

## SUMARIO

### ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
EDUARDO LEDO — <i>Sobre las dermatosis medicamentosas</i> . . . . .	193
EMILIO DE LA ROSA Y SILVA Y AMBROSIO GARCÍA OJEDA.— <i>Un caso de eventración diafragmática</i> . . . . .	201
MIGUEL SEBASTIÁN HERRADOR.— <i>Síndrome postencefalítico</i> . . . . .	206
DR. G. VÉLEZ.— <i>El fresado según la técnica de Gutzait en la dacriocistorrinostomía</i> . . . . .	213
RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES — <i>Introducción al estudio de la crisis de la profesión médica</i> . . . . .	215
DR. B. DE M — <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i> . . . . .	223

### REVISTA DE REVISTAS

#### Medicina interna, por Baena.

<i>El tratamiento de la hemofilia por el extracto de ovario</i> . — A. Rovira.	231
<i>Efectos de la vagotonina en la hipertensión arterial</i> . MM. Abrami, Santenoise et Bernal . . . . .	231
<i>Clasificación clínica de las bronquiectasias; su tratamiento médico-quirúrgico y broncoscoterapia</i> . — P. Toussaint et G. Dercheid. . . . .	232

(Sigue)

## Dr. Georg Henning, Berlin



### Testogan

Preparado organoterápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

### Teligán

Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

### Lipolysin

Muy indicado en la **adiposidad**, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

### Intestinol

Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos**, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

### Pituigan

Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. Debilidad de las **contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.**

### Myoston

Extracto estandarizado de la musculatura, libre de albúmina, **Angina de pecho, esclerosis, coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.**

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

**Tuberculosis, por G.<sup>a</sup> Lorenzana.**

*Producción de la tuberculosis pulmonar crónica por exacerbación del complejo primario.*—H. H. Kalbfleisch . . . . . 252

*Valor de la reacción de Vernes a la resorcina en la tuberculosis pulmonar.*—Mdme Nadzieja Berdo. . . . . 253

*Método para evitar los exudados del neumotórax.*—Unverricht y Dosquet. . . . . 253

**Neurología y Psiquiatría, por J. M.<sup>a</sup> Villacián.**

*Estructura y sistematización de los gliomas y paragliomas.*—P. del Rfo-Hortega . . . . . 254

*La forma narcoléptica de la hipoglucemia.*—G. Marinesco, E. Façon, A. Bruch et A. Pannesco-Podeano. . . . . 254

*Sobre una reacción de precipitación de las globulinas en el líquido para el diagnóstico de la parálisis progresiva*—L. Cabbito. . . . . 256

*Enfermedad de Menier. Diagnóstico y tratamiento.*—C. C. Coleman and F. G. Lyerby. . . . . 256

*La investigación capilaroscópica en psiquiatría.*—A. Mari. . . . . 256

**Dermatología y Sifiliografía, por E. Ledo.**

*Sobre la patogénesis del psoriasis vulgar. Papel del sarampión en su patogénesis.*—Klein und Steiner. . . . . 257

*La influencia de la guerra y del periodo siguiente sobre la difusión de la tuberculosis cutánea*—K. G. Ledermann . . . . . 257

*La bacilemia y la fiebre leprosa.*—I. Markianos. . . . . 258

*Coloración del «Spirocheta pallida» con el violeta de genciana diluido y alcalinizado.*—M. Zingale. . . . . 258

(Sigue)

# Preparaciones ETHOS

## TERMOTONA

*Inyectable de quinina pura, completamente indoloro, inyección intramuscular e intravenosa. CURA radicalmente PALUDISMO; de aplicación en la Gripe, Pneumonías, Fiebres Tíficas y Paratíficas.*

FÓRMULA	Quinina pura . . . . .	0,21	grs.
	Astenol . . . . .	0,0135	»

## SUERO ESPAÑA

*Inyectable ferruginoso, indoloro, indicado en las Anemias, Cloro Anemias, Astenias, etc. Con resultados sorprendentes que se observan desde las primeras inyecciones.*

FÓRMULA	Astenol . . . . .	0,012	grs.
	Acido glicerosfosfórico . . . . .	0,046	»
	Acido cacodílico . . . . .	0,030	»
	Hierro asimilable . . . . .	0,002	»
	Glicerosfosfato estricnico. . . . .	114	milig.

## FOSFOVITÓGENO

*Tónico reconstituyente, de sabor agradabilísimo. NEURASTENIA y en general las mismas indicaciones que el Suero España.*

**N. B.—Estos preparados pueden utilizarse sin inconveniente alguno en los niños de corta edad.**

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

*Goma sifilítico del riñón.*—Maderno. . . . . 258  
*El hígado en el tratamiento de la sífilis.*—P. Blum . . . . . 259

**Oftalmología,** por Cilleruelo.

*La flora microbiana de la conjuntiva normal estudiada comparativamente bajo resultado de cultivo nasal.*—Keilty . . . . . 259  
*Dos casos de catarata congénita bilateral.*—Fouassier. . . . . 240  
*Epifora por atonía*—Fazacas . . . . . 240  
*El valor de la sedimentación de los glóbulos rojos de la sangre en las oftalmías.*—Pavkovits-Bugarsky . . . . . 240

**Otorrinolaringología,** por Berceuelo.

*El problema amigdalár*—Vulovic . . . . . 241  
*Sobre las sustancias bactericidas en las amígdalas*—E. Prasek y Zuck . . . . . 241  
*Contribución a la fisiología patológica del asma.*—A. Sercer . . . . . 241

**Odonto-Estomatología,** por Fernández Martín.

*El tricloroetileno; nuevo medicamento para tratar la neuralgia del trigémino.*—Samuel M. Gardón . . . . . 242  
*Tratamiento de la piorrea alveolar y procesos supurativos por medio del «Rincopyn».*—Mascias Aguilar . . . . . 242

LIBROS RECIBIDOS. . . . . 245

NOTICIAS. . . . . 246

INDICACIONES

**BOROLUMYL**

FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

**EPILEPSIA**

VOMITOS DEL EMBARAZO  
 ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

**YODUROS BERN-K.Y.N.A.**

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de los

**VARICES, FLEBITIS**

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

**VARI-FLEBOL**

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apart.º 648 MADRID

# **BARDANOL**

---

## **Elixir de Bardana y estaño eléctrico**

### **INDICACIONES**

Estafilococias en todas  
sus manifestaciones

**- Muestras y literatura -  
A. GAMIR.-Valencia**

---

## **Uro-Bardanol**

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

### **Efectos terapéuticos**

**Depurativo diurético, colagogo y anti-  
séptico de vías digestivas y urinarias**

### **INDICACIONES**

1.<sup>a</sup> En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

2.<sup>a</sup> En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.<sup>a</sup> En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

4.<sup>a</sup> En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

---

**Pídanse MUESTRAS Y LITERATURA a A. Gámir.--VALENCIA**

## Sobre las dermatosis medicamentosas

Notas acerca de los accidentes de la medicación bromurada  
en los niños de pecho

por el doctor Eduardo LEDO, de Valladolid

Casi todos los médicos saben que ciertos medicamentos son capaces de producir toda una serie de manifestaciones cutáneas que van del simple eritema a la necrosis del tejido, pasando por todas aquellas lesiones bien conocidas; urticáricas, eczematoides, vesico-pustulosas, ampollosas, acneiformes, antracoides, tuberosas, etc. No siempre el médico general, ante la extensión inopinada de un exantema, conserva la serenidad de razonamiento precisa para discernir de entre las causas posibles, el papel que tal o cual medicamento, aplicado o ingerido tal vez en dosis mínimas, puede jugar en la génesis de la dermatosis.

El recuerdo de algunos casos clínicos frecuentes simplificará la exposición y aclarará los conceptos.

Un traumatismo cualquiera es tratado mediante unas pincelaciones con tintura de iodo ofical. Unas horas más tarde, la piel es asiento de una sensación de calor y prurito antes inexistentes; poco más tarde se acentúan estas molestias y la piel se muestra edematosa y rubicunda, no tardando en aparecer multitud de vesículas apretadas unas contra otras. A esto sigue la exudación y la dermatitis medicamentosa, si se ignora la causa, puede persistir durante semanas y meses por obra y gracia de tratamientos intempestivos.

Ocioso es recordar que de diez individuos tratados en esta forma, sólo uno puede mostrar su manifiesta intolerancia al iodo. Mas no es tiempo de abordar este tema de susceptibilidades individuales.

