

Suspendido Temporalmente.

891



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

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

1854 * AÑO NOVENTA Y TRES * 1947

Oficinas de Redacción y Administración:

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

Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.

Para los demás países: 100 pesetas al semestre

Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).

Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

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

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.

Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 19 de julio de 1947

NUMERO 4.761



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS

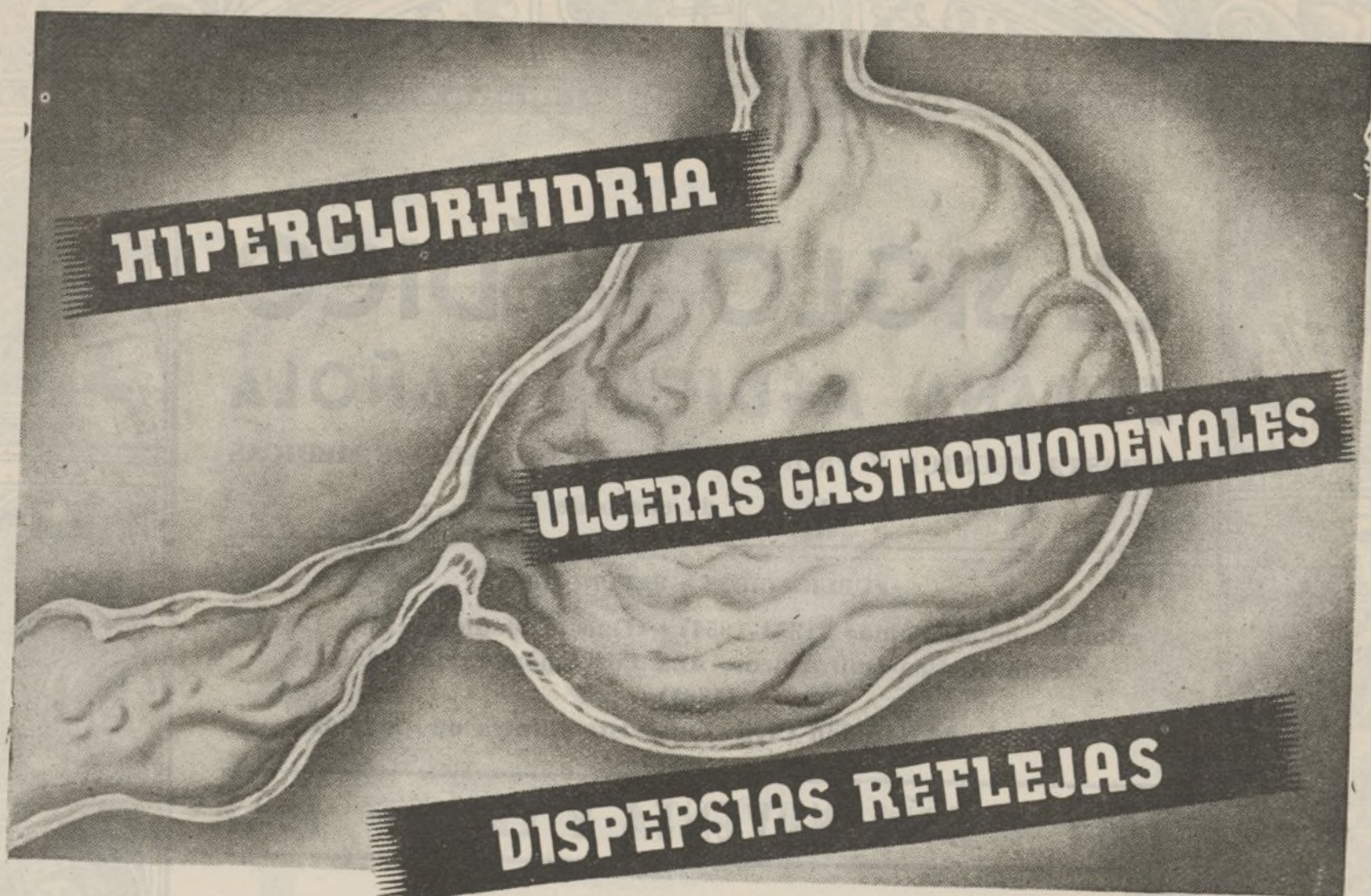


AVEROIS



DIAGENES





Para el tratamiento de cualquier dispepsia con hiperacidez, en todos los casos de úlcera gastroduodenal y en los trastornos causados por mala digestión, encontrará en CAL BIS-MA el mejor colaborador para restablecer la normalidad en las funciones digestivas.

CAL-BIS-MA es un polvo aromático y de sabor agradable, representando una excelente combinación coloidal de subcarbonato y subgalato de bismuto, carbonato de magnesia, carbonato cálcico, caolín coloidal y bicarbonato sódico.

CAL-BIS-MA responde siempre a las exigencias del facultativo.

DOSIS: una cucharadita desleída en un vaso de agua.

Puede repetirse cada 2 ó 4 horas.



CAL-BIS-MA

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

Ap. C. S. n.º 107



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: *Innovaciones en el tratamiento de la lepra*, por el Dr. Félix Contreras Dueñas. *Importancia de las cavernas en la patología de la tuberculosis pulmonar*, por el Dr. J. Megías Velasco. DIVULGACIONES NACIONALES: *Pequeñas indicaciones prácticas para el gastrorradiólogo incidental*, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa. *La terapéutica del paludismo por la metoquina*, por el Dr. Alvaro Lozano Morales. *Sociedad Oftalmológica de Madrid*. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

INNOVACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA LEPROSIA Su repercusión en el problema sanitario

por el

Dr. FELIX CONTRERAS DUEÑAS

Médico director de la Colonia-Sanatorio de San Francisco de Borja (Fontilles).

Los tiempos anómalos que nos ha deparado el destino imponen una primordial preocupación, ostensiblemente manifestada por los dirigentes de todos los países, cuando tratan de aventajar a los demás organizando el más perfecto sistema de protección social.

Todos los planes de asistencia social coinciden en la natural pretensión de amparar con preferencia a los más débiles y desgraciados, que son siempre los enfermos. Luchando contra las enfermedades infecciosas es como se logra la mejor de las protecciones, pues el beneficio alcanza no sólo a los enfermos, sino también a gran parte de los que les rodean, que en muchas ocasiones serían contagiados si no fuesen protegidos por la benéfica acción de las campañas sanitarias.

Cuando la falta de medios económicos imposibilita organizar simultáneamente la lucha eficaz contra todas las enfermedades infecciosas, la confección de un plan de organización sanitaria es sumamente difícil y requiere un estudio concienzudo, en el que no debemos dejarnos influir por cuestiones sensibleras. Por el contrario, debe procederse conscientemente, después de aquilatar al límite, tratando de conseguir para el futuro el máximo de rendimiento, compatible con los medios de que se disponga. Este estudio debe ser hecho por los médicos, que son los mejores sanitarios, ya que no será un buen médico quien no sienta afición por la sanidad; así como tampoco puede

ser un buen sanitario el que pierda el contacto con los enfermos.

Nada más desagradable que tener que relegar a segundo lugar algunas luchas sanitarias, pero si fuese forzoso hacerlo, por falta de medios económicos, sin ninguna clase de duda debemos iniciar nuestra organización, luchando, primero, con aquellas infecciones evitables, por dos razones fundamentales:

1.ª Cuando se organiza bien la profilaxis contra una enfermedad evitable, la morbilidad decrece. En un plazo más o menos largo, podemos disminuir también las consignaciones que terminan por no ser necesarias, permitiendo entonces dedicarlas a la lucha contra otras infecciones.

2.ª Los países que organizaron mejor la sanidad, que suelen ser también los más cultos, califican razonablemente de atrasados e incultos a aquellos otros en los que persisten las enfermedades evitables, y es forzoso terminar con esta situación denigrante.

Antes de aprobar un presupuesto de sanidad es imprescindible empezar por clasificar las enfermedades, y para este objeto entendemos que debe hacerse en la siguiente forma:

1.º Enfermedades en las que es eficaz la profilaxis por medios biológicos (sueros y vacunas).

2.º Enfermedades en las que no es eficaz esta acción preventiva: a) Enfermedades que disponen de una terapéutica eficaz. b) Enfermedades sin tratamiento o difícilmente evitables.

Las enfermedades del primer grupo son, sin discusión, las más fácilmente evitables y su profilaxis la menos costosa, en las que es magnífico complemento la estadística, que permite seguir éxitos brillantes. Perfectamente orientada por los sanitarios, y especialmente durante nuestra guerra civil, marcó las diferencias entre ambas zonas, ya que se dió el caso paradójico de que al final de la misma se iniciasen algunas epidemias en la llamada zona roja, por haberse terminado algunos sueros y vacunas, de los que se disponía en la otra zona merced a la competente acción de los sanitarios que en ella residían, que suplieron la falta de los grandes centros de preparación de estos productos, instalados todos en la zona desabastecida.

La lucha contra las enfermedades del segundo grupo requiere casi siempre conocimientos especiales, e impone en los sanitarios idéntica especialización que la que se impuso para el ejercicio de la Medicina. Para dirigir perfectamente la sanidad de una nación es imprescindible la colaboración de especialistas en las distintas enfermedades infecciosas, que a las órdenes inmediatas del director, organicen eficientemente sus servicios, concediendo la preferencia, como ya dijimos, a las enfermedades evitables.

El objeto principal de este trabajo es contestar a la pregunta: ¿Dónde debemos clasificar la lepra?

Actualmente, bastantes médicos creen que la lepra es una enfermedad incurable, en la que no se dispone de ninguna medicación de probada eficacia y que los que la padecen no pueden lograr en modo alguno librarse de esta infección. Bien recientemente pudimos escuchar en una emisión de Radio Nacional cómo se mantenía este criterio, que está totalmente en pugna con lo que actualmente creen todos los que especialmente se dedican a esta enfermedad o a la Dermatología que es la especialidad en la que se estudia.

Cuando se trata de hablar de curación de cualquier enfermedad infecciosa, es preciso ser sumamente cautos. Es difícil asegurar que no quede ningún germen en el organismo infectado. Basta ría pensar en la fiebre tifoidea para darse cuenta de que, aun después de pasados muchos años con manifiesta salud, pueden seguir los gérmenes viviendo a expensas del organismo al que hicieron padecer. En las enfermedades crónicas, después de mucho tiempo de infección, es aún más difícil asegurar una curación absoluta. La lepra es la más crónica de todas las infecciones, y es difícil asegurar que un organismo infectado terminó absolutamente con todos los bacilos que le parasitaban, pero no es mucho más difícil que en la tuberculosis, por ejemplo, y aun cuando no podamos llegar a una absoluta seguridad, como sanitarios y como médicos, estamos obligados a hablar de curación y a propagar que ésta se con-

sigue en todos aquellos casos en los que logramos un largo período sin síntomas clínicos y en el que todas las investigaciones analíticas resulten negativas.

Si queremos alentar a los enfermos para que se traten con entusiasmo y nos ayuden a encauzar la profilaxis, estamos obligados a hacer campaña, repitiendo constantemente que *todos los que se dedican a la leprología afirman rotundamente que la lepra es curable. Coincidiendo también en afirmar la eficacia de la terapéutica antileprosa.*

TERAPÉUTICA ANTILEPROSA

Al hablar de la terapéutica antileprosa, conviene distinguir la terapéutica clásica y las nuevas medicaciones antileprosas.

Terapéutica clásica.—Aun cuando se han empleado multitud de medicamentos en el tratamiento de la lepra, la medicación verdaderamente eficaz que se ha impuesto, y que algunos consideran como específica, es el aceite de chaulmogra. Esta medicación, de uso muy antiguo, ha sido empleada por muy diferentes vías de administración, y con ella se han obtenido positivos resultados en aquellos casos en que es bien tolerada y que el organismo puede soportar considerables cantidades de la misma. Para demostración de este extremo, reproducimos las fotografías de un enfermo que actualmente se encuentra en Fontilles y que, después de pasar por uno de los estados de más grande invasión que hemos conocido, con una facies leonina típica, consiguió, después de ocho años de tratamiento incesante con grandes cantidades de aceite de chaulmogra por vía bucal, la curación de la enfermedad.

No todos los enfermos toleran por vía digestiva estas grandes cantidades de un preparado de aceite denso, que provoca casi siempre náuseas, vómitos y una gran intolerancia digestiva, y esta es la razón por la que se han empleado inyectables en sus diferentes formas, con los que también algunas veces se han obtenido resultados semejantes, publicados por diferentes autores, preconizando, preferentemente, la vía intravenosa y la vía intradérmica. Algunos son partidarios de acumular la mayor cantidad de medicación, empleando simultáneamente diferentes vías.

Desde hace pocos años, y ante la observación de la eficacia de la vía digestiva, cuando este aparato tolera bien grandes cantidades, diferentes leprólogos han recurrido a la administración por vía duodenal y otros por vía rectal; esta última ya había sido usada hace muchísimos años en Guinea por curanderos, empleando, no precisamente el aceite de chaulmogra, sino el de calancoba, del que después nos ocuparemos. Cuantos recientemente se ocupan de estos procedimientos, con los que se emplean estos aceites por vías digestivas, evitando la intolerancia gástrica, coin-

ciden todos en afirmar que son excelentes los resultados conseguidos.

Por lo que se refiere a España, actualmente tuvimos dificultades de abastecimiento de los pre-



Cuando ingresó en Fontilles (año 1925).

parados de chaulmogra que solían emplearse, pero como en Guinea disponemos de una planta, que es la calancoba Welsbichi, de la que se extrae un aceite que es aún más rico en principio activo que



Después de seis años de tratamiento (1931).

el aceite de chaulmogra, en Fontilles, al sentir la preocupación de la falta de medicación, emprendimos la tarea de fabricar éteres etílicos, butílicos y bencílicos del aceite de calancoba, y hemos obtenido con ellos resultados magníficos, que nos ani-

maron a adquirir magníficas instalaciones para prensado en la semilla y obtención de aceites, que tenemos instaladas en Sarriá, en donde, en el Instituto Biológico, y bajo la dirección del mismo doctor Salvador Guinza, S. J., se preparan perfectamente los diferentes éteres en perfectas condiciones, consiguiendo después con esta medicación resultados comparables a los que se obtenían con el Antileprol Bayer y a los que se obtienen actualmente con los ésteres brasileños, que también hemos tenido ocasión de emplear.

Por razones que no acertamos a comprender, después de haber conseguido fabricar una exce-



Estado actual. Algunas de las cicatrices que se perciben son de viruela que padeció con anterioridad a la lepra.

lente medicación, no logramos que se nos suministrara la primera materia, que, como hemos dicho, se cultiva en territorio nacional, y no podemos, por esta causa, facilitar este medicamento a todos los españoles que lo necesitan.

Insistimos en que nuestra experiencia, tanto con el aceite de chaulmogra como con el de calancoba y los derivados de ambos, es magnífica, cuando se logra suministrar durante largo tiempo una cantidad suficiente de estos productos. Consideramos excepcional el resultado obtenido con el enfermo del que han visto las fotografías, ya que en estos estados avanzados nos tenemos que limitar a cerrar lesiones abiertas, a conseguir mejorías de estado general y de lesiones oculares y otras localizadas que molestan mucho al enfer-

mo, pero es difícil lograr la curación cuando la enfermedad se encuentra tan avanzada.

Pero si nosotros buscamos las formas iniciales de la enfermedad, conseguiremos resultados bien evidentes y brillantes en multitud de casos; nosotros disponemos ya de cerca de veinte casos de formas iniciales en los que hemos logrado la curación social o *paroled*. Desgraciadamente, en España no se investigan las fuentes de contagio, no se hace el censo de cosvientes, y son pocos los beneficiados con un tratamiento precoz, que, de hacerle, nos proporcionaría resultados semejantes a los conseguidos en otros países:

Shija (Japón), 10,9 por 100.

Wade y Lara, de Culió, 10 por 100 curaciones; 67 por 100 mejorías.

Muir, de la India, 21 por 100.

Heisser, de Culió, 23 por 100.

Guillén (Mauro), Fontilles, 26 por 100.

Wilson, de Corea, 30 por 100.

Tiant, de Cuba, 50 por 100.

Rabello, más del 50 por 100.

En Carville, 64 por 100.

En el Calihi Hospital, 64 por 100.

Neil (Honolulu), 64 por 100.

La diferencia entre los resultados de unos y otros países se debe, aparte de otros factores, a que se haga mejor o peor la investigación de las fuentes de contagio, y, por tanto, a la precocidad de los tratamientos, de tal manera, que creemos que se puede asegurar que sería fácil lograr cifras de un 80 por 100 si nos limitásemos al tratamiento de formas iniciales, y que en los leprocomios, en los que todos los enfermos llegan en estados avanzados de enfermedad, se obtienen cifras de un 10 por 100 y aún menores, siendo las cifras del 50 al 64 por 100 obtenidas en aquellos centros en los que se tratan formas avanzadas y simultáneamente formas iniciales de la enfermedad.

Por tanto, terminamos afirmando que la medicación basada en los aceites de chaulmogra y calancoba, cuando se prescriben tratamientos continuados y bien dirigidos, es eficaz y puede servir para conseguir un número apreciable de curaciones de considerable importancia. Pero es que, además, actualmente esta terapéutica ha sido superada.

Nuevas medicaciones.—Desde que se descubrieron las sulfamidas, se pensó emplear esta medicación en el tratamiento de la lepra. Igualmente se han empleado posteriormente la penicilina, la estreptomina y la tyrotricina. Con todas estas medicaciones se fueron consiguiendo, primero, resultados decepcionantes, que persisten con la penicilina, que se muestra totalmente ineficaz contra la lepra, consiguiendo tan sólo, en algunos casos, la mejoría de infecciones concomitantes.

La estreptomina no ha servido tampoco para

curar la lepra; recientemente algunos autores han decidido hacer tratamientos mixtos con estreptomina y promin, asegurando que los resultados son mejores que cuando se emplea exclusivamente el promin. La tyrotricina se emplea exclusivamente, tópicamente, por su gran toxicidad, en el tratamiento de extensas úlceras de las piernas. Nosotros, en Fontilles, actualmente ensayamos diferentes antibióticos de este tipo, que debemos a la gentileza del profesor BUSTINZA.

Las sulfamidas, que empezaron dando resultados poco satisfactorios, estimularon a algunos a continuar, con modificaciones de la fórmula empleada, y determinaron que se recurriese a las sulfonas, obteniendo con tres de estos preparados resultados de consideración. Se ha empleado primero el Promin, de la Casa Parke-Davis, que es la sal sódica del p. p. diaminodifenilsulfona n. n. didextrosasulfonada. Con este medicamento los médicos de Carville, dirigidos por FAGET y POGGE, consiguieron magníficos resultados, que han sido publicados en el *International Journal of Leprosy*, con abundantes fotografías bien demostrativas de la eficacia de este medicamento, que requiere largos periodos de medicación.

