 años | K. B.-7,5 |
| 28 | 183 | B. H. M. | 25 | Esquizo activa..... | 5 años | K. B.-8 |
| 29 | 90 | J. Z. B. | 51 | Esquizo inactiva..... | 13 años | K. B.-7,5 |
| 30 | 88 | F. Ll. V. | 40 | Paranoide inactiva..... | 7 años | K. B.-7 |

Estudiando el cuadro anterior, vemos que en las esquizofrenias que están en actividad la banda de coagulación está desviada hacia la derecha.

Esta desviación es más acentuada hacia la derecha cuantos más años de evolución lleve la enfermedad y más rica haya sido en períodos de actividad o brotes.

Si la enfermedad lleva solamente meses de evolución y poca actividad, la banda puede estar normal o desviada ligeramente hacia la izquierda.

Al apagarse el proceso (esquizofrenias inactivas), la banda de coagulación vuelve a la normalidad o se desvía, incluso, a la izquierda.

En otras enfermedades mentales no esquizofrénicas, la banda de coagulación permanece normal o ligeramente desviada a la izquierda.

En las fases finales de la enfermedad, con mal estado general y mal pronóstico, la banda de coagulación está considerablemente desviada hacia la derecha.

Relacionamos las modificaciones de la banda de

coagulación de la esquizofrenia con posibles modificaciones humorales y químicas en esta enfermedad, pues sabemos que la banda de coagulación está desviada a la derecha en las enfermedades en que hay hipofunción del sistema reticuloendotelial y alteraciones del metabolismo hidrosalino, y en las enfermedades que pasan lentamente del estado agudo al crónico y al mismo tiempo se producen modificaciones proteicas en el suero, todas estas condiciones son precisamente las que se producen en la esquizofrenia, como hemos visto en el estudio preliminar de este trabajo, en los diversos períodos de actividad, brotes y estados de ficitarios e inactivos de esta enfermedad.

Las modificaciones que produce en la banda de coagulación, en uno y otro sentidos, el grado de actividad del proceso esquizofrénico, son muy lentas y requieren bastante tiempo de evolución, meses; pero esto no es extraño, pues la esquizofrenia es una enfermedad de curso muy largo y las modificaciones químicas y humorales que imprime la enfermedad al organismo aparecen lentamente,



IODARSOLO

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

ZIMEMA

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

AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.
Frasquitos para gotas.

TIARSINA II

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

OXIDAL

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

GUAIACOL CALCICO

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

IODARSOLO

Primer producto de
IODO Y ARSENICO

SABOR AGRADABILISIMO

TOLERANCIA PERFECTA

EN TODAS LAS
ÉPOCAS DEL AÑO

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

Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)

Quimioterapia
con

Cibazol

Cibazol-Polvo con 20 % de Cibazol

Para la profilaxis de heridas recientes, y tratamiento de heridas infectadas.

Caja de 10 gr.

Envase clínico de 100 gr.

Cibazol-Pomada con 5 % de Cibazol

Para el tratamiento de las infecciones cutáneas por cocos, piodermias, impétigo, eczemas purulentos, etc.

Tubo de 20 gr.

Cibazol-Comprimidos con 0,5 gr. de Cibazol

Para el tratamiento por vía bucal de las infecciones por cocos y otras bacterias.

Tubo de 20 comprimidos

Envases clínicos de 250 y 1000 comprimidos

Cibazol-Ampollas. De 5 c.c. con 1 gr. de Cibazol

Para obtener un efecto más rápido en los casos graves, tratamiento parenteral.

Caja de 5 ampollas

Envase clínico de 50 ampollas

CIBA Sociedad Anónima de Productos Químicos



pero una vez que se presentan nos lo revela la reacción.

Por tanto, nosotros podemos sacar las siguientes conclusiones sobre la aplicación de la reacción de Weltmann en la esquizofrenia.

- 1.^a La reacción es inespecífica.
- 2.^a Coincide con el grado de actividad del proceso, desviándose a la derecha en los procesos ac-

tivos, y permanece normal o se desvía hacia la izquierda en los inactivos; si bien estas modificaciones aparecen lentamente.

3.^a Sirve como indicador del tiempo de evolución de la enfermedad.

4.^a No sirve como medio de diagnóstico.

5.^a Tiene interés en el pronóstico de la enfermedad, desviándose considerablemente a la derecha en las fases finales.

Divulgaciones nacionales

Vacuna antitífica muerta y conservada con alcohol para conservación del antígeno Vi

por el

Doctor J. DE LA LASTRA SOUBRIER

Del Instituto Nacional de Sanidad, Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

La utilización de la vacuna antitífica como medio profiláctico ha sufrido en los últimos tiempos una serie de modificaciones que representan otros tantos avances prácticos, como resultado del mayor y más exacto conocimiento de la estructura antigénica del bacilo tífico y de la significación de los antígenos parciales en la producción de inmunidad.

Los trabajos de GRANNEL, demostrando que utilizando ratones blancos es posible medir la virulencia del bacilo tífico, así como el poder de protección de una vacuna antitífica, permiten efectuar gran número de trabajos de experimentación, tratando de poner en claro qué fracción antigénica del bacilo tífico juega un papel más importante en la producción de inmunidad.

FELIX y PITT, en 1934, muestran que las razas lisas y virulentas de bacilo tífico poseen antígeno O y antígeno Vi, y vacunando ratones con suspensiones de estos gérmenes se alcanza un grado de protección superior al obtenido con vacunas hechas con gérmenes desprovistos de antígeno Vi o en las cuales este antígeno ha sido destruido por el tratamiento a que han sido sometidas las bacterias para su muerte o conservación. Las conclusiones de estos autores en sus trabajos de protección con ratones indican que el antígeno Vi es el agente profiláctico más importante.

Por esto es razonable la fabricación de vacuna antitífica con cepas de gérmenes ricos en antígeno Vi, y los esfuerzos dirigidos a encontrar medios de matar las bacterias y conservar la suspensión vacunante obtenida, que no perjudiquen al antígeno Vi, cuya labilidad es conocida.

Desde luego, los métodos usuales para la preparación de vacuna antitífica, bien sea la muerte por calentamiento de los gérmenes, bien la adición de formol y, desde luego, la conservación de la va-

cuna obtenida con ácido fénico a la concentración usual del 5 por 1.000, ejercen una acción destructora sobre el antígeno Vi, y en los conejos inmunizados con estas vacunas no se puede demostrar la presencia de anticuerpos Vi en su suero.

Los autores ingleses han impulsado los estudios experimentales de vacunas muertas con alcohol, actuando bajo las sugerencias de G. S. WILSON, según las cuales el alcohol puede servir no solamente para esterilizar, sino también para conservar las vacunas.

Los trabajos primeros fueron orientados para encontrar qué proporción de alcohol sería la óptima para lograr la esterilización de la suspensión bacteriana y cuál la más conveniente para asegurar la conservación de la esterilidad de la vacuna obtenida.

La experiencia demostró que las suspensiones bacterianas en un medio conteniendo setenta y cinco partes de alcohol absoluto y veinticinco de solución salina fisiológica, se esterilizan rápidamente, sin que las pruebas de esterilidad demuestran la supervivencia de ningún bacilo tífico ni de otros gérmenes añadidos como testigos.

En los experimentos de conservación se estableció la comparación entre el poder antiséptico de una solución de ácido fénico al 0,5 por 100 y diversas diluciones de alcohol absoluto. Los autores ingleses señalan que una dilución de alcohol al 25 por 100 sería más activa que la solución de ácido fénico, y la dilución al 20 por 100 tendría un poder antiséptico menor. Los experimentos practicados por nosotros nos han mostrado que aún la dilución al 25 por 100 del alcohol absoluto tiene un menor poder bactericida que el ácido fénico al 5 por 1.000, persistiendo durante más tiempo la vitalidad de los gérmenes en ella suspendidos. Los gérmenes utilizados han sido *Staph. aureus*,

Bact. coli y *Ps. pyocyanea*. Sobre los esporos de gérmenes aerobios del género *Bacillus* y *Clostridium anaerobios*, estas diluciones del alcohol se muestran ineficaces; bien es verdad que el ácido fénico al 5 por 1.000 tampoco logra su esterilización, y en este medio dichos esporos permanecen viables durante mucho tiempo.

Por lo anteriormente expuesto, se debe adoptar una concentración de alcohol de 25 por 100 para la conservación de la vacuna. La inoculación subcutánea de 0,5 ó 1 c. c. de esta dilución, y esto lo hemos experimentado en varios voluntarios y aun personalmente, no provoca más que una ligera sensación dolorosa cuya duración no llega a un minuto, sin que en ningún caso haya provocado reacciones locales ni generales de ninguna especie.

PREPARACIÓN DE LA VACUNA

La técnica utilizada para la preparación de la vacuna, objeto del presente trabajo, ha sido la propuesta por FELIX en 1941, ligeramente modificada por nosotros para adaptarla a las concentraciones microbianas que utilizamos en nuestras vacunas en el Instituto Nacional de Sanidad y a la técnica de preparación por nosotros utilizada.

Las cepas han sido previamente seleccionadas entre gérmenes aislados recientemente, comprobando su contenido en antígeno Vi. En determinados casos se ha exaltado su riqueza en este antígeno mediante pases por suero reciente de cobaya. Una vez los gérmenes en las condiciones antigénicas requeridas, se ha obtenido la masa de cultivo en frascos Roux de agar común, con un 10 por 100 de suero formolado. Los frascos han sido incubados veinticuatro horas a 37 grados centígrados. El cultivo de cada frasco Roux ha sido extraído, suspendiéndole en 20 c. c. de solución salina fisiológica con la técnica habitual.

A la suspensión de gérmenes así obtenida se ha añadido tres veces su volumen de alcohol absoluto, y los matraces, con la suspensión de gérmenes en alcohol al 75 por 100, se han conservado a temperatura ambiente durante cuarenta y ocho horas. Desde luego, la esterilización de la vacuna se produce mucho antes, y las siembras practicadas son ya estériles a las ocho-diez horas de con-

tacto con alcohol. FELIX recomienda dejar sedimentar los gérmenes, retirar el líquido que sobrenada y reemplazarlo por una cantidad igual de dilución de alcohol al 75 por 100; esta maniobra la repite dos veces. Los gérmenes sedimentan rápidamente, sin duda por la acción del alcohol.

Después de estas operaciones se procede a la titulación y dilución de la vacuna. La dilución se hace añadiendo solución salina fisiológica y alcohol, de modo que éste quede a una dilución final del 25 por 100, contando, naturalmente, con la cantidad de alcohol existente en la suspensión madre. Repetimos que, al menos en nuestras manos, el alcohol al 25 por 100 se ha mostrado con menos poder antiséptico que el ácido fénico al 5 por 1.000, por lo cual se deben extremar las precauciones de asepsia en todas las manipulaciones.

La vacuna ha sido titulada a razón de 3.000×10^6 de gérmenes por centímetro cúbico, concentración de bacilo tífico en la vacuna que preparamos habitualmente.

A partir de la misma suspensión madre muerta por alcohol, hemos preparado una dilución en solución salina fenicada al 5 por 1.000, titulada igualmente por 3.000×10^6 gérmenes por centímetro cúbico, con objeto de comprobar la acción nociva del ácido fénico sobre el antígeno Vi.

La primera prueba de capacidad antigénica la hemos realizado inoculando por vía endovenosa dos lotes de cuatro conejos comunes cada uno. Uno de ellos ha recibido la vacuna muerta y conservada con alcohol, y el otro gérmenes muertos con alcohol, pero conservados con ácido fénico al 5 por 1.000. Las dosis inoculadas han sido de 0,5, 1 y 1 c. c. de vacuna, con cinco días de intervalo entre cada dosis, y el contenido en aglutininas de suero ha sido investigado a los ocho y a los quince días, a partir de la última inoculación. A fin de que la acción conservadora o nociva sobre el antígeno Vi del antiséptico añadido no pueda ser puesta en duda, la vacuna ha sido conservada, después de su preparación y antes de su uso, durante dos meses en el frigorífico.