Esta misma intolerancia podemos verla frente al bicloruro de mercurio, ácido fénico, hipocloritos, agua oxigenada; igualmente los más variados tópicos en polvo: iodoformo en primer lugar, xeroformo, vioformo, aristol, etcétera. Nadie mejor que los dermatólogos conocen los daños causados por el azufre, siendo de observación diaria los estragos de los tratamientos anti-sárnicos.

Conocen los médicos generales, también, que los yoduros, bromuros de empleo cotidiano, dan lugar, además de otras manifestaciones de intoxicación, a la aparición de lesiones cutáneas en su mayor parte típicas. Saben también de la antipirina, de los balsámicos, del ácido salicílico, del arsénico (y aún abusan del licor de Fowler y precisamente en el tratamiento de dermatosis). No desconocen las erupciones químicas, ni tampoco otras que nuevos medicamentos han creado. Hace tres o cuatro años, asistí a un querido amigo a quien después de la ingestión de diez centigramos de luminal, sufrió una violentísima dermatitis exfoliativa que evolucionó en dos

meses y medio obligándole a permanecer todo este tiempo en el lecho. Sin duda, mi buen amigo, farmacéutico y escéptico, creyó exagerada mi aseveración de que aquella violenta dermatitis había sido determinada por el luminal, y un año más tarde quiso probar de nuevo, tomando esta vez un centigramo de luminal, lo que bastó para que si bien con mucha menor intensidad se repitiera el exantema generalizado y la exfoliación terminal. Otros derivados barbitúricos (veronal, adalina, etc.) y sulfónicos empleados hoy que se prodigan los hipnóticos, pueden ser también causa de alteraciones cutáneas.

Y como no era nuestro designio el enumerar los medicamentos que son capaces de hacer reaccionar a la piel frente a ellos, hagamos punto diciendo que son más de un par de centenares y que de ellos sólo una tercera parte lo son los de uso externo. Reflexione el médico que más de ciento cincuenta medicamentos son causantes de dermatosis, y este número aumenta de día en día al compás de esta aparición inmoderada de específicos no siempre bien ideados.

Un caso reciente de bromoderma tuberosum en un niño de pecho, nos inspira las presentes líneas, y al unir a esta historia la de una niña vista con anterioridad, queremos llamar la atención de los médicos sobre la frecuencia de estos accidentes de la medicación bromurada cuando se emplea en niños de pecho, lo cual es motivo suficiente para ser prudentes no prodigando en la terapéutica infantil, medicamento que, como los derivados del bromo, se vienen mostrando peligrosos.

Los compuestos bromurados son, sin duda, medicamentos de uso y abuso diario, el número de personas que absorben de modo regular cantidades bastante elevadas de bromuros, no es despreciable. Que los compañeros que lean estas consideraciones hagan recuento mental de sus enfermos epilépticos u otros, y verán como son bastante numerosos. Tal vez se nos diga que los accidentes debidos a la medicación bromurada son raros, si se compara con el número de enfermos que la practican. Esto es cierto para los adultos, pero tenemos idea de que los niños de pecho presentan una especial susceptibilidad. Son más frecuentes entre los casos publicados hasta el día, aquellos que se refieren a niños. Brocq, en su Tratado, menciona ya su observación de varios niños que recibieron el bromo a través de la leche materna, con accidentes cutáneos y de tipo tan aparatoso por cierto, como son las formas vegetantes y tuberosas. Nosotros mismos nos hemos ocupado, en otra parte, de esta innegable susceptibilidad de los lactantes (1).

Dos historias personales ilustrarán nuestra opinión.

M. C., de diez meses de edad, de Magaz (Palencia).

La tercera de un matrimonio que hasta la fecha ha gozado de excelente salud. Los dos hermanitos anteriores viven, y se han criado hermosos. Nada cutáneo en los

(1) E. LEDO.—*Bromides Vegetantes*. Com. a la Academia Española de Dermatología. «Actas Dermosifiliográficas». Diciembre de 1929, pág. 161.

ascendentes y colaterales. Tampoco existe antecedente alguno de sífilis ni de tuberculosis.

La niña, nacida a término de un embarazo bien llevado, lactada hasta el día por su madre, se ha desarrollado normalmente, presentando un hermoso aspecto. Vacunada en los primeros meses, sin incidente alguno. Hasta los ocho meses se ha visto



libre de toda afección; en este tiempo, intertrigo regiones inguinocrurales y eritema nalgas. Poco más tarde, tos ferina.

Hace quince días comenzó lo actual por elementos papulosos, redondeados, salientes, ovalados algunos, de tamaño como de una cabeza de alfiler negro, localizados principalmente en planos postero-internos de ambos muslos. Días más tarde, la evolución de estos elementos primitivos da lugar a pápulo-costras, de contornos violáceos; sucesivamente, y en pocos días, elementos análogos invaden ambos muslos, en

su plano posterior principalmente, nalgas, plano posterior pierna izquierda y, poco más tarde, la derecha. Simultáneamente aparecen elementos también acneiformes en mejilla derecha y codo derecho. Los elementos primitivos han crecido; por confluencia han determinado placas de contornos mal definidos, de aspecto vegetante, formando predominancia sobre los planos vecinos. Unos elementos son pústulas en actividad; otros, de evolución más avanzada, están recubiertos de costra negruzca. Cuando vemos a la enfermita su estado es el siguiente:

Niña cuyo desarrollo ponderal y en estatura es superior al normal. Panículo adiposo bien desarrollado y carnes firmes. Tos ferina en período de declinación; el número de quintas de tos es, en la actualidad, de dos a tres en las veinticuatro horas. Aparatos digestivo y respiratorio, normales; la auscultación no traduce signo alguno.

Las lesiones cutáneas por las cuales nos la trae su madre, son las siguientes: Cara, pápulas de color rosadovioláceo, de tamaño variable entre el de una cabeza de alfiler hasta el de un guisante, localizadas principalmente en mejilla derecha. El tronco se halla respetado en todos sus planos; en la región infraclavicular derecha tan sólo se estiman dos pápulas aplanadas, de color menos vivo que las anteriores, y cuya cúspide está coronada por una costra de coloración roja oscura. A creer a la madre, estas pápulas habrían comenzado hace seis días y serían las que habían evolucionado más rápidamente.

Ambas nalgas, los muslos en todos sus planos, pero con predilección especial los planos posteriores de ambas piernas, están sembrados de elementos papulosos, pápulo-pustulosos, ectimatosos, aislados y confluentes, según los sitios, de tamaño variable. En los planos posteriores de ambas piernas llegan a su máximo desarrollo. En la izquierda se estima una superficie irregular, que destaca de los planos vecinos, ofreciendo un saliente de cerca de 2 centímetros en alguna parte. Bajo una costra espesa, negruzca, dura, se ofrece una superficie irregular, mamelonada, vegetante, violácea, que no ofrece resistencia al tacto y llama la atención por su blandura, siendo sus dimensiones unos 3 por 2 1/2 centímetros. Contiguas a ésta, en el plano interno, se estiman otras dos lesiones análogas, de dimensiones algo menores, de aspecto papilomatoso, de coloración rojoviolácea y, como la mayor, limitadas por un collar de supuración subepidérmica. Por expresión se obtiene una pequeña gota de pus. Lesión análoga a estas descritas es la que se ofrece a nivel del codo derecho. En los contornos de estas placas papilomatosas, la confluencia de pápulo-pústulas, en diversos estadios evolutivos, da un aspecto sumamente especial a las regiones. La fotografía muestra perfectamente las lesiones descritas y nos ahorra el ser más extensos sobre este particular.

Si en otras circunstancias el diagnóstico puede ofrecer dificultades y debe establecerse con otras afecciones, en nuestro caso nos fué sencillo establecer relación entre la erupción que presentaba la niña y la medicación bromurada a que había estado sometida para aliviar su tos ferina.

A nuestras preguntas contesta la madre de la niña reconociendo que había tomado durante mes y medio un específico cuya fórmula, según consta en el envase, contiene por cada 20 gramos de jarabe:

Bromuros .....	0,63 gramos.
Grindelia robusta .....	0,14 »
Drosera rotundifolia.....	0,14 »
R. ipeca .....	0,14 »
Lob. inflata .....	0,14 »
Jarabe, c. s. para .....	20,00 »

Durante mes y medio ha tomado este jarabe, a dosis inferiores a las prescritas, habiendo ingerido unos 225 gramos de jarabe, cuyo contenido en bromuros, según las proporciones indicadas en la fórmula, sería de poco más de 7 gramos.

Ocho días antes de la presentación de la enferma, la madre había suprimido espontáneamente la medicación.

El diagnóstico claro de brómides vegetantes «bromoderma tuberosum» quedaba sentado.

La investigación de bromuros en la orina dió resultado negativo.