Las experiencias de FAGET, POGGE y sus colaboradores han sido repetidas en multitud de leprocomios, en los que ha sido confirmada la actividad de esta medicación. Nosotros llevamos ya dos años tratando a algunos enfermos, y podemos también confirmar la bondad de esta sulfona, con la que han mejorado evidentemente todos los enfermos tratados, especialmente con los tres primeros enfermos, que llevan ya dos años de tratamiento con esta medicación, de un lote de cuatro, en el que tuvimos que suspender el tratamiento de uno de ellos por intolerancia renal. Posteriormente, hemos iniciado el tratamiento de veinte enfermos más. En este lote sólo hubo que suspender la medicación a otro enfermo, por la misma complicación; pero el resto de los tratados han experimentado todos considerable mejoría, cicatrizando sus lesiones abiertas, regresando los lepromas de diversa localización y muy especialmente las lesiones oculares, que, coincidiendo con las experiencias de las demás, hemos visto mejoran de una manera extraordinaria, produciendo a los enfermos un alivio bien marcado y una alegría fácilmente comprensible, puesto que alguno de ellos, que parecía iba a quedarse ciego, ha recuperado rápidamente la visión. Persiste bastante tiempo sin desaparecer los bacilos, que sólo hemos visto llegar a desaparecer después de un año de tratamiento.

Hemos tratado también con promin algún caso inicial de forma lepromatosa, y en éstos hemos visto regresar los lepromas, pasando la baciloscopia a ser negativa, llegando a un estado en el que puede presumirse la curación.

La falta de promin, cuya adquisición es sumamente difícil, nos impide extender esta beneficio terapéutica a mayor número de enfermos, pero nuestra magnífica opinión la vemos sancionada por la coincidencia de multitud de trabajos de diferentes partes del mundo en los que se concuerda totalmente en idénticas observaciones. Las publicaciones más recientes nos hablan de que empleando el Diasone, disodio-formaldehído-sulfoxilato diaminodifenilsulfona, se aventajan extraordinariamente los resultados obtenidos por el promin, siendo también ventajoso el que esta medicación puede emplearse por vía bucal; aconsejan los que han empleado esta medicación iniciar el tratamiento con una dosis suave, de uno a dos gramos diarios, repartida en las tres comidas, dosis que aumenta después hasta llegar a cinco gramos, con la que se consiguen magníficos resultados, intercalando una semana de descanso cada dos o tres de tratamiento.

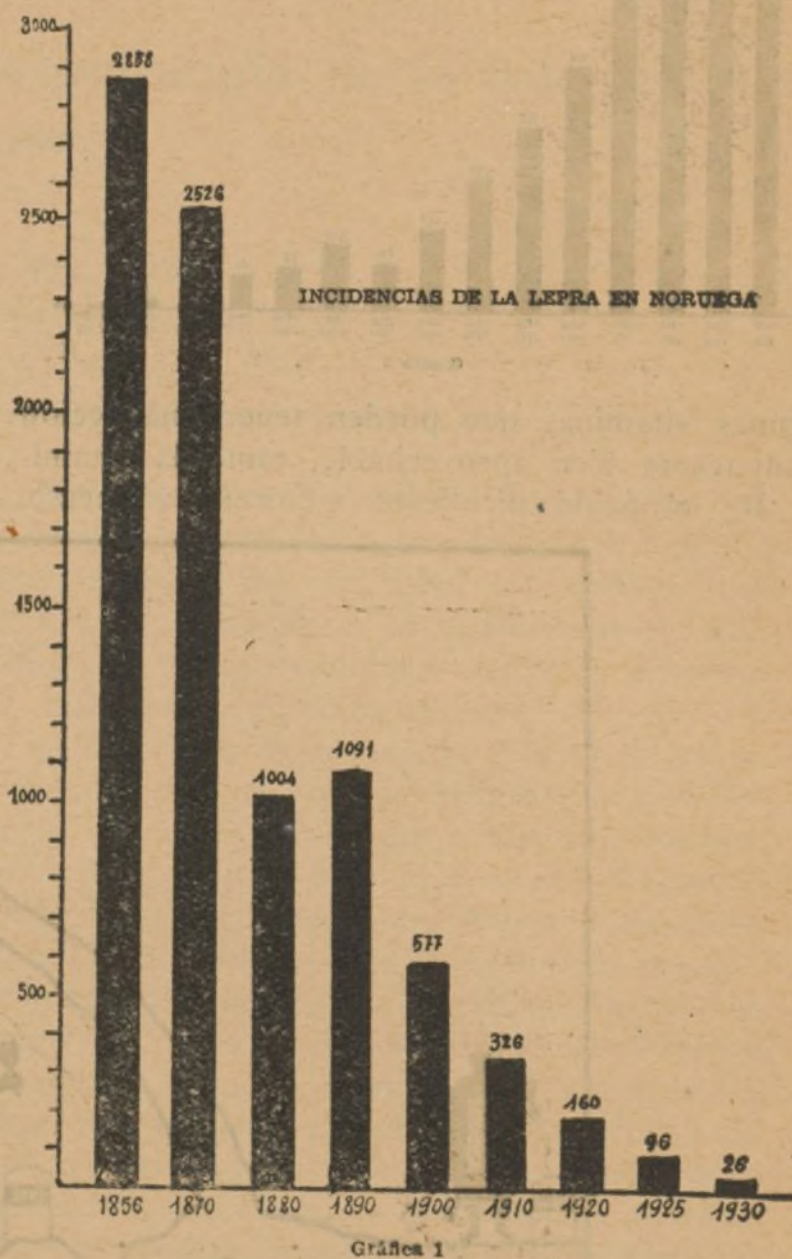
También son superados los resultados cuando se emplea el Promizoli; este medicamento es la 4-2, diaminofenil, 5, tiazolsulfona. Preparado menos tóxico que los anteriores y de gran actividad.

Todas estas drogas tienen el mismo principio activo: el diaminodifenilsulfona, que posiblemente es activo también contra la tuberculosis. Es sabido que todas estas drogas se emplearon experimentalmente en animales tuberculosos por FELDMAN, CALLOMON y otros. Posteriormente, en clínica humana y en el tratamiento de la tuberculosis fueron empleadas también por HINSHAUN, PETER, PRENZLAU y otros, sin resultados que les animasen a continuar; pero después de los resultados observados en el tratamiento de la lepra con modificación de técnicas y pautas, parece lógico pensar que deben reanudarse estos ensayos en la tuberculosis humana.

Nosotros llevamos dos años empleando el promin y hemos podido observar una considerable mejoría de todos los enfermos tratados con este medicamento, que alcanza a su estado general y a la totalidad del organismo; pero concretamente debemos resaltar cómo cicatrizan lentamente las úlceras lepromatosas de cualquier localización, en las que vemos cómo se forman granulaciones al poco tiempo de iniciar el tratamiento. Hemos visto también cicatrizar algunas úlceras tróficas, así como también mejorar considerablemente las neuritis más pertinaces, llegando en un caso a permitir la desintoxicación de un morfinómano que había alcanzado la dosis de doce centigramos diarios de morfina, y que ha suprimido totalmente el uso de este estupefaciente. Hemos visto, en varios casos, próximos a la ceguera total, cómo se detenía el proceso inflamatorio ocular, cesando la intensa fotofobia y permitiendo una rápida reparación con recuperación de visión. Simultáneamente con la mejoría de estas diversas localizaciones, se observa una regresión de todos los le-

promas cutáneos, mucho más manifiesta en las lesiones mucosas, que igualmente da lugar a que desaparezcan en todos los enfermos la ronquera y afonía que casi todos los lepromatosos padecen en algún caso con *tiraje* manifiesto, que imponía la tráqueotomía, ha podido evitarse esta intervención.

Todos estos resultados, que coinciden con las observaciones ya repetidas por diferentes leprologos, nos hacen coincidir con las conclusiones de los iniciadores de esta terapéutica, que refieren que el 25 por 100 de los enfermos han mejorado manifiestamente después de seis meses de trata-

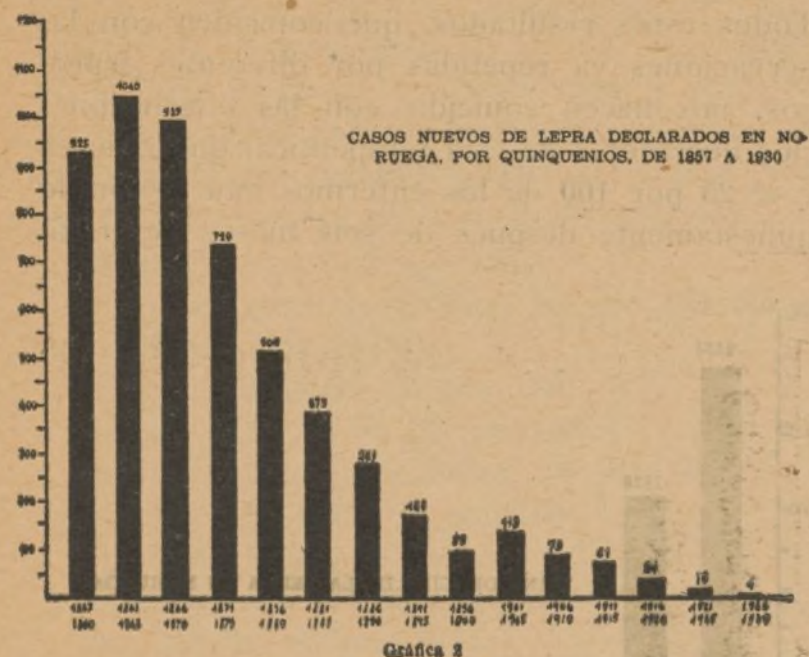


miento. Al año, la mejoría es manifiesta en el 60 por 100. Después de dos años, el 75 por 100. A los tres años, la mejoría es manifiesta en el 100 por 100 de los enfermos que toleraron esta medicación.

Cuando se refieren estos resultados, la pregunta obligada es: ¿Se curan algunos también? De bemos responder que sí. Como ya hemos expuesto qué entendemos por curación, y quizá sea más apropiado hablar de detención de la enfermedad. En las formas iniciales, ya con las medicaciones clásicas eran relativamente fácil conseguir con estas nuevas medicaciones, y nuestra corta experiencia nos permite hablar ya de dos casos lepromatosos de detención de la enfermedad, con sólo

seis meses de medicación, en los que continuamos haciendo un tratamiento de consolidación.

La terapéutica antileprosa se ha enriquecido, además, con otras diferentes medicaciones, como alguna veces con terapéutica sintomática de algunas complicaciones, y otras con el empleo de



algunas vitaminas que pueden tener una acción coadyuvante bien aprovechable, tanto la vitamina B₁, el ácido nicotínico y, preferentemente,

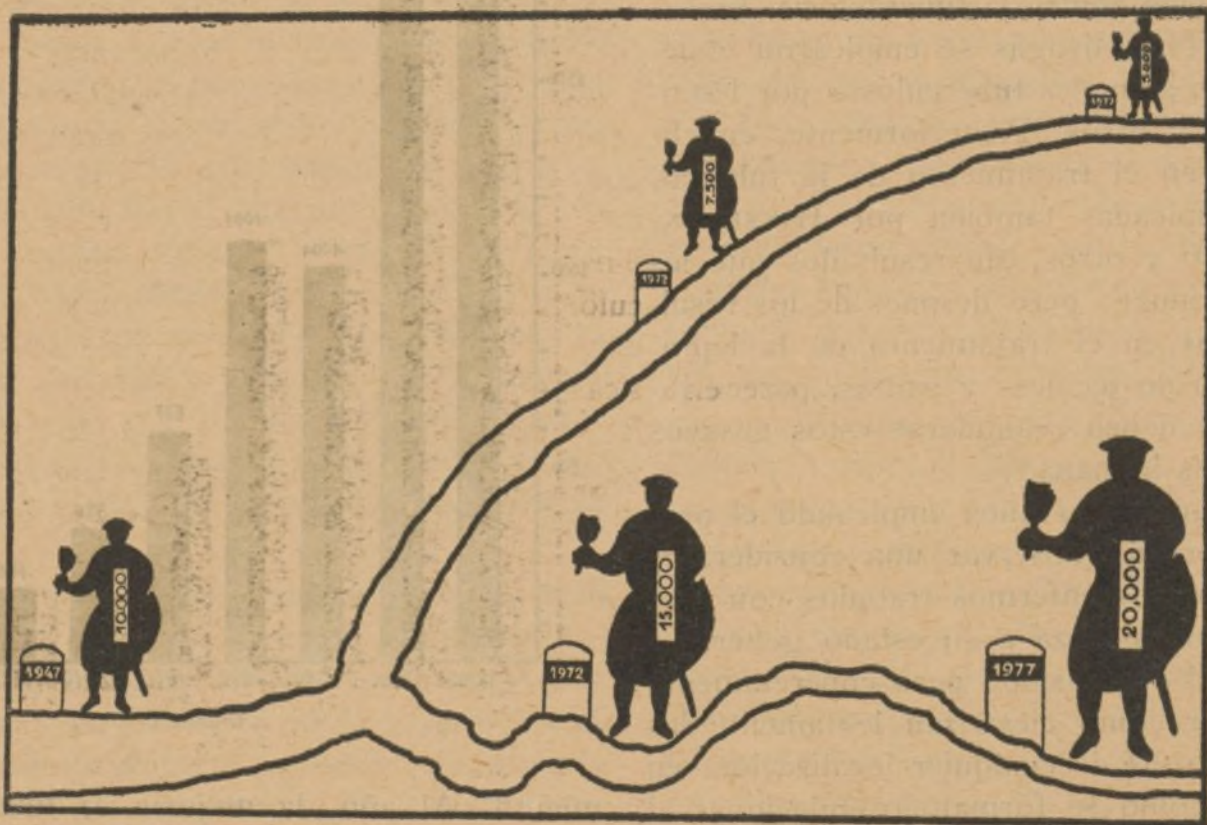
sobre todo, apartar a los niños y a los jóvenes de los enfermos, los resultados que se consiguen son excelentes. Bastará con citar el ejemplo tan conocido de Noruega, de la que copiamos las gráficas de morbilidad.

En otros países del Norte de Europa, como Alemania y Dinamarca, se consiguió bien pronto terminar con esta infección. En Suiza, en 1898, sólo cuatro casos quedaban en Guttet, que tiene una población de doscientos, y en otro pueblo próximo, otros dos, que hacían un total de seis. En 1921 sólo quedaban tres enfermos y fueron descubiertas dos nuevas infecciones. Pero en 1927 habían fallecido, y desde entonces no se conoce ningún caso de nueva infección.

En Suecia había bastantes casos al final del siglo pasado, y se logró considerable reducción; en 1907 sólo quedaban 89; en 1923, 37, en 1937, 9.

Estos nueve enfermos tenían: uno, ochenta y dos años; dos, entre setenta y setenta y nueve; tres, entre sesenta y sesenta y nueve; tres, entre cincuenta y cincuenta y nueve. El último caso de nueva infección fué descubierto en 1902.

De seguir estos ejemplos y orientar debidamente la profilaxis, empezando por abastecer el mer



la D masiva, empleando el método de Charpy, que es posible que en algunos casos pueda determinar resultados tan alentadores como los que vemos en lesiones análogas de carácter tuberculoso. Nos otros hemos conseguido también algunos éxitos, particularmente en lepra tuberculoide, con el Rubrofen.

En resumen, creemos que la lepra es una enfermedad que responde a los tratamientos bien dirigidos, sobre todo cuando se hacen tratamientos precoces en las formas iniciales. Cuando estos tratamientos van acompañados de una labor profiláctica bien dirigida y orientada, procurando,

cado de todas las medicaciones antileprosas, bastaría una sola generación para que viésemos cómo no se veían nuevas infecciones y quedaban sólo algunos casos residuales de edades avanzadas, análogamente a lo que REESTIERNA nos refiere de Suecia. Pero de no hacerlo así, si esta profilaxis no es bien dirigida por especialistas, aun cuando se invierta dinero en construir leprocomios, si no existen medicamentos en todas las farmacias, dentro de un plazo no muy largo veremos cómo el incremento actual ha continuado y se ha doblado la cifra actual, de ocho a diez mil, acercándonos a los veinte mil enfermos.

Por otra parte, actualmente, por procedimientos bárbaros, se ha logrado exterminar en países asiáticos a cantidad considerable de enfermos, y en Europa, a pesar de la guerra, ha disminuído en muchas naciones.

En nuestro continente, los puestos de mayor morbilidad corresponden a Portugal y España, y recientemente Portugal hace considerables esfuerzos para dejarnos solos en tan desagradable lugar. Recientemente hemos visto en dos diarios no profesionales, *Calvacade*, de París, del 13 de mar

zo, y *Progres Egyptien*, de El Cairo, de 27 de febrero, cómo ya este desagradable puesto de ser España el país europeo de mayor incidencia leprosa se nos atribuye, probablemente indebidamente, exclusivamente a los españoles.

Es necesario poner todos los medios para que este malestar no continúe y, por el contrario, alcanzar aquellos países que supieron terminar con esta evitable enfermedad. Para esto es necesario la colaboración de todos los sanitarios y de todos los médicos.

Importancia de las cavernas en la patología de la tuberculosis pulmonar

por el

Doctor J. MEGIAS VELASCO

Del P. N. A en Gandía.

A don Juan Rincón Lazcano, en prueba de amistad y afecto.

Si bien es cierto que la destrucción cavitaria no es una lesión tardía, es evidente, sin embargo, que en las formas avanzadas adquiere una importancia preponderante con relación a los demás constituyentes del complejo lesional, y, además, el *envejecimiento* de las mismas supone modificaciones en su estructura, que predispone a la aparición de complicaciones.

Hay que hacer hincapié en que, mientras persista una *caverna abierta*, no se podrá considerar curada una tuberculosis, aun admitiendo que en ciertos casos, no muchos, por desgracia, esta lesión conserva un grado de latencia que permite durante bastante tiempo una vida casi normal. A este respecto, dice TAPIA que el 80 por 100 de los enfermos portadores de lesiones preponderantemente cavitarias abandonados a su evolución espontánea mueren en el espacio de cinco-seis años. Aquellos que sobrepasan este plazo suelen tener una larga supervivencia.

Las dos *complicaciones* más graves son: la *diseminación* de la enfermedad por *vía brónquica*, con aparición de *metástasis*, y las *hemoptisis*, especialmente la fulminante, mortal.

En general, la evolución de la tuberculosis está marcada por *brotes* de diseminación, a partir de una *caverna*, formándose lesiones a distancia, que unas veces *regresan* y en otras *evolucionan progresivamente*, dando lugar a nuevas destrucciones. Por el contrario, en otros casos asistimos a la marcha de un proceso que con cavernas, incluso gigantes, no acusa lesiones metastásicas en el resto de los campos pulmonares. La *caverna* o *sistema cavitario* disminuye o aumenta el volumen, el organismo aparece más o menos afecta

do por la enfermedad, pero los campos pulmonares aparecen indemnes a través de los meses o los años. Y un día, sin saber por qué, sin una evolución que modifique apreciablemente el proceso, hacen su aparición unos *nódulos* diseminados, una bronconeumonía caseosa, etc., que tienen su origen en dicha cavidad crónica (*¿alergias parciales?*) Esta manera de evolucionar la tuberculosis nos hace pensar que, existiendo siempre expectoración bacilífera y tos, las condiciones físicas y mecánicas que habitualmente condicionan las diseminaciones existen en todos los casos, y que el hecho de *no aparecer metástasis* se debe seguramente a una *fuerte inmunidad local del parénquima*; solamente cuando esta inmunidad se pierde los gérmenes colonizan y aparece la lesión. Pero lo evidente y lo que más interesa desde el punto de vista clínico es que nosotros no disponemos de ningún elemento que nos permita valorar el estado de resistencia o la sensibilidad del pulmón. Traduciendo estos conceptos a la Clínica, podemos decir que, si bien la existencia durante largo tiempo de una caverna que no da síntomas de actividad ni metástasis parenquimatosas supone mejor pronóstico que aquella en la que sucede lo contrario, este pronóstico no debe en ningún caso considerarse absoluto, porque en cualquier momento pueden *cambiar las circunstancias inmunoalérgicas* que condicionan la evolución, aparentemente benigna.