Los resultados obtenidos se muestran en el cuadro número 1. Respecto a la respuesta en agluti-

CONEJOS INOCULADOS CON VACUNA MUERTA POR ALCOHOL (vía endovenosa)

CUADRO 1

| VACUNA CONSERVADA CON | Conejos Inoculados | CANTIDADES INOCULADAS | | | AGLUTININAS O | | AGLUTININAS VI | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | | 1.ª inoculación | 2.ª inoculación | 3.ª inoculación | a los 8 días | a los 15 días | a los 8 días | a los 15 días |
| Alcohol 25 % | 4 | 1.500×10^6 | 3.000×10^6 | 3.000×10^6 | N.º 1 - 1 : 50 | 1 : 100 | 1 : 20 | 1 : 80 |
| | | | | | » 2 - 1 : 100 | 1 : 400 | 1 : 40 | 1 : 100 |
| | | | | | » 3 - 1 : 80 | 1 : 350 | 1 : 20 | 1 : 160 |
| | | | | | » 4 - 1 : 100 | 1 : 200 | 1 : 20 | 1 : 100 |
| | | | | | | | | |
| Acido fénico 0,5 % | 4 | 1.500×10^6 | 3.000×10^6 | 3.000×10^6 | N.º 1 - 1 : 80 | 1 : 150 | 0 | 0 |
| | | | | | » 2 - 1 : 50 | 1 : 80 | 0 | 1 : 10 |
| | | | | | » 3 - 1 : 100 | 1 : 200 | 0 | 0 |
| | | | | | » 4 - 1 : 60 | 1 : 200 | 1 : 10 | 1 : 20 |
| | | | | | | | | |

ninas O, no existe diferencia apreciable en los dos lotes de conejos. Las aglutininas Vi, en cambio, muestran grandes diferencias. En el lote de conejos inoculados con vacuna conservada con ácido fénico solamente uno, a los ocho días, y dos, a los quince, después de la inmunización, presentan aglutininas Vi en su suero, y esto a título muy bajo; en cambio, los cuatro conejos que han recibido la suspensión microbiana conservada con alcohol al 25 por 100 contienen aglutininas Vi en su sangre a los ocho días de la última inoculación, y su concentración aumenta multiplicando el título en la prueba practicada siete días después (quince a partir de la última inoculación).

Como vemos por estos resultados, es indudable la acción conservadora del alcohol sobre el contenido en antígeno Vi del bacilo tífico, obviándose de esta manera el grave inconveniente de los demás medios de conservación, que en corto plazo destruyen este antígeno, rebajando en el grado

El contenido de anticuerpos en sangre se ha investigado en plazos que oscilan entre veinticinco y treinta días después de la última inoculación. Como sucede casi siempre en experimentos de esta índole, no ha sido posible practicar la extracción de sangre en todos los casos, y únicamente se ha podido hacer la comprobación de anticuerpos en cuarenta y dos de los cincuenta inoculados con vacuna conservada con alcohol, y en treinta y ocho de los que recibieron vacuna preservada con ácido fénico. Se ha investigado el contenido en aglutininas H, O y Vi. Los sueros extraídos fueron marcados con número correlativo, indistintamente los pertenecientes a ambos lotes, y únicamente su procedencia constaba en un registro, que no fué consultado hasta el final del experimento, para evitar posibles efectos de sugestión.

El resultado de la investigación de aglutininas en el suero de los vacunados puede verse en el cuadro número 2.

CUADRO 2

| VACUNA UTILIZADA | Núm. de sueros probados. | AGLUTININAS H | | | | AGLUTININAS O | | | AGLUTININAS VI | | |
|---|--------------------------|---------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|-----------------|------------------|----------------|---------------|-----------------|
| | | Menos de 1:50 | De 1:50 - 1:200 | De 1:100 - 1:200 | Más de 1:200 | Menos de 1:50 | De 1:50 - 1:100 | De 1:100 - 1:200 | O | Menos de 1:50 | De 1:50 - 1:100 |
| Muerta y conservada con alcohol | 42 | 26 61,90 % | 10 23,80 % | 4 9,52 % | 2 4,76 % | 22 52,35 % | 15 35,71 % | 5 11,90 % | 4 9,52 % | 28 66,66 % | 10 23,80 % |
| Muerta con alcohol y conservada con fénico al 0,5 % | 38 | 5 13,15 % | 8 21,05 % | 10 26,31 % | 15 36,84 % | 26 68,42 % | 10 26,34 % | 2 5,26 % | 34 89,46 % | 4 10,52 % | 0 0 % |

consiguiente la capacidad inmunitaria de las vacunas preparadas con gérmenes Vi.

Todos los animales han soportado perfectamente la inmunización sin excesivas reacciones febriles ni pérdida de peso.

Una vez comprobada la capacidad antigénica, así como su inocuidad y perfecta tolerancia, por inoculación personal y en algunos voluntarios, hemos procedido a la inmunización de dos lotes de sujetos: uno con vacuna conservada con alcohol y otro con vacuna con 0,5 por 100 de ácido fénico. Las vacunas utilizadas han sido las mismas que sirvieron para la inoculación de los conejos.

La inoculación se hizo por vía subcutánea, según la técnica ordinaria. Dosis utilizadas: 0,5, 1 y 1 c. c. de la vacuna titulada a 3.000×10^6 gérmenes por centímetro cúbico, con intervalos de seis días entre cada inoculación. Cincuenta personas han sido inoculadas con cada tipo de vacuna. Todas ellas se prestaron voluntariamente a la inoculación, y aparte de una ligera sensación de dolorimiento local, que dura menos de un minuto, debido al alcohol que lleva la vacuna, la reacción local es análoga a la provocada por vacunas ordinarias y la reacción general es notablemente menor.

AGLUTININAS H

Como era de esperar, la vacuna conservada con alcohol excita en menor escala la producción de este tipo de anticuerpos, a causa de la acción de este antiséptico sobre el antígeno flagelar. Como es sabido, estas aglutininas se producen en mayor cantidad con las vacunas preparadas matando los gérmenes por calor o formol, y en estos casos pierden parte de su significación diagnóstica como testigos de una infección. Estos anticuerpos no son, generalmente, considerados como testigos de la prueba de protección de las vacunas.

Es muy posible que un mayor plazo de almacenamiento de la vacuna conservada por alcohol pueda llegar a destruir de un modo total el antígeno flagelar.

AGLUTININAS O

La concentración de este tipo de aglutininas es mayor en el suero de sujetos vacunados con gérmenes conservados con alcohol que en el de los que han recibido vacuna conservada con ácido fénico.

Esto es, seguramente, debido a la conocida acción perjudicial del ácido fénico sobre los antígenos somáticos.

AGLUTININAS Vi

Aquí es donde encontramos las diferencias más notables entre los sueros del lote de sujetos vacunados con gérmenes conservados con alcohol y entre aquellos que lo han sido con vacuna fenicada.

Las cepas de gérmenes utilizadas en la preparación de ambas vacunas han sido las mismas, con idéntica riqueza en antígeno Vi, y, sin embargo, la respuesta en aglutininas ha sido notablemente diferente. Con vacuna conservada con alcohol, únicamente en el 9,52 por 100 de los casos no se han podido poner de manifiesto aglutininas Vi en el suero, contra el 89,46 por 100 de los sujetos inmunizados con vacuna fenicada, en que se ha obtenido este mismo resultado. El 90,46 por 100 de personas que han recibido vacuna Vi conservada con alcohol han producido aglutininas Vi en cantidad suficiente para ser demostrables en su suero, en concentraciones que oscilan entre 1 : 25 y más de 1 : 100, mientras solamente el 10,52 por 100 de vacunados con vacuna fenicada poseen concentraciones de dicho anticuerpo suficientes para ponerse de manifiesto en diluciones de suero menores de 1 : 50.

Como se deduce de lo anteriormente expuesto, la vacuna hecha con gérmenes Vi y muerta y conservada con alcohol se muestra superior en capacidad antigénica, como productora de respuesta en antígenos, O y Vi a las vacunas conservadas con ácido fénico, aunque el mecanismo de muerte de los gérmenes no altere por sí mismo su contenido en antígeno Vi.

Es bien sabido que no es unánimemente admitido por todos los investigadores el papel preponderante del antígeno Vi en la producción de inmunidad; sin embargo, no es menos cierto que en la producción de vacuna antitífica la general orientación se encamina a la utilización de cepas de bacilo tífico ricas en antígeno Vi. Por esto nos parece de gran interés la aportación de A. FELIX y sus colaboradores, que pone en nuestras manos un medio de conservación de este antígeno, favorable también para la conservación del antígeno O, sin el cual los esfuerzos técnicos para la preparación de vacuna con gérmenes Vi serían neutralizados casi totalmente al utilizar antisépticos conservadores capaces de destruir este antígeno en un corto plazo y de una manera prácticamente absoluta.

Mortalidades específicas profesionales en España

por el

Doctor JESUS VILLAR SALINAS
Jefe provincial de Sanidad de Santander.

La desigualdad de las clases sociales ante la muerte es un hecho demográfico bien conocido. Ya Hipócrates había hecho notar que en la epidemia de Perintho las mujeres libres habían sido atacadas mucho menos que las esclavas.

Se citan numerosos ejemplos. Así, en Hamburgo, en 1892, en la tristemente célebre epidemia de cólera, la mortalidad fué diecinueve veces más elevada entre las personas que ganaban menos de 1.000 marcos que entre los que sus ingresos pasaban de los 50.000, y todos ellos tuvieron el mismo abastecimiento de aguas (1).

En los Estados Unidos, en la epidemia de gripe de 1918, por cada 100 muertes de la clase económicamente desahogada se dieron 108 entre los de ingresos moderados, 137 entre los pobres y 263 entre los muy pobres (2).

No es sólo en las enfermedades de origen epidémico donde se deja sentir tan manifiestamente esta desigualdad, sino que también toda la mortalidad general está influenciada.

El mejor estudio que se ha hecho sobre la mortalidad específica por profesiones se encuentra en los suplementos decenales del *Registrar General*, de Inglaterra. En los datos de 1921, 1922

y 1923 se han clasificado todas las muertes de varones de veinte a sesenta y cinco años en cinco clases sociales, encontrándose que si se toma como índice 100 la mortalidad general sexo masculino, la mortalidad específica es:

81,2 en la clase independiente.

94,2 en la clase media.

95,1 entre los obreros especializados.

100,7 entre los obreros semiespecializados.

125,8 entre los obreros no especializados.

Expresado de otro modo, puede decirse que la tasa de mortalidad de los trabajadores más modestos es 55 por 100 mayor que la de las clases superiores.

Cuando se estudian datos generales de muerte por profesiones es necesario tener en cuenta las distintas edades de las personas que las ejercen, y todas las cifras que acabamos de presentar las hemos elegido como paradigma, debido precisamente a que sus autores han valorado esa influencia corrigiendo las tasas crudas obtenidas.

Para obviarlo, puede darse, como dato de máxima exactitud, la *vida media* de cada una de las profesiones. De esta manera presenta sus datos, por ejemplo, la Metropolitan Life Insurance Com

pañy (4), de los que damos a continuación un extracto referible a los años 1911 al 1913.

| PROFESIONES | VIDA MEDIA |
|---------------------------------|---------------|
| Labradores | 58.5 años. |
| Mineros | 54.3 — |
| Transporte | 50.7 — |
| Ramo textil | 47.6 — |
| Industrias del plomo, etc. | 39.8 — |

Todos estos datos, y numerosísimos más que podíamos presentar, nos hacen ver la gran importancia que para el conocimiento de la mortalidad de un Estado tiene el estudio de las tasas específicas profesionales. De él pueden deducirse hechos de notoria trascendencia que pudiesen indicar las normas futuras de actuación sanitaria y social.

Por ello, hemos intentado estudiarlo en España. Desgraciadamente, como vamos a ver, con muy poca fortuna. Las cifras que hasta ahora recoge la estadística oficial no permiten casi ninguna conclusión. Pero, a pesar de ello, creemos oportuno plantear el problema con toda su desazonadora falta de datos para que, por lo menos, sirva de estímulo a los investigadores futuros y se cierra la gran laguna que en la actualidad existe.

La tasa de mortalidad específica por profesiones sólo puede obtenerse conociendo las dos cifras necesarias para su cálculo: número de muertes de cada profesión y población clasificada por profesiones a la que hay que referirlos. Es, además, casi imprescindible que se pudiesen tener esos dos datos clasificados en grupos de edades por la mucha importancia que el distinto reparto de la edad tiene en la tasa de mortalidad.

En España podemos recurrir como únicas fuentes fidedignas a los «Movimientos de Población» (5) y a los Censos (6). De estos últimos sólo el de 1930 ha sido ya publicado en su integridad, con clasificación de la población por profesiones, en combinación con el sexo. Por esto, nuestro

estudio es necesario hacerlo con relación a años próximos a esa fecha.