Microscópicamente no pudo demostrarse en el pus germen alguno. Cuatro tubos fueron sembrados (dos de gelosa simple y dos de gelosa peptonada de Sabouraud); en tres de ellos (los del medio de Sabouraud y uno de gelosa simple) se presentaron días más tarde colonias de estafilococo dorado.

C. A., de dos meses de edad, de Valoria la Buena. Padre: nada que interese. Madre: un aborto anterior por placenta previa. Serología por dos veces negativa.

Nacido el niño al término de un embarazo bien llevado. Lactancia materna exclusivamente. Estreñimiento.

Veintisiete días antes de su presentación, bronquitis; en esa fecha comien-



zan a darle pequeñas dosis de un conocido específico (el mismo de la observación anterior) del cual al decir de la madre, tomó escasamente medio frasco.

La fotografía número 2 da idea de las lesiones que presenta el niño desde 15 días antes de la consulta. En ambas mejillas se estiman dos voluminosas masas formadas por la confluencia de pápulo-pústulas y en algunos puntos estas producciones son del todo típicas y concuerdan con la descripción que de ellas se hace en la historia anterior.

En frente y ambas regiones temporales, observamos lesiones menos acentuadas. Análogas a éstas, hasta media docena más tenía diseminadas en la parte ante-

rior de cuero cabelludo. En ambos muslos, principalmente en sus planos posteriores, lesiones acneiformes y análogamente en antebrazos y región sacra.

Ha sido visto con anterioridad en un consultorio infantil, en donde suponemos que con otros fines le han sido practicadas una cuti o intradermorreacción (Mantoux). Lleva 15 días con sus lesiones, las últimas datan apenas de 24 horas. Después de un penosísimo interrogatorio, que nos hace sospechar, está decidida la madre a que «acertemos lo que tiene»; pudimos conseguir enterarnos de la bronquitis padecida y del tratamiento empleado, confirmándonos en nuestra impresión clínica de lesiones tóxicas, de origen brómico probable.

*Tratamiento.*—En esta enfermedad, partiendo de consideraciones teóricas, hemos ensayado la posible influencia del Cl. e I. sobre las lesiones constituidas. Ensayos alentadores en enfermos anteriores, nos alentaban a usar el I. nuevamente; por otra parte, trabajos recientes nos invitaban a ensayar la acción de los cloruros.

Divididas las lesiones cefálicas en cuadrantes, tratamos cada uno de ellos, respectivamente: Superior derecho: iodo al 100° en solución alcohólica. Inferior derecho: iodo al 100° y pasta de Lassaz ictiolada al 1 por 100. Inferior izquierdo: fomentos solución salina fisiológica. Superior izquierdo y lesiones cuero cabelludo: nada para comprobación.

Igualmente se dejaron sin tratamiento las lesiones de tronco y miembros.

Los resultados fueron mejores para la zona tratada con CINa; luego, las tratadas con I. simplemente. Al mismo tiempo se practicaron lavados intestinales con la solución salina. En veinte días desaparecieron los elementos de las extremidades y abortaron los aparecidos en los cinco días siguientes a su primera consulta.

La tercera figura corresponde a una niña epiléptica de 12 años, tratada intensamente con una poción polibromurada, en la que la intensidad de los dolores fué tal, que permaneció durante seis meses en cama, y es posible apreciar en esta fotografía, la intensa atrofia muscular que siguió a ésta, en cierto modo voluntaria parálisis de sus extremidades inferiores. La intoxicación bromurada se manifestó asimismo por todo el cortejo de adelgazamiento, palidez, astenia, etc., que acompaña frecuentemente al bromismo.

Numerosos autores se han interesado en la investigación de la probable patogenia de las curiosas lesiones brómicas, sin llegar a un acuerdo. Unas invocan la acción refleja por hiperesteatorrea o una acción semejante sobre el sistema nervioso; un disturbio vasomotor, nervioso o químico al obrar el tóxico sobre las paredes vasculares, etc. Para otros el bromo, al ser eliminado por la secreción sebácea o sudoral, determinaría la inflamación de las glándulas. Quiere alguno que el bromo determine una acción irritativa directa, quimiotáctica y degenerativa. En el primero de nuestros casos, fué demostrada la existencia de un estafilococo dorado, pero esto dista de ser prueba convincente del papel que puede ser desempeñado por los microorganismos, como querría Pellizari. Para Milian, en su generalización de la ingeniosa teoría del biotropismo, el medicamento determinaría el despertar de una infección latente.

A intento hemos dejado para ser expuesta en último lugar la opinión mantenida por numerosos autores de la posible relación de estas erupciones con el quimismo gástrico. En numerosos casos se comprobó la existencia de

hiperclorhidria. El bromo sería desalojado de sus combinaciones y actuaría libre, determinando un proceso irritativo. Mientras tanto, otros autores comprueban la existencia de hipoclorhidria en otros enfermos. Pasini, en sus trabajos fundamentales, toma decididamente partido y admite que la acción



desalojante del Cl. puede desarrollarse en la sangre o en la intimidad de los tejidos concretando este mecanismo a la piel, ésta reaccionaría de modo peculiar frente a la presencia irritativa del Br., en libertad merced a la reacción de sus secreciones. Según en el plano de la piel o de sus anexos en que recayera la acción irritativa del Br. se determinaría, desde una pápulo-pústula para los planos superficiales, una foliculitis, un nódulo, etcétera, en planos más profundos.

Pudiera volver a invocarse tal vez el papel del Cl. para explicar el porqué de la susceptibilidad de los lactantes frente al Br.

Más arriba hemos mencionado el detalle de que la mayor parte de los casos publicados recaen en lactantes. Nos parece que éstos es reflejo de su frecuencia clínica. Y como todo es relativo, esta frecuencia da un porcentaje elevadísimo, ya que los bromuros son mucho más usados en los adultos.

¿Por qué motivo son más frecuentes y desde luego más intensas las manifestaciones del bromismo cutáneo en los lactantes? Desde Richet y Toulouse se sabe, y la clínica beneficia mucho de esta noción, que el régimen pobre en ClNa, favorece considerablemente la retención del Br., comprobándose esto por la disminución del Br. demostrable en la orina. El Br. reemplazaría al Cl.

El lactante, por su alimentación uniforme y monótona, recibe una cantidad muy pequeña de sales. La leche de mujer contiene menor cantidad de sales que la de varios animales, según se desprende de las siguientes cifras:

Oveja.....	0,90 por 100	Cabra.....	0,35 por 100.
Vaca .....	0,70 " "	Burra.....	0,32 " "
Yegua .....	0,40 " "	Mujer.....	0,18 " "

(según Doyère).

Bunge obtiene 2 gr. 344 de cenizas por litro de leche. De esta cantidad, 0 gr. 445 corresponde al Cl. en sus combinaciones. Pero esta cantidad debe ser con todo superior a las necesidades plásticas y estáticas del lactante, no obstante, podría suceder que la intensa vida celular de los primeros meses de la vida, pusiera en ocasión de conflicto al bromo, que aun ingerido a pequeñas dosis, se presentara en exceso en el organismo, y esta demasía diera lugar a la sustitución violenta del Cl., al tiempo que, para desembarazarse del exceso de sales, el organismo recurriera a todos sus emunctorios, siendo tumultuosa su eliminación a nivel de la piel por sus anexos, siendo puesto el Br. en libertad por la reacción de las secreciones. Quedaría aún por explicar qué es lo que condicionaba la morfología de estas violentas y aparatosas manifestaciones, como son los elementos tuberosos y acneiformes conglomerados, que se ofrecen con predilección en el recién nacido.

Pero en cuanto a su localización, podríamos apuntar una coincidencia, ya que estas manifestaciones asientan preferentemente en mejillas y frente, en los sitios en que habitualmente vemos las reacciones eczemáticas de los lactantes. Sobre cuero cabelludo, como la costra láctea. En plano posterior de muslos y regiones glúteas y nalgas, sitios muy frecuentemente rubicundos, macerados, irritados por la orina, sin que sean precisas lesiones de intérrigo concomitantes. En la topografía dermatológica son, sin duda en las regiones enumeradas, en las que más frecuentemente asientan variadas dermatosis.

CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA DE SEVILLA

PROF.: DR. J. ANDREU URRÁ

## Un caso de eventración diafragmática

por Emilio DE LA ROSA Y SILVA y Ambrosio GARCIA OJEDA

Médicos asistentes

El caso que presentamos es una prueba más de la importancia que como medio de exploración tienen los Rayos X, para llegar al diagnóstico de las más diversas afecciones; en este enfermo ha sido posible el diagnóstico de eventración diafragmática, merced a esta técnica exploradora.