Tampoco puede preverse la posibilidad del *accidente homoptoico*, mortal o no. La mayor parte de los autores que lo han estudiado no han encontrado una manifestación especial clínica, aunque algunos creen haber hallado un ligero aumen-

to de la *tensión arterial* el día anterior a la hemoptisis. Y a este respecto, dice TAPIA que no hay relación alguna entre la aparición de la hemoptisis fulminante y la mayor o menor tendencia de las lesiones para sangrar en el curso de su evolución. Generalmente se trata de formas fibrocásicas o cirróticas, con cavernas de consideración y relativamente antiguas. Esta hemorragia súbita mortal es por corrosión de un aneurisma de RASMUSEN. Ha habido autores, como BOGEN, que creen en la importancia del aumento de la tensión arterial en el territorio de la circulación pulmonar como causa del estallido del aneurisma. Respecto a estas hemoptisis, TAPIA hace la siguiente clasificación: 1.º, las que aparecen en fases precoces de las lesiones iniciales, y 2.º, las que aparecen en las formas crónicas de larga duración.

En las primeras se trata generalmente de hemoptisis pequeñas o en forma de esputos sanguiinolentos, y su mecanismo, ante la ausencia de lesión destructiva y de alteraciones anatómicas vasculares de importancia, hemos de explicarlo, recordando, por un lado, que a veces la inflamación precoz tuberculosa supone la *formación de un verdadero infarto* (LIEBERMEISTER), o por lo menos de fenómenos de *éstasis hemorrágica* (SCHURMANN). Tampoco se puede descartar la posibilidad admitida por PAGEL de que estos fenómenos sean debidos a una alteración puramente *tóxica* de la pared vascular, especialmente en el endotelio. Histológicamente, estas hemorragias son alveolares y derivan casi siempre de los capilares interalveolares. Estas hemoptisis son poco abundantes y no comprometen la vida (infiltrado precoz, en formas posthematógenas, trotes en la fibrosa densa, etc.). En suma, siempre que se constituya una *inflamación tuberculosa*, bien sobre campo pulmonar sano o bien sobre antiguos focos indurados.

Pero a medida que el proceso tuberculoso avanza en su evolución, se producen dos alteraciones fundamentales en la estructura de su complejo lesional: por un lado, la *cáscificación y destrucción* del parénquima, y, por otro, una *proliferación* conectiva, celular y colágena, que tiende a aislar la lesión y que ha de constituir después el armazón de la pared de la caverna precoz. Parece lógico que la destrucción de capilares y aun de vasos de mayor calibre diera lugar siempre en estos casos a hemorragias copiosas, mas la formación de una *trombosis* en la periferia de todo foco de necrosis lo impide en muchos casos. En otros, sin embargo, se presenta en forma de *hemoptisis*, abundantes en bocanadas que afectan más o menos el estado general y que se repiten en varios días sucesivos y elevan la temperatura, o ya, menos frecuentemente, con el aspecto de esputos hemoptoicos. En este momento de *hipersensibilidad acentuada*, casi siempre estas hemorragias dan lugar a *dilataciones intensas*, y desde este punto

de vista su pronóstico no es bueno. Hay casos en que, una vez constituida una forma fibrocásica crónica, a veces sobreviene sobre esta lesión un *infiltrado reciente*, que puede ser el causante de la expectoración hemoptoica. En otras ocasiones, en algunas *cavernas crónicas* se observan fenómenos de *éstasis vascular* en su pared, que dan lugar a pequeñas extravasaciones sanguíneas. Esta sangre, al diluirse con la expectoración, aparece al exterior en la forma de esputo rosado, que a veces casi cotidianamente expulsan algunos enfermos cavitarios. Es claro que cuando esto ocurre podemos pensar que en ciertas condiciones, en una caverna muy vascularizada, puedan aparecer hemoptisis graves, pero no es raro que el episodio del esputo rosado se prolongue años y años sin que observemos hemoptisis importantes.

Hay que establecer una diferenciación entre *cavernas abiertas*, o sea con bronquio permeable, y las cuales son el manantial de las *metástasis broncogénas*, y las *cavernas cerradas*, con bronquio no permeable, y las cuales pueden dar lugar a *dilataciones hematógenas*.

Respecto a sus condiciones *biológicas*, hay que pensar que cuando la caverna pasa de la fase de formación a su constitución definitiva y a veces estable, tiende a adoptar una fisonomía anatómica biológica propia, derivada de las características del contorno. Este proceso, que podría decirse de limitación progresiva, es decir, según sean los focos de los cuales deriva y dependiente de las condiciones preexistentes o concomitantes del parénquima circundante, y también de la diferente acción de aquel conjunto de factores mecánicos que de manera diversa influyen su formación, su persistencia y su evolución. Es más rápido y diferenciado de las cavernas que provienen de un *foco neumónico aislado*, y más lento y regular si debe su origen a *focos múltiples y confluentes*. Cuando los primeros espacios patológicos se producen en el seno de un tejido en fase de destrucción progresiva, sin tendencia a cesar, la verdadera delimitación anatomobiológica puede faltar completamente, o bien es incompleta y extremadamente irregular si los primeros fenómenos de reblandecimiento y la consiguiente pérdida de sustancia tiene lugar en regiones pulmonares ya ocupadas por procesos específicos, en fase de induración parcial cicatricial.

Las cavernas ya limitadas pueden perder este carácter por irrumpir en ellas nuevos procesos de reblandecimiento o nuevas exudaciones circundantes, por variaciones circulatorias del ambiente que las rodea y *por roturas del contorno* anatómico en cavidades naturales (pleura) o en otras cavidades patológicas próximas.

Desde un punto de vista biológico, las *cavernas aún no limitadas*, y, por tanto, en evolución, pueden ser el centro de cuadros más graves de enfermedad tuberculosa, tanto en el sentido local

como en el general. Representan un foco desde el cual pueden irradiarse en todas direcciones y por todas las vías posibles los gérmenes morbosos, determinando nuevas siembras, diseminaciones, reactivaciones de procesos ya apagados, favoreciendo nuevas exudaciones circundantes, manteniendo los tejidos vecinos en estado de labilidad o de menor resistencia. Asimismo estas zonas se convierten en fuentes de productos tóxicos que, vertidos en gran cantidad en la circulación, producen un estado de *toxemia grave* en el organismo, la cual se manifiesta por un empobrecimiento orgánico progresivo y por perturbaciones funcionales, y, además, por una limitación de actitudes defensivas frente a nuevas invasiones y una disminuída capacidad reparadora dependiente de posibles nuevos focos activos.

Cavernas limitadas: éstas presentan un contorno bien limitado. La capa más interna está representada por un contenido que podría llamarse pioide, de consistencia diversa, a veces completamente flúido; otras veces, más denso y mezclado con pequeñas masas disgregadas, con corpúsculos de pus y con elementos de sangre; en su conjunto se reconoce fácilmente que provienen de los corrientes procesos degenerativos-caseosos en reblandecimiento y fluidificación. Sigue luego una segunda capa con caracteres exudativo-caseosos, que se hacen más densos; en esta región pueden persistir retículas de fibrina, acúmulo de leucocitos, y pueden también evidenciarse las llamadas «lentejas de Koch», aglomeraciones de bacilos tuberculosos en cultivo puro. Los pequeños vasos, en particular las arteriolas, pueden presentarse completamente alterados, colapsados o trombosados, y, debido a la disociación de las laminillas elásticas, pueden producirse dilataciones aneurismáticas. El porvenir normal de esta capa es el reblandecimiento y la fluidificación, que pueden tener lugar con un ritmo diferente en cada uno de los casos y dependiente de múltiples circunstancias.

Y las principales investigaciones anatomopatológicas nos demuestran que las cavernas limitadas representan focos tuberculosos típicos con todas sus componentes específicas e inespecíficas. Su significado biológico en el cuadro de la enfermedad es muy diverso del que se le adjudicó a las cavernas en evolución. Estas tienen una tendencia al aislamiento y al estado estacionario, que puede durar muchos años. El tejido circundante es respetado: son excepcionales las difusiones por continuidad, y limitados los peligros de nuevas siembras por vía hemolinfática, y un hecho todavía más digno de tenerse en cuenta es que el organismo, en su conjunto, casi no se apercibe de su existencia, si se exceptúan los estados tóxicos latentes o muy crónicos.

Evidentemente que las relaciones entre estas cavernas, el tejido circundante y todo el organismo se desenvuelven sobre bases especiales con una verdadera tendencia a la exclusión biológica del proceso morbozo. Y esto depende para MONALDI de la formación de una barrera limitante biológica, y en este sentido juega un gran papel la capa exudativo-caseosa. En ella tienen lugar, sin duda, modificaciones fisicoquímicas, cuya máxima expresión es una disminución del Ph, hasta valores francamente ácidos. Esto significa, entre otras cosas, que en esta capa existen floculaciones de coloides, precipitaciones de sales, formaciones de retículos de fibrina, alteraciones de los ácidos grasos, estados de hipertonia y de hiperonquia, variaciones de permeabilidad y fenómenos de deshidratación. El conjunto de estas condiciones conduce, en primer lugar, a profundas desviaciones del ambiente metabólico, por las cuales se podrían explicar, al mismo tiempo, la casi ausencia constante de los gérmenes banales, según CORILLOS, el difícil desarrollo de los bacilos tuberculosos y quizá la fijación *in loco* de los mismos.

En segundo lugar, se hace más comprensible la ruptura relativa de las corrientes de intercambio entre el foco y el restante organismo por una especie de bloqueo de los materiales patológicos, engoblados en una capa notablemente más densa y de la que solamente es posible una lenta y gruesa fluidificación en la superficie libre de la luz cavitaria.

Si al hablar del mecanismo de limitación de las cavernas admitimos que existe una *barrera biológica* de base esencialmente fisicoquímica, nos damos cuenta de las grandes diferencias de la evolución química de los procesos aparentemente análogos por su constitución anatómica de que en algunos casos no se alcanza la fase de estabilización y de la reaparición de nuevos fenómenos exudativos circundantes o de la reactivación ocasionada por las corrientes circulatorias de las regiones contiguas.

Si estos fenómenos deben atribuirse a la expresión de una resistencia específica adquirida, ya sea general o local, o también a una falta del estado de hipersensibilidad alérgica, o finalmente a particulares actitudes humorales del organismo, no hay por qué discutirlo; la esencia del proceso podría ser la recordada antes, cualesquiera que fuesen las condiciones que la permiten o los factores que la determinan. Aquí baste subrayar el hecho de que las cavernas limitadas, cuando no existen otros focos morbosos, pueden constituir la única o al menos la esencial manifestación patológica, cuya eliminación completa lleva consigo una verdadera curación.

Divulgaciones nacionales

Pequeñas indicaciones prácticas para el gastrorradiólogo incidental

por el

Doctor J. LUIS-YAGÜE Y ESPINOSA

La difusión lograda en España por la exploración radiológica ha sido considerable, y es de esperar se acreciente en cuanto sean conocidos los nuevos aparatos portátiles o pequeños, producidos como novedad por los países beligerantes en la pasada guerra mundial y mantenidos como secreto de guerra, que puedan satisfacer el trabajo de modestas instalaciones. Las necesidades del ejercicio profesional en su más amplio aspecto científico y económico, hacen que el médico general que posee un aparato de rayos X trate de ampliar sus aplicaciones diagnósticas lo más posible; pero, desde luego, sin poderle aplicar los temores de MARVIN respecto al desatentado uso de la exploración electrocardiográfica.

Una de las radioexploraciones más sencillas de efectuar, en apariencia, es la anatomofuncional gástrica, para cuya práctica se estima suelen bastar ligeros conocimientos de imágenes patológicas y lectura de artículos, muy rara vez de libros, especializados; y el gastrorradiólogo incidental, de ocasión o de fortuna, surge con mayor frecuencia de la esperada. Sin pretender molestarle en su actuación, para nosotros, en muchos casos de gran eficiencia, vamos a permitirnos exponer algunas pequeñas indicaciones prácticas, recogidas en nuestro modesto actuar, y que deseáramos muy vivamente le fueran de utilidad.

Vamos a referirnos de modo especial a la radioscopia, por estimarla más asequible y menos difícil su práctica al no especializado, en su medio habitual de trabajo, que la radiografía, que exige instalaciones más costosas.

Con el fin de poder establecer datos comparativos, sobre todo en la reiteración de exploraciones en el mismo enfermo, conviene emplear siempre tipo uniforme de papilla opaca, únicamente de sulfato bórico purísimo, exento de sales solubles y destinado a este fin, que carece de los riesgos y peligros de las grandes dosis de sales bismúticas, con las que vimos, ya hace muchos años, caso gravísimo de intoxicación por nitritos, por empleo erróneo del subnitrito, que aún recordaban con horror las personas que lo presenciaron. Existen en el mercado especialidades farmacéuticas perfectamente comprobadas, que en ello tienen buen cuidado los laboratorios productores, que dan ya resuelto el difícil problema de la pureza química de la sal; porque el uso del

producto en fórmula magistral puede ofrecer inconvenientes respecto a tal extremo o defectos en la producción de imágenes. Pero aquéllas deben reunir, como condiciones: que cada dosis contenga, cuando menos, cien gramos de la sustancia opaca base; que se produzca una emulsión lo más homogénea posible y sea relativamente agradable de ingerir, y que no lleve sustancias perjudiciales que puedan empeorar la sospechada dolencia gástrica (esencia de menta o mentol, cacao, alcohol, etc.).

La suspensión opaca se logra bien en agua, que debe ser templada, nunca fría, ya que ésta puede determinar alteraciones en el funcionalismo y, secundariamente, en la anatomía gástrica, si no otras perturbaciones digestivas; ni excesivamente caliente, cuya ingestión, ya de por sí algo desagradable, por la pastosidad y consistencia de la papilla, repugna; pero su evacuación gástrica no es tan perfecta como la acuosa, por exigir la digestión del vehículo, enlentecida con el medicamento. Esta suspensión debe efectuarse con meticulosidad, casi en el mismo momento de la ingestión, sin que queden restos sin mezclar, agitando bien, sobre todo al tomarla, si en ello se tarda algún tiempo con cuchara de madera, para que no la preste sabor ni la altere.

Recordaremos sólo la necesaria comprobación o rectificación de los aparatos antes de colocar al enfermo en situación, y la precisa acomodación de la vista a la oscuridad, para obtención de mayor delicadeza en los datos.

La ingestión de la papilla conviene dividirla en dos partes o porciones desiguales, sin efectuarse toda ella de una sola vez: la pequeña papilla y la gran papilla.

La pequeña papilla consiste en tomar dos o tres tragos seguidos de ella, según se aprecie por el ruido efectuado a la deglución de la cuantía de cada uno. Esta pequeña papilla es muy útil y eficaz en la exploración de personas delgadas, ya que en las obesas la corta cantidad ingerida puede no ofrecer buen contraste. Los datos que suministra tienen bastante importancia, y son éstos: adaptación o perístole, del continente al contenido, que muestra estado de la tonicidad gástrica; situación del fondo gástrico, o polo caudal, con poco peso representativo de comida y, por tanto, más real; estado de la contractilidad de la mus-

culatura gástrica, en la forma de iniciarse la evacuación, y, como complementarios, datos sobre el estado de la mucosa, en particular los surcos finos de la gastritis hipertrófica incipiente y las lesiones de mucosa situadas en la parte del fornix o cuerpo.

Obtenidos estos datos, puede ingerirse la totalidad de la papilla, habiendo tenido cuidado de moverla antes bien con la cuchara. A veces, el enfermo no la puede ingerir en su totalidad, por ocasionarle molestias, repugnancia o producirle náuseas, por lo que no se debe insistir más que con persuasión suave, pues la náusea en la oscuridad, con el estado angustioso concomitante que origina, y encerrado el enfermo entre el aparato y la pantalla, determina situación muy embarazosa, y más si sobreviene el vómito, que puede llegar a manchar incluso al médico mismo, y, des de luego, la pantalla y sus soportes.

Los datos sobre situación, forma y tránsito esofágicos, ya medio conseguidos con la anterior exploración de la pequeña papilla, son corroborados por ésta. Los referentes al estómago constituyen ampliación de los ya logrados.

Afortunadamente, se va perdiendo cada vez más la costumbre de colocar una pieza de plomo o moneda sobre el ombligo, sujeta con esparadrapo, y referir a ella la situación del fondo gástrico. Esta referencia es errónea, y procede mejor efectuarla sobre una línea imaginaria que una ambas crestas ilíacas, y por ello denominada línea bicrestal, midiendo en traveses de dedo, superpuestos éstos sobre la pantalla, para obtener la comparación. Los otros datos son los referentes a peristaltismo, evacuación, estado de mucosa, presencia de nichos, deformaciones, etc., complementos o aclaraciones de los anteriores.

La radioexploración gástrica no debe efectuarse sólo de frente, en proyección anteroposterior, sino que será complementada con otras en incidencias oblicuas, sobre todo la lateral derecha (O. A. D.), que puede suministrar datos muy interesantes, en especial de píloro y duodeno, y menos valiosa la oblicua izquierda (O. A. I.).

Durante la exploración, se ordenará al enfermo que efectúe varios movimientos respiratorios profundos y tranquilos, en particular inspiraciones, que, al movilizar el estómago por intermedio del diafragma, permiten obtener datos de interés sobre su desplazamiento. Estos se completan con los pasivos o provocados; es aconsejable que, en algún momento, el enfermo cruce sus manos, con los dedos entrelazados, por debajo del fondo gástrico, lo que fácilmente se comprueba por la sombra ósea, y, en esta forma, ordenarle se comprima el vientre, que normalmente desplazará y elevará el órgano; tal maniobra sustituye a la habitual efectuada por el médico con su propia mano, protegida por guantes plomados, más incompleta y

molesta para ambos, y es la comprobación radioscópica de la de GLÉNARD.

La comprobación de puntos dolorosos, confirmatorios o denegatorios, durante la radioscopia, puede efectuarse por el mismo médico que explora, con su mano enguantada o con el aparato llamado localizador. Aconsejamos que la localización dolorosa la efectúe el propio enfermo, marcando con el dedo índice extendido de su mano derecha el sitio de máximo dolor, que suele coincidir con alguna alteración de la mucosa o deformaciones. Esta localización debe efectuarse, asimismo, en proyecciones laterales; sobre todo la oblicua derecha, suele ser más efectiva y menos molesta que la obtenida con el localizador, y sorprende, en muchos casos, ver cómo coincide, de modo absoluto, la punta ósea del dedo con la imagen de nicho o zona de retención de la papilla.

Los movimientos producidos por las inspiraciones profundas suelen determinar la iniciación de la evacuación gástrica y con ello hacer posible el estudio radioscópico del píloro y duodeno, a veces ayudando con la compresión o elevación del órgano por medio de la maniobra mencionada o el mismo médico; mas cuando esto no se consigue, conviene que el enfermo abandone el aparato explorador y permanezca echado en decúbito lateral derecho durante diez o quince minutos. Tal práctica puede servir para establecer con mayor seguridad el diagnóstico radioscópico diferencial entre estenosis pilórica y miastenia gástrica con gastropotosis.

La exploración duodenal puede estimarse incluida en la gástrica, con las mismas características de desplazamiento del órgano, señalamiento de puntos dolorosos, exploración en diversas proyecciones, etc., no pudiendo darse como negativa, por falta de repleción, si no se ha efectuado antes la prueba del decúbito lateral derecho.