Los «Movimientos de Población» publican las defunciones clasificadas por profesiones y sexos. A partir de 1930, hemos hecho un tanteo previo para decidir si era preferible—como es habitual en nuestros anteriores trabajos—elegir el promedio anual de los datos de un quinquenio o, por el contrario, algún año aislado. Hemos creído mejor este último método debido a cierta irregularidad ofrecida en los datos registrados. En las muertes de cada profesión son sensiblemente equiparables los años 1931 a 1934; pero en el año 1935 sufren en algunas profesiones tan inusitado aumento que sólo puede ser achacable a una mejor clasificación de los mismos. Así, por ejemplo, el número de muertes de varones que trabajan en la «explotación del suelo» tiene valores de cuarenta y ocho a cuarenta y nueve mil defunciones por año, y en 1935 asciende a más de cincuenta y cinco mil. Todavía más llamativo es lo que acontece con las muertes de las personas que trabajan en relación con la «industria». En el sexo masculino se dan estas cifras.

| AÑOS | MUERTES |
|------------|---------|
| 1931 | 9.523 |
| 1932 | 8.614 |
| 1933 | 9.332 |
| 1934 | 11.966 |
| 1935 | 34.130 |

Como el año 1935 tuvo la menor mortalidad general de esa serie, sólo motivos de clasificación pueden ser los causantes de cifras tan por encima de las de años anteriores. Esta interpretación va, además, avalada por la gran disminución en ese año del número de muertes registradas como de profesión «no determinada». Descienden de cifras de más de treinta y cinco mil a sólo once mil quinientas.

Por todo ello hemos elegido el año 1935 para este estudio, ya que los posteriores se vieron

SEDA LMERCK

(Efetonina, Dionina, cafeína, fenacetina y dimetilaminofenazona.)

**Dolores de cabeza, resfriados,
gripe, neuralgias, etc.**

Tubos de 10 tabletas

E. Merck

perturbados por las repercusiones demográfica, producidas por la guerra civil, que hemos estudiado en otras publicaciones (7). Además de que eran años más alejados del censal que sirve de base de la clasificación por profesiones.

Otras dificultades hemos encontrado en nuestro trabajo. Las clasificaciones por profesiones de la población y de las muertes no son superponibles. Tal vez en ello radica la imprecisión de todo el estudio. Nos permitimos sugerir a los directivos de la estadística oficial de nuestra Patria la conveniencia de que se unificasen ambas clasificaciones.

El censo divide a la población española, en cuanto a su clasificación por profesiones, en 27 grupos y el registro de muertes sólo da datos distribuidos en 12. Por otra parte, de estos 12 hay algunos tan poco precisos que es difícil conocer con exactitud a qué volumen de población pueden ser referidos. Estudiemos someramente cómo hemos intentado vencer estas dificultades. Para ello conviene analizar cada grupo, de estos 12, en que pueden quedar clasificadas las muertes:

1.º *Producción de primeras materias.*—a) Explotación del suelo. Lo hemos relacionado con la población clasificada en el censo como «Forestales y agrícolas».

b) Extracción de primeras materias. Se ha aplicado a «Minas y canteras».

2.º *Transformación y empleo de primeras materias.*—a) Industria. En este grupo hemos reunido trece de los del censo, incluyendo en él «Pesca» y «Construcción» y «Edificación», además de todas las distintas industrias (alimentación, químicas, textiles, etc.).

b) Transporte. Grupo con igual denominación en las dos clasificaciones.

c) Comercio. Igualmente denominado en ambas.

3.º *Administración pública y profesiones liberales.*—a) Fuerza pública, que también se llama así en el Censo.

b) Administración pública; igual.

c) Profesiones liberales. Existe este mismo epígrafe en el Censo, pero hay que incrementarlo con «Culto y Clero».

d) Personas que viven principalmente de sus rentas. Es necesario aplicarle la población de «Rentistas y pensionistas».

4.º *Diversas.*—a) Trabajo doméstico. Este es un grupo bastante complejo. En el «Movimiento de Población» del año 1931 se explica en una nota que en él se han clasificado, además de las sirvientas, las mujeres casadas, hijos y miembros de familia dedicados al servicio doméstico. Es imposible encontrar la población correspondiente en el Censo.

b) Improductivos. Tampoco es fácil equipararlo con el grupo similar del Censo, puesto que

en éste, según se advierte en otra nota, se incluyen las muertes de los estudiantes, niños sin profesión por razón de su edad, acogidos en establecimientos públicos, mendigos y mujeres públicas.

c) Profesión desconocida. Existe la misma rúbrica en el Censo, pero con mucho menos porcentaje de población (0,42 en el Censo y 3,1 en la clasificación de muertes).

Ha sido preciso refundir en este amplio grupo de «Diversos» las personas clasificadas en el Censo en todos los grupos que no han podido ser consideradas en los epígrafes anteriormente especificados. Con ello hemos tenido una notable disminución del volumen de población clasificada. Sobre todo, en el sexo femenino. En él es tan amplio el sector que, por esta causa, queda sin poder ser clasificado, que las muertes atribuibles a este conjunto de mujeres englobadas en este grupo de «Profesiones diversas» son el 93,43 por 100. Esta contingencia quita toda validez a los datos de mortalidad específica profesional de las mujeres españolas. En los varones, por el contrario, sólo abarca el 34,37 por 100. El gráfico I nos

MORTALIDAD PROFESIONAL DE SEXO MASCULINO
EN ESPAÑA EN EL AÑO 1935

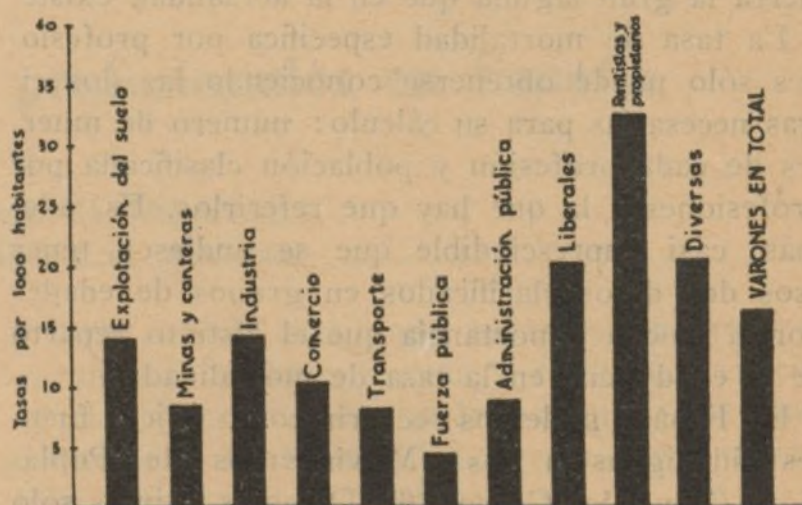


Gráfico I

muestra los volúmenes que, en uno y otro sexo, han podido ser clasificados en cuanto a esta mortalidad por profesiones.

No hay que decir que no es, ni remotamente posible, el encontrar datos sobre la distribución por edades de la mortalidad de cada profesión. Las adjuntas tablas 1.ª y 2.ª y el gráfico II muestran los datos que, con todas las anteriores salvedades, hemos obtenido. La población de cada profesión se ha incrementado en cantidades proporcionales al aumento de población desde el año 1930 del Censo al 1935 del estudio.

Como hemos previsto, las tasas que se obtienen para el sexo femenino carecen de validez por el gran volumen de población no clasificada. En las muertes de varones vemos que tienen las tasas extremos la «Fuerza pública» y los «Rentistas y propietarios». La primera, con sólo 4,39 por 1.000.

Muy llamativamente encontramos aquí expresado lo que, a nuestro juicio, tiene capital importancia en todas las tasas obtenidas: que la edad de los componentes de cada grupo es el factor más influyente en su tasa de mortalidad. La «Fuerza pública» incluye a todo el Ejército nacional, con sus miles de soldados de edades del servicio mili-

carlo. Así parece también hacerlo suponer el que un grupo con hábitos de vida muy parecidos, el registrado con el nombre de «Administración pública», tenga cifra muy baja, del 8,84 por 1.000. Indudablemente, de él se han hecho salir al jubilarse reglamentariamente, muchas personas que han pasado al de «Rentistas».

De los demás grupos, que en su conjunto reúnen a las clases laborales del país, sólo llama la atención la superior tasa de los dedicados a «explotación del suelo» sobre los de «minas y canteras». En todos los países suele ser al contrario.

PORCENTAJES DE MUERTES CLASIFICABLES POR PROFESIONES EN ESPAÑA EN 1935

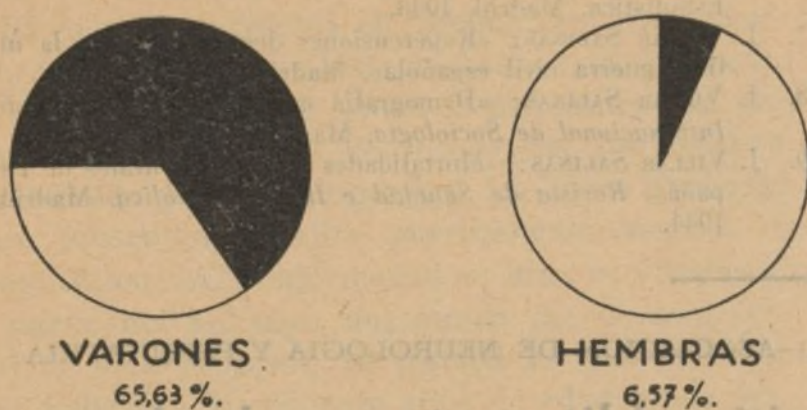


Gráfico II

tar, alrededor de veintiún años, con su exigua mortalidad, ya que han sido eliminados del grupo los inútiles por defectos físicos y enfermedades diversas.

TABLA 1.^a

DISTRIBUCION DE LOS VARONES ESPAÑOLES Y DEL NUMERO DE MUERTES POR PROFESIONES

Año 1935.

| PROFESIÓN | POBLACIÓN | MUERTES | TASA POR 1.000 HB. |
|---------------------------|------------|---------|--------------------------|
| Explotación del suelo... | 3.945.351 | 55.636 | 14,10 |
| Extractivos | 121.025 | 778 | 8,42 |
| Industria | 2.386.383 | 34.130 | 14,30 |
| Comercio | 471.230 | 4.877 | 10,31 |
| Transporte | 304.741 | 2.499 | 8,20 |
| Fuerza pública... .. | 237.293 | 1.039 | 4,39 |
| Administración pública. | 86.320 | 763 | 8,84 |
| Liberales | 303.808 | 6.157 | 20,24 |
| Rentistas y propietarios. | 201.119 | 6.517 | 32,44 |
| Diversas | 4.181.659 | 85.294 | 20,39 |
| TOTAL | 12.167.930 | 197.710 | 16,25 |

Como contraste, el grupo de «Rentistas», reúne a todas las clases pasivas, jubilados por edad o por enfermedades, que, naturalmente, han de tener inusitada altura en su tasa de mortalidad.

Parecida explicación debemos dar para la gran anomalía, encontrada en nuestros datos, de la alta tasa de mortalidad de las profesiones llamadas «liberales». Tienen una alta tasa del 20,26 por 1.000, en contraste con las bajas tasas habituales de este grupo en otros países. Sólo la inclusión de ciertas personas de edad muy avanzada podría expli-

TABLA 2.^a
DISTRIBUCION DE LAS HEMBRAS ESPAÑOLAS
Y DEL NUMERO DE MUERTES POR PROFESIONES
Año 1935.

| PROFESIÓN | POBLACIÓN | MUERTES | TASA POR 1.000 HB. |
|---------------------------|------------|---------|--------------------------|
| Explotación del suelo... | 276.269 | 8.444 | 3,05 |
| Extractivos | 482 | 2 | 4,14 |
| Industria | 372.029 | 1.565 | 4,21 |
| Transporte | 5.274 | 16 | 3,03 |
| Administración pública... | 2.931 | 6 | 2,05 |
| Liberales | 105.124 | 1.089 | 10,35 |
| Rentistas y propietarios. | 80.526 | 951 | 11,81 |
| Diversas | 11.854.663 | 185.341 | 15,63 |
| TOTAL | 12.688.185 | 186.857 | 14,72 |

Pero insistimos, una vez más, en que estos datos extranjeros tienen en cuenta siempre la edad de la población, puesto que es muy posible una mayor edad media en los trabajadores del campo que en los de las minas. Es posible también que esa mayor mortalidad campesina esté relacionada con el retraso sanitario de nuestro agro, del que ya nos hemos ocupado con datos estadísticos muy demostrativos, en otros estudios (8) y (9).

«Comercio» y «Transporte» tienen tasas muy parecidas de 10,39 y 8,20 por 1.000, respectivamente, desde luego muy por bajo de la media de los varones en general que fué de 16,25. El gran conjunto de personas clasificadas en «Diversos» tienen tasa algo por encima de esa media: el 20,39 por 1.000. Todo puede explicarse, indudablemente, por la distribución por edades, ya que en estas personas quedan incluidos «los miembros de familia» y, por tanto, los niños pequeños, incluso los menores de un año, con su alta tasa de mortalidad, que este año 1935 fué de 109 por 1.000.