*Historia clínica.*—R. L. P., de 50 años de edad, natural de Sevilla; jornalero del campo, casado. Fecha de ingreso, 11 de Diciembre de 1932.

*Antecedentes familiares.*—Sin interés, si exceptuamos un hermano muerto de fimia a los 70 años.

*Antecedentes personales.*—A los 24 años chancros con adenopatía inguinal supurada. Hace 10 o 12 años, un proceso agudo de aparato respiratorio que le duró tres meses. Hace un año padeció otro proceso agudo de aparato respiratorio que le duró cuatro meses. En el mes de Julio sufrió un intenso traumatismo en tórax que le produjo la fractura de la 8.<sup>a</sup> y 9.<sup>a</sup> costilla.

*Enfermedad actual.*—Hace tres meses, con ocasión de un enfriamiento, le comenzó tos y expectoración, poco apetito, borborigmos, de vientre bien, disnea de esfuerzo, orina encendida, quebrantamiento general, pesadez de cabeza; durante este tiempo no pudo trabajar, ha perdido de peso.

*Estado objetivo.*—Hábito asténico de Stiller, deficiente estado de nutrición, piel y mucosas pálidas, piorrea alveolar, falta de algunas piezas dentarias, faringe y amígdalas normales.

*Tórax.*—Ligero abombamiento en hemitórax izquierdo, plano posterior, diámetro antero-posterior disminuido, fosas supra e infraclaviculares marcadas más las primeras, ángulo epigástrico muy agudo.

*Percusión.*—Aparato respiratorio. Submatidez en lóbulo superior del pulmón derecho, plano anterior y posterior; en base del pulmón izquierdo ligera submatidez.

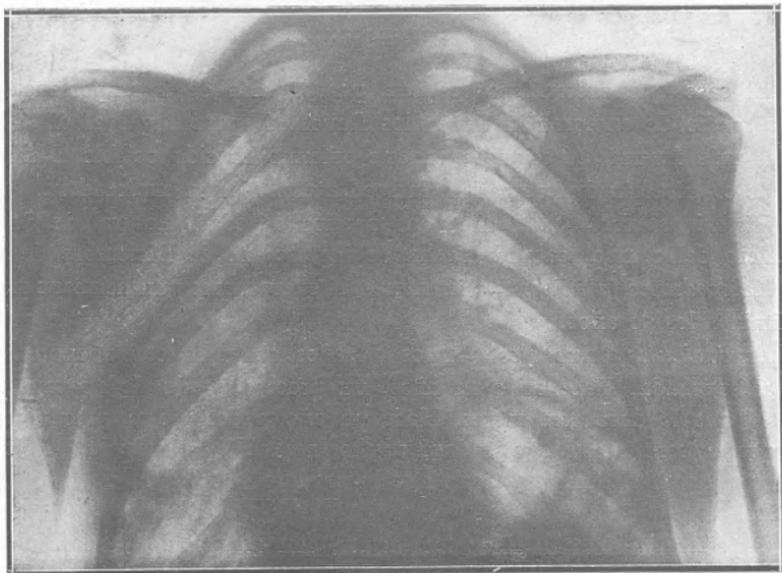
*Auscultación.*—Roncus, espiración prolongada y roces de pleura en vértice derecho, planos anterior y posterior, estertores crepitantes desde región hiliar a base de pulmón izquierdo, pitidos y roces de pleura en plano anterior y posterior.

*Aparato circulatorio.*—Matidez cardio-aórtica normal; tonos normales. En abdomen nada patológico a la exploración.

*Examen radiológico.*—(Radiografía número 1). Encontramos en primer lugar una elevación muy marcada del hemidiafragma izquierdo, lesiones hi-

liares infiltrativas en ambos pulmones; ligera desviación del corazón a la derecha; aorta ligeramente aumentada a nivel del cayado.

Ante esta radiografía nos hace pensar en un caso de hernia o relajación diafragmática; procesos ambos poco frecuentes, sobre todo el último;



Radiografía I

para la diferenciación de ambos procesos entre sí, hacemos radioscopias, previa ingestión con papilla opaca, y observamos:

1.º La sombra densa que representa la sombra del hemidiafragma izquierdo está elevada casi a nivel de aorta.

2.º Por debajo de esta sombra dos zonas claras que corresponden, evidentemente, a cámara de aire de estómago y a ángulo esplénico de colon, respectivamente, formando las dos sombras un ángulo abierto hacia arriba.

3.º Los dos hemidiafragmas, derecho e izquierdo, tienen movimientos sinérgicos, no hay respiración paradójica.

4.º Al ingerir la papilla opaca se observa que el cardias se encuentra situado por debajo del diafragma (Radiografía número 2).

Por todos estos datos, no puede pensarse más que en dos procesos: hernia o relajación diafragmática, por lo que hemos de hacer el diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones, por los siguientes datos:

1.º El arco que limita la hernia por arriba está constituido por sólo la pared de la cámara de aire del estómago, y por la de éste e intestino si se encuentra el último también prolapsado.

Si la porción de estómago prolapsada es muy grande, este límite superior está formado por una línea única que llega hasta la pared lateral del tórax, pero si la porción prolapsada es menor, puede quedar libre lateralmente una parte de la línea diafragmática, unida en forma de ángulo a la



Radiografía II

cámara de aire del estómago. Cuando están herniados a la vez estómago e intestinos, las líneas limitantes forman ángulo abierto hacia arriba.

Una vez determinado que el límite superior sea una línea única, aún no podría hacerse un diagnóstico diferencial exacto entre hernia y relajación.

La interrupción de la pared gástrica ante una porción visible del diafragma y la existencia de un ángulo abierto hacia arriba entre las cámaras de aire de estómago e intestino por encima del diafragma, son características de hernia.

2.º En la relajación, el límite superior es una línea única que llega hasta la pared lateral del tórax, y está formado por el diafragma y la pared del estómago, y si hay porciones de intestino entre éste y la pared del tórax por

un arco grande formado por el diafragma y dos arcos más pequeños y situados por debajo, correspondientes a estómago y asas de intestino.

Las sombras de estómago e intestino, formando un ángulo cerrado por arriba por la línea del diafragma, son demostrativas de relajación.

3.º Movimientos. En la relajación diafragmática se observa a veces una imagen doble del arco limitante inferior, debido a los distintos estados de contracción de los diferentes segmentos del diafragma, lo que se hace más apreciable cuando el enfermo realiza una inspiración profunda.

En la hernia se observan *escalones* en la línea de separación de la cámara de aire de estómago con el tejido pulmonar, debido al peristaltismo del estómago.

4.º Movimientos paradójicos del diafragma. Esta movilidad paradójica que se observa en los casos de parálisis diafragmática unilateral, se debe a que el lado paralizado o relajado asciende durante la inspiración aspirado por ella (y también a causa del aumento de la presión abdominal durante esta fase respiratoria), descendiendo durante la espiración por las razones opuestas.

Este es el origen del llamado signo de la balanza o de la romana, que se hace más claramente apreciable mediante la prueba de Müller; inspiración forzada estando cerrada la glotis.

Resumiendo para mayor claridad si observamos los movimientos respiratorios en la hernia y en la relajación, encontramos:

#### 1.º Hernia:

A) En la inspiración rápida, ascenso del arco limitante superior por ser aspirado el contenido gástrico hasta la cavidad torácica durante dicha fase respiratoria.

B) Este fenómeno pierde, sin embargo, tanto más en claridad cuanto mayor sea el espacio de la cavidad pleural ocupado previamente por el estómago.

C) Puede ocurrir lo contrario, o sea el fenómeno normal, cuando existen adherencias del estómago al orificio herniario, siendo dicha viscera empujada hacia abajo por el descenso inspiratorio del diafragma.

#### 2.º Relajación.

Según el grado de este proceso, se observará lo que sigue:

A) Descenso respiratorio de dirección normal, pero disminuido, sobre todo, en la inspiración rápida.

B) Movimientos paradójicos cuando la relajación es muy acentuada.

C) En un caso se vieron movimientos normales estando el sujeto de pie, y paradójicos hallándose tendido.

*Etiología y Patogenia.*—En cuanto a la etiopatogenia de este proceso, dice Heller, que casi siempre es adquirida como lo demuestra el que en el mayor número de casos se encuentra en adultos; sin embargo nosotros creemos que es congénita; nos hace pensar así, la ausencia de síntomas; y el hecho de que se encuentre en adultos, no tiene, a nuestro parecer gran

valor, porque ya hemos dicho que estos procesos se descubren merced a los Rayos X, y es un hecho evidente el que este medio de exploración se emplea más en adultos, de modo que si se encuentra pocas veces en los niños, tal vez no sea porque no lo presenten, sino porque no se busca de una manera adecuada.