Por ser la radioexploración gástrica la más frecuente, nos hemos referido a ella de preferencia.

La radioexploración del hígado carece de gran utilidad para el médico general, soliendo limitarse tan sólo a los cambios de tamaño y forma del órgano, en particular la deformación total o parcial de la cúpula diafragmática y el aumento total o parcial de densidad de la opacidad o sombra, no siempre bien perceptible. Por excepción, los coleditos pueden mostrarse en el colecisto en sujetos muy delgados, con dolencia muy antigua, presumible de cálculos grandes. La exploración con medio de contraste a base de tetrayodo conviene reservarla para médicos muy especializados y sólo radiografías, por los riesgos y molestia que puede originar.

En ocasiones, interesa efectuar la radioexploración del estómago e intestino grueso en un mismo enfermo; ésta puede llevarse a cabo mediante la técnica de la doble papilla: una, diez o doce horas antes, que permite visualizar intestino grue-

so, y otra, en el momento de exploración, para el estómago. La primera papilla debe ser ingerida en los finales de una digestión gástrica, a las dos o dos y media horas de comida moderada, pues de tal modo se mezcla con los restos aún existentes en estómago y se hace mayor el volumen opaco. En este caso, conviene insistir mucho en que la papilla se tome emulsionada en gran cantidad de agua no fría, para evitar alteraciones digestivas.

La técnica del enema opaco es más bien propia del especializado,

La radioexploración irá precedida de la clínica orientadora, y, desde luego, absolutamente necesaria la confrontación de los datos por los rayos X, con la comprobación clínica inmediata, de gran utilidad.

Conviene recordar que la radioexploración inmediata o muy próxima a una hemorragia, manifestada en forma de hematemesis o mefena, carece de finalidad y puede ser perjudicial, hasta

ocasionar la muerte. La inflamación reaccional periulcerosa, benigna o maligna, impide la mejor fijación de la sustancia opaca; ni con el hallazgo o comprobación radioscópica se va a establecer o modificar terapéutica inmediata. Hasta transcurridos cuarenta días de la hemorragia, la radioexploración gástrica es prácticamente inútil.

Como nota complementaria, recordaremos la conveniencia de emplear en la redacción de los informes términos técnicos sencillos, comprensivos para todo médico, en especial el no muy versado en ellos, que lo mismo dicen e igual representan.

Y unas pequeñas advertencias deontológicas: conveniencia de no señalar nunca con flechas lo que se pretende destacar en las radiografías, pues puede llamar demasiado la atención del enfermo o sus familiares y crear situaciones profesionales embarazosas; ni en el informe exponer un diagnóstico, como no sea conjuntado con la exploración clínica, ya que ambos pudieran diferir, motivando molestias o aún peores consecuencias.

La terapéutica del paludismo por la metoquina

por el

Doctor ALVARO LOZANO MORALES

Director del Instituto Antipalúdico de Naval Moral de la Mata (Cáceres).

Hasta el momento actual, solamente los sintéticos acridínicos, representados por la Atebrina y el Atepé (éste por lo que tiene de aquella en su composición), habían sido usados en España en la quimioterapia del paludismo, dando lugar sus estudios a numerosas publicaciones. El hecho de que ahora haya sido introducido en nuestra Patria un nuevo fármaco de este tipo, la Metoquina, creo yo justifica sobradamente el interés de esta comunicación, si consideramos, por otra parte, que al igual que el paludismo adquiere caracteres especiales de todo orden con arreglo al ambiente en que se desenvuelve, igualmente en materia de tratamiento de esta enfermedad y por ese mismo hecho diferencial de tipo clínico (gravedad, etcétera) y epidemiológico (recidivas), no basta con que un producto se haya mostrado eficaz en una determinada región del globo para que los resultados, con su terapéutica, sean idénticos en cualquier otra.

La Metoquina es químicamente el diclorhidrato de 7-metoxi-3-cloro-9 (1-metil-4-dictilamino) butilamino acridina, acusando, por tanto, ciertas diferencias con la Atebrina en su constitución.

Trátase de un polvo amarillento, de sabor amargo, soluble en agua hasta un 3 por 100 a la temperatura ambiente (ligeramente superior a la Atebrina), presentado en comprimidos de 10 centígr

mos. Ha sido preparada en Nueva York, en los laboratorios de la casa Winthrop.

La dosificación empleada por nosotros responde al siguiente esquema:

Menores de un año.....	1/2 tableta (5 ctgs.)
De uno a tres años.....	1 tableta (10 ctgs.)
De cuatro a ocho.....	2 tabletas (20 ctgs.)
Desde nueve años.....	3 tabletas (30 ctgs.)

La duración del tratamiento ha sido de cinco días en todos los casos, lo que supone para el adulto una dosis total de 1,50 gramos.

Han sido tratados con este fármaco gran número de enfermos en el pasado otoño y en el invierno actual, en cuyos resultados, y sobre todo en los obtenidos en veinte casos de terciana que fueron estrechamente vigilados mediante hospitalización, se basa la presente nota.

Minuciosamente se investigaron los siguientes extremos:

Acción parasitocida.
Acción sobre la fiebre.
Acción sobre la esplenomegalia.
Sintomatología tóxica.
Recidivas.

Acción parasitocida.—Los efectos del medicamento en este aspecto son excelentes. La elimi-

nación parasitaria de sangre periférica, determinada mediante la observación detenida de gotas gruesas, arrojó un tiempo máximo de cuarenta y ocho horas, con una media de 36.

Acción sobre la fiebre.—Toda la enfermería que dó apirética en el día tercero de la cura. Defallando este dato, vemos cómo el acceso térmico de entrada no se afecta por la medicación si coincide con la iniciación del tratamiento, y cómo la segunda elevación no se presenta, o lo es de una manera atenuada, si coincide la primera dosis diaria con el acceso anterior. En cualquier caso, se ve atenuado este segundo acceso si corresponde al segundo desde el comienzo del tratamiento.

En resumen, la fiebre corre parejas con la eliminación parasitaria.

Acción sobre la esplenomegalia.—De cuatro enfermos hospitalizados con bazo, en tres que acusaban esplenomegalia tipo I (BOYD) ésta se hizo negativa al final del tratamiento. En cuarto, con bazo tipo II, redujo aquél a tipo I al terminar la cura, siendo negativo en una nueva observación efectuada a los diez días.

Acción positiva sobre la esplenomegalia. imposible de controlar de una manera absoluta durante la terapéutica, por la corta duración de ésta.

Sintomatología tóxica.—En nuestra casuística no ha habido trastornos que anotar, tales como náuseas y molestias de estómago.

Por el contrario, en un caso (enferma M. C. G. de trece años, de Peraleda de la Mata), hemos observado una típica psicosis acridínica, de carácter depresivo y alucinatorio. Esta enferma no tiene antecedentes personales de tipo psíquico, pero sí ofrece el dato curioso de que, palúdica en 1943, fué tratada con Atepé, acusando el mismo complejo neurótico que en la actualidad. Entonces la madre, sin acudir al médico, y ante la psicosis aquejada por la enferma, suspendió la medicación

acridínica, y cuando a los ocho días volvió restablecida, continuó medicándola con Atepé, sin que volviera a aparecer síntoma nervioso alguno. Otros hermanos de esta paciente, tratados con sintéticos repetidas veces, no han presentado trastornos de ninguna especie.

La psicosis apareció, en las dos ocasiones, al cuarto día de la terapéutica, cuando ya la carga parasitaria y la fiebre se habían eliminado. En esta última ocasión, suspendido el tratamiento, la enferma se recuperó a los diez días.

Recidivas.—La casuística a que hace referencia la presente comunicación, tratada con Metoquina entre 10 de octubre de 1944 y 1 de marzo de 1945, no permite aún sacar conclusiones precisas en cuanto a la valoración epidemiológica del medicamento. Desde luego, un hecho puede ya concretarse, y es el que las dos únicas recidivas anotadas hasta el momento actual han ocurrido en enfermos que habían terminado el tratamiento hacía ya más de dos meses. Ello, por sí solo, habla ya en favor de la bondad del medicamento.

Por supuesto, que esa tasa de recidivas del 10 por 100 es conveniente relacionarla (si deseamos admitirla en su justo valor) con la realidad de una época pobre en paludismo, cual es la que atravesamos. En condiciones normales de endemia, nuestra experiencia nos aconseja prolongar los tratamientos a siete días.

CONCLUSIONES.

- 1.ª En el aspecto terapéutico, la Metoquina constituye un medicamento eficazísimo frente al paludismo por *Pl. vivax* (tercianas).
- 2.ª En el aspecto epidemiológico, y teniendo en cuenta la duración de la pauta usada (cinco días), creemos puede equipararse a los antipalúdicos de este tipo hasta ahora conocidos.
- 3.ª Igualmente, en orden a toxicidad, no se en-



BETABION

Vitamina B₁

Acreditadísimo en la terapéutica y profilaxis

Tabletas de 3 mg. — Ampollas de 5 mg.

«Fuerte»: Ampollas de 25 mg. — «Fortísimo»: Ampollas de 100 mg.

E. Merck

cuentra diferencia con otros fármacos de la serie acridínica.

RESUMEN.

El autor da cuenta de los resultados obtenidos en veinte casos de terciana tratados con Metoquina, nuevo antipalúdico sintético de la serie acridínica.

La enfermería estudiada fué toda sometida a vigilancia mediante hospitalización, controlándose los aspectos fiebre, parásitos, esplenomegalia, recidivas y trastornos orgánicos achacados al medicamento.

Se confirman los resultados obtenidos en otros países con este sintético, equiparándolos en todos sus aspectos con los conseguidos con otros fármacos de esta serie.

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

(Sesión del 16 de mayo de 1947.)

1.º El doctor Mier expuso su comunicación «Síndrome de Van der Hoeve».

Discusión.—Doctor Marín Amat. Felicita al doctor Mier por su brillante disertación, y recuerda que él ha publicado en SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA, en diciembre de 1940, una interesante observación clínica, que ofrecía la particularidad de presentar la *triada* completa del síndrome de Van der Hoeve, de *escleróticas azules*, *fracturas múltiples* y *otoclerosis*, y además *enanismo*, *asimetría cranial*, *alteraciones del metabolismo basal* y *de la calcemia*.

El sujeto, de treinta y dos años de edad y de 1,38 de talla, había sufrido tres fracturas comprobadas por la radiografía, la que, a la vez, demostraba una considerable rarefacción ósea de las epífisis de los huesos largos y una silla turca muy pequeña y cerrada en forma de olla y cubierta por una lámina ósea, en cuyo interior se encontraría como estrangulada la hipófisis, puesto que el sujeto presentaba un enanismo hipofisario.

La exploración auditiva demostró una otoesclerosis de los oídos medio e interno.

2.º Los doctores Marín Amat y Marín Enciso expusieron su comunicación «Trastornos visuales como primera manifestación subjetiva de tumor de la hipófisis».

3.º El doctor Marín Amat expuso su comunicación «Procedimiento operatorio del entropión del párpado superior».

4.º Los doctores Marín Enciso y López García expusieron su comunicación «Síndrome de Marfán. Extracción de los cristalinos subluxados», referente a una muchacha que presentaba este síndrome completo con la excesiva longitud de los miembros, especialmente de las manos, de los pies y de los dedos, braza mucho mayor que la talla y subluxación congénita (ectopia) de ambos cristalinos, complicada con hipertensión ocular por lo que hubo que practicarle una iridectomía antiglaucomatosa en cada ojo; y después, dado el grado considerable de la subluxación de los cris-

talinos y su evitación de una tardía luxación completa, se le extrajeron ambos cristalinos transparentes, operaciones que se practicaron sin la menor pérdida de vítreo y sin complicaciones.

Discusión.—Doctor Mario Esteban. La aracnodactilia es una de esas distrofias cuyo estudio resulta siempre interesante, como lo demuestra la comunicación de los doctores Marín Enciso y López García. Su interpretación patogénica se presta a formular hipótesis que dejan tras de sí, no una, sino muchas interrogaciones.

Evidentemente, existe una anomalía de desarrollo de origen germinal que afecta al mesodermo. Pero ¿cuál es la causa fundamental de la distrofia? ¿Por qué, al lado de otras malformaciones y de la ectopia de cristalinos, los huesos de las manos y de los pies se hacen tan excesivamente largos que los tendones flexores se les quedan cortos, obligando a permanecer encogidas las articulaciones de los dedos?

Es sugestiva la teoría que se apoya en una disfunción hipofisaria, y quizá también paratiroidea que se iniciaría ya en la vida fetal.

El doctor Carreras: El síndrome de Marfán, del cual acaban de presentar un caso los doctores Marín Enciso y López García no constituye un complejo sintomático aislado, sino que forma parte de un síndrome más amplio o más genérico, para el que Schmidt propone el nombre de *Dysmorpho-dystrophia mesodermalis* congénita, uno de cuyos tipos clínicos sería el de Marfán y otro (por lo menos hasta ahora) el de Marchesani, en el que una microfaquia o esferofaquia se presenta unida a braquidactilia. Se han dado casos de braquidactilia con ectopia del cristalino y de esferofaquia con aracnodactilia, lo que prueba un fondo común de las mencionadas alteraciones. A veces se presentan formas frustradas y monosintomáticas. Además de la luxación del cristalino y de la esferofaquia, que son las más características, pueden existir otras anomalías oculares (megalocórnea, aniridia, coloboma, etc., etc.). De las diferentes teorías que se han propuesto para

explicar este síndrome, la teoría mesodérmica de Weve parece ser la que mejor aclara los hechos. El trastorno que afectaría al desarrollo de las formaciones mesodérmicas se explicaría por la acción de una sustancia química o prehormona ya que en la época embrionaria en que deben acaecer estos hechos, o sea al final del primer mes de la vida intrauterina, no puede hablarse de hormonas propiamente dichas. Un retardo en la involución o la persistencia parcial de la *túnica vasculosa lentis* originaría las deficiencias zonulares que serían después la causa de las alteraciones del cristalino. De modo que, aunque la lesión recaiga en órganos o formaciones ectodérmicas, como es el cristalino, el origen de la perturbación radica en el mesodermo. La herencia juega también su papel. Los casos típicos de la enfermedad o aun los incompletos y formas frustradas se transmitirían por herencia de tipo dominante. Las formas monosintomáticas lo harían, en cambio, generalmente, por modo recesivo.

Rectificación del doctor López García: En primer lugar, debo agradecer al doctor Esteban y

al profesor Carreras su intervención sobre el asunto. En lo que se refiere a la sugerencia del doctor Esteban sobre el probable origen endocrino del síndrome, ha sido, en parte, contestado por el profesor Carreras; el trastorno se produce en el embrión en un momento en el que no puede justamente hablarse de influencias endocrinas fetales. Las peculiaridades morfológicas de los enfermos con síndrome de Marfán sugieren, sin embargo, la influencia de factores endocrinos, especialmente hipofisarios, pero en la actualidad no pasa esta idea de ser una sugerencia, no fundamentada sobre datos seguros.

En cuanto al substrato alterado en el síndrome de Marfán, domina la alteración del mesénquima, de tal modo que algunos lo incluyen en la displasia mesenquimal congénita. Sin embargo, no es raro observar alteraciones cutáneas y neurológicas, que hacen pensar en una alteración de varias hojas blastodérmicas, simultáneamente. El trastorno dependería probablemente de una ligadura de factores genéricos, combinados en forma diversa de unos a otros casos.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Biotipología humana individual y social, con aplicaciones a la Medicina preventiva a la Clínica, a la política biológica y a la Sociología, por el profesor Nicola Pende. Traducción española de los doctores Donato Boccia y A. R. Rossi. Un tomo de 598 páginas con 386 grabados y multitud de cuadros. Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1947.

Entre el cúmulo verdaderamente abrumador de publicaciones a que tienen que atender la inteligencia y el bolsillo de los médicos, sólo de tarde en tarde surge la obra verdaderamente fundamental y trascendente, digna de perduración en su biblioteca de consulta. Las restantes son, en su mayor parte, productos circunstanciales que rápidamente envejecen, cuando no improvisaciones vanidosas carentes de utilidad. Es el hecho que los médicos tenemos la tendencia, que, exagerada, se ha convertido en grave defecto, de comunicar nuestros conocimientos e impresiones por la letra impresa, aun cuando muchas veces carezcan de la importancia y madurez que pudieran hacer las dignas de la publicidad. Esta y no otra es la causa de la profusión farragosa de libros que cada

día llegan a nosotros, productos, unos, de ingenua buena fe, y otros, de un afán exhibicionista, pero casi todos hueros de verdadero interés y sobre todo de perennidad.

Existe, por otra parte, entre los dedicados a juzgar libros, un criterio de tal benevolencia, que, a juzgar por la letra de sus palabras, todos los meses surgen genios y cada día nos ofrecen las prensas obras verdaderamente trascendentes y revolucionarias. Este es un criterio que, nacido de la amistad o el compradrazgo, encierra peligros evidentes. En primer lugar, los lectores que, a fuerza de costumbre ya están en el secreto, no pueden orientarse por los juicios de la crítica. En segundo lugar, los que por circunstancias especiales tenemos alguna vez que enjuiciar una obra de profundo y verdadero mérito, nos encontramos con los adjetivos desvaídos y desvalorizados y con la seguridad plena de que nuestras palabras elogiosas han de ser acogidas con desconfianza.

Esto último es lo que nos ocurre al enfrentarnos con el *Tratado de Biotipología humana*, del profesor Nicola Pende. Menos mal que en este caso la fuerza impositiva de la obra, la seria popularidad del autor y el relieve que a través de

los años han adquirido sus doctrinas hacen poco menos que innecesarios los adjetivos, siendo suficiente con los epígrafes para que se alcance el relieve del hecho bibliográfico que pretendemos señalar.

La Biotipología humana, que es la ciencia de la individualidad del hombre, ha sido creada por Pende. Sobre los cimientos de la morfología individual de Giovanni y Viola, sus maestros, el entonces profesor de Génova y hoy de Roma, Nicola Pende, ha ido elevando el gigantesco edificio de la Biotipología, en el que inciden y coinciden con los factores morfológicos, adquisiciones fisiológicas, psíquicas, endocrinológicas, sociales, etc.

No es lugar el de una referencia bibliográfica para extenderse en consideraciones de tipo doctrinal ni en comentarios de aplicación práctica. Para abarcar en toda su amplitud el campo que acota en sus esencias y corolarios la ciencia de la constitución, se necesitaría una extensión con la que no contamos, amén de una profundidad de conocimientos que escapan a nuestra preparación especializada. Por otra parte, repetimos lo dicho hace unos instantes. Pende es el constructor, de los cimientos a la torre, del gigantesco edificio de la Biotipología; puede decirse que cuantos posteriormente se han ocupado de esta doctrina no han hecho más que glosar, comentar y, en el mejor de los casos, ampliar muy ligeramente, los dictados del profesor de Roma. De este modo, el libro que nos ocupa en este momento es el manantial donde pueden beberse directamente y sin

artificios, los conceptos fundamentales de la joven ciencia. Además, puede afirmarse que no existe en el mundo un tratado sobre esta materia que alcance al propio tiempo un panorama tan amplio y tan profundo. Mas elocuentes que pudieran ser nuestros comentarios es la copia de los epígrafes genéricos de los capítulos que integran el volumen:

Primera parte.—*La doctrina biotipológica.*

Capítulo I: Principios de la Biotipología. Antecedentes históricos.