Como resumen de este estudio, podemos sacar las siguientes

CONCLUSIONES

1.^a Es necesario que se modifique la clasificación que en los «Movimientos de Población» de España se da de las muertes por grupos de profesiones y sexos, haciéndolos coincidir con los grupos del Censo de población.

2.^a Se precisa conocer la clasificación por edades y profesiones de la población española, que actualmente se distribuye en los Censos sólo por profesiones y sexos. Igual clasificación debería conocerse de las muertes registradas.

3.^a No pueden darse datos de mortalidad profesional de las mujeres españolas.

4.^a Las diferencias de tasas de mortalidad profesional del sexo masculino deben atribuirse fundamentalmente a la distinta composición por edades de cada grupo profesional.

5.^a Llama notablemente la atención la alta tasa de mortalidad de las profesiones llamadas «liberales», por encima de la media, como no acontece en ningún otro país de los que se publican datos.

6.^a La mortalidad profesional de los campesinos tiene una tasa por encima de otros grupos laborales. También este hecho es peculiar de las

cifras españolas, en contradicción con datos extranjeros.

BIBLIOGRAFIA

1. RENÉ SAND: «L'économie humaine par la Médecine sociale». París, 1934.
2. E. BRUNO: «Illness and Dependency». Committee of the Cost of Medical Care. Washington, 1931.
3. W. S. THOMPSON: «Population problems». Nueva York, 1930.
4. L. DUBLIN: «Causes of Death by occupation». Washington, 1917.
5. «Movimiento natural de la población de España». Dirección General de Estadística. Madrid. (Años correspondientes a los citados en el texto.)
6. «Censo de la población de España». Datos recogidos en el *Anuario Estadístico de España*. Dirección General de Estadística. Madrid, 1943.
7. J. VILLAR SALINAS: «Repercusiones demográficas de la última guerra civil española». Madrid, 1942.
8. J. VILLAR SALINAS: «Demografía urbana y rural». *Revista Internacional de Sociología*. Madrid, 1943.
9. J. VILLAR SALINAS: «Mortalidades urbanas y rurales de España». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Madrid, 1944.



ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BARCELONA.—ASOCIACION DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Un caso de tromboendangitis obliterante cerebral

por el

Doctor J. SOLE SAGARRA

Sesión del día 21 de mayo de 1947.

Después de un bosquejo histórico de la enfermedad de Winiwarter-Bürger, el conferenciante define la tromboendangitis obliterante como una enfermedad general del sistema vascular, cuyas lesiones afectan de preferencia las arterias de las extremidades inferiores, pero también suelen afectarse los vasos restantes del organismo, sobre todo del cerebro. De ahí la división de la enfermedad en sus formas central y periférica, o sea, prácticamente, forma cerebral y forma de las extremidades. Se llama también enfermedad de Winiwarter-Bürger, por haber sido estos dos autores los que primeramente han descrito la esencia patológica del proceso, estudio bien acabado en los últimos años por SPATZ y otros autores.

En general, se trata de una enfermedad rara, de curso largo, con fases de agudización, que corresponden a crisis vasoespásticas y fases de reposo o latencia; comprendiendo muchos casos clínicos, descritos hasta ahora como «gangrena juvenil», caudicación intermitente, «neurosis vasomotora genuina» y «arteriosclerosis de la edad juvenil». El diagnóstico global se basa en la coexistencia de síntomas vasculares encefálicos y de las extremidades u órganos internos. La sintomatología esencial es la común a los trastornos circulatorios periféricos (dolores, parestesias, hormigueo y frío y palidez, como señales de isquemia), en lo que respecta a las extremidades; mientras que en la forma central los síntomas son me-

nos típicos y pueden tener expresiones diversas, aunque dominan las afaxias y disartrias fugaces, ausencias, lipotimias, vértigos y estados rápidos de obnubilación mental.

Desde el punto de vista anatómico, la tromboendangitis obliterante se caracteriza por lesiones inflamatorias del endotelio vascular, con formación consecutiva de trombos, que en muchos casos llegan a organizarse, en especial tejido de granulación pegado al endotelio, en cuyo interior incluso pueden descubrirse células gigantes, que nada tienen que ver con las de la tuberculosis y sífilis. Estas manifestaciones histopatológicas inflamatorias productivas tienen lugar tanto en las arteriolas como en las pequeñas venas; de ahí lo incorrecto del primitivo nombre de endoarteritis obliterante dado por WINIWARTER. Aunque las venas estén relativamente poco afectadas en comparación con las arterias, hay que decir endangitis (inflamación de los vasos, arterias y venas), y no endoarteritis o inflamación exclusiva de las arterias. Con SPATZ cree que no estaría de más añadir aún «no luética», o sea decir *endangitis obliterante no luética*, para distinguirla de la endoarteritis (o mejor, endangitis) luética obliterante de Heubner; pero con el nombre tromboendangitis obliterante queda bien expresada la afección no luética. La inflamación inespecífica endotelial, que representa el sustrato anatómico de la tromboendangitis obliterante, se diferencia tanto de la arteriosclerosis como de la endoarteritis sífilítica de Heubner. Macroscópicamente llama la atención en los cerebros con

endangitis obliterante una *franja granulosa*, correspondiente a la confluencia de los campos de irrigación sanguínea de las arterias cerebrales anterior y media; este hallazgo anatómico típico se llama también en Neurohistopatología *atrofia granulosa de Spatz*. Al microscopio se observan en esta zona granulosa múltiples infartos, producidos por pequeños trombos en las arteriolas terminales de la corteza cerebral; al retraerse por esclerosis la parte cortical correspondiente al pequeño foco de reblandecimiento, viene la retracción punteada de la corteza y las abolladuras consiguientes de las partes sanas de la misma.

El caso que presenta el comunicante corresponde, desde el punto de vista anatómico, típicamente, al síndrome estudiado, como lo demuestra con numerosas proyecciones de fotografías del cerebro examinado y microfotografías. La importancia del caso presentado estriba, precisamente, en que el diagnóstico de la enfermedad se hizo *po mortem*, a partir del hallazgo anatómico casual (específico) de este proceso; se trataba de una enferma que falleció a los ochenta años de edad, unos me-

ses después de ingresar en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, con el diagnóstico clínico de demencia senil. La necropsia sistemática de los enfermos fallecidos que allí se realiza, permitió comprobar el hallazgo típico de la atrofia granulosa cerebral en la zona indicada, orientando al diagnóstico de la enfermedad de Winiwarter-Bürger, que una cuidadosa anamnesis retrospectiva con los familiares de la enferma confirmó; pues se trataba, en realidad, de una persona en la cual había un síndrome inveterado de jaquecas, con trastornos visuales temporales y parestesias en las extremidades, sensación de dedo muerto, afaxias fugaces y últimamente demenciación senil. Este caso demuestra la importancia de la necropsia neurológica en Psiquiatría, en la cual muchas veces se puede llegar a un diagnóstico exacto. En España se echa de menos casi siempre la comprobación necrópsica de los diagnósticos psiquiátricos.

El disertante se extiende en documentadas consideraciones sobre diagnóstico diferencial clínico y anatómico, etiopatogenia y terapéutica de la enfermedad estudiada.

BIBLIOGRAFIA

Técnicas colorimétricas en los análisis clínicos, por el doctor José Estrade Camúñez. De la serie de monografías «Miguel Servet». Madrid-Barcelona, 1947. Un volumen de 223 páginas.

Presenta la Editorial Miguel Servet, con ese acierto que preside sus selectas monografías, una de indudable interés práctico para aquellos especializados—estudiantes y médicos—a las técnicas de laboratorio, donde la exactitud del método elegido se une a la clara y sencilla exposición de la pauta.

El autor, médico jefe del Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez de la Frontera, al ofrecer este libro pone al alcance de los investigadores un resumen de los principios generales de la colorimetría y algunos de los procedimientos que se han adoptado con más fundamento y base de observación analítica.

En la primera parte de esta obra se estudian los principios generales de la colorimetría, con sus leyes, partiendo de los estudios de Lambert, sobre la luz incidente y la transmitida; los métodos de las escalas colorimétricas, basadas en la ley de Beer; la comparación de espesores o método de dilución, etc., contribuyendo de forma acertada a una clara comprensión de los problemas del análisis colorimétrico.

En la segunda parte de la obra ha recopilado, con amplio detalle, los métodos de investigación en sangre más utilizados en la práctica diaria. Los restantes capítulos se dedican a las investigaciones en orina, al estudio de los fermentos pancreáticos del contenido duodenal (tripsina y amilasa) y la valoración de ciertos medicamentos, como sulfamidas, plasmoguina, atebriina, etc.

Doctor Conde Gargollo.

REGISTRO DE SUMARIOS

ACTAS DERMOSIFILIOGRAFICAS

(Madrid, mayo de 1947.)

- Gay Prieto.*—Prólogo inédito de mi «Dermatología y Venerología».
- Carreras Verdaguer.*—Hemopatías graves por arsenobenzol.
- Cabré.*—Patogenia y tratamiento de las eritrodermias arsenicales.
- Mercadal y Arqués.*—Los antibióticos de acción local en Dermatología.
- López Muñelledes.*—La sífilis congénita, causa de debilidad mental.
- Muñoz Casas.*—Sífilis secundaria sin chancro por la acción de la penicilina.
- Carreras Verdaguer.*—Nuevas orientaciones del tratamiento de las intoxicaciones arsenicales de origen terapéutico.
- Irañzo Prieto.*—Sobre un caso de púrpura anular telangiectásica.
- Lobato Martín.*—Biotropismo en neurosífilis.
- Peña Yáñez.*—Las aguas sulfatadosódicas magnésicas en Dermatología.
- Mercadal y Piñol.*—Eritrodermia leucémica tratada con uretano.
- Bassas Grau.*—Nota previa sobre técnica personal para el examen funcional de la piel.

TOKO-GINECOLOGIA PRACTICA

(Madrid, mayo de 1947.)

- Población.*—Implantación del endometrio en vagina.
- Fernández Ruiz.*—Los Servicios oficiales de Maternología en la lucha contra la esterilidad.
- Fernández Ruiz.*—La comadrona en la moderna Obstetricia social.
- Blanco.*—Cáncer de cuello uterino y gestación.

REVISTA ESPAÑOLA DE TUBERCULOSIS

(Madrid, mayo de 1947.)

- Pieto.*—El factor bronquial en la tuberculosis pulmonar.
- Oriol.*—Mecanismo de las lesiones apicales en la tuberculosis pulmonar.
- Ayuso y Margarit.*—Neumotórax extrapleurales.
- Samitier.*—El sarampión del adulto. Consideraciones fisiológicas.

MEDICINA Y CIRUGIA DE GUERRA

(Madrid, mayo de 1947.)

- Martínez Pazos.*—Patología radiológica del disco intervertebral.
- Gutiérrez Mendiola y Pastor.*—Espondilitis lúetica destructiva.
- Menárguez.*—Meningitis meningocócica.
- García Rodríguez.*—Vacunación antitífica.
- Ors.*—Enfermos infecciosos.

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

(Madrid, mayo de 1947.)

- Clavero.*—«Aedes eatoni». Hallazgo en Tenerife.
- Fernández Turégano y Navas.*—Enfermedades infecciosas en la infancia.
- Rico.*—Historia del paludismo en España.

LA MEDICINA COLONIAL

(Madrid, junio de 1947.)

- Azúa.*—Tiñas.
- Viver.*—Estreptomicina.
- Cappell.*—El grupo sanguíneo Rh.
- Falcón.*—Sífilis y medio rural.

REVISTA ESPAÑOLA Y AMERICANA DE LARINGOLOGIA, OTOLOGIA Y RINOLOGIA

(Madrid, abril de 1947.)

- García Tapia.*—Las funciones del laberinto posterior en relación con la Clínica.
- Videgán.*—Tuberculoma del tabique nasal.

ODONTOIATRIA

(Madrid, marzo de 1947.)

- Blanco.*—Las paradentosis, infecciones periapicales y granulomas en la patología general.
- Planas.*—La extracción en ortodoncia.
- Houet.*—Metabolismo del calcio y del fósforo en la infancia.
- Humphreys.*—Infecciones específicas de las manos del odontólogo.

EL MONITOR DE LA FARMACIA

(Madrid, 20 de junio de 1947.)

- Blas.*—Plásticos.
- Schmidt.*—Profecías de un Premio Nobel.

REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA

(Madrid, enero-junio de 1946.)

- Michotte.*—Causalidad física.
- Zaragüeta.*—La Psicología, ciencia bifronte.
- Puig.*—Orientación, selección y deformación.
- Marias.*—Función vital de la verdad.
- Sacristán.*—Medicina psicosomática.
- Ibarrola.*—El arte de ver de Huxley.
- Germain.*—Vocabulario de Psicología.
- Pierón.*—Terminología visual.
- James.*—La corriente del pensamiento.
- Germain.*—Termómetro universal.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carlán. *Real academia de Medicina: Recepción del Dr. Bosch Marín*. *La actualidad sanitaria: La Asistencia Médica Domiciliaria*, por el Licenciado del Agro. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

LA JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD DE MADRID

El jueves, 26 del pasado junio, fueron inaugurados, con el ceremonial de rúbrica, los locales de la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid, situados en el magnífico palacete sito en la calle de General Oráa, 39.

Por estar nuestro número anterior ya ajustado y en máquina, nos fué imposible dar cuenta de este acontecimiento sanitario el sábado último.

Al mediodía del jueves, llegó al edificio de la Jefatura de Sanidad el señor ministro de la Gobernación, acompañado del director general de Sanidad, del presidente de la Diputación de Madrid, del delegado nacional de Sanidad y de numerosas personalidades profesionales y sanitarias siendo recibidos por el jefe provincial de Sanidad, excelentísimo señor don Víctor María Cortezo. En el magnífico *hall* del edificio se verificó el solemne acto de la bendición, y terminado éste, el señor ministro, acompañado del doctor Cortezo y demás asistentes, visitó con todo detenimiento las dependencias de la Jefatura.

Terminada la visita, el doctor Cortezo hizo uso de la palabra, explicando la labor llevada a cabo para alcanzar la nueva instalación de la Jefatura, significó el gran apoyo recibido del ministro y de la Dirección General, e hizo un caluroso elogio de cuantos técnicos habían colaborado en la obra.

A continuación el señor ministro dirigió a los asistentes un breve discurso, subrayando el que la inauguración de esta nueva Jefatura era un hito más en la Sanidad nacional, y que hacía el número doce de los últimamente inaugurados, esperando que en breve plazo quedarán terminadas treinta y una construcciones nuevas sanitarias, que hablan muy alto en el programa del Gobierno.

En la nueva Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid, añadió el ministro que había sido preciso vencer dificultades económicas e igualmente tener en cuenta en su organización los problemas que habrán de plantearse con la próxima anexión de los pueblos del cinturón madrileño. Significó que los principales problemas de epidemiología y de coordinación sanitaria son los que hay que resolver, afirmando, por último, su confianza en el

celo y el patriotismo de cuantos han trabajado en esta obra, que honra a la Sanidad española.

Nuestro juicio sobre la instalación de la Jefatura sanitaria de Madrid es, sencillamente, que se trata de una obra perfecta en todos los aspectos técnicos, y que, además, se ha llevado a cabo con verdadero lujo y gusto artístico.

Todas las dependencias, tanto administrativas como las instalaciones de dispensario e Instituto de Higiene, están dotadas del material más moderno y completo. La amplitud del edificio, su magnífico emplazamiento y la luminosidad de que se disfruta en todas sus habitaciones hacen de la Jefatura de Sanidad un delicioso lugar de trabajo, bien distante de las antiguas oficinas y locales en que se albergaba la Sanidad oficial de principios de siglo.

A todo esto, repetimos, hay que sumar la exquisita elegancia con que se han completado las obras y esa distinción y cortesía que en todos los funcionarios sanitarios viene señalándose desde hace bastantes años, haciendo de esta rama de la Administración pública un verdadero ejemplo para muchas otras, en las que estos simples detalles se echan tanto de menos.

Felicitemos al ministro, a la Dirección General y a la Jefatura por el bien logrado triunfo que esta nueva instalación significa.

ILUSTRE HUESPED

En la tarde del domingo, 29 de junio, llegó a Madrid el eminente larigólogo norteamericano profesor Chevalier L. Jackson, catedrático de la Temple University, de Filadelfia, que llega a España, invitado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, para dar un curso de su especialidad.

Este curso se desarrollará en los cuatro primeros días del mes de julio, constando de sesiones clínicas y conferencias magistrales, de las que daremos cuenta en nuestro próximo número a los lectores.

NUEVO ACADEMICO

El martes, día 1, fué recibido como académico de número de la Real de Medicina nuestro muy querido amigo el profesor Bosch Marín, jefe nacional de los Servicios de Puericultura y Mater-

nología y de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión.

Los detalles de este acto académico los publicamos, en información aparte, en este mismo número.

mero, limitándonos en estas líneas a enviar al profesor Bosch Marín el cordial saludo y enhorabuena de todos los de EL SIGLO MÉDICO.

DECIO CARLÁN.

Real Academia de Medicina

RECEPCION DEL DOCTOR BOSCH MARIN

«EL NIÑO ESPAÑOL EN EL SIGLO XX»

Este es el ambicioso tema que ha desarrollado el ilustre maestro de la Puericultura y la Pediatría españolas, doctor don Juan Bosch Marín, en su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina, leído el día 1.º del actual, y de su trascendental importancia para la vida de la patria dan idea cabal los siguientes puntos esenciales del mismo, que ponen de relieve la gran batalla ganada por España contra la terrible mortalidad infantil que padecía al iniciarse el siglo que vivimos.

El magistral estudio hecho por el doctor Bosch Marín se basa en hechos tan palpables como el de que en 1901 morían en España ciento ochenta niños por cada mil nacidos vivos, y ahora no mueren más que ochenta y seis, lo que quiere decir que se salvan el 10 por 100 casi con respecto al índice de mortalidad infantil de hace cuarenta y siete años. Paralelo a este triunfo en relación con la infancia, va la gran conquista lograda por la Sanidad nacional en la mortalidad de todas las edades, ya que en 1901 la mortalidad general española era del 28-97 por 1.000 y en 1946 ha bajado a 12,07, triunfo indiscutible y admirable que se debe a la gran labor legislativa en defensa de la salud del adulto y del niño, llevada a cabo en España en lo que va de siglo y culminada al término de la guerra de liberación con el entusiasta apoyo prestado por el Caudillo a cuanto significa Sanidad.

El doctor Bosch Marín desarrolla, a lo largo de su minuciosamente documentado discurso, las siguientes materias relacionadas con la lucha contra la mortalidad infantil: Evolución histórica de la protección al niño; Natalidad y mortalidad general en la población española; ¿De qué mueren los niños de España? Analfabetismo y mortalidad infantil en España; El niño abandonado. Obra de protección a la infancia; Catastro de instituciones infantiles en España; La tutela jurídica del menor en España; La obra de asistencia o Auxilio Social; Actividades sanitarias de la sección femenina y su labor de colaboración en la lucha contra la mortalidad infantil; La obra maternal e infantil del Instituto Nacional de Previsión; Servicio de Sanidad infantil y maternal del Estado; Necesidades de Maternología y Puericultura de las distintas provincias españolas. Errores y aciertos de la sabiduría popular; El niño en el arte contemporáneo español; y termina con las siguientes admirables palabras: «También en España el siglo actual es el siglo del niño»;

ninguna de las manifestaciones de la vida del niño se halla ausente de la preocupación y cuidados del pueblo español; que España, mucho antes de su promulgación, cumplía los «derechos del niño», pomposamente formulados en Ginebra en 1925, en el siguiente pentálogo: Los hombres y las mujeres de todos los países reconocen que la Humanidad debe dar al niño lo que ella tiene de mejor, y afirman sus deberes al margen de toda consideración de raza y nacionalidad.

I. El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse de una manera normal, material y espiritualmente.

II. El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser asistido; el retrasado debe ser estimulado; el extraviado debe ser conducido; el huérfano y abandonado debe ser recogido y socorrido.

III. El niño debe ser el primero en recibir socorros en época de calamidad.

IV. El niño debe ser dotado de medios con que ganarse la vida, y debe ser protegido contra toda explotación.

V. El niño debe ser educado en el sentimiento de que sus mejores cualidades deben ser puestas al servicio de sus hermanos.

«Sólo Dios sabe lo que muere cuando muere un niño», ha dicho el poeta. Defendamos su vida, que es nuestra vida, nuestra historia, la vida e historia de España. Defendámosla con denuesto de la muerte, tantas y tantas veces evitable, de aquella muerte que inspirara a nuestro Garcilaso de la Vega esta página maravillosa: «La muerte de un hijo rompe uno de los caminos de nuestra sangre. Es un barranco en nuestra descendencia, un negro precipicio en nuestro futuro. La vida, que prolongaba a través del tiempo nuestra esencia, se quiebra, se deshace, nos hunde en una tristeza desgarradora. ¡Qué triste para el cuerpo la muerte de un niño! Se rebela la sangre cuando eso pasa. Es injusto que mueran; no debieran morir, cuando aún no han nacido del todo.»

Defendamos la vida del niño, tenaz y perseverantemente, contentos, satisfechos de nuestro pasado, optimistas, confiados en nuestro porvenir sanitario. Orgullosos de la obra realizada en España en los últimos lustros. Orgullosos, sí, con ese orgullo que no es altanería, sino interna satisfacción; con ese orgullo peculiar español, casi racial, tan unido a nuestras empresas de todos los tiempos, que llegó a ser consustancial con nuestra personalidad, adentrándose en el concepto de nuestra idiosincrasia y llegando al refranero de algunos pueblos, como el alemán, que certera-

mente nos retrata al decir «stolz wie ein Spanier», orgulloso como un español; orgullosos, sí, de nuestra historia, de nuestros hombres, de nuestras instituciones, de nuestro pasado sin igual; orgullosos, si cabe, y serenamente confiados y optimistas en el maravilloso y fecundo porvenir del niño español en el siglo xx.»

En nombre de la Corporación contestó al nuevo académico el director general de Sanidad, haciendo una aguda glosa del discurso leído y dedicando los más cálidos elogios al talento extraordinario y a la gran capacidad de trabajo y de organización que posee el doctor Bosch Marín, tanto en el campo de la Clínica como en la Sanidad.

La actualidad sanitaria

LA ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA

Por el LICENCIADO DEL AGRO

Ha terminado el período de admisión de instancias para las anunciadas oposiciones a médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, y, como era de esperar, los últimos días se ha volcado la gran masa de aspirantes al modestísimo cargo de médico titular sobre el edificio de la Dirección de Sanidad, hasta el punto de que el día 30 el número de jóvenes médicos que aspiran a ocupar un puesto en el escalafón del Cuerpo y de médicos maduros que quieren liberarse del cacique—el inevitable cacique que cada español lleva dentro y que en el medio rural se exacerba hasta hacerse insoportable, como en el célebre caso de El Pobo y de Corbera de Ebro—con sus documentos acreditativos del derecho a opositar que les asiste, formaban tan larga cola, que llegaban desde el segundo piso, escaleras abajo, hasta rebasar el portal que da frente a la desmantelada plaza de España.

El número de opositores ha rebasado en mucho la cifra de los tres mil, y lo hubiera sido en mayor cantidad si la Orden ministerial publicada el 5 de abril sobre las normas que deben seguirse para regularizar la anómala situación del escalafón del Cuerpo no hubiese dado lugar a una confusión extraordinaria entre los posibles opositores por suponer que al aprobar los ejercicios contraían el compromiso de tener que ir dos años a ejercer la titular que les tocara en suerte. También ha influido no poco en el retraimiento de opositores la magnitud excesiva del programa que, suponemos fundadamente, sólo tendrá vigencia para estas oposiciones, y para que otras pudieran convocarse se redactará otro cuestionario más sencillo y más eficaz para la función que se encomienda al médico de A. P. D.