En cuanto a la patogenia de este proceso, dice Heller, que puede ser debida a una degeneración primitiva del diafragma, o a una degeneración secundaria, a consecuencia de una lesión primitiva del frénico.

Se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre la degeneración de dicho nervio, habiéndose encontrado, como causa de la misma, ganglios calcificados en el hilio y engrosamientos pleurales.

De aquí que al descubrir esta enfermedad se deba buscar en el tórax su causa primitiva.

En este enfermo de que nos ocupamos, presenta en ambos hilios señales inequívocas de calcificación ganglionar.

Otros admiten, desde luego, el factor frénico, pero dicen que nunca la lesión única de este nervio es capaz de producir relajación, sino que es necesaria la intervención de *ramas* del simpático cervical lesionadas.

Enriquez y Durand, dicen que esta relajación es debida a la distensión forzada de la cámara gaseosa gástrica, con síntomas de fimia latente.

Nosotros, por nuestra parte, nos inclinamos más a la opinión de Heller; creyendo se trata de una degeneración secundaria del diafragma a consecuencia de una lesión primitiva del frénico, producida por la calcificación de ganglios hiliares.

Por último, para terminar, diremos unas palabras por lo que respecta al tratamiento: así como en las hernias diafragmáticas está en todo momento indicada la intervención quirúrgica, en la relajación, por el contrario, nunca debe de intentarse la operación, pues no se conseguiría nada con ella. Solamente en el caso de que el desplazamiento del estómago diera lugar a una úlcera gástrica, cosa que no es rara (sobre todo en las hernias), a consecuencia de las acodaduras y estrangulaciones que sufren los vasos, estaría indicada la intervención operatoria, pero en este caso más por la úlcera que por la relajación, como se comprenderá fácilmente.

Por lo que atañe al tratamiento médico, poco hemos de hacer, pues como la relajación es una enfermedad que raramente da trastornos de ninguna clase, no hay por qué intervenir de una manera directa, pudiéndonos limitar a hacer una terapéutica expectante y sólo caso de que el enfermo presentara algún síntoma molesto, tratar de aliviárselo.

---

# CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

---

## Síndrome postencefalítico

### (NOTA CLÍNICA)

por Miguel SEBASTIÁN HERRADOR, Ayudante de Clases prácticas

Goza de un cierto predicamento la opinión que sostiene son excesivamente raros los casos de alteraciones nerviosas serias, secuela de aquella epidemia encefalítica aliada, franca o solapada, según las localidades, de la gripal que en el año 1918 asoló nuestra patria. Y sin embargo en oposición a ella nuestra práctica hospitalaria nos va demostrando que no fué baldío ni mucho menos su paso por la meseta castellana.

Uno de estos casos de singular interés por el tipo de trastornos asociados que presenta, algo apartado de lo que habitualmente solemos encontrar, constituye el objeto de la presente nota clínica, que creemos puede ofrecer algunas enseñanzas de índole práctica.

Se trata del enfermo J. P., de 20 años, natural y residente en Villalba de la Loma (Valladolid), de oficio pastor.

Por su negatividad carecen de interés los antecedentes familiares y personales, solamente entre estos últimos hemos de destacar el hecho de haber padecido la epidemia gripal del año 1918 con caracteres de especial gravedad y duración. Sus familiares refieren que permaneció en cama 3 meses a lo menos, mas no son capaces de aportar otros datos ya que desgraciadamente han perdido todo recuerdo de síntomas y detalles de la enfermedad.

El proceso actual parece iniciarse a seguidas de esta infección. Es precisamente en el período de convalecencia, 10 o 15 días después de haber abandonado el lecho, cuando se inicia temblor moderado en mano izquierda, no continuo, pero que aumentaba al intentar coger un objeto. Poco después observa dificultada la marcha en miembro inferior de igual lado, que se veía obligado a arrastrar durante la misma. No da importancia a estos trastornos a pesar de que algo más tarde nota disminución intensa de la fuerza muscular en ambos miembros izquierdos y transcurre sin variación y con un excelente estado general hasta el verano de 1927 (casi 9 años).

En esta época nota de modo casi repentino dolores difusos de mediana intensidad, generalizados a mitad izquierda del tronco sobre todo, que iniciándose al levantarse duran 3 o 4 horas y desaparecen luego espontáneamente. Con alguna irregularidad en sus características se mantiene este cuadro unos dos años y por fin desaparece sin haberse llegado a instituir tratamiento alguno.

Vuelve por tanto al estado anterior y así permanece hasta su ingreso

en el servicio de Patología General en 16-I-1933 con el siguiente *esquema subjetivo*:

Temblor en ambas extremidades del lado izquierdo, mucho más denotable en antebrazo y mano, de carácter predominante intencional, se atenúa mucho con el reposo. Enorme dificultad para tomar y retener objetos con la mano izquierda. Hemianestesia y hemiparesia izquierdas con acusada disminución de la fuerza segmentaria. Por la acción del frío tumefacción y cianosis en porciones distales de miembros izquierdos.

Ligera disnea de esfuerzo. Resto de aparatos y sistemas, incluso metabolismo, normales.

La *exploración* nos suministra los siguientes datos: Sujeto de hábito asténico con excelente estado de nutrición. Normalidad en mucosas y tegumento externo a excepción de las porciones distales de todas las extremidades que se ofrecen cianóticas y con frialdad manifiesta a la palpación, más acusada en lado izquierdo.

Inmutabilidad facial con amimia evidente.

Temblor espontáneo de escasa amplitud y frecuencia en brazo izquierdo que se intensifica progresivamente al ordenarle realizar un movimiento y se atenúa de nuevo con el reposo. En pierna sólo aparece al ejecutar movimientos.

*Serie motora*.—Motilidad activa y pasiva normales en todos los territorios. Muy ligera hipertonía que se traduce además por rigidez moderada en ambos miembros izquierdos. No hay signo de rueda dentada. Gran disminución de la fuerza segmentaria en este mismo lado.

En el grupo de reflejos, los tendinosos y semejantes son normales, algo vivos en lado izquierdo. No hay Babinski ni signos de su grupo. Los cremasterianos y cutáneos abdominales son normales en el lado derecho, en lado izquierdo apenas se perciben.

*Sensibilidad*.—Abolición completa de todos los tipos de sensibilidad superficial (táctil, dolorosa y térmica) en mitad izquierda, cara incluida. En mitad derecha sólo está alterada la térmica, que presenta disestesias y parestesias manifiestas de rodilla a extremidad distal del miembro. Abolición completa de la sensibilidad vibratoria en mitad izquierda. Barohipoestesia en igual territorio, lo que hace muy lenta, en comparación con el lado sano, la percepción estereognóstica, posible por otra parte. Sentido de las actitudes y movimientos normal en todos los territorios.

*Marcha*.—Apenas si se aprecia un ligerísimo retardo del miembro inferior izquierdo junto con menor amplitud del movimiento pendular conjugado del brazo de igual lado. Idénticos caracteres ofrece con los ojos cerrados.

*Serie cerebelosa*.—Adiadococinesia muy marcada, asinergia y disimetría menos intensa; ataxia dinámica moderada, sin manifestaciones anormales de la estática, todo ello en lado izquierdo. No hay signo de Romberg.

*Aparato vestibular*.—Respuesta normal en ambos lados a las pruebas

neumática y rotatoria, así como a las de equilibrio, A la prueba calórica la reflectividad se manifiesta disminuida en lado derecho y totalmente abolida en el izquierdo a pesar de la irrigación con 300 cc. de agua a 27 grados. La porción acústica es normal en ambos lados.

*Aparato visual.*—Agudeza normal. Muy ligera disminución de campos visuales, por lo demás simétrica. Resto del examen negativo.

El examen de los otros pares craneales es negativo asimismo.

Funciones psíquicas normales.

En los restantes aparatos y sistemas, el examen es totalmente negativo.

## DATOS DE LABORATORIO

*Análisis de orina.*—No contiene elementos anormales (albúmina, glucosa, etc.), sedimento normal.

*Análisis de sangre.*—Hematíes, 5.300.000 por milímetro cúbico, Leucocitos, 8.900. Hemoglobina, 92 por 100.

*Fórmula leucocitaria.*—Linfocitos, 12. Monocitos, 10. Mielocitos, 0. Metamielocitos, 0. Núcleos de bastón, 2. Segmentados, 76. Basiófilos, 0. Eosinófilos, 0.

Reacciones de Wassermann, Hecht, Meinicke y citocol negativas.