Capítulo II: Mi método de estudio y de determinación diagnóstica del biotipo individual.

Capítulo III: Biotipología ontogenética o auxológica. El biotipo en las distintas fases del crecimiento.

Capítulo IV: Biotipología de la edad de deformación de la vida y de la vejez.

Capítulo V: Biotipología de la feminidad.

Capítulo VI: Las variaciones del biotipo individual con la edad, con los cambios del ambiente cósmico y social y con los cambios de posición del cuerpo.

Capítulo VII: Los paramorfismos. Los estados intersexuales atenuados. La ambivalencia sexual y psíquica.

Capítulo VIII: Las ectipias de reacción y de adaptación del individuo.

Segunda parte.—*Aplicaciones de la Biotipología humana.*

Capítulo I: Aplicaciones de la Biotipología a la Clínica humana.

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION

ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS

SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS

Director: Dr. MORALES.

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)

Capítulo II: Biotipología aplicada a la Pedagogía y a la educación gímico-deportiva.

Capítulo III: Biotipología y atletismo campeonista.

Capítulo IV: La Biotipología de los trabajadores.

Capítulo V: Biotipología racial. Estirpes y razas.

Capítulo VI: Biotipología en el arte.

Capítulo VII: Biotipología y criminalidad.

Capítulo VIII: Biotipología y matrimonio. Eutgenesia y ontogénesis.

Apéndice. — Algunos reactivos, dispositivos y módulos para el examen del aspecto psíquico de la personalidad.

Tal es, extractado, el contenido de la obra de Pende. De él se deduce todo el horizonte que abarca y las posibilidades de aplicación de esta ciencia de la Biotipología a las más dispares disciplinas, médicas, sociales, antropológicas, artísticas, deportivas, sanitarias, etc.

Siendo tan amplio y complejo el campo de los lectores de esta obra, no es necesario recomendar su adquisición. La edición hispanoargentina de la Biotipología humana de Pende es de esas publicaciones que se venden solas y que en ningún momento necesitan de la publicidad.

Réstanos, como final de esta nota bibliográfica, subrayar el verdadero alarde de presentación con que se ofrece este libro. La tradición de buen gusto y generosidad que es tan característica de la casa Salvat Editores, S. A., se ha superado en este caso con un verdadero derroche de grabados pulcramente hechos y armónicamente distribuidos en el texto y en láminas aparte.

Nuestro fin, en esta ocasión, era únicamente reseñar la aparición de esta obra monumental; de lo demás ya se encargaron los méritos intrínsecos que encierra.

Dr. T. B.

Luxaciones articulares traumáticas, por los doctores José Valls y Roberto Paterson Toledo, de Buenos Aires. Un tomo en rústica de 162 pá-

ginas con 104 grabados en negro y color. Colección Manuales de Medicina Práctica, número 96. Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1947.

La obra que con el título que encabeza esta nota acaban de publicar los doctores Valls y Paterson, de Buenos Aires, constituye una aportación práctica del mayor interés. Ajustándose de un modo exacto al fin de aplicación inmediata a que estos tomos de la Colección de Manuales de Medicina Práctica están destinados, esta obra es una recopilación de datos clínicos y terapéuticos de carácter fundamental, expuestos de un modo conciso, sin comentarios de carácter doctrinal, ni intentos bibliográficos. La experiencia extraordinaria de los autores les ha permitido seleccionar de entre todo lo que se ha escrito y se ha hecho sobre esta materia de las luxaciones articulares traumáticas, lo verdaderamente útil y práctico.

Se comprende, por lo dicho, que una monografía de este género no se preste de ninguna manera al comentario crítico, ya que lo que en ella se expone es únicamente lo consagrado e indiscutible. No es obra revolucionaria ni de tesis. Es, desde el punto de vista práctico, algo mucho más útil, ya que constituye un auxiliar inmediato de traumatólogo clínico, mostrándole, con toda claridad y eficacia, la conducta que debe seguir ante cada caso.

Un ayudante de primer orden de la parte literaria de esta monografía es el elemento gráfico. Existen en él un cierto número de esquemas que ya conocíamos, procedentes de la obra de Watson Jones, y una cantidad mucho mayor de primorosos clichés radiográficos del archivo personal de los autores, que dan a la obra un profundo valor didáctico.

Teniendo en cuenta las exigencias de esta publicación y la tradición editorial de Salvat, no consideramos necesario insistir sobre la pulcritud y perfección con que está realizada.

DR. CIMARRA ORTEGA.

REGISTRO DE SUMARIOS

MINERVA MEDICA

(Torino, 26 de mayo de 1947.)

- Quattrin.*—Acortamiento del tiempo de coagulación en algunas hemopatías.
Borellini.—Luxación carpometacarpiana.
Fregonara.—Síndrome de Pancoast.
Piccinini.—La fiebre en la tuberculosis.

(2 de junio de 1947.)

- Dogliotti y Lenti.*—Acción antialérgica de las sulfamidas y de la penicilina.
Martini.—Infiltrados pulmonares y enfisema cístico.
Sambataro.—La privina en la práctica otorrinolaringológica.

(9 de junio de 1947.)

- Sabatini y Marmont.*—Tratamiento de la agranulocitosis con penicilina.
Bellomo y Bologna.—Tratamiento del úlcus con extractos de estómago y de intestino delgado.
Bertola.—La asociación yodo-tiamina en terapéutica.
Giachi.—Empiomas tuberculosos tratados con niacina.
Valenti y Maggiani.—El arsenobenzol en un caso de fiebre por linfoma tuberculoso.
Prasoli y Bertone.—El podofilino en el tratamiento de los condilomas.
Sacino.—Púrpura hemorrágica y ácido ascórbico.

(16 de junio de 1947.)

- Izar.*—Diagnóstico de la meningitis cerebroespinal.
Pulitano.—Donadores de plasma.
Benedetti.—Pulmonías atípicas.
Visendaz.—Estratigrafía indirecta.

LA RIFORMA MEDICA

(Nápoles, 30 de abril de 1947.)

- Antona.*—Pulmonía atípica con autohematoaglutinación, porfirinuria y reacción leucemioide.
Imperati y Errico.—Valoración de las condiciones circulatorias en Cirugía.
Maderna.—Penicilina en la gonococia aguda.
Conti.—Estreptomycinina.

FOLIA CARDIOLOGICA

(Milán, 31 de diciembre de 1946.)

- Breda y Costa.*—Aorta invertida ectásica.
Tosetti y Candiani.—La derivación torácica CR4.

- Terzani.*—Tercer tono diastólico mitral en el corazón sano.
Sossai.—Rotura espontánea del corazón con larga supervivencia.
Dotto y Rosselli.—Acción de la adrenalina endovenosa en los hipertensos.
Rosselli y Bongini.—Trifasismo y complejo rápido de bajo voltaje.

JORNAL DO MEDICO

(Oporto, 31 de mayo de 1947.)

- Godinho.*—Diagnóstico de la tuberculosis por medio de la tuberculina.
Lucio.—El curandero y su propaganda.

(7 de junio de 1947.)

- Suárez.*—Inmunización de los cardíacos por la vacunoterapia.
Guimaraes.—El progreso en la crítica científica.

(14 de junio de 1947.)

- Moura.*—Afecciones otorrinolaringológicas como causa de incapacidad para el trabajo.
Suárez.—Unidad de las carditis reumáticas.
Pereira.—Medicina y naturismo.

(21 de junio de 1947.)

- Larroude.*—Tuberculosis del oído medio y de la laringe.
Tender.—Glositis actinomicótica.
Leao.—Recipes poco corrientes.
Pereira.—Eugénica, genética y psiquiatría.
Crespo.—Perfeccionamientos sobre tuberculosis.

A MEDICINA CONTEMPORANEA

(Lisboa, noviembre de 1946.)

- Carvalho.*—Tuberculosis pulmonar y osteoarticular.
Moniz y Leitao.—Soplo continuo de la vena cava superior.

REVISTA ESPAÑOLA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION

(Madrid, mayo-junio 1947.)

- Bonorino Però.*—Secreción gástrica; sus alteraciones y factores que la influyen.
Oliver Pascual, Galán y Castillo.—Un caso de lipodistrofia intestinal con lesiones ganglionares mesentéricas de granulomatosis lipofágica o enfermedad de Whipple.
Pera.—Un caso de divertículo gástrico.
Bergareche.—Enfermedad de Whipple.
Torres González.—La circulación intrahepática y sus trastornos.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.123.)

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

19 julio 1947

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, *Patriotismo, servicio y sacrificio*, por A. Vallejo Nágera. *¡Un grito!*, por Angel Pulido Martín. *Así vivió y así se nos fué*, por el Dr. E. Arias Vallejo. *El amigo Javier Cortezo*, por R. Tapia. *La actualidad médica*, por el Dr. Isidro de Magerit. **INFORMATARIO PROFESIONAL: Sección oficial.**

BOLETIN DE LA SEMANA

Hace apenas una semana del silencioso tránsito de nuestro querido director.

Aún parece resonar en las paredes de este claro despacho, donde él trabajaba habitualmente, el eco de su voz fuerte, de tonos graves y energéticos. Sobre la mesa que fué suya y que hoy ocupa en precario el que esto escribe, mezclados con los papeles que aún conservan casi fresco su grafismo nervioso, se amontonan en profusión las manifestaciones de condolencia llegadas de todos los lugares de España. Son, en conjunto—ingenuas o profundas, balbucientes o literarias—, pruebas de un sentimiento que ha sobrepasado lo cortés y protocolario para entrar en lo cordial, sincero y casi familiar. Debemos reconocer con emoción que la tradicional comunidad de EL SIGLO MÉDICO ha respondido a nuestro dolor con su dolor y que en este eco cariñoso hemos encontrado un cierto lenitivo a nuestra pena. Nunca les agradeceremos bastante el apoyo y acicate que nos han ofrecido en esta ocasión.

En todas estas cartas alientan, explícitos o tácitos, una interrogación y un deseo. De los más

apartados confines de nuestro territorio nacional llega el anhelo de que no se interrumpa la línea tradicional de EL SIGLO MÉDICO, que en muchos lugares de España se funde y se confunde con la propia tradición familiar. Nosotros prometemos todo nuestro esfuerzo para que esto se consiga, y si en el momento de la trágica sorpresa nos aferramos al timón de la nave, aún caliente de las manos del muerto, fué pensando sólo en mantener el rumbo sin desmayos, en espera de que la tranquilidad del tiempo nos trajera en relevo un nuevo capitán. Sepan, pues, los que preguntan, y también—¿por qué no?—los que murmuran, que la tradición de EL SIGLO MÉDICO, en la que estamos enraizados desde hace casi cinco lustros, ha de seguir adelante, con un pie en el pasado y otro en el porvenir, siempre caminando hacia adelante, sin saltos, pero también sin descansos. Para ello contamos, sobre nuestro entusiasmo, con la colaboración y el apoyo de las más relevantes figuras médicas de la actualidad.

DECIO CARLAN.

PATRIOTISMO, SERVICIO Y SACRIFICIO

por

A. VALLEJO NAJERA

Profesaba Javier Cortezo el convencimiento de que todo lo debemos a la Patria, a cuyo servicio no puede ahorrarse sacrificio, servicio en el que ha sucumbido el fraternal amigo. Genotípicamente médico y periodista, al periodismo médico consagró su vida, ambicioso de laureles para la medicina hispana, cuya difusión internacional procuraba porfiado. Creía que la Patria son la tierra y las gentes; pero sobre ellas los valores espirituales nacionales, entre otros los científicos médicos: la aportación nacional al progreso médico mundial.

Engendrado periodísticamente al calor de EL SIGLO MÉDICO, gira la vida de Javier en la órbita de la vetusta revista, fuente de información de

miles de modestos médicos. Faltaba esta información en el apogeo de la contienda de liberación, y para proporcionársela a los médicos de la zona nacional funda Javier *Semana Médica Española*, heraldo del renacimiento científico español cuando se lucha denodadamente en los frentes por la paz y prosperidad patrias. Vence casi insuperables dificultades editoriales y económicas, logra colaboraciones, establece contactos internacionales, y su esfuerzo permite noticias del movimiento médico mundial. Terminada la guerra, persigue la patriótica finalidad de una fusión de las más importantes escuelas médicas nacionales y que éstas vieran sus enseñanzas en las páginas de su revista. Difícil es la unión bajo un signo común de perso-

nalidades destacadas, mucho más difícil todavía si son médicas y españolas, dificultosa conjunción que logra el patriótico entusiasmo de Javier.

El espíritu de servicio y sacrificio por la Patria que ilumina la vida de Javier Cortezo había de emplearse en obras de mayor envergadura, y cuando un grupo de médicos entusiastas lanza la idea de Jornadas Médicas Españolas, se ofrece incondicionalmente, acepta el puesto más modesto, también el de mayor responsabilidad y trabajo, y trabaja para que la iniciativa se convirtiera en hermosa realidad. La fecunda labor de las Jornadas de San Sebastián, Barcelona, Zaragoza y Sevilla se hubieran perdido sin los titánicos esfuerzos de Javier para imprimir los anales de las cada vez más concurridas reuniones. Conferencias, ponencias y comunicaciones quedan recogidas en sendos tomos, valiosa fuente informativa en la actualidad de los problemas estudiados. Sin la constancia y tenaci-

dad de Javier habríanse perdido, como los de otros muchos Congresos médicos españoles, los frutos del común trabajo.

El quijotesco espíritu de Javier había de llevarle al romántico ideal, nunca abandonado, de la resurrección de EL SIGLO MÉDICO, la vieja revista del clásico médico de familias. Emprende esta obra en momentos bien difíciles. ¡Pobre Don Quijote de desagradecida Dulcinea! La Medicina española paga con desdenes tus ofrendas, con ofensas, tus sacrificios. Muchas veces pude consolarte y animarte en los baches depresivos que pasamos todos los luchadores; pero ahora ya desfallece tu corazón, no por falta de bríos, sino por agotamiento físico. Has caído en pleno combate contra poderosos imponderables, con espíritu de servicio y sacrificio, por la gloria de España y de la Medicina española. ¡Dios premie tus servicios y sacrificios!

¡UN GRITO!

¡Este trabajo que se me pide... no puedo hacerlo! Es contrario al orden natural. Un apunte necrológico *no debe* hacerlo un hijo, si se trata del padre...; pero *no puede* hacerlo el padre si se trata de un hijo..., y yo, sin llegar a considerar a Javier como un hijo, es lo cierto que le consideraba como mi hermano menor y... hasta, abusando de una autoridad que yo me había adjudicado y que él no reconocía más que en mí..., me permitía en ocasiones amonestarle, y él me escuchaba y hasta parecía dispuesto a seguir mis consejos..., porque Javier, que era un hombre extraordinario, una figura excepcional, una personalidad relevante, exageraba sus cualidades hasta convertirlas en defectos; y yo, que le quería porque conocía sus intenciones, siempre sanas y patrióticas, porque veía en él una singular reproducción amplificada del carácter impetuoso, lleno de candor de mi padre, porque lamentaba su falta de administración de tantas, tantas cualidades excelsas, le decía en privado y también en público (para quien desee comprobar este aserto ahí está la colección de EL SIGLO MÉDICO), le decía lo que yo creía conveniente para traerle a la realidad, a una realidad que, por serlo, distaba mucho del ideal donde Javier quería colocar el mundo, sus afanes y sus luchas...

En este concepto rígido de su deber y de aquello a que éste le obligaba, se hallaba la rémora que le impidió recoger en vida el triunfo a que tenía derecho. Escritor maravilloso; dominador, como muy pocos, del castellano; gustador de todos los idiomas latinos; autoridad en el conocimiento de la vida y la cultura española, en especial de los siglos XVI al XIX; historiador de la Medicina española desde los Reyes Católicos hasta nuestros días...; pensador original, activo, servicial amigo de sus amigos... ¡Ah!, sobre esto nadie puede negarle la calidad a Cortezo, ya que heredó de su padre el entusiasmo por la amistad.

Hijo del prócer de la Medicina española, del único médico que lució sobre su pecho la insig-

nia reservada para los reyes y los príncipes, brillaban en Javier Cortezo algunas facetas del carácter de don Carlos, desprendido, dispuesto siempre a la caridad y al sacrificio, fué un gran señor, elegante de espíritu como era ostentoso en su atuendo y en su gesto, para lo cual le ayudaba su físico, porque era alto, erguido, arrogante, con perfil de medalla romana y la cabeza echada siempre hacia atrás...; de piel tersa por bien nutrida y color ligeramente sonrosado... Javier me recordaba alguno de aquellos arzobispos del Renacimiento envueltos en damascos, joyas y brocado..., manejando el báculo como la espada...

Y, sin embargo, de tantas y tan grandes y excepcionales excelencias, Javier no alcanzó el reconocimiento a que era acreedor.

Se habla del destino..., pero se habla demasiado poco... Una educación del esfuerzo, de la lucha, de la voluntad, que me parece admirable, ha relegado a término secundario a ese factor que rige nuestras vidas, que, por lo menos, rige algunas vidas, como si se fijara en ellas para hacer acto de presencia. ¡Sepan ustedes que todavía existo!... Con todos los pros y todos los contras que forjan el triunfador, se puede hacer un Moisés que sólo alcanza a ver la tierra de promisión, sin llegar a pisarla. Acaso nuestras nomenclaturas y nuestros conceptos del triunfo y del fracaso deben ser revisados, concédenos categorías con arreglo a nuestra limitada noción de las causas y de las apariencias, siempre engañosas. ¿En qué consiste el triunfo? ¿En acumular unas pesetas... que jamás resisten a tres ministros de Hacienda? ¿En lograr un título o un cargo que establecen una servidumbre y acortan la libertad?... ¿En hallar un sitio cualquiera en el rebaño humano?... Todo eso es deleznable..., y por demasiado material, transitorio, mentira... El único triunfo apetecible es para el cristiano, y para el que no lo es, el triunfo sobre sí mismo para el primero, ajustando su vida a los dictados de la religión y para

todos adaptándola a las normas de la verdad, del bien y del amor al prójimo..., a las exigencias de una conciencia estrecha. Si Javier pudo no triunfar, según el criterio gregario del vulgo, es cier-

to que luchó *hasta caer*, defendiendo la dignidad de la clase médica, el patriotismo y la justicia. ¿Cabe mayor triunfo?

ANGEL PULIDO MARTÍN

ASI VIVIÓ Y ASI SE NOS FUÉ

por el

Doctor EDUARDO ARIAS VALLEJO

¡Javier Cortezo ha muerto! Ha caído mortalmente herido, al frente de todos nosotros, en esta lucha cotidiana que en defensa de los intereses y la libertad de los médicos españoles venía sosteniendo gallardamente desde las columnas de EL SIGLO MEDICO. El temple y la fortaleza de Javier Cortezo, demostrados y mantenidos a lo largo de toda una vida con el pensamiento y la pluma, puestos al servicio de los médicos de nuestra Patria, se quebraban azotados por el vendaval y las adversidades que los momentos en que el mundo lucha han suscitado. No hace más que dos semanas, al acudir a la redacción del periódico, cual era mi costumbre todos los martes, al objeto de cambiar impresiones con él y entregarle los trabajos para la imprenta, le encontré, por primera vez en los muchos años que hace que le conocía, agobiado, abatido. El, que fué modelo de gallardía y tenacidad, de pundonor y combatividad, lloraba ante mí y me anunciaba su muerte próxima. Ese momento de debilidad, determinado por los primeros signos de la enfermedad que había de acabar con la fortaleza de Cortezo, pasó pronto. Días después, nuestro director volvía a su despacho y reanudaba sus tareas de siempre. Pero los que le conocíamos sabíamos bien con amargura que su fin era inminente, y que la enhiesta figura de Cortezo estaba ya minada e iba a derrumbarse de un momento a otro ante el huracán de la lucha actual.