No obstante, la masa presentada hace prever que estas oposiciones se harán centenarias en el cartel de actos de la Dirección General de Sanidad. Hagamos cálculos. No hay manera humana de que puedan desarrollar el ejercicio oral más de cinco opositores diarios, porque el que más y el que menos supone que se encuentra en la obligación de consumir el período de tiempo de una hora que se les marca para desarrollar los cuatro temas, uno de cada grupo del programa, y aun cuando no tengan nada que decir sustanciosamente relacionado con la cuestión que les haya tocado en suerte, la divagación, la reiteración de palabras y de conceptos permite al menos avis-

pado estar sentado en la fatídica silla los sesenta minutos que tiene derecho a consumir. Aceptemos igualmente que entre los que prefieran dejarlo para segunda vuelta y los que definitivamente hayan decidido «rajarse» y no actuar se alcance la cifra del 50 por 100, que ya es admitir. Como el Tribunal no podrá actuar más de cinco horas diarias y nos parecen muchas horas, tendremos que habrá cinco opositores que depongan ante el quinteto de calificadores y otros cinco que «hagan la procesión del niño perdido», con lo que resulta que a diario avanzará la llamada de opositores hasta diez números. Descontados los días festivos, cada mes no podrán pasar de los doscientos cincuenta, necesitándose, por tanto, nada menos que doce meses efectivos, que se alargan a catorce o dieciséis nominales, si se tiene en cuenta que existirán vacaciones en Navidad, en Semana Santa y las obligadas del verano de 1948. Y no pecaremos de exagerados si decimos que estos ejercicios no pueden estar terminados, por lo menos, hasta las primeras semanas de 1949; es decir, que los matriculados en estos últimos días de junio no podrán actuar hasta noviembre o diciembre del año próximo, tiempo más que suficiente para hacer una solidísima preparación teórica y práctica.

Claro es que son dignos de compasión estos tres mil y pico de compañeros que han de permanecer durante un año largo sometidos a la tensión de todo el que prepara unas oposiciones: pero no me negará el amable lector que el esfuerzo que habrá de hacer el Tribunal es realmente titánico, agobiador, extenuante. ¡Ahí es nada tener que soportar cuatro o cinco horas diarias, durante todo un año, la verborrea de unos, la torpeza oratoria de otros, la sabiduría de éstos y la supina ignorancia y facies pétrea de aquéllos!

Y todo ello, ¿para qué? Lisa y llanamente dicho, para hacer producir el desvalorizado título de licenciado en Medicina y Cirugía el mínimo interés crematístico correspondiente al capital y el tiempo invertidos en obtenerlo, para que nos pudiera servir como un elemental medio de vida. ¡Vana aspiración en estos tiempos del estraperlo a todo plan! Porque con 3.000 pesetas relativas y 2.500 absolutas que puede percibir el opositor aprobado que logre una titular de quinta categoría, no podrá ni adquirir la ración cotidiana de pan que le corresponde...

El Tribunal se propone convocar por grupos de veinte a treinta opositores que, una vez efectuado el ejercicio oral, pasarán rápidamente a hacer las pruebas clínicas y de laboratorios, lo que permitirá el que los compañeros no tengan necesidad de permanecer en Madrid más allá de quince o veinte días. El Tribunal se ha dado cabal cuenta de que para la mayoría de los opositores, que desempeñan plazas en propiedad o en interinidad habrán de resolver el magno problema de la sustitución, muy complicado tanto en la elección del sustituto cuanto en la situación del sustituido en relación con sus convecinos e igualados.

No quiero terminar esta crónica sin abordar, siquiera sea de un modo oficioso, y sin aceptar responsabilidad alguna, por si mis informes no fuesen exactamente ajustados a la realidad, el tema del aumento de sueldo para los médicos, farmacéuticos, practicantes y comadronas municipales, resuelto, según hemos leído en la Prensa diaria, en el Consejo de ministros celebrado en Barcelona bajo la presidencia del Caudillo.

Todavía no ha aparecido el Decreto-ley correspondiente en el *Boletín Oficial del Estado*, encontrándose a falta de ser aprobado por las Cortes; pero, según nuestros informes, el aumento comenzará a hacerse efectivo a partir del 1 de julio actual, y no a partir de enero último como habían logrado los maestros nacionales, que para eso son maestros y no médicos, lo que quiere decir de más cohesión y compañerismo que nosotros y de directivos menos «faroleros», pero más efectivos. ¿Enterados? Este aumento, que, como el lector sabe, es de 2.000 pesetas para cada una de las cinco categorías de titulares: de 1.500 para los farmacéuticos y del 30 por 100 para los haberes que cobran los practicantes y comadronas, se percibirá en concepto de gratificación y no de sueldo, independientemente de cualquier otra gratificación o recompensa que hayan concedido por sí los propios Ayuntamientos, esos contados Municipios que saben darse cuenta y apreciar el efectivo valor de sus sanitarios, de la importancia vital para sus administrados de la labor médica. Pero precisamente por eso de ser gratificación no cuenta para el efecto de los haberes que corresponden al propio médico en caso de jubilación, ni a sus derechohabientes en el de fallecimiento. Las jubilaciones, viudedades, orfandades, etc., seguirán valorándose con arreglo al sueldo actual que padecen—no se puede decir que disfrutaban—los galenos rurales. Y es evidente y claro como el agua que del mismo modo los señores tocólo-

gos municipales, cuyos sueldos deben equipararse a los de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, seguirán cobrando exactamente con arreglo a sus sueldos, pero no con la gratificación del plus recientemente concedido al Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

Pero hay un detalle de sumo interés, que conviene hacer resaltar ante nuestros colegas que no disfrutaban de plaza en propiedad, y es que este aumento de millones en el presupuesto del Estado y de los Municipios, puesto que seguirán abonando sueldo y gratificación, los mismos que ahora: los Ayuntamientos para las categorías primera y segunda y el Estado para las tres restantes, se irán enjugando precisamente mediante la amortización de las plazas que vayan quedando vacantes y que pertenezcan a Municipios que, por su gran colaboración en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, no precisen disponer de tanto personal facultativo para sus enfermos de Beneficencia. Es decir, que como la gran mayoría de vecinos incluidos en las listas de Beneficencia municipal han pasado por ser trabajadores o productores a ser beneficiarios del Seguro de Enfermedad, tanto el Estado como el Municipio no se consideran obligados a abonar al médico de A. P. D., con derecho de preferencia para asistir a los enfermos del Seguro, por dos caminos distintos, el mismo servicio, y puesto que lo cobran como médicos del Seguro, es evidente que deben dejar de cobrar como titulares, ya que la función sanitaria que realizan estos facultativos no merece la pena de ser retribuida con sueldos tan «espléndidos» como los que ahora van a tener.

Esta es una verdad que ya dije yo hace mucho tiempo, cuando los médicos titulares aprobaban alegremente aquellas conclusiones en relación con el Seguro que se presentaron en el tercer Congreso de Sanidad municipal, en Granada, allá por el año de 1935. Ya veremos ahora lo que dicen cuando se reúna en octubre o cuando se celebre el cuarto Congreso, que se encuentra en gestación.

Antes de poner el punto final, quiero expresar mi agradecimiento a los numerosos compañeros que me escriben, alentándome para continuar en mi labor informativa, y, accediendo gustosamente a lo que alguno de ellos me sugiere, desde ahora queda establecido un consultorio profesional médicosocial, en el que contestaré cuantas preguntas se me hagan relacionadas con el ejercicio de la profesión médica, pero única y exclusivamente en el aspecto legislativo, administrativo o profesional.

Ustedes tienen la palabra.

—©—

MADREZAL

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

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.—*Declarando excluidos provisionalmente los aspirantes que se indican como opositores a la cátedra que se menciona de la Universidad de 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 excluidos provisionalmente, por falta de presentación de los requisitos que se indican, los siguientes aspirantes a las oposiciones convocadas por Orden de 17 de marzo de 1944 (*Boletín Oficial del Estado* del 28) para la provisión, en propiedad, de la cátedra de Histología y Embriología general y Anatomía patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (Cádiz):

Don José Luis Arteta Algilés (reintegro de 0,25 pesetas 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* de 11 de mayo).

Don Vicente Alcober y Coloma (certificado de los dos años de función docente en la misma forma que el anterior).

Don Luis Zamorano Sanabra (certificado de los dos años de función docente en la misma forma que los dos anteriores).

Don Juan Manuel Ortiz Picón (certificado de firme adhesión y certificado de los dos años de función docente en la misma forma que los anteriores).

Don Ramón Rodríguez-Somoza y López (toda la documentación menos el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Diego Ferrer Fernández de la Riva (recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente y certificado de Penales).

Don Domingo Espinós Gisbert (certificado negativo de antecedentes penales, certificado de firme adhesión, trabajo científico y certificado de los dos años de función docente en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo).

Don Vicente Jabonero Sánchez (título de doctor y certificado de los dos años de función docente en la misma forma que el anterior); y

Don Enrique Merino Eugercios (recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente, certificado negativo de antecedentes penales, certificado de depuración y declaración jurada, en su caso; certificado de firme adhesión y trabajo científico); y

2.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, 6 de mayo de 1947.—El Director general, Cayetano Alcázar.

(B. O. del E. de 26-VI-1947)

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

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, por reunir las condiciones que se exigen en la convocatoria, los siguientes aspirantes a las oposiciones convocadas por Ordenes de 22 de julio de 1946 y 1 de febrero de 1947 (*Boletín Oficial del Estado* de 4 de agosto de 1946 y 14 de febrero de 1947, respectivamente), para la provisión, en propiedad, de las cátedras de Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica (primera y segunda cátedras), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca:

Don Luis Jiménez González, don José Luis Martínez Rovira, don Luis Gómez Oliveros y don José Luis Puente Domínguez.

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

Don Antonio Alvarez Morujo (recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente y trabajo científico).

Don Antonio Calvo Madariaga (certificado negativo de antecedentes penales, título de doctor, trabajo científico 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* de 11 de mayo); y

Don Pablo Beltrán de Heredia (póliza de 1,50 pesetas en el certificado de firme adhesión y póliza de tres pesetas en el certificado de depuración).

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, 5 de mayo de 1947.—El Director general, Cayetano Alcázar.

(B. O. del E. de 27-VI-1947.)

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

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 condi-

ciones que se exigen en la convocatoria, el aspirante a las oposiciones anunciadas por Orden de 11 de julio de 1945 (*Boletín Oficial del Estado* del 31 del mismo) para la provisión, en propiedad, de las cátedras de Terapéutica física de las Facultades de Medicina de las Universidades de Barcelona y Valencia, don José Lucas Gallego.

2.º Se declara excluido, por falta de presentación del documento que se indica, el aspirante don Vicente Carulla Riera (certificado de los dos años de función docente o investigadora en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1947 (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo); 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, 7 de mayo de 1947.—El Director general, Cayetano Alcázar.

(B. O. del E. de 28-IV-1947.)

Declarando excluidos provisionalmente los aspirantes que se indican como opositores a la cátedra que se menciona de la Universidad de Santiago.

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 excluidos provisionalmente, por falta de presentación de los requisitos que se indican, los siguientes aspirantes a las oposiciones convocadas por Orden de 29 de diciembre de 1944 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de enero de 1945), para la provisión, en propiedad, de la cátedra de Histología y Embriología general y Anatomía patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago:

Don Ramón Rodríguez-Somoza López (toda la documentación, excepto el recibo de 10 pesetas, por derechos de formación de expediente).

Don Vicente Jabonero Sánchez (título y certificado de los dos años de función docente, en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo).

Don José Luis Arteta Algiles (toda la documentación, excepto el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Luis Zamoraño Sanabra (toda la documentación, excepto el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Vicente Alcober Coloma (toda la documentación, excepto el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Enrique Merino Eugercios (recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente, certificado negativo de antecedentes penales, certificado de depuración o declaración jurada, en su caso; certificado de firme adhesión y trabajo científico).

Don Juan Varela Gil (certificado de firme adhesión).

Don Juan Manuel Ortiz Picón (toda la docu-

mentación, excepto el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente); y

Don Diego Ferrer Fernández de la Riva (recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente, certificado de antecedentes penales, certificado de firme adhesión y trabajo científico); y

2.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, 6 de mayo de 1947.—El Director general, Cayetano Alcázar.

(B. O. del E. de 28-VI-1947.)

UNIVERSIDAD CENTRAL.—FACULTAD DE MEDICINA.
Convocando oposición para cubrir dos plazas de Matronas, vacantes en el Departamento de Ginecología de esta Facultad.

Vacante en el Departamento de Ginecología de esta Facultad dos plazas de Matronas, dotadas con la remuneración anual de 3.000 pesetas cada una, se convoca para cubrirlas mediante oposición.

Los nombramientos se conferirán por cuatro años, prorrogables indefinidamente de cuatro en cuatro años, siempre que los proponga el Catedrático de Ginecología de esta Facultad y lo apruebe el ilustrísimo señor Decano de la misma.

Para presentarse a dicha oposición serán condiciones indispensables:

1.º Ser españolas y no estar incapacitadas para ejercer cargos públicos.

2.º Estar en posesión del título de Matrona.

3.º Tener veinticinco años cumplidos y no exceder de cuarenta en la fecha de esta convocatoria.

Las oposiciones constarán de los siguientes ejercicios:

1.º Escrito sobre cultura general.