*Análisis de líquido céfalo-raquídeo.*—Líquido límpido, con presión de 250 milímetros. Células por milímetro cúbico 6,5.

Reacciones de Pandy y Nonne-Apelt, positivas (+). Reacción del benjuí coloidal, 0, 0, 0, 0, 0.

Reacción del mástic, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>. + + + + +  
+ + + + +  
+ + + + +

Reacción de Wassermann, negativa a todas las diluciones.

*Eritrosedimentación.*—Normal con la técnica de Lizenmeier.

Es indudable, ateniéndonos al cuadro que acabamos de exponer, que las alteraciones se circunscriben a un solo sistema, el nervioso, que muestra numerosas de sus funciones perturbadas (motilidad, sensibilidad, tono, coordinación, etc.), y su reunión nos proporciona un síndrome complejo que es preciso analizar.

En primer lugar existe, sin duda, una alteración de las funciones motoras correspondientes a mitad izquierda del cuerpo, alteración que no es posible atribuir a lesión de la vía piramidal, ya que por un lado es normal el comportamiento de los reflejos, y por otro la rigidez e hipertonia ofrecen el carácter plástico típico de las alteraciones de tipo extrapiramidal.

En favor de este último hablan también la amimia facial, manifiesta en nuestro enfermo a pesar de la integridad funcional de todos los nervios craneales, y el temblor que afecta a las extremidades izquierdas.

Sin embargo, por lo que hace a este último síntoma, cabe disputa acerca de su significación, dados los singulares caracteres que ofrece. En efecto, si bien por una parte se manifiesta ya en estado de reposo, especialmente

en el brazo izquierdo y es modificado por los estados emocionales e incluso inhibido por un mandato enérgico de la voluntad (caracteres del tipo parkinsoniano), por otra parte ofrece vivo aumento de intensidad al realizar movimientos, con la particularidad de que se acelera progresivamente y alcanza su grado máximo en la fase terminal del movimiento, a punto ya de conseguir la finalidad perseguida, caracteres que la aproximan más al tipo intencional de la esclerosis en placas, al cerebeloso (recuérdese que en éste es más intenso en la primera fase del movimiento), al senil o al de los alcohólicos.

A pesar de todo es preciso no olvidar, que si bien con rareza suma, el temblor que surge en las perturbaciones extrapiramidales puede adoptar el tipo intencional. De aquí que en este caso no podamos incluir en uno u otro grupo el temblor de nuestro enfermo.

La alteración del sistema extrapiramidal puede explicarnos asimismo los ligerísimos trastornos que ofrece la marcha de nuestro enfermo y particularmente la casi desaparición del movimiento pendular coordinado.

A continuación hemos de admitir la presencia de un serio trastorno en la sensibilidad orgánica, que semeja el modelo de la disociación siringomiélica (abolição de los tipos de sensibilidad superficial, táctil, térmica y dolorosa con conservación de las modalidades profundas) si bien lo supera agravándole, puesto que anula también la sensibilidad ósea a las vibraciones y disminuye considerablemente la barestesia; restan conservados el sentido de las actitudes y movimientos y la percepción estereognóstica que ofrece aumento en el tiempo de reacción.

Dada la gran extensión del territorio afectado (mitad izquierda íntegra, rostro y cráneo incluidos), ha de deberse, necesariamente, a una lesión que radique en centros terminales o en vías aferentes de conjunto o finales, una vez agrupados ya todos los conductores, es decir, en uno de los segmentos comprendidos entre pedúnculo cerebral y corteza, Aún podríamos concretar más y eliminar la lesión de centros corticales ya que en este caso sabemos se observa por lo general la pérdida de la sensibilidad profunda con conservación de las modalidades superficiales.

Siguen en importancia las alteraciones de la llamada serie cerebelosa. Afectan al igual que las anteriores solamente la mitad izquierda del sujeto y aun con moderación hasta el punto de que por sí solas no permiten afirmar una lesión cerebelosa indudable. De tipo hipofuncional y afectando solamente a los componentes dinámicos (ataxia dinámica, asinergia, adiadicocinesia sobre todo) a la par que restan inalteradas las de tipo estático, sin duda alguna las más específicas de este órgano, no son suficientes para hablar de lesión de corteza, vermis, oliva, etc., e imposible, desde luego, aventurar una lesión focal en el sentido de Bolk o Barany.

Si a esto unimos los signos suministrados por el aparato vestibular, antes expresados, más bien podemos inclinarnos a admitir una lesión de las vías

aferentes de cerebelo, muy probablemente de las que caminan por pedúnculo cerebeloso superior.

Finalmente hemos de resaltar la concomitancia de trastornos vasomotores tan manifiestos pero que afectan ya no sólo a los miembros izquierdos, sino también a los del lado opuesto, y en todos ellos a las porciones distales.

Basta considerar lo que antecede para admitir que muy probablemente no exista sino una sola región del sistema nervioso en que pueda agruparse todas las lesiones citadas; tal es la región hipotalámica concebida en su más amplio sentido.

Ciertamente, en esta zona convergen las vías motoras piramidales y extrapiramidales, las sensitivas en su totalidad inmediatamente antes de su entrada en el tálamo y las conexiones cerebelosas, sobre todo las pedunculares superiores; asimismo en esta encrucijada se ha descrito un centro (investigaciones de Karplus y Kreidl), al que se atribuye la significación de estación principal de naturaleza vegetativa para las reacciones vasomotoras.

Para admitir que la lesión radica en porciones algo más bajas, pedúnculo cerebral, p. ej., que aún podrían explicarnos el cuadro clínico descrito, sería necesaria la presencia de alteraciones por parte de alguno de los pares craneales, cuyos núcleos en ellos se encuentran (III par).

Entiéndase bien, no obstante, que no incluimos a nuestro enfermo en el síndrome típico de Guillain y Alajouanine, pues para ello faltan los trastornos de la visión (hemianopsia homónima) y los movimientos involuntarios de tipo coreoatetósico y en cambio sobran las alteraciones de índole vasomotora y la no alteración de determinadas formas de sensibilidad.

Los dolores, que se mantuvieron casi dos años (1927-29), de características irregulares, pueden ser explicados por una lesión irritativa del tálamo correspondiente (derecho en este caso), tanto más que es preciso considerar su carácter pasajero, y la etiología que forzosamente hemos de asignar al síndrome en estudio, tema que inmediatamente abordamos.

Las neoplasias, propiamente tales, figuran, incluso en edades juveniles, como causa frecuente de síndromes análogos al descrito. No obstante son fácilmente eliminables si se considera que nunca han aparecido síntomas de hipertensión craneal y si se atiende a la estabilidad tan acusada del cuadro morbo, a lo largo de los 14 años transcurridos.

No podemos apelar a las infecciones específicas, tuberculosis, cuyos nódulos prefieren las meninges y en todo caso se acompañan de manifestaciones por parte de otros aparatos, aquí inexistentes; sífilis, con mayor apetencia por el parénquima nervioso, pero en contra de la que hablan la carencia de antecedentes personales y familiares y la negatividad de las reacciones biológicas en sangre y líquido céfalo-raquídeo.

También se han de eliminar las alteraciones vasculares, supuesto que queda descartado ya uno de sus orígenes, la sífilis, y no existen datos que aboguen por otros trastornos posibles (arteritis, trombus, etc.).

Si consideramos además que el enfermo no ha sufrido traumatismo

craneal alguno, nos restan únicamente dos procesos como causa probable del síndrome.

En primer lugar la edad y el sexo del sujeto, su profesión de pastor, los mismos síntomas subjetivos y algunos de los objetivos, temblor intencional, comportamiento de los reflejos con casi abolición de los abdominales izquierdos, trastornos sensitivos, etc., nos hablan en favor de una esclerosis en placas que además podría explicar satisfactoriamente los restantes signos morbosos. En contra de esta opinión se encuentra en cambio la falta del nistagmos, la palabra escandida y los trastornos visuales (subjetivos y objetivos), tan típicos y casi imprescindibles en la esclerosis múltiple.

Consideremos finalmente la encefalitis epidémica. Los escasísimos datos ya expuestos que en el interrogatorio pudimos obtener de enfermo y familiares, una prueba más de la inconsciencia y abandono que tan frecuentes son, por desgracia, entre los labriegos de Castilla, forman un cuadro clínico bastante típico, a lo menos con arreglo a nuestros conocimientos actuales.

Muy probablemente la afección sufrida no fué otra que la encefalitis epidémica, compañera en aquella fecha de la pandemia gripal, e inmediatamente y sin que se pueda hablar de un «espacio o tipo intermediario» en expresión de Wimmer, surgió la secuela temible siempre de la citada enfermedad. No es posible, sin embargo, por la misma penuria de datos, etiquetar dicha secuela como lesión de recidiva o lesión de convalecencia, como Von Economo distinguía en los casos de aparición precoz, si bien es problema de escasísimo interés práctico.

También la evolución del proceso nos habla en todo momento de trastorno pestencefálico. De todos es conocida la marcha solapada que ofrecen las formas crónicas de encefalitis con períodos de calma completa que inducen a creer en la curación definitiva del proceso y fases de actividad, moderada o intensa, que derrocan la creencia anterior, tal en nuestro enfermo la irritación talámica; por virtud de este ritmo, cada brote entraña una ligera agravación, aun dentro del carácter general de estabilidad del proceso, que es, justamente, la causa de su larga evolución.

No es otro el caso que examinamos. En repetidas ocasiones el enfermo nos ha manifestado que se encuentra en la actualidad en igual estado que el año 1918, y muy poco optimista en realidad su venida al Hospital, no pretende sino dilucidar de una vez si forzosamente ha de ser un pequeño inválido o si más afortunado podrá desarrollar una actividad superior.

Excusado es decir que en el supuesto de cualquiera de los otros orígenes antes examinados, muy otro hubiera sido el curso seguido por nuestro enfermo.

El laboratorio nos proporciona dos suertes de datos. 1.º, negativos, que corresponden a la normalidad existente en orina y sangre, en sus aspectos serológicos (reacciones biológicas de lúes) y fisicoquímico (velocidad de sedimentación); 2.º, positivos, que atestiguan en sangre la presencia de una

leucocitosis mínima (8.900) con linfopenia manifiesta (12 por 100) y en líquido céfalo-raquídeo una indudable irritación meníngea de tipo seroso probablemente, si nos hemos de atener al número de células ligeramente aumentado (6,5 por milímetro cúbico), a la positividad de las reacciones de las globulinas (Pandy y Nonne-Apelt) y al resultado de las reacciones coloidales.

Tanto unos como otros son perfectamente superponibles a lo hallado en casos análogos de síndromes encefalíticos crónicos y residuales por los autores que más atención les han dedicado (Von Economo y Papenheim, en primera línea).

¿Cuál ha de ser el curso posterior de nuestro enfermo? Forzosamente hemos de sentar un pronóstico reservado. Ciertamente que no escasean las descripciones de curaciones definitivas, a lo menos aparentes, pues no se ha de olvidar el escaso tiempo transcurrido a partir de las primeras narraciones (Von Economo), mas cierto también que de modo análogo son numerosísimos los casos observados en los que progresa la afección hasta conducir al paciente a un estado caquético si es que antes no le arrebató una enfermedad intercurrente.

Indiquemos, no obstante, que ya ha surgido un episodio agudo, a nuestro juicio evidente, representado por los dolores aparecidos al finalizar el verano de 1927, brote que guarda todas las características típicas, hasta su aparición al principio del otoño, de los accidentes clásicos en la evolución progresiva. De aquí que no podamos menos de juzgar fundado el pesimismo de nuestro paciente.

*Tratamiento.*—El instituido en este caso fué el siguiente: En una primera etapa se administró 1 gramo diario de salicilato sódico en suero glucosado por vía endovenosa, hasta llegar a 20 inyecciones; simultáneamente y de modo alterno, inyecciones hipodérmicas de atropina y cicutina, 1 cc. de las soluciones al milésimo de ambas sustancias.

Con lo primero realizábamos, en lo que ello cabe, terapéutica causal, siguiendo en esto las opiniones de Von Economo, sustentadas asimismo por los autores franceses (Netter, L'Hermitte...) que indican se ha de practicar siempre un tratamiento causal háyase o no practicado en la fase aguda, pero con mucho más motivo en el segundo caso. Claro es que no se ha de cesar tras un primer intento, sino que se ha de repetir en varias ocasiones con pequeños intervalos de reposo, y así proyectamos hacerlo nosotros.

Además del salicilato se han aconsejado el iodo en varias formas (solución de Pregl, ioduro sódico al 100 por 100 en dosis masivas como aconsejan Jellife y Parker...), la vaccineurina sola o asociada al iodo (Von Economo, Falta...) y más modernamente el suero de convaleciente, poco práctico en realidad por la dificultad de adquisición, y el cacodilato sódico a dosis fuertes y progresivas, muy recomendado por los neurólogos franceses y al cual hemos de apelar en una segunda etapa.

Con la cicutina y atropina se actúa de modo sintomático sobre la rigidez y el temblor, y efectivamente, con ellos hemos conseguido en nuestro en-

fermo estimables resultados, ya que ambos síntomas han cedido, especialmente el primero.

También es bien conocido el efecto sintomático análogo que producen algunos de los genoalcaloides, sobre todo la genoescopolamina y la genotropiona a dosis mínimas, sustancias ambas no empleadas aún en este caso por dificultades de momento, pero que desde luego hemos de poner a contribución más adelante.

Finalmente hemos de citar otras dos sustancias de las que carecemos de experiencia personal, la harmina y la bulbocapnina, más apropiada esta última, al decir de sus propugnadores, en los casos relativamente frecuentes que se acompañan de trastornos psíquicos.



## El fresado según la técnica de Gutzait en la dacriocistorrinostomía

por el doctor G. VÉLEZ, de Santamarina del Rey (León)

Desde que Voolhouse y Domenico Anel, en 1710, pretendieron por la simple perforación del unguis hacer circular las lágrimas a la fosa nasal, creando una vía artificial que sustituyera a la normal o fisiológica interceptada, hasta las técnicas más complicadas, asentadas en bases anatómo-fisiológicas que han conseguido imponerse en la práctica quirúrgica oftalmológica, se multiplican los procedimientos, y todo oculista que haya practicado un regular número de dacriocistorrinostomias, es raro no se le haya ocurrido una modificación de técnica más o menos importante.

Ahora bien, para dar el nombre del autor a un proceder quirúrgico, hace falta que éste sea original en todos sus tiempos, o por lo menos que la innovación preconizada lo sea en alguno de los más importantes, y de tal categoría, que influya de una manera decisiva en su ejecución o en sus resultados prácticos.

Y así no vamos a discutir el mérito de los que, como Ahom, Dupuy-Dutemps y Bourguet, preconizaron la sutura muco-mucosa de saco y pituitaria, tiempo el más importante, ya que asegura de una manera definitiva la permeabilidad del conducto neoformado, teniendo, por lo tanto, perfectísimo derecho a que la operación lleve su nombre, especialmente de los últimos, ya que con sus magistrales descripciones hicieron la intervención tan comprensiva, y la divulgación con entusiasmo tal, que consiguieron la emplear los oftalmólogos del mundo entero.

Asimismo el proceder de Fazacos, por lo ingenioso y original, tiene derecho a que lleve el nombre de este autor, ya que se aparta por completo de las anteriores técnicas en su tiempo más importante, a la par que resuelve muchos conflictos.

Entre los oculistas españoles tenemos a los doctores Fernández Balbuena, de Gijón y Poyales, de Madrid, cuyas técnicas difieren extraordinariamente de las hasta entonces empleadas, llevando, por lo tanto, el sello de la originalidad, aunque la del primero sea de resultados inciertos y la del segundo difícilmente practicable y sin resultado positivo.

Por último, el doctor Basterra, de Valencia, practicando la sutura mucocosa a un solo colgajo anterior, simplificó de tal suerte la intervención, que puede decirse que es ésta una verdadera modificación de la técnica de Dupuy-Dutemps y justifica sobradamente que tal proceder lleve su nombre.

Sin restar mérito a las modificaciones propuestas por otros autores, y entre ellos incluimos a Gutzait (Arruga, Gómez-Márquez, etc), no las creemos con la importancia suficiente para que la intervención, en conjunto, lleve el nombre de estos oftalmólogos.

En 1930 dió a conocer Gutzait su instrumental quirúrgico para la perforación ósea en la operación que Toti y Neumayer idearon para el tratamiento de las dacriocistitis. Este instrumental consigue la brecha ósea, con un mínimo de riesgo para la pituitaria, gracias a que la fresa lleva aplicada una luneta que defiende la mucosa de la nariz contra toda lesión.

A esto se reduce la modificación de Gutzait, y los oftalmólogos que la emplean siguen en el resto de la intervención diferentes técnicas, con especial la de Basterra, siendo ésta la que nosotros hemos visto practicar a la mayoría de los oculistas españoles, llamando indebidamente a este combinado técnica de Gutzait. Digo indebidamente, porque la trepanación será, en la dacriocistorrinostomía, un tiempo penoso, paciencioso y agotador para el cirujano, pero no es el más importante, pues todos sabemos que la técnica de Toti fracasó a pesar de conseguir con ella amplias brechas óseas y no se impuso en la práctica la cistorrinostomía, hasta que Ahom preconizó la sutura muco-mucosa, tiempo indudablemente más importante que la trepanación. Por otra parte, el instrumental de Gutzait no ha venido a resolver grandes dificultades, ya que con un poco de cuidado y entrenamiento se logra evitar la lesión de la pituitaria, empleando las pesas corrientes de dentista.

Y no se nos diga que con el instrumental de Gutzait se abrevia extraordinariamente la intervención, pues ya hemos demostrado prácticamente que con la fresa corriente de 2 mm. se lleva a cabo la trepanación con tanta rapidez como empleando las de aquel autor.

Si la modificación para la trepanación del hueso propuesta por Gutzait lo ha sido para este tiempo secundario de la intervención, y si por otro lado no nos resuelve grandes dificultades prácticas ¿por qué hemos de

decir dacriocistorrinostomia según la técnica de Gutzait? En realidad debiéramos decir proceder de Basterra, ya que es la técnica de este autor la que se sigue en el tiempo más importante de la intervención.

No pretenden otro objeto estas líneas que reivindicar para un autor español, el doctor Basterra, la honra que tuvo al preconizar una técnica que por sus bondades prontamente se impuso.



## Introducción al estudio de la crisis de la profesión médica

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Es un hecho evidente, que la mayoría de los médicos apenas pueden vivir del ejercicio exclusivo de la profesión. La mayor parte de los compañeros así lo afirman, y las revistas profesionales, y aun los diarios políticos lo repiten continuamente.

Es indudable que en España son muchos los galenos que viven penosamente al día, con grandes dificultades y obligados a trabajar sin descanso. La vida es demasiado dura, para que la mayor parte de la clase médica pueda soñar con el reposo de algún día. Es imposible, es absurdo, es una ironía, hablar de descanso a esa masa innumerable, en el mundo, de médicos cargados de años, totalmente paralizada su actividad, medio arruinados, con pesadas cargas de familia y sin un milímetro de su piel de contribuyente, libre de las pesadas y terribles cargas del Fisco.

Para la mayoría, el trabajo es difícil y rudo, y la retribución mezquina, miserable. Sus exiguos ingresos no le permiten ahorrar la suma necesaria que pueda resolverles el día de mañana una situación difícil, motivada por una desgracia en el ejercicio de la profesión: enfermedad, accidente, invalidez, etc. En este sentido, el ejercicio profesional de la medicina sí que constituye un verdadero sacerdocio. «Como el sacerdote, el médico, guiado por una vocación fervorosa, consagra su vida entera al bien de la salud del prójimo, sin obtener más ventajas que las que se derivan de las penalidades y sufrimientos que padece y sin recibir, en la mayor parte de los casos, otra recompensa que la ingratitud y el olvido.» (Teller-Plasencia: *Cuatro ensayos sobre la Medicina contemporánea*. Madrid, Espasa-Calpe, 1927).

¡Cuántos médicos murieron en los hospitales en la más indigente pobreza! ¡Cuántos los que habiendo quedado mutilados, terriblemente inútiles a consecuencia de alguna intervención peligrosa, víctimas de aparatos peligrosísimos, de arriesgadas investigaciones, inválidos por la acción de algún virus inmundo, o por un accidente fatal, propios de la imprudencia teme-

raría, inherente al dominio del oficio, cayeron al día siguiente en la más terrible desgracia, en la más trágica penuria, sin más amparo que el de sus compañeros, a menudo tan pobres como ellos!

¡Cuántos veteranos médicos, debilitados por el peso de los años y el ejercicio de la agobiadora profesión, se encuentran en la sombría alternativa de aceptar los puestos más miserables, o morir de inanición o de frío; que habiendo arriesgado constante e inútilmente la vida en común sin derecho a un instante de verdadero descanso, y en la hora del supremo tránsito sienten la terrible angustia del sombrío porvenir que aguarda a los suyos, a los seres más queridos, y que no es otro que el más penoso trabajo o la más absoluta miseria! ¡Cuántos son, los que emigrados a América, una vez en aquellas tierras de promisión se ven obligados a ocuparse en los menesteres más humildes para ganarse con dignidad, pero escasamente, el diario sustento! ¡Cuántos, en fin, se vieron arrastrados al suicidio, imperativamente obligados a esta insoluble solución, ante su impotencia en la lucha por la vida! En fin, el camino de los deberes del médico, está lleno de mártires; enfermedades contraídas a la cabecera de los enfermos y en las operaciones quirúrgicas; accidentes, quemaduras y anemias graves, producidas por el manejo de los rayos X y del radium, cánceres y otras terribles enfermedades, transmitidas con ocasión de una intervención terapéutica, etc., etc. El calvario es inagotable, y las generaciones y generaciones que se suceden, no hacen más que aumentar extraordinariamente el martirologio.

Entre los casos más antiguos, la historia de la Medicina registra el de Paracelso, médico alquimista y taumaturgo suizo, que al final de una vida gloriosa, se recluye en una humilde ciudad, y en un miserable laboratorio emprende arriesgadas investigaciones sobre el opio, el antimonio y la belladona. Lentamente envenenado por estas sustancias y aniquilada su resistencia orgánica por una vida activísima, muere en un humilde hospital el 24 de Septiembre de 1541. Ejemplar es también la vida de Girolamo Bock, más conocido por el seudónimo de «Tragus», que pasó su vida entera herborizando, y que antes que abandonar su pasión por la Botánica y la Farmacología, vivió en la más miserable pobreza. «¿Quién se ocupa hoy de la ciencia?—escribió tristemente—. Ninguno». En los días que vivimos, casi puede decirse lo mismo; si no ninguno, son muy pocos los que verdaderamente se ocupan de la auténtica ciencia médica. Célebre es el caso de O. Wells, el descubridor de la anestesia, que olvidado y lleno de tristezas, se abrió las venas en el baño y murió inhalando eter, para tener un fin más dulce.

Entre los casos más recientes, merece recordarse el del doctor Alegre, médico titular en uno de nuestros pueblecitos. Debíale el Ayuntamiento muchos meses de sueldo; la vida ya de suyo durísima en aquel ambiente rural inculto, se hizo para el pobre médico más amarga todavía, cuando enfermó gravemente una hija suya. No tenía recursos para atender debidamente los cuantiosos gastos de la cruel enfermedad que minaba la vida del

sér más querido. Los exigía al Ayuntamiento, pero la cazurrería caciquil no atendía el legítimo derecho. Humildemente los pedía, los suplicaba al alcalde, el cual le contestaba con destemplanza, negándole la exigua cantidad que el municipio le adeudaba y que el infeliz tenía bien ganada. Cansado de su estéril insistencia, acorralado por las necesidades más perentorias, la desesperación llega un día a su límite, y el doctor Alegre, después de una violenta escena, dispara un tiro contra el alcalde. Murió la autoridad municipal, no a consecuencia de las mismas lesiones, sino por haberse presentado una infección secundaria. No obstante, el doctor Alegre fué condeñado a catorce años de presidio.

En uno de los últimos números de una revista profesional, he leído el siguiente caso, publicado como rigurosamente histórico. Un médico ya anciano, en plena decrepitud fisiológica, ejerce en un villorrio de Andalucía, después de haber recorrido un considerable número de pueblos y aldeas. Por no poder vivir en el lugar donde está, se traslada a otro inmediato, que se encuentra dividido en dos bandos por una continua, feroz y recíproca enemistad. Un día matan al administrador del cacique, otro muere el alcalde, y el médico, sin quererlo y completamente ajeno a estas cuestiones, se ve envuelto y complicado en los crímenes. Atemorizado, solicita la titular de un pueblo de la misma provincia, dotada con 1.000 pesetas. Como en el pueblo donde han ocurrido los sucesos nadie paga al médico, se marcha sin cobrar los honorarios, que desde hace algún tiempo le adeudan. Varios amigos tienen que pagarle los gastos del traslado y el viaje a su nuevo, triste destino. Llega al Ayuntamiento y el secretario le dice, que aunque la titular son doscientos duros, no cobrará más que quinientas pesetas, pues la cantidad restante la necesita el municipio para gastos de representación. El desgraciado médico, dado su delicado estado de salud, su precaria situación económica y agotado por la constante peregrinación, no tiene fuerzas para moverse del lugar y no le queda otro remedio que acatar tales exigencias. Pero afortunadamente, la Implacable fué más compasiva que la Vida, y al poco tiempo la muerte puso piadoso fin a este calvario.

Hace pocos meses, los periódicos