Siendo todos profesionales, resulta paradójico hablar de la dificultad del diagnóstico de la afección que a Cortezo ha llevado a la muerte. Pocas semanas antes de ésta le estuve reconociendo, a petición suya, y puedo asegurar que no le encontré vestigios de enfermedad orgánica alguna. Esta modesta opinión carecería de valor si no estuviera contrastada por la de otros compañeros más ilustres que yo, que le reconocieron también en aquellos días y hallaron iguales resultados negativos. Se habló de cansancio físico y mental, de «surmenage»; pero ello no aclaró el problema. En estos tiempos en que tanto se habla de la medicina psicosomática, creo no será difícil comprender que la afección de nuestro querido director no era en absoluto del cuerpo, sino del espíritu. Cortezo sufría y caminaba hacia la muerte herido en lo más vivo de su alma por la adversidad, azotado y vencido por los reveses que en los momentos actuales agobian a la Prensa médica de nuestra Patria. Si repasamos los *Boletines de la Semana* de los números de nuestra revista correspondientes a los últimos meses, comprenderemos fácilmente

por qué ha muerto Cortezo. EL SIGLO MEDICO era su vida toda.

Cuando algunos martes nos reunía a Javier Tomé y a mí en su biblioteca para leernos el *Boletín de la Semana* del número próximo a salir y consultarnos sobre el tema desarrollado, comprendíamos el motivo de la vida de Cortezo y nos temíamos cuál había de ser su final. Con infinito cariño, con pasión desbordada, cual un padre ve a un hijo nacer, redactaba aquellas cuartillas en las que se contenía la preocupación, el comentario y, muchas veces, la acertada solución de gran número de problemas que hoy afectan a la clase médica. Cortezo se desvivía pensando en las acuciantes preocupaciones de los médicos, especialmente de los pertenecientes a las categorías más modestas, en particular de los médicos rurales. Algunas veces el *Boletín* escrito no se publicaba. Con prudencia, Cortezo renunciaba a ello y salía del paso airoso, garbosamente, con una poesía satírica o con un comentario finamente irónico. Pero esto era una excepción. Lo corriente era que se publicase, puesto que las normas de libertad de Prensa dictadas por nuestro Gobierno lo permitían liberalmente, y entonces surgían la discusión y los comentarios y en los círculos médicos se hablaba frecuentemente de los temas tratados y de su acertado enfoque. Y cada semana llegaban a la redacción cartas y cartas de compañeros desde los más apartados rincones de España, la mayoría de los cuales no conocían personalmente a Cortezo, lo cual no era obstáculo para que le escribieran animándole e identificándose con él y, sobre todo, agradeciéndole su denodado esfuerzo.

La vida de Cortezo estuvo siempre adscrita a la lucha, a la noble lucha del periodismo médico en defensa de los profesionales humildes y en pro de sus ideales patrióticos. Así comenzó su labor, adolescente aún, junto a su padre, en momentos políticos de la vida española llenos de violencia y cargados ya de las nubes que más tarde habrían de estallar. Así le vi yo al comienzo de nuestra guerra, en zona roja, luchando contra la tiranía y la plebeyez del régimen con la cabeza alta y el gesto duro. Así siguió al ser rescatado y trasladado a la España nacional, luchando lo indecible hasta lograr sacar a la luz aquella inolvidable *Semana Médica Española*, sin medios económicos ni ayuda de nadie, cuando parecía una utopía hablar de una revista médica en momentos tan agobiantes e inciertos. Así ha muerto, en fin, como vivió: luchando noblemente por el porvenir de su Patria y por la resolución de los problemas de sus com-

pañeros, los médicos. Con caridad cristiana y con noble desinterés, se preocupaba de los demás antes que de sí mismo, y hacía suyas las preocupaciones de todos, luchando caballeramente, rompiendo lanzas en favor de sus ideales, dejándose en

jirones el alma y la vida en el agotador combate. Así vivió y así se nos fué. Su recuerdo y su ejemplo se mantendrán siempre vivos en nosotros, como acicate de nuestra conducta y norma de nuestro deber.

EL AMIGO JAVIER CORTEZO

por

R. TAPIA

Para los que hemos hecho un culto de la amistad, una pérdida como la que acabamos de sufrir es un golpe tan fuerte, que ha de pasar mucho tiempo hasta que nuestro espíritu abandone la desesperación en que nos ha sumido el vacío que deja el buen amigo que se fué.

Yo podría evocar los trabajos de Javier Cortezo, pues he convivido con él durante muchos años, he sentido con él las amarguras de revoluciones, guerra civil, etc., ha participado en los enormes esfuerzos que realizó para fundar en San Sebastián aquella *Semana Médica*, y, en fin, he leído sus artículos en defensa de la clase médica, de la prensa médica, y pudiera comentarlos; pero no lo hago, pues sé que mi pluma no es digna de alabar obra tan ingente, que será ensalzada por otros más capacitados.

Pero aunque no acierte a hacerlo, quiero hablar del excelentísimo señor don Francisco Javier Cortezo y Collantes como amigo, tan amigo, tan hermano, tan alegre siempre en nuestras charlas, tan dicharachero, tan dispuesto siempre a sacrificarse por quien lo necesitase.

Y permítaseme que le dé aquí el nombre por el que algunas veces le llamábamos, «Paquito Collantes». Y es que en nuestra camaradería todos teníamos un pequeño nombre, no un apodo, sino un diminutivo, que demostraba el cariño, la impecable amistad que a todos nos unía.

Conociendo, como conocíamos, las tribulaciones por que pasaba en ocasiones, admirábamos el

que nunca vino a nuestro lado con la cara compungida, con el ceño adusto, sino, por el contrario, lleno de alegría, de juvenil decisión y con un amplio bagaje de humorismo, de anécdotas finas, que nos hacía esperarle con verdadera impaciencia.

¡Qué hermoso resulta en la vida compaginar el trabajo diario, rutinario y cansado con la alegría que proporciona el saberse rodeado de amigos, de gentes que le aprecian a uno con cariño de hermanos, que, queriendo o sin querer, le ahuyentan de la imaginación los problemas gravitantes, aunque sólo sea por unas horas!

Esto tenía Javier, y esto teníamos todos con la presencia de Javier.

Cuántas veces nos dió consejos; cuántas veces, con una de sus humoradas, despejaba el horizonte en una cabeza nublada; cuántas veces acompañó en su dolor a los amigos desgraciados.

Si os dijera que estoy haciendo un verdadero esfuerzo para escribir estas líneas, seguro me creeríais, pues mi cariño hacia él es tan grande, que sólo el recuerdo de que ya no está me conmueve de tal forma, que me obliga a dejar la pluma y a pensar en lo injusta que es la vida..., y en la felicidad de los que se van, pues seguramente allá, en el cielo, volverán a encontrar a sus amigos de la tierra para no separarse jamás.

Perdóname, Javierito, hijo de mi buen amigo Javier, que termine bruscamente...

No puedo más...

LA ACTUALIDAD MÉDICA

LAS CORTES, LOS FORENSES Y LOS TITULARES

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Acúsome, lector, de no haber pisado jamás, en los cuarenta y dos años que resido en Madrid, el Congreso de los Diputados ni el palacio del Senado. No me interesaba la política. Desde un plano puramente farmacológico, yo había inventado la siguiente fórmula magistral, ya que entonces apenas había específicos «para todo»:

Despáchese:

De diputados monárquicos, 70 unidades Oxford; de diputados republicanos, 15 ídem íd.; de diputados socialistas, 10 ídem íd.; de diputados

reformistas, 3 ídem íd.; de diputados «chaquetistas», 2 ídem íd.

Fiat secundum artem, 100 papelillos iguales.

Y es claro como el agua que con una mezcla tal no valía la pena de entusiasmarse con los resultados terapéuticos del recurso.

El Senado, dicho sea con todos los respetos para lo ya desaparecido, me pareció siempre un ungüento confeccionado con pasas, higos de cuello de dama y alguna que otra ciruela y nuez de secada.

Pero como para la sesión plenaria de las Cortes de ayer había leído el anuncio de que se estudiarían dos trascendentales reformas médicosanitarias, valiéndome de mi envidiable cualidad de polizón invisible, me decidí a entrar en el Palacio de las Cortes, quedando deslumbrado por la suntuosidad y el buen gusto de su instalación. Pero quedé más entusiasmado todavía al ver la gran concurrencia y la facies de viva satisfacción de todos aquellos prestigiosos varones, figuras destacadas en todos los matices del saber, que acudían al Parlamento ungidos por la fe en la España actual y por la absoluta, incondicional y consciente adhesión a la figura del Jefe del Estado.

Leída el acta de la sesión anterior por el marqués de la Valdavia y tomado juramento a un nuevo procurador, se dió lectura al dictamen de la Comisión de Justicia sobre la ley orgánica del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, defendiéndola, en nombre de la Comisión, el director general de Asuntos Eclesiásticos y catedrático de Derecho Natural, don Mariano Puigdollers Oliver, que pronunció un brillantísimo discurso en defensa del dictamen, que era tanto como defender a los médicos forenses, afirmando que con esta ley se concede a estos funcionarios de la Justicia el puesto que dignamente les corresponde por su sabia y entusiasta labor y por sus propios merecimientos de facultativos, siempre al servicio de la verdad, de la ciencia y de la Justicia. Examinó las enmiendas que habían sido presentadas, y terminó, después de ensalzar con cálidas alabanzas al Cuerpo de Médicos Forenses, pidiendo a los procuradores que aprobaran el dictamen para convertirlo en ley.

Puedo asegurar al lector amable que pocas veces había oído una tan elocuente exposición y defensa de los intereses, justos y legítimos, de los médicos en general, y, en especial, de los forenses. El médico más entusiasta no lo habría hecho mejor, y desde ayer, no sólo los forenses, sino todos los que cultivan la Medicina, han contraído una impagable deuda de gratitud para este ilustre abogado, que ya al terminar su discurso logró recoger el fervido aplauso de todos y la satisfacción de ver aprobado íntegramente el dictamen.

El dictamen aprobado consta de trece capítulos, divididos en cuarenta y tres artículos; dos disposiciones transitorias, una adicional y otra final.

El capítulo I describe las funciones del médico forense; el segundo trata de la forma de ingreso en el Cuerpo, de las incapacidades y de las incompatibilidades. El tercero fija los nombramientos y posesiones; el cuarto habla de las categorías y

plantillas, que quedarán integradas de la siguiente manera: 37 médicos forenses de categoría especial (Madrid y Barcelona), con el sueldo anual de 14.400 pesetas; 106 médicos forenses de primera categoría, que disfrutarán del sueldo de 12.000 pesetas; 136 de segunda categoría, con el sueldo de 9.600 pesetas, y 275 de tercera categoría, con el sueldo de 8.400 pesetas. El capítulo V habla de honores y derechos, autorizándoles a usar medalla y placa de plata y el correspondiente carnet, así como a percibir honorarios en los asuntos de carácter civil. El capítulo VI habla de provisión de vacantes, ascensos y sustituciones; el séptimo, de licencias, excedencias y jubilaciones, concediéndoles este último derecho—¡gracias a Dios!—en la forma y cuantía que establece el Estatuto de Clases Pasivas, fijando la edad de jubilación forzosa a los setenta y dos años de edad. He aquí una aspiración tan largo tiempo alentada por estos beneméritos compañeros, que sólo han podido lograr cuando el Caudillo se ha dado cabal cuenta de la razón y justicia de ello.

El capítulo VIII trata de las correcciones disciplinarias; el noveno, de Tribunales de Honor; el décimo, de los escalafones; el undécimo, de las clínicas medicoforenses; el duodécimo, de los Institutos anatómico-forenses, y el decimotercero, de los servicios de la Escuela de Medicina Legal.

Los médicos forenses han logrado, por tanto, todo lo que pedían. La fecha del martes 15 de julio de 1947 quedará grabada para siempre con especial relieve en el historial de la Medicina forense española.

Luego habló el presidente de las Cortes con su elocuencia inconfundible, siendo premiado con grandes ovaciones en el transcurso y al término de su brillante pieza oratoria, inspirada en el más elevado sentimiento de amor a la patria.

Después fueron leídos numerosos dictámenes, y entre ellos uno de vital importancia para la rama más modesta y heroica de la clase médica, esa humilde y admirable vanguardia de la Sanidad que forman los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, cuyos haberes han sido definitivamente mejorados en la cuantía y medida de que habíamos hablado en una de nuestras anteriores crónicas.

Y no me negará el amable lector que la primera vez que piso el Parlamento español he logrado saborear la íntima satisfacción de ver transformadas en realidad las aspiraciones tanto tiempo mantenidas por dos grupos de compañeros. Como que estoy pensando seriamente en acudir de cuando en cuando al edificio de la Carrera de San Jerónimo a ver si continúa la racha de mejoras médicosanitarias.

MADREZAL

Extracto galega officinalis . . .	0.07	grs.
Extracto gossypium herbaceum . . .	0.06	—
Nucleinato sódico	0.05	—
Acido fosfórico	0.02	—
Acido níctrico	0.0001	—

C. S.
6028

ES LA MEDICACION ESPECIFICA DE LA
HIPOGALACTIA

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

MADREZAL

Informatorio profesional

SECCION OFICIAL

ORDEN de 26 de junio de 1947 por la que se anuncia la provisión de vacantes en la plantilla de destinos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, de la Jefatura Provincial de Sanidad de Lugo.

Ilmo. Sr.: Vacante en la plantilla de destinos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional el cargo de Jefe provincial de Sanidad de Lugo, clasificado, a los efectos de su provisión, en el turno de elección, según previene la Orden de 20 de febrero de 1941, dictada para aplicación del Decreto de 2 de noviembre anterior,

Este Ministerio ha tenido a bien anunciar para su provisión la referida vacante, así como las results que pudieran producirse en el propio turno de provisión por elección, conforme a los preceptos de las dos disposiciones mencionadas.

Los médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, en activo servicio o en expectación de destino, que aspiren a la misma deberán presentar instancia en el plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, en el Registro de esa Dirección General (plaza de España, Madrid), pudiendo acompañar a sus solicitudes cuantos justificantes y circunstancias o méritos personales de seen alegar.

El expediente de la presente convocatoria será sometido al reglamentario informe del Consejo Nacional de Sanidad.

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 12-VII-1947.)

ORDEN de 26 de junio de 1947 por la que se dispone que el médico del Cuerpo de Sanidad Nacional don Antonio Barbero Carnicero pase a percibir el sueldo anual de 8.400 pesetas, quedando adscrito al P. N. A.

Ilmo. Sr.: Vacante en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional una plaza de Jefe de Negociado de segunda clase, por ascenso, en 19 de junio del año en curso, del titular de la misma.

Este Ministerio, de conformidad con lo prevenido en los artículos 33 y 34 del reglamento de Personal de esa Dirección General de 8 de julio de 1930, ha tenido a bien disponer que el jefe de Negociado de segunda clase del citado Cuerpo don Antonio Barbero Carnicero, actualmente en comisión en la categoría de Jefe de Negociado de

tercera clase por no existir vacante en la propia, cese en dicha situación y pase a percibir, con la antigüedad de 19 de junio, el sueldo anual de 8.400 pesetas que por su efectiva categoría y clase en el repetido Cuerpo le corresponde, con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto tercero, sección tercera, del presupuesto vigente, quedando asimismo confirmado en su destino de «médico adscrito a los servicios del Patronato Nacional Antituberculoso» que actualmente desempeña.

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

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 12-VII-1947.)

ORDEN de 26 de junio de 1947 por la que se dispone que el médico del Cuerpo de Sanidad Nacional don Diego García Alonso pase a percibir el sueldo de 9.600 pesetas, quedando adscrito al P. N. A.

Ilmo. Sr.: Vacante en la plantilla del Cuerpo médico de Sanidad Nacional una plaza de jefe de Negociado de primera clase, por ascenso, en 19 de junio del año en curso, de don Honorato Vidal Juárez,

Este Ministerio, de conformidad con lo prevenido en los artículos 33 y 34 del reglamento de Personal de esa Dirección General, de 8 de julio de 1930, ha tenido a bien disponer que el jefe de Negociado de primera clase del citado Cuerpo don Diego García Alonso, actualmente en comisión en la categoría de Jefe de Negociado de segunda clase, por no existir vacante en la propia, cese en dicha situación y pase a percibir, con antigüedad de 19 de junio, el sueldo anual de 9.600 pesetas que, por su efectiva categoría y clase en el repetido Cuerpo, le corresponde, con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto tercero, sección tercera, del presupuesto vigente, quedando asimismo confirmado en su destino de «médico adscrito a los servicios del P. N. A.», que actualmente desempeña.

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

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 12-VII-1947.)

ORDEN de 26 de junio de 1947 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Instructoras de Sanidad para provisión de las plazas que se citan.

Ilmo. Sr.: Vacantes en la plantilla de destinos del Cuerpo de Instructoras de Sanidad las siguientes plazas: una en el Instituto Español de Hematología y Hemoterapia, una en la Jefatura Provincial de Sanidad de Valencia, dos en los Servicios Provinciales de Higiene Infantil de Bilbao, una en cada uno de los Servicios Provinciales de Higiene Infantil de Madrid, Sevilla, Barcelona, Albacete, Gerona, Guadalajara, Jerez, Palencia, Las Palmas, Pamplona y Santander, y una en cada uno de los Centros Secundarios de Higiene Rural de Algeciras, Arrecife, Calatayud, El Escorial, Gandía, Gijón, Hellín, La Guardia, Lorca, Mieres, Miranda de Ebro, Monforte de Lemos, Peñarroya, Puertollano, Reinosa, Reus, Ribadavia, Sanlúcar de Barrameda, Ubeda, Valdepeñas, Villagarcía, Villarrobledo, Figueras, Motril, Villafranca del Bierzo, Puerto de la Luz y Pasajes,

Este Ministerio ha tenido a bien convocar concurso voluntario de traslado entre Instructoras de Sanidad en activo servicio o en expectación de destino, para provisión de las mencionadas plazas, así como sus resultas.

Las aspirantes dispondrán de su plazo de veinte días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias, redactadas de conformidad con lo prevenido en la Orden de 20 de febrero de 1941 (*Boletín Oficial del Estado* de 21 del mismo mes), en las cuales expondrán, por orden de preferencia, las plazas a que aspiren.

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

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

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 12-VII-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN, —Resolviendo el concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad, convocado por anuncio de esta Dirección General de 17 de julio de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 15 de enero de 1947), en las provincias de Alava, Almería, Badajoz, Burgos, Castellón, Córdoba, Huelva, Orense y Melilla.

Esta Dirección General, en uso de las atribuciones que le están conferidas, ha resuelto:

1.º Aprobar la propuesta de la Inspección Central de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, formulada de conformidad

con el artículo 117 del texto refundido de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), para cubrir las vacantes anunciadas en el concurso de esta Dirección de 17 de julio de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 15 de enero de 1947), sin perjuicio del mejor derecho a que se refiere el apartado segundo de esta resolución.

La propuesta que se aprueba es la siguiente.

Alava.

- 1.—Don Cándido Valencia Anchía; escala libre; número 20; localidad, Vitoria; Zona o distrito, única; Caja o Entidad Colaboradora a que pertenecen los asegurados, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Miguel Herrero Besada, A. P. D., Vitoria, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

Almería.

- 1.—Don Emilio Salvador Quijosa, libre, 3, Almería, 2.ª, Servicios Sindicales.
- 2.—Don Joaquín Pastor Candela, libre, 4, Almería, 2.ª, Servicios Sindicales.

Badajoz.

- 1.—Don Vicente Murillo Mogollón, libre, 1, Badajoz, 1.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Manuel Fernández Jurado, libre, 2, Badajoz, 1.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don José García Ríos, libre, 4 bis, Badajoz, 4.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 4.—Don Julio Gómez Rivas, libre, 18, Mérida, única, R. E. N. F. E.

Burgos.

- 1.—Don Rafael Criado Cardona, libre, 1, Burgos, única, Mutua General de Seguros.
- 2.—D. Tomás Rodríguez López, libre, 20, Burgos, única, varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Lorenzo del Hoyo Sampedro, libre, 6, Burgos, única, varias Entidades Colaboradoras.
- 4.—Don Rafael Magallán Montaña, libre, 8, Burgos, única, Mutua General de Seguros.
- 5.—Don Benito Rodríguez López, libre, 14, Burgos, única, M. A. P. F. R. E.
- 6.—Don Fernando Salinas Mendizábal, libre, 19, Burgos, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 7.—Don Cipriano Lulanto Unceta, libre, 13, Miranda de Ebro, única, Mutua General de Seguros.
- 8.—Don David Aragües González, libre, 15, Miranda de Ebro, única, R. E. N. F. E.

Castellón.

- 1.—D. Vicente Albiach Nacher, libre, 7 bis, Castellón, 4.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Arcadio García Safont, A. P. D., La Mata de Morella y agregados, única, Caja Na

- cional y Entidad Colaboradora número 40, Hispania.
- 3.—Don Fernando Gómez Gonzalbo, A. P. R., Arañuel, única, Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 15, P. Vasco-Navarra.
 - 4.—Don Vicente Granell Mor, libre, 10, Castellón, 4.^a, Mutua General de Seguros.
 - 5.—Don Julio Halcón Fandos, A. P. D., Ares del Maestre, única, Caja Nacional y Entidad Colaboradora Mutua General de Seguros.
 - 6.—Don Eugenio Mora Asensio, A. P. D. interino, Higueras y agregados, única, Caja Nacional.
 - 7.—Don José Rubio Tena, A. P. D., Villafamés, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 8.—Don Julio Segura Folch, A. P. D., Portell de Morelle, única, Caja Nacional.
 - 9.—Don Antonio Villanueva Pelayo, libre, 2 bis, Castellón, única, Servicios Sindicales.

Córdoba.

- 1.—Don Celso Ortiz Mejías, libre, 7, Córdoba, 1.^a D. 4.^o, varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Rafael Martínez Fernández, libre, 11, Córdoba, 4.^a D. 6.^o, La Española, número 8, y Sersi, número 24.
- 3.—Don Enrique Gutiérrez Jiménez, libre, 8, Córdoba, 2.^a D. 6.^o, Mutua General de Seguros, número 10, y número 40, Hispania.
- 4.—Don Celestino Infante Luengo, libre, 13, Córdoba, 3.^a D. 5.^o, Mutua General de Seguros, Sersi, Previsión, S. M. S. G.
- 5.—Don José Moreno Salinas, libre, 16, Córdoba, 3.^a D. 6.^o, La Española, Mapfre e Hispania.
- 6.—Don Nicolás del Rey Padilla, libre, 6, Córdoba, 4.^a D. 7.^o, Mutua General de Seguros, M. de Previsión e Hispania.
- 7.—Don Máximo Ramírez Rodrigo, libre, 6 bis, Córdoba, especial, Servicios Sindicales.
- 8.—Don Joaquín Sendra Jurado, libre, 17, Córdoba, 2.^a único, Bilbaína de Previsión.
- 9.—Don Antonio Martínez Espinar, libre, 14, Córdoba, 3.^a, único, Bilbaína de Previsión.
- 10.—Don Miguel Moreno Lara, libre, 12, Córdoba, 4.^a, único, Bilbaína de Previsión.
- 11.—D. Mariano Moya Fernández, libre, 5 bis, Córdoba, 2.^a, único, Cataluña, M. P. S.
- 12.—Don José Gordillo López, libre, 3 bis, Córdoba, 3.^a, único, Cataluña, M. P. S.
- 13.—Don José Sánchez de la Cuesta, libre, 10, Córdoba, 4.^a, único, Cataluña, M. P. S.
- 14.—Don Jaime Nieto Fermoselle, libre, 19 bis, Peñarroya-Pueblonuevo, 1.^a D. 4.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 15.—Don Marcial Gómez Muñoz, libre, 50, Peñarroya-Pueblonuevo, 3.^a D. 4.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

Huelva.

- 1.—Don José Miguel Angel Vaello de Lanuza, A. P. D., Huelva, 2.^a, Mapfre, R. E. N. F. F. y La Española.

- 2.—Don Manuel Serrano Wert, libre, 7, Huelva, 2.^a, varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Joaquín Martín Vázquez, A. P. D., Huelva, 2.^a, C. I. A. y R. E. N. F. E.
- 4.—Don Higinio Martínez Coto, libre, 9, Huelva, 1.^o, Mutua General de Seguros y M. U. S. E. B. A.
- 5.—Don Celedonio García Gutiérrez, A. P. D., Ayamonte, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 6.—Don Carlos Gieb Cabrera, libre, 30, Ayamonte, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 7.—Don Antonio Guarda Alonso, A. P. D., Bonares, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 8.—Don Leopoldo García Escámez, A. P. D., Cartaya, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Horacio Olivares Bel, Las Herrerías, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 10.—Don Enrique Tintorero Gómez, A. P. D., Nerva, 3.^o, Caja Nacional y Mutua de Previsión «Dionisio».
- 11.—Don Gabriel del Río Márquez, Riotinto, 2.^a, Mutua de Previsión «Dionisio».
- 12.—Don José María López Riera, Riotinto, 1.^a, Mutua de Previsión «Dionisio».
- 13.—Don Martín Trasmonte Hurtado, A. P. D., Rosal de la Frontera, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 14.—Don José L. Sánchez, libre, 11, Valverde, único, Mutua General de Seguros y P. Vasco-Navarra.
- 15.—Don Antonio Pérez Caro, Valverde, único, varias Entidades Colaboradoras.

Orense.

- 1.—Don Francisco Arcos Pérez, A. P. D., Irijo, 2.^o, Caja Nacional y Mutua General de Seguros.
- 2.—D. Juan Manuel Arias Jares, A. P. D., Viana, 2.^o, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 3.—Don Antonio Bello Mosquera, A. P. D. interino, Castrelo de Miño, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 4.—Don José Castiñeiras Diéguez, libre, 12, Cartelle, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don Florentino Cobo Gómez, A. P. D. interino, Barco de Valdeorras, 2.^o, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 6.—Don Eduardo Ferreiros Casanova, A. P. D., Orense, 5.^a D. 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 7.—Don Argimiro Garrido Díaz, libre, 13, Carballera de Avia, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 8.—D. Félix Lamas Quesada, libre, 11, Orense, 11.^a D. 6.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Paulino Lezón Vázquez, A. P. D., Ce-

- lanova, 3.º, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 10.—D. Emilio Limia Becerra, libre, 18, Monterrey, 2.º, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 11.—Don Gumersindo Limia Viéitez, A. P. D., Monterrey, 1.º, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 12.—Don Antonio López Armada, libre, 5, Orense, 8.ª-4.º, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 13.—Don José Mayáns Argelich, libre, Celanova, 2.º, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 14.—Don Alfonso Paz Gallego, A. P. D., Puebla de Trives, 2.º, Caja Nacional, Servicio Sindical y M. A. P. F. R. E.

Melilla,

- 1.—Don Antonio Caldach Bris, libre, 14, Melilla, 1.ª, N. O., Caja Nacional, Hércules e Hispania.
- 2.—Don Jesús Dornaletche Sanz, libre, 11 bi., Melilla, 1.ª, N. O., Hércules.
- 3.—Don Demetrio Gil Espasa, libre, 15, Melilla, 2.ª, S. O., Hércules.
- 4.—Don Ricardo Puyol Casado, libre, 18, Melilla, 2.ª, S. O., Vasco-Navarra, La Fraternidad y Mutua Española de Previsión.
- 5.—Don Federico Romero Abarrátegui, libre, 4, Melilla, 1.ª, N. O., Hércules.
- 6.—D. Roberto Sánchez Moya de la Torre, libre, 3, Melilla, 2.ª, S. O., varias Entidades Colaboradoras.

2.º Los Facultativos designados en la relación transcrita tomarán posesión de sus cargos en las respectivas Inspecciones de Servicios Sanitarios del Seguro en el plazo máximo de quince días a partir de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

3.º De conformidad con lo prevenido en el artículo 119 del citado texto refundido, los Facultativos de Medicina general que pertenezcan a las Escalas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en las provincias a que afecta la resolución del concurso y que estimen que los nombramientos efectuados suponen lesión a sus derechos, tendrán un plazo de quince días hábiles a partir de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, para entablar recurso contra la designación efectuada, ante el excelentísimo señor Ministro de Trabajo.

Dichos recursos, debidamente fundados, se presentarán en la Inspección Provincial respectiva de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, las que, en un plazo no superior a diez días, los remitirán, con su informe, a la Inspección Central de dichos Servicios en Madrid, y esta última a la Dirección General de Previsión para su curso al excelentísimo señor Ministro de Trabajo.

4.º Al objeto de que la resolución del presente concurso suponga el menor trastorno, y al propio tiempo para que los asegurados puedan hacer uso del derecho de elección de Facultativo previs-

to en los artículos 101 y 102 del texto refundido de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), sin que obste a ello el que la Entidad Colaboradora a que pertenezcan no tenga más que un solo Facultativo por Zona, se autoriza a dichos asegurados para que puedan elegir entre todos los Facultativos que presten servicios en la Zona donde residan, aunque pertenezcan a Entidades distintas que el asegurado.

El derecho de elección de Médico podrá efectuarse una vez dentro de cada año, e independientemente de este plazo normal, siempre que existan causas justificadas, tramitándose la petición en la forma prevista en dichos artículos 101 y 102.

5.º Los señores Delegados provinciales de Trabajo interesarán se inserte en los *Boletines Oficiales* de las provincias a quienes afecta la resolución del concurso, el presente anuncio, aunque las vacantes adjudicadas que se reproduzcan serán sólo las que corresponden a su jurisdicción.

Madrid, 10 de junio de 1947.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Rial*.
(B. O. del E. de 10-VII-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—Resolviendo el concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad, convocado por anuncio de esta Dirección General de 4 de octubre de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 16 de enero de 1947), en las provincias de Cádiz, Ciudad Real, Gerona, León, Lérida, Logroño y Lugo.

Esta Dirección General, en uso de las atribuciones que le están conferidas, ha resuelto:

1.º Aprobar la propuesta de la Inspección Central de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, formulada de conformidad con el artículo 117 del texto refundido de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), para cubrir las vacantes anunciadas en el concurso de esta Dirección de 4 de octubre de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 16 de enero de 1947), sin perjuicio del mejor derecho a que se refiere el apartado segundo de esta resolución.

La propuesta que se aprueba es la siguiente:

Cádiz.

- 1.—Don Antonio Bonora Tejadá: escala, libre, número, 13; localidad, Cádiz; Zona o distrito, 1.ª-1.º; Caja o Entidad Colaboradora a que pertenecen los asegurados, La Española.
- 2.—Don Francisco Delgado Camas, libre, 57, Jerez de la Frontera, 1.ª-1.º, Servicio Sindical.
- 3.—Don Francisco Dolarea Pinillos, libre, 25, Cádiz, 1.º, Mutua General de Seguros.
- 4.—Don Manuel Domínguez Rodríguez, libre, 18, Puerto de Santa María, 1.ª-1.º, Servicio Sindical.
- 5.—Don Elías Durán Moya, libre, Jerez de la Frontera, 2.ª-2.º, Servicio Sindical.
- 6.—Don Alejandro Lallemand Menacho, «18 de Julio», Cádiz, 3.ª, Echevarrieta.

- 7.—Don Francisco Lobo de las Cuevas, libre, 23, Cádiz, única, Echevarrieta.
- 8.—Don Mariano Maldonado Sampedro, libre, 19 bis, Cádiz, 1.^a, Mutua General de Seguros.
- 9.—Don Joaquín Menchén Nora, libre, 47, Jerez de la Frontera, 1.^a-2.^o, Servicio Sindical.
- 10.—Don Salvador Mescua Domínguez, libre, 70 bis, Algeciras, única, R. E. N. F. E.
- 11.—Don Manuel de la Quintana Alvarez, libre, 30, Jerez, única, R. E. N. F. E.
- 12.—Don Maximiano Ramos Gómez, libre, 40 bis, Jerez, 1.^a-2.^o, M. A. P. F. R. E.
- 13.—Don Bernardo Sainz Diego, libre, 21, Cádiz, único, Consejo Ordenador y Mutua General de Seguros.
- 14.—Don José Seoane Oliva, libre, 10 bis, Cádiz, 1.^a-5.^o, Echevarrieta.
- 15.—Don José Sievert Alvarez, libre, Puerto Real, 1.^a, Consejo Ordenador.
- 16.—Don Cayetano del Toro Alvarez, libre, 20, Cádiz, 3.^a-4.^o-5.^o, La Española y Agropecuaria.
- 17.—Don Antonio Trevillo Gutiérrez, libre, 22, Cádiz, único, R. E. N. F. E.

Ciudad Real.

- 1.—Don Luis Arias García Agenjo, Almadén, 1.^o, Minas de Almadén.
- 2.—Don Cándido Rodríguez Pascual, libre, Puertollano, 1.^a, Caja Nacional y M. A. P. F. R. E.
- 3.—Don Andrés Mozos Altozano, Puertollano 1.^a, Caja Nacional y M. A. P. F. R. E.
- 4.—Don Lorenzo Fernández Asensio, libre, 12, Puertollano, 2.^a, Caja Nacional y M. A. P. F. R. E.
- 5.—Don José Santos Domingo López, Puertollano, 2.^a, Caja Nacional y La Española.
- 6.—Don Francisco Delgado Ureña Seller, Puertollano, 3.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

Gerona.

- 1.—Don José María Agustí Masó, libre, 44, Olot y agregados, varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Juan Agustí Segarra, libre, 45, Ripoll y agregados, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Cándido Agustí Trilla, libre, 3, Olot y agregados, Mutua General de Seguros.
- 4.—Don José María Butiña Guimerá, libre, 4, Gerona, San Daniel; varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don Antonio García González, libre, 5, San Feliú de Guixols, varias Entidades Colaboradoras.
- 6.—Don Juan Montaner Gou, libre, 42, Figueras, varias Entidades Colaboradoras.
- 7.—Don Antonio Mussóns Viladot, libre, 24, Begudá y agregados, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 8.—Don Jaime Prat Prat, libre, 50, Ripoll y agregados, varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Luis Quintana Taja, libre, 3, Gerona, San Daniel; Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 10.—Don Angel Vinjes Mirapeix, libre, 49, An-

glés y agregados, varias Entidades Colaboradoras.

León.

- 1.—Don Saturnino Alonso Sánchez, A. P. D., Valderrey, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Bernardo Castelao Villarejo, A. P. D., Villagatón, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Miguel Díaz Arias, A. P. D., Cubillo del Sil y Cabañas Raras, mancomunados, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 4.—Don Emilio Domínguez Garzón, libre, 15, León, B-1.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don Angel Fernández Valladares, A. P. D., Cistierna, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 6.—Don Arturo Gancedo Sacristán, A. P. D. interino, Cuadros-Sarriegos, mancomunados, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 7.—Don Angel Garnacho Herrero, libre, 5, León, A-5.^o, Caja Nacional.
- 8.—Don Fernando González del Rosal, A. P. D., La Robla, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Arcadio Goyanes Fernández, A. P. D., Boñar, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 10.—Don Antonio Herrero Escobar, A. P. D., Valencia de Don Juan, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 11.—Don Saturnino Huergas Fernández, A. P. D., Toral de los Guzmanes, único, Caja Nacional.
- 12.—Don Gregorio Merino Merino, A. P. D., Villabraz y Castilfalé, mancomunados, Caja Nacional y Vasco-Navarra.
- 13.—Don Francisco Sarmiento Rocha, libre, 18, Ponferrada, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 14.—Don Ursicino Orduña Prieto, libre, 26, Ponferrada, B-1.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 15.—Don Aurelio Paz del Río, libre, 11, León, B-3.^o, Mutua General de Seguros y Vasco-Navarra.
- 16.—Doña Milagros Rivera Tovar, A. P. D., Necedilla del Bierzo, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 17.—Don Amable Ruiz Ruiz, A. P. D., Vegaquemada, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 18.—Don Fernando Miranda Rocha, libre, 59, Ponferrada, extrarradio, Minero-Siderúrgica.
- 19.—Don Ricardo Tascón Alvarez, A. P. D. interino, Vegacervera, único, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 20.—Don Cándido Tórrez Ordax, libre, 18, León, B-3.^o, varias Entidades Colaboradoras.

Lérida.

- 1.—Don Salustiano Estalella Albiñana, libre, 13, Lérida, única, varias Entidades Colaboradoras.

- 2.—D. Melchor Gómez Sánchez, libre, Giménez, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—D. Miguel Hellín Sol, libre, 12, Lérida, única, La Española y A. Médica Leridana.

Logroño.

- 1.—Don Víctor Almaraz Méndez, libre, 19, Logroño, 2.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Valeriano Casas Marrodán, libre, 25, Logroño, 3.ª, Servicio Sindical.
- 3.—Don Pedro Cordero Marina, libre, 26, Logroño, 1.ª, Agropecuaria e Hispama.
- 4.—Don Rafael Pérez Sánchez, libre, 28, Logroño, 1.ª, varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don Domingo Gayo Medrano, libre, 29, Logroño, 3.ª, varias Entidades Colaboradoras.
- 6.—Don Paulino Calatayud Pérez, libre, 1, Haro, 3.ª, Servicio Sindical y R. E. N. F. E.

Lugo.

- 1.—Don Arnaldo Moyer Feijóo, libre, 8, Lugo, casco, Mutua General de Seguros.
- 2.—Don José Luaces Gaitián, libre, 1, Monforte, único, Servicio Sindical y R. E. N. F. E.
- 3.—Don José González Fernández, Bóveda, único, Servicio Sindical y R. E. N. F. E.

2.º Los Facultativos designados en la relación transcrita tomarán posesión de sus cargos en las respectivas Inspecciones de Servicios Sanitarios del Seguro en el plazo máximo de quince días, a partir de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

3.º De conformidad con lo prevenido en el artículo 119 del citado texto refundido, los Facultativos de Medicina general que pertenezcan a las Escalas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en las provincias a que afecta la resolución del concurso y que estimen que los nombramientos efectuados suponen lesión a sus derechos, tendrán un plazo de quince días hábiles, a partir de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, para entablar recurso contra la designación efectuada, ante el excelentísimo señor Ministro de Trabajo.

Dichos recursos, debidamente fundados, se presentarán en la Inspección Provincial respectiva de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, las que, en un plazo no superior a diez días, los remitirán, con su informe, a la Inspección Central de dichos Servicios en Madrid, y esta última a la Dirección General de Previsión para su curso al excelentísimo señor Ministro de Trabajo.

4.º Al objeto de que la resolución del presente concurso suponga el menor trastorno, y al propio tiempo para que los asegurados puedan hacer uso del derecho de elección de Facultativo previsto en los artículos 101 y 102 del texto refundido de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), sin que obste a ello el que la Entidad Colaboradora a que pertenezcan no tenga más que un solo Facultativo por Zona, se autoriza a dichos asegurados para que puedan

elegir entre todos los Facultativos que presten servicios en la Zona donde residan, aunque pertenezcan a Entidades distintas que el asegurado.

El derecho de elección de Médico podrá efectuarse una vez dentro de cada año, e independientemente de este plazo normal, siempre que existan causas justificadas, tramitándose la petición en la forma prevista en dichos artículos 101 y 102.

5.º Los señores Delegados provinciales de Trabajo interesarán se inserte en los *Boletines Oficiales* de las provincias a quienes afecta la resolución del concurso, el presente anuncio, aunque las vacantes adjudicadas que se reproduzcan serán sólo las que corresponden a su jurisdicción.

Madrid, 13 de junio de 1947.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Rial*.
(B. O. del E. de 14-VII, 1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—*Resolviendo el concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad, convocado por anuncio de esta Dirección General de 15 de noviembre de 1946 (Boletín Oficial del Estado de 17 de enero de 1947), en las provincias de Pontevedra, Salamanca, Santander, Santa Cruz de Tenerife, Tarragona, Teruel, Palencia y Zamora.*

Esta Dirección General, en uso de las atribuciones que le están conferidas, ha resuelto:

1.º Aprobar la propuesta de la Inspección Central de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, formulada de conformidad con el artículo 117 del texto refundido de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), para cubrir las vacantes anunciadas en el concurso de esta Dirección de 15 de noviembre de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de enero de 1947), sin perjuicio del menor derecho a que se refiere el apartado segundo de esta resolución.

La propuesta que se aprueba es la siguiente:

Pontevedra.

- 1.—Don César Abellas Justo; escala, libre; número, 39; localidad, Vigo; Zona o distrito, 3.ª; Caja o Entidad Colaboradora a que pertenecen los asegurados, varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Manuel Alonso Fernández, A. P. D., Salvatierra, 2.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Gonzalo Alonso Piñeiro, libre, 94, Vigo, 5.ª, Mutua Regional Gallega.
- 4.—Don Víctor Bouzo Iglesias, libre, 102, Vigo, 7.ª, varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don José Bugallo Gamallo, A. P. D., Redondela, Norte, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 6.—Don Luis Caamaño Pato, A. P. D., Moaña, 2.ª, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

- 7.—Don Saturio de la Calle Sáez, libre, 85, La Estrada, 2.^a, Caja Nacional, Vasco-Navarra y La Española.
 - 8.—Don Federico Cardelle González, libre, 3, Vigo, 1.^a, Mutua Regional Gallega.
 - 9.—Don Francisco Carrera Portela, A. P. D., El Rosal, 1.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 10.—Don José Cervela Lira, libre, 8, La Estrada, 3.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 11.—Don Manuel Daz Mella, libre, 90, Vigo, 6.^a, Mutua Regional Gallega.
 - 12.—Don Francisco Domínguez Sierra, A. P. D., Puente-Caldelas, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 13.—Don Juan Fernández Casal, libre, 80, Vigo, 8.^a, varias Entidades Colaboradoras.
 - 14.—Don Antonio Fuertes Gómez, A. P. D., La Cañiza, 1.^a, Caja Nacional y Servicio Sindical.
 - 15.—Don José Freire Pérez, A. P. D., El Grove, 1.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 16.—Don Jesús García Iglesias, A. F. D., Cotovad, 3.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 17.—Don Abelardo Gómez Pola, libre, 40, Villagarcía, 1.^a, Caja Nacional.
 - 18.—Don Santiago Herrero Alonso, libre, 128, Vigo, 8.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 19.—Don José Jurado Romero, libre, 25, Túa, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 20.—Don Angel Lorenzo Méndez, libre, 82, Vigo, 3.^a, Mutua Regional Gallega.
 - 21.—Don Salvador Madriñán Teijeira, A. P. D. interino, Lalin, 2.^a, Caja Nacional y Mutua General de Seguros.
 - 22.—Don Elías Mareque Fariña, libre, 131, Campo-Lameiro, 1.^a, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua Regional Gallega.
 - 23.—Don José Martínez Franco, A. P. D., Puenteareas, 1.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 24.—Don Salvador Massó García, libre, 24, Bueu, 1.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 25.—Don José Mella Louzao, libre, 68, La Estrada, 1.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 26.—Don Manuel Mosquera Asunsolo, A. P. D., Túa, 3.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 27.—Don José María Nieto Roman, libre, 56, Vigo, 6.^a, varias Entidades Colaboradoras.
 - 28.—Don José Obella Vidal, A. P. D., Marín, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 29.—Don Jacobo Otero Goday, A. P. D., El Grove, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 30.—Don Ricardo Padrón González, libre, 89, Vigo, 3.^a, varias Entidades Colaboradoras.
 - 31.—Don Luis Páramo Fernández, libre, 96, Vigo, 5.^a, varias Entidades Colaboradoras.
 - 32.—Don José Paz García, libre, 86, Cotovad, 1.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 33.—Don Rafael Pazos Rivas, libre, 33, Villagarcía, 3.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 34.—Don Antonio Pereira Suárez, libre, 123, Arbó, 2.^a, Caja Nacional y M. A. P. F. R. E.
 - 35.—Don Armando Pérez y García Barros, libre, 46, Vigo, 5.^a, Mutua General de Seguros.
 - 36.—Don Juan José Pérez y Pérez, libre, 20, El Rosal, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 37.—Don Antonio Pintos Míguez, libre, 103, Villagarcía, 4.^a-2.^o, Caja Nacional y Vasco-Navarra.
 - 38.—Don Jesús Portela Fares, A. P. D., La Estrada, 5.^a, Caja Nacional, La Española y Vasco-Navarra.
 - 39.—Don Gabriel Porto Neira, A. P. D., Cuntis, Norte, Caja Nacional.
 - 40.—Don Manuel Raymóndez Portela, libre, 18, La Estrada, 4.^a, Caja Nacional y Servicio Sindical.
 - 41.—Don Pedro Rolón Rodríguez, libre, 99, La Estrada, 6.^a, Caja Nacional e Hispania.
 - 42.—Don Pedro Rovira Sáenz, A. P. D., Caldas de Reyes, Norte, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 43.—Don Pío Somoza Otero, A. P. D., Lalin, 3.^a, Mutua General de Seguros.
 - 44.—Don Marciano Tabares Alvarez, A. P. D., Bayona, 2.^a, Caja Nacional, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
 - 45.—Don Martín de Vicente Sasiaín, libre, 34, Vigo, 6.^a, Servicio Sindical.
 - 46.—Don José Viéitez Souto, libre, 74 bis, Vigo, 6.^a, varias Entidades Colaboradoras.
 - 47.—Don Luis Vilanova García, A. P. D., Poyo, 2.^a, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 48.—Don Secundino Vilanova García, A. P. D., Campo-Lameira, 2.^a, Mutua Regional Gallega.
- Salamanca.**
- 1.—Don Pedro Sandoval Hernández, libre, 4, Salamanca, 1.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 2.—Don Fernando Martín Alonso, libre, 8, Salamanca, 2.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 3.—Don Jesús Chamorro Piñero, libre, 9, Salamanca, 3.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
 - 4.—Don José Ortiz de Urbina, «18 de Julio», Salamanca, 2.^o, Servicio Sindical y R. E. N. F. E.
 - 5.—Don Eduardo Prieto Alonso, libre, 50, Salamanca, 2.^o, Servicio Sindical y R. E. N. F. E.
 - 6.—Don Antonio Pérez Sánchez, libre, 22, Salamanca, 3.^o, Servicio Sindical y R. E. N. F. E.
 - 7.—Don Francisco Brusi Almazán, A. P. D., Béjar, 9.^o, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

- 8.—Don Lorenzo Corredera Nodal, libre, 1, Peñaranda, 1.º, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

Santander.

- 1.—Don Eduardo Peñuelas Heras, libre, 1, Santander, 1.º, Mutua Vascongada y Hércules.
- 2.—Don Leopoldo Pérez Castañeda, libre, 14 bis, Santander, «A», varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don José Alonso Galán, libre, 24, Santander, «B», varias Entidades Colaboradoras.
- 4.—Don Alfonso Noreña Molleda, libre, 25 bis, Santander, «A», varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don Esteban Odriozola de la Espina, libre, 26, Santander, «C», Mutua Montañesa de Seguros.
- 6.—Don Antonio Presmanes de la Vega, libre, 30, Santander, Peña Castillo, Mutua Montañesa de Seguros.
- 7.—Don Manuel de la Brena Zorrilla, libre, 34, Santander, Peña Castillo, varias Entidades Colaboradoras.
- 8.—Don José Luis Cabrero Torres Quevedo, libre, 37, Santander, Peña Castillo, varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Carlos Huidobro Iglesias, libre, 39, Santander, San Román, varias Entidades Colaboradoras.
- 10.—Don Adolfo Fernández G. Dosa!, libre, 40, Santander, Cueto, varias Entidades Colaboradoras.
- 11.—Don Ramón Bringas Picaza, libre, 13, Santaña, Monte, Mutua Montañesa de Seguros.
- 12.—D. Vicente Arines Palacios, libre, 16, Cabezon de la Sal, única, Mutua General de Seguros.
- 13.—Don Manuel García de la Mora, libre, 24, Santa María de Cayón, única, M. P. Hispania.
- 14.—Don Luis Gutiérrez Menocal, libre, 31, Santa Cruz de Bezana, única, Mutua Montañesa de Seguros y Mutua General de Seguros.
- 15.—Don Jesús Pérez Arenal, libre, 32, Reinosa, única, Mutua General de Seguros.
- 16.—Don Francisco Hernández Ruiz de V., libre, 47, Torrelavega, única, Mutua Montañesa de Seguros y Cyclops.
- 17.—Don José María Sañudo de la Maza, libre, 53, Piélagos, única, La Española.
- 18.—Don José Luis Salas Diestro, libre, 62, Torrelavega, única, Mutua General de Seguros.
- 19.—Don Antonio Ceballos Bourgon, libre, 63, Torrelavega, única, Mutua Montañesa de Seguros y Cyclops.
- 20.—D. Manuel Díaz de Castro, libre, 67, Reocín, única, Mutua Montañesa de Seguros.
- 21.—Don Mario Gil Cano, libre, 78, Polanco, única, Mutua Montañesa de Seguros.
- 22.—Don Joaquín Diego Fernández, libre, Camargos, única, Mutua General de Seguros.

Santa Cruz de Tenerife.

- 1.—Don Francisco Acebes Anda, A. P. D., La Matanza, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don José Alfonso González, A. P. D., Los

Silos, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.

- 3.—Don Fernando Echagüe Cerrajería, A. P. D., Realejo Alto, única, Caja Nacional y Hércules.
- 4.—Don José González Sobaco, A. P. D., Los Llanos, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 5.—Don Isidoro Luz Carpenter, libre, 6, Puerto de la Cruz, única, Hércules y La Española.
- 6.—Don Lorenzo Llabrés Delgado, libre, 12 bis, Santa Cruz de Tenerife, única, M. A. P. F. R. E. e Hispania.
- 7.—Don José Martínez Jiménez, libre, 11, Güimar, única, Servicio Sindical y Mutua General de Seguros.
- 8.—Don Cendeo Méndez Martín, A. P. D., Fuencaiente, única, Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Agustín Pinsaca y Burgada, libre, 13, Santa Cruz de Tenerife, 2.º, Caja Nacional y La Española.
- 10.—Don Víctor Portugués Monteiro, libre, 12, Santa Cruz de Tenerife, 1.º, Caja Nacional y Mutua General de Seguros.
- 11.—Don Francisco Tapia Gaskín, libre, 14, Santa Cruz de Tenerife, 4.º, Mutua General de Seguros e Hispania.

Tarragona.

- 1.—Don Ramón Massot Gimeno, libre, Reus, único, Mutua General de Seguros y Vasco-Navarra.
- 2.—Don Juan Massot Gimeno, libre, Reus, único, varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Emilio Martín Rincón, libre, Reus, único, Caja Sindical y Vasco-Navarra.
- 4.—Don Wifredo Noya Grau, libre, 41, Reus, único, Servicio Sindical, Vasco-Navarra y R. E. D. D. I. S.
- 5.—Don Juan Jacob Navas, libre, 13, Reus, único, R. E. D. D. I. S.
- 6.—Don Joaquín Murillo Pallejá, libre, Reus, único, R. E. D. D. I. S.
- 7.—Don Ramón Conejero Bonsón, libre, Reus, único, varias Entidades Colaboradoras.
- 8.—Don Luis Via Camps, libre, Reus, único, varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Jenaro Romero Llort, libre, Reus, único, varias Entidades Colaboradoras.
- 10.—Don Juan Marimón Pedret, Reus, único, varias Entidades Colaboradoras.

Teruel.

- 1.—Don Ismael Sánchez Ralo, libre, 50, Utrillas, único, Mutua de Accidentes de Zaragoza.

Palencia.

- 1.—Don Miguel Cebrián Nájera, libre, 1, Palencia, 2.º, varias Entidades Colaboradoras.
- 2.—Don Jorge Ricardo Larrea Ugarte, libre, 2, Palencia, 4.º, varias Entidades Colaboradoras.
- 3.—Don Jacinto Carrasco Figueras, libre, 3, Palencia, 3.º, varias Entidades Colaboradoras.
- 4.—Don Teófilo Abad Fernández, libre, 4, Palencia, 3.º, varias Entidades Colaboradoras.

- 5.—Don Antonio del Río Torres, libre, 5, Palencia, 5.^a, varias Entidades Colaboradoras.
- 6.—Don Julián Martín Martín, libre, 6, Palencia, 1.^a, varias Entidades Colaboradoras.
- 7.—Don Sixto Fulgerto Briso González, libre, 7, Palencia, 1.^a, varias Entidades Colaboradoras.
- 8.—Don Manuel Maraña Quijada, libre, 9, Palencia, 6.^a, varias Entidades Colaboradoras.
- 9.—Don Julio Pastor Pascual, libre, 11, Palencia, 6.^a, varias Entidades Colaboradoras.
- 10.—Don Herminio Santos Tamariz, «18 de Julio», 1, Palencia, única, Servicio Sindical.

Zamora.

- 1.—Don José Temprano Martínez. Sociedades, 2, Zamora, única-2.^o, Mutua General de Seguros.
- 2.—Don Manuel Alfageme Alfageme, libre, 2, Zamora, única-2.^o, Mutua Patronal Castellana.
- 3.—Don Alfonso Marín y Miguel, libre, 3, Zamora, única-3.^o, Mutua Patronal Castellana.
- 4.—Don Francisco Martín Gallego, libre, 6, Zamora, única-1.^o, Mutua Patronal Castellana.

2.^o Los Facultativos designados en la relación transcrita tomarán posesión de sus cargos en las respectivas Inspecciones de Servicios Sanitarios del Seguro en el plazo máximo de quince días, a partir de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

3.^o De conformidad con lo prevenido en el artículo 119 del citado texto refundido, los Facultativos de Medicina general que pertenezcan a las Escalas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en las provincias a que afecta la resolución del concurso y que estimen que los nombramientos efectuados suponen lesión a sus derechos, tendrán un plazo de quince días hábiles, a partir de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, para entablar recurso contra la designación efectuada, ante el excelentísimo señor Ministro de Trabajo.

Dichos recursos, debidamente fundados, se presentarán en la Inspección Provincial respectiva de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, las que, en un plazo no superior a diez días, los remitirán, con su informe, a la Inspección Central de dichos Servicios en Madrid, y esta última a la Dirección General de Previsión para su curso al excelentísimo señor Ministro de Trabajo.

4.^o Al objeto de que la resolución del presente concurso suponga el menor trastorno, y al propio tiempo para que los asegurados puedan hacer uso del derecho de elección de Facultativo previsto en los artículos 101 y 102 del texto refundido de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), sin que obste a ello el que la Entidad Colaboradora a que pertenezcan no tenga más que un solo Facultativo por Zona, se autoriza a dichos asegurados para que puedan elegir entre todos los Facultativos que presten servicios en la Zona donde residan, aunque pertenezcan a Entidades distintas que el asegurado.

El derecho de elección de Médico podrá efectuarse una vez dentro de cada año, e indepen-

dientemente de este plazo normal, siempre que existan causas justificadas, tramitándose la petición en la forma prevista en dichos artículos 101 y 102.

5.^o Los señores Delegados provinciales de Trabajo interesarán se inserte en los *Boletines Oficiales* de las provincias a quienes afecta la resolución del concurso el presente anuncio, aunque las vacantes adjudicadas que se reproduzcan serán sólo las que corresponden a su jurisdicción.

Madrid, 3 de junio de 1947.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Rial*.
(B. O. del E. de 15-VII-1947.)

ORDEN de 10 de julio de 1947, por la que se nombra a don Anselmo Allué de Horna Médico Puericultor del Estado en el Servicio Provincial de Higiene Infantil de Tarragona.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso voluntario de traslado convocado en 30 de abril último para proveer entre Médicos Puericultores del Estado, en activo servicio o en expectación de destino, las vacantes que en dicha convocatoria se detallan, y sus resultas;

Resultando que dentro del plazo fijado en la repetida convocatoria han acudido al concurso don Anselmo Allué de Horna, don Luis Cardona Mateo, don Jerónimo Sánchez López y don Luciano de la Villa Rodríguez;

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

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

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien aprobar el presente expediente y, en su consecuencia, nombrar a don Anselmo Allué de Horna Médico Puericultor del Estado en el Servicio Provincial de Higiene Infantil de Tarragona,

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 10 de julio de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 15-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 1808

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)



KALOGEN

COMPOSICION

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



INDICACIONES:

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

PRESENTACION:

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

DOSIFICACION:

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

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

Barquillo, 32.-MADRID

Comercio, 28.-BARCELONA

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

TIROIDES



LEO

En tabletas biológicamente estandarizadas y valoradas de manera que cada tableta:

N.º 1 equivale a	0,1 mg. de tiroxina
N.º 2 —	0,2 — —
N.º 4 —	0,4 — —

Actividad terapéutica siempre constante.

Conservación indefinida.



COMERCIAL IBERO DANESA S.A.
LABORATORIO LEOBYL

Apartado 439 - MADRID

Sarriá, 7 - BARCELONA



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

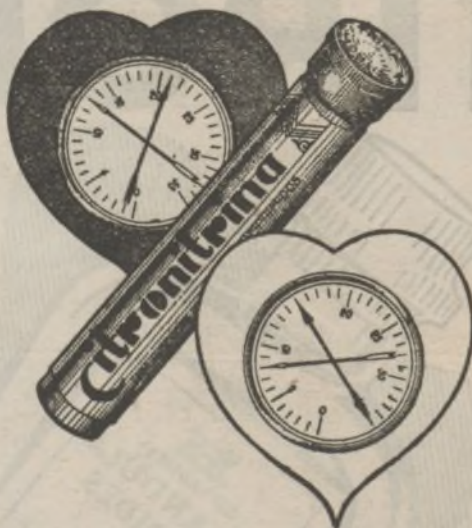
C. S. 8.303

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos*

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

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de citronitrato sódico y citrato de sosa

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

Dosis corriente: Tres comprimidos al día.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



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