2.º Oral, desarrollando durante veinte minutos uno de los temas, sacado a la suerte, del cuestionario confeccionado expresamente para estas oposiciones, que podrán consultar las opositoras durante el plazo de la convocatoria en el Decanato de esta Facultad.

3.º Uno práctico, consistente en el reconocimiento de una embarazada, asistencia a un parto, preparación para una intervención obstétrica, análisis, etc.

El plazo de admisión de solicitudes será de veinte días naturales, a contar desde la fecha de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

Las aspirantes presentarán sus solicitudes, dentro del plazo marcado, en la Dirección del Hospital Clínico de San Carlos, todos los días laborables, de diez a doce de la mañana.

A dichas solicitudes, debidamente reintegradas y dirigidas al Director del Hospital, se acompañará relación de méritos, servicios prestados y certificado expedido por la Secretaría General del Movimiento u Organismo dependiente de ella.

acreditativa de su adhesión al Régimen y haber efectuado el Servicio Social.

Madrid, 8 de mayo de 1947.—El Director,
V. Matilla.
(B. O. del E. de 28-VI-1947.)

ORDEN de 29 de mayo de 1947 por la que se convoca concurso-oposición para cubrir siete plazas de Profesores adjuntos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

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

Este Ministerio ha resuelto:

1.º Convocar el concurso-oposición determinado en la ley de 29 julio de 1943 para cubrir siete plazas de Profesores adjuntos, con la gratificación anual de 6.000 pesetas, en la Facultad de Medicina de la Universidad expresada y adscritas a las siguientes enseñanzas o grupos de disciplinas:

1. Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica.
2. Fisiología general, Química biológica y Fisiología especial.
3. Patología general y Propedéutica clínica.
4. Patología y Clínica médicas.
5. Patología y Clínica médicas.
6. Patología y Clínica quirúrgicas.
7. Obstetricia y Ginecología.

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

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 29 de mayo de 1947.—Ibáñez Martín.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 28-VI-1947.)

ORDEN de 29 de mayo de 1947 por la que se convoca concurso-oposición para cubrir cuatro plazas de Profesores adjuntos en la Facultad de Medicina de Salamanca.

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

Este Ministerio ha resuelto:

1.º Convocar el concurso-oposición determinado en la Ley de 29 de julio de 1943 para cubrir cuatro plazas de Profesores adjuntos, con la gratificación anual de 6.000 pesetas, en la Facultad de Medicina de la Universidad expresada y adscritas a las siguientes enseñanzas o grupos de disciplinas:

1. Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica.
2. Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica.
3. Oftalmología.
4. Medicina legal.

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

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 29 de mayo de 1947.—Ibáñez Martín.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 28-VI-1947.)

ORDEN de 11 de junio de 1947 por la que se anula la convocatoria efectuada para cubrir la plaza de Profesor adjunto de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valladolid, por Orden de 14 de abril de 1944 (Boletín Oficial del Estado del 27), mediante concurso-oposición.

Ilmo. Sr.: Por haber desaparecido del plan d. estudios de la Licenciatura de Medicina la enseñanza de Terapéutica quirúrgica, y existiendo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid una plaza de Profesor adjunto para dicha disciplina,

Este Ministerio, de acuerdo con la propuesta del Rectorado correspondiente, ha resuelto:

1.º Que la dotación con que la referida plaza cuenta en los presupuestos de este Departamento se entiende suprimida para tal asignatura, quedando adscrita la referida dotación a la enseñanza de Otorrinolaringología.

2.º Que quede sin efecto la convocatoria efectuada por Orden de 14 de abril de 1947 (Boletín Oficial del Estado del 27) del concurso-oposición anunciado para cubrir la plaza de Profesor adjunto de la enseñanza de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 11 de junio de 1947.—Ibáñez Martín.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 28-VI-1947.)

ORDEN de 12 de junio de 1947 por la que se convoca concurso-oposición para cubrir una plaza de Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de Valladolid.

Ilmo. Sr.: A propuesta del Rectorado de la Universidad de Valladolid, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7.º de la Orden de 5 de diciembre de 1946,

Este Ministerio ha resuelto:

1.º Convocar el concurso-oposición determinado en la Ley de 29 de julio de 1943 para cubrir una plaza de Profesor adjunto, con la gratificación anual de 6.000 pesetas, en la Facultad de Medicina de la expresada Universidad y adscrita a la enseñanza de Otorrinolaringología.

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

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

Dios guarde a V. I. muchos años

Madrid, 12 de junio de 1947.—*Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 28-VI-1947.)

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

Extinguido el plazo a que se refiere el Decreto de 25 de junio de 1931,

Esta Dirección General hace publico lo siguiente:

Se declaran admitidos definitivamente 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), los siguientes aspirantes:

Don Antonio Raventós Moragas.

Don Bonifacio Sánchez Cózar.

Don Luis Estella Bermúdez de Castro.

Don Federico García Dihinx Burriel.

Don Juan Sala de Pablo.

Don José Gascó Pascual.

Don Angel Duplá Marco.

Don Fernando Martínez de la Riva Fernández, y

Don Carlos Carbonell Antolí.

Madrid, 16 de junio de 1947.—El Director general, *Cayetano Alcázar*.

(B. O. del E. de 30-VI-1947.)

ORDEN de 23 de junio de 1947 por la que se concede carácter oficial al IV Congreso Nacional de Sanidad Municipal.

Ilmo. Sr.: El Consejo General de Colegios Médicos dirige instancia a este Departamento solicitando se conceda carácter oficial al IV Congreso Nacional de Sanidad Municipal que proyecta celebrar en esta capital durante los días del 3 al 9 de noviembre próximo.

Y teniendo en cuenta los altos fines científicos y culturales que inspiran la celebración del certamen que se proyecta, que al propio tiempo ha de servir para intensificar los lazos de compañerismo y de unión espiritual entre los Médicos que integran el Cuerpo de Titulares o de Asistencia Pública Domiciliaria, auténticos gestores de las funciones de Sanidad municipal.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que se acceda a lo solicitado por el Consejo General de Colegios Médicos, reconociendo carácter oficial al IV Congreso Nacional de Sanidad Municipal, que ha de celebrarse en Madrid durante los días del 3 al 9 de noviembre próximo.

2.º Autorizar a los Médicos titulares o de Asistencia Pública Domiciliaria para que puedan ausentarse de sus plazas con objeto de asistir al citado Congreso, dando cuenta de su ausencia con tal fin a la Jefatura Provincial de Sanidad respectiva, por escrito, dejando el servicio debidamente atendido.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 23 de junio de 1947.—*Pérez González*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 1-VII-1947.)

ORDEN de 26 de junio de 1947 por la que se convoca concurso entre Médicos Directores de Baños y de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, aprobados en las oposiciones recientemente celebradas, para cubrir vacantes en Direcciones médicas balnearias, cuya relación se adjunta.

Ilmo. Sr.: De acuerdo con las disposiciones legales vigentes, y para dar cumplimiento a la condición décima de la Orden de convocatoria del concurso entre Médicos Directores de Baños y de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, de 12 de mayo último, se convoca concurso entre Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, aprobados en las oposiciones recientemente celebradas, para cubrir vacantes en Direcciones médicas balnearias, cuya relación se publica a continuación, con arreglo a las condiciones siguientes:

1.ª Se fija para la celebración de este concurso la hora de las once de la mañana del día 7 de julio próximo, en el salón de actos de la Dirección General de Sanidad (plaza de España).

2.ª Los Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, que deseen tomar parte en el concurso, lo solicitarán por escrito, mediante instancia, debidamente reintegrada, dirigida al ilustrísimo señor Director general de Sanidad, en la que harán constar el nombre y apellidos del solicitante y su residencia actual; en dicha instancia deberán consignar los Balnearios que soliciten, por orden de prelación o preferencia. Los que piensen no acudir al acto personalmente, designarán el compañero que haya de ostentar su representación en dicho concurso. Si no hubiesen de acudir personalmente ni represen-

tados, podrán en la misma instancia solicitar las plazas que deseen, y les serán adjudicadas las que les correspondan, o bien harán constar que no deseen tomar parte en el mismo, para considerarles por la presente temporada como excedentes voluntarios, conservando su número en el escalafón correspondiente.

Salvo lo dispuesto en el artículo 46 del Estatuto de 25 de abril de 1928 y Real Orden de 8 de enero de 1929, los Médicos que dirijan Establecimientos Balnearios no podrán ausentarse durante la temporada del mismo, sino por causas justificadas y previo permiso de la Dirección General de Sanidad.

El incumplimiento de este precepto llevará aneja la destitución del cargo y la inhabilitación para concursar plaza durante dos años seguidos.

3.ª Presentarán también con la referida instancia una declaración jurada en la que hagan constar que adquieren el compromiso de permanecer durante toda la temporada balnearia al frente de la Dirección médica que se les adjudique. A este efecto, los que posean otros cargos, además del que se hace referencia, se obligarán a presentar, antes de posesionarse del cargo, los oportunos documentos justificativos de las licencias que les sean concedidas por quien tenga autoridad para ello, para ausentarse del lugar donde ejerzan dichos cargos, durante la temporada balnearia completa, quedando en consecuencia sin efecto la adjudicación de las plazas que en el concurso se les hagan si no llenan este requisito.

4.ª Los Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, al tomar posesión del Balneario adjudicado, remitirán a la Dirección General de Sanidad oficio, expedido por la Alcaldía de la localidad donde radique el mismo, acreditativo de su toma de posesión. Asimismo enviarán informe detallado del estado higiénico-sanitario y de funcionamiento de las instalaciones hidroterápicas, haciendo constar las deficiencias que observen en el Establecimiento de su Dirección.

5.ª Las Memorias a que alude la Real orden de 8 de enero de 1929 deberán ser presentadas por los Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, en la Dirección General de Sanidad, antes de dar fin a la temporada, sin perjuicio de las que por precepto del Estatuto (artículo 49, número 6) han de elevar en el mes de diciembre, en las que han de figurar las novedades que han observado, resultados obtenidos en los tratamientos, concurrencia habida y demás extremos a que dicho artículo se refiere.

6.ª Las Direcciones Médicas vacantes que resultaran después de este concurso, se proveerán interinamente en la forma que estime conveniente la Superioridad.

Los señores Gobernadores civiles reproducirán la presente Orden en el *Boletín Oficial* de sus respectivas provincias, sirviéndose remitir un ejemplar del número en que se publique a la Dirección General de Sanidad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años

Madrid, 26 de junio de 1947.—P. D., el Subsecretario, *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

Direcciones médicas de Balnearios vacantes.

Alicún de las Torres (Granada). Aparato digestivo, Reumatismo y Nervioso.

Almeida (Zamora). Digestivo y Reumatismo.

Belascoain (Navarra). Digestivo.

Benasal (Castellón). Digestivo.

Cabreiroá (Orense). Digestivo.

Calabor (Zamora). Digestivo.

Caldas de Luna (León). Digestivo y Reumatismo.

Caldas de Nocedo (León). Digestivo y Reumatismo.

Caldas de Orense (Orense). Digestivo y Reumatismo.

Camporrells (Huesca). Digestivo, Circulatorio, Reumatismo y Nervioso.

Carratraca (Málaga). Digestivo.

Catoira (Pontevedra). Reumatismo.

Celtigos (Lugo). Digestivo.

Cervantes (Ciudad Real). Digestivo.

Cortegada (Orense). Digestivo y Reumatismo

Chulilla (Valencia). Digestivo.

Elgorriaga (Navarra). Digestivo.

Espluga de Francolí (Tarragona). Digestivo.

Fuente Nueva de Verín (Orense). Digestivo y Reumatismo.

Fuente Amarga de Chiclana (Cádiz). Digestivo Reumatismo.

Grávalos (Logroño). Digestivo y Reumatismo.

Jabalruz (Jaén). Reumatismo y Nervioso.

La Garriga (Barcelona). Reumatismo y Nervioso.

La Hiosa (Ciudad Real). Digestivo.

La Parrilla (Cáceres). Digestivo.

Los Berrazales (Las Palmas). Digestivo.

Mantiel (Guadalajara). Reumatismo.

Molinell (Valencia). Digestivo y Reumatismo.

Montanejos (Castellón). Digestivo

Montejo de Cebas (Burgos). Digestivo y Reumatismo.

Nuestra Señora de los Angeles (La Coruña). Digestivo.

Onteniente (Valencia). Digestivo.

Ormaiztegui (Guipúzcoa). Digestivo.

Partovia (Orense). Digestivo y Reumatismo.

Prelo (Oviedo). Digestivo y Reumatismo.

Riba de los Baños (Logroño). Digestivo.

Rocallaura (Lérida). Digestivo.

San José (Albacete). Digestivo y Reumatismo.

San Juan de Azcoitia (Guipúzcoa). Digestivo y Reumatismo.

San Juan de Campos (Baleares). Digestivo y Reumatismo.

San Vicente (Lérida). Digestivo y Reumatismo

Santa Ana (Valencia). Digestivo y Circulatorio.

Segura de Aragón (Teruel). Reumatismo.

Valle de Ribas (Gerona). Digestivo y Circulatorio.

Verín-Sousas (Orense). Digestivo.

Zaldívar (Vizcaya). Digestivo.

Yemeda (Cuenca). Digestivo.

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—Convocando concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en las provincias de Guadalajara, Málaga, Valencia y Zaragoza.

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 anuncian a concurso las siguientes plazas de Medicina general en las localidades que se señalan:

Provincia de Guadalajara.

1.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, Servicio Sindical y varias EE. CC., en Alarilla y agregados, Distrito único.

2.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y de las EE. CC. número 10, Mutua General de Seguros, y número 15, Vasco-Navarra, en Argecilla y agregados, Distrito único.

3.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional, Servicio Sindical y de la E. C. número 8, La Española, en Baños de Tajo y agregados, Distrito único.

4.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y Servicio Sindical, en Campisábalos y agregados, Distrito único.

5.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional en Congostrina y agregados, Distrito único.

6.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional, Servicio Sindical y E. C. número 19, Agropecuaria, en Cubillos de Uceda, Distrito único.

7.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional, Servicio Sindical y E. C. número 9, Hércules, en Escamilla, Distrito único.

8.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y de la Entidad Colaborado número 19, Agropecuaria, en Fuentelaencina, Distrito único.

9.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 19, Agropecuaria, y número 18, Atocha, en Fuentelahiguera, Distrito único.

10. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 18, Atocha, en Galve de Sorbe y agregados, Distrito único.

11. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional, Servicio Sindical y varias EE. CC., en Gárgoles de Abajo y agregados, Distrito único.

12. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional en Gualda y agregado, Distrito único.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional, Servicio Sindical

y E. C. número 19, Agropecuaria, en Malaguilla y agregados, Distrito único.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional, Servicio Sindical y E. C. número 18, Atocha, en La Merla y agregados, Distrito único.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Pinilla de Molina y agregados, Distrito único.

16. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional de Poveda de la Sierra y agregados, Distrito único.

17. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 15, Vasco-Navarra, en Puebla de Valles y agregados, Distrito único.

18. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional, Servicio Sindical y E. C. número 93, Mutua Aragonesa de Santa Bárbara, en Renales y agregados, Distrito único.

19. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y número 18, Atocha, en Robledo de Corpes, Distrito único.

20. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias E. C. en Torija y agregados, Distrito único.

21. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Tordesillas, Distrito único.

22. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Valdeavellano, Distrito único.

23. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y Entidades colaboradoras número 18, Atocha, y número 35, M. A. P. F. R. E., en Valdesaz, Distrito único.

24. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y Servicio Sindical en Valverde de los Arroyos y agregados, Distrito único.

Provincia de Málaga.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 17, 42, 50, 45, 10, 40 y 28, en Málaga, Zona primera.

2.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 17, 42, 50, 45, 10, 40 y 28, en Málaga, Zona primera.

3.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 17, 42, 50, 45, 10, 40 y 28, en Málaga, Zona primera.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 17, 42, 50, 10 y 40, en Málaga, Zona segunda.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 17, 42, 50, 10 y 40, en Málaga, Zona segunda.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 17, 50 y 8, en Málaga, Zona tercera.

7.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. Banco Hispano Americano, en Málaga, Zonas todas.

8.^a Otra vacante para la asistencia de asegura-

dos del Servicio Sindical en Antequera, Zona cuarta.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la R. E. N. F. E., en Málaga, Zona segunda.

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la R. E. N. F. E., en Málaga, Zona tercera.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la E. C. Los Guindos, en Málaga, Zonas todas.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la R. E. N. F. E., en Málaga, Zona primera.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la E. C. número 15, Vasco-Navarra, en Málaga, Zona tercera.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 104, Museba, y número 15, Vasco-Navarra, en Málaga, Zona primera.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 104, Museba, y número 15, Vasco-Navarra.

Provincia de Valencia (capital).

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. números 35, Mapfre, y 173, I. M. F. A., en Valencia, Zona primera.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española, y número 10, Mutua General de Seguros, en Valencia, Zona primera.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española, y número 10, Mutua General de Seguros, en Valencia, Zona primera.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española, y número 10, Mutua General de Seguros, en Valencia, Zona primera.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 12, Mutua Balear, y número 15, Vasco-Navarra, en Valencia, Zona primera.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 17, La Fraternidad, y número 219, La Unión, en Valencia, Zona primera.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona primera.

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 19, Agropecuaria; número 37, Mutua Levantina de Previsión, y número 40, Hispania, en Valencia, Zona primera.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 19, Agropecuaria; número 37, Mutua Levantina de Previsión, y número 40, Hispania, en Valencia, Zona primera.

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 19, Agropecuaria;

número 37, Mutua Levantina de Previsión, y número 40, Hispania, en Valencia, Zona primera.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Valencia, Zona primera.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona segunda.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 10, Mutua General de Seguros; número 35, M. A. P. F. R. E., y número 37, Mutua Levantina en Valencia, Zona segunda.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 10, Mutua General de Seguros; número 35, M. A. P. F. R. E., y número 37, Mutua Levantina en Valencia, Zona segunda.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la E. C. número 37, Mutua Levantina de Previsión, en Valencia, Zona segunda.

16. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona segunda.

17. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona segunda.

18. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona segunda.

19. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona segunda.

20. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en Valencia (El Palmar), Zona segunda.

21. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona tercera.

22. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona tercera.

23. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 35, M. A. P. F. R. E.; número 219, La Unión y Mutualidad Sindical del Papel, en Valencia, Zona tercera.

24. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona tercera.

25. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona tercera.

26. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 11, La Cruz Blanca; número 173, I. M. F. A., y S. A. G. E., en Valencia, Zona tercera.

27. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona tercera.

28. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. de Valencia, Zona tercera.

29. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 10, Mutua Ge-

neral de Seguros, y número 12, Mutua Balear, en Valencia, Zona tercera.

30. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 10, Mutua General de Seguros, y número 12, Mutua Balear, en Valencia, Zona tercera.

31. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española; número 15, Vasco-Navarra, y número 37, Mutua Levantina, en Valencia, Zona tercera.

32. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. de Valencia, Zona tercera.

33. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. de Valencia, Zona cuarta.

34. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. de Valencia, Zona cuarta.

35. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. de Valencia, Zona cuarta.

36. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. de Valencia, Zona cuarta.

37. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en Benicalap (Valencia), Zona cuarta.

38. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en Benimamet (Valencia), Zona cuarta.

39. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en Carpesa (Valencia), Zona cuarta.

40. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en Masarrochos (Valencia), Zona cuarta.

41. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona quinta.

42. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona quinta.

43. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona quinta.

44. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española; número 37, Mutua Levantina, y número 137, Bilbaína de Previsión, en Valencia, Zona quinta.

45. Otra vacante para la asistencia de los ase-

gurados de la Caja Nacional y EE. CC. número 8, La Española, y número 37, Mutua Levantina, en Valencia, Zona quinta.

46. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona quinta.

47. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 12, Mutua Balear; número 37, Mutua Levantina, y número 40, Hispania, en Valencia, Zona quinta.

48. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española; número 10, Mutua General de Seguros, y S. A. G. E., en Valencia, Zona quinta.

49. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 10, Mutua General de Seguros, y Mutua Papel, Prensa y Artes Gráficas, en Valencia, Zona quinta.

50. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 10, Mutua General de Seguros, y número 140, La Sanitari., en Valencia, Zona quinta.

51. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias EE. CC. en Valencia, Zona quinta.

52. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las EE. CC. número 8, La Española; número 10, Mutua General de Seguros, y Mutua Papel, Prensa y Artes Gráficas, en Valencia, Zona quinta.

53. Otra vacante para la asistencia de los asegurados en Caja Nacional, en Valencia, Zona quinta.

Valencia (provincia).

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Antella, Zona única.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Bonrepós, Zona única.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Canet de Berenguer, Zona única.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Castellón de Rugat, Zona única.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Chirivella, Zona única.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los ase-



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

18. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Zarra, Zona única.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Zaragoza.

42. Otra vacante para la asistencia de los as-

gurados de la E. C. Servicio Sindical, en Zaragoza, Zona quinta.

43. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la E. C. Servicio Sindical, en Zaragoza, Zona quinta.

44. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y EE. CC. en Calatayud, Distrito segundo.

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

La resolución del concurso a que se refiere a 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 los *Boletines Oficiales* de las provincias a quienes afecte el concurso, aunque las vacantes que allí se reproduzcan serán sólo las que correspondan a la provincia respectiva.

Madrid, 29 de mayo de 1947.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Rial*.
(B. O. del E. de 1-VII-1947).

ORDEN de 26 de junio de 1947, por la que se nombra a los señores que se citan Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, como resultado de las oposiciones convocadas por Orden de 13 de marzo de 1946.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente de la oposición convocada por Orden de 13 de marzo de 1946 para proveer veinticinco plazas de Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios;

Resultando que, dentro de los plazos marcados en dicha disposición, solicitaron tomar parte en la convocatoria los aspirantes relacionados en el correspondiente expediente;

Resultando que, realizados los ejercicios de oposición, y una vez calificados cada uno de los mismos, el Tribunal formula propuesta de adjudicación de cada una de las veinticinco plazas convocadas;

Resultando que el correspondiente expediente ha sido sometido al reglamentario informe del Consejo Nacional de Sanidad;

Vista la Orden de 13 de marzo de 1946 y la Ley de 25 de febrero de 1939 sobre adjudicación de plazas a ex combatientes, la propuesta formu-

lada por el Tribunal juzgador y el informe emitido por el Consejo Nacional de Sanidad;

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

Este Ministerio, de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección General, ha tenido a bien aprobar el presente expediente y, en su consecuencia, nombrar Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, por el orden que se cita, a los señores que a continuación se expresan:

- 1.—D. Antonio Aznar Rey.
- 2.—D. Miguel Sebastián Herrador.
- 3.—D. Emilio Zapatero Ballesteros.
- 4.—D. Antonio Mundo Fuertes.
- 5.—D. José Luis Rodríguez Miñón.
- 6.—D. Antonio Salces Blesa.
- 7.—D. José Oriol Sevilla Vallejo.
- 8.—D. José Calderón Montero.
- 9.—D. Fernando Cámara Niño.
- 10.—D. Agustín Valero Castejón.
- 11.—D. Ricardo Franco Manera.
- 12.—D. Julio Ortiz Vázquez.
- 13.—D. Juan Guallar Segarra.
- 14.—D. Angel Luis Massotti Littel.
- 15.—D. José Antonio Renedo Fornés.
- 16.—D. Julio Pardo Canalis.
- 17.—D. Alvaro Aguirre de Cárcer.
- 18.—D. José Fernández Piña.
- 19.—D. Francisco Atero Santiago.
- 20.—D. Rafael Vela Guillén.
- 21.—D. Julián Torresano Chápuli.
- 22.—D. Pedro Moreno Jiménez.
- 23.—D. Adrián Juanes González.
- 24.—D. Manuel Maraver Perea.
- 25.—D. Ricardo Pérez Mora.

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

Dios guarde a V. I. muchos años

Madrid, 26 de junio de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.
(B. O. del E. de 2-VII-1947.)

≡ ANÁLISIS ≡

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

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. Clin.*, 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. Beasáin (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.)

PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS



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

- = CITRONITRINA
- = CALCIO «GEVE»
SIMPLE
- = CALCIO «GEVE»
CON VITAMINA D
- = SULFOLAPINA
- = TÓNICO «GEVE»
- = LINITUL
- = EUBORAL
- = POMADAS
OFTÁLMICAS «GEVE»
- = POMADAS
DORADA VERGÉS

Doctors:

Sírvase Vd. pedirnos literatura y muestras para ensayos clínicos.



Una excelente
preparación de kola:

Tónico GEVE

Estimula la actividad cardíaca
y aumenta la tensión arterial

Granulado a base de nuez de kola
y glicerofosfatos con pepsina

FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

Tónico GEVE puede tomarse solo o disuelto en vino, agua o leche, antes o después de las comidas. Igualmente puede tomarse mezclado con nata o con yoghurt, a los que comunica un sabor muy agradable

DOSIS (Salvo prescripción facultativa)

Una cucharadita de las de café, bien llena, dos o tres veces al día.



LINITUL GEVE

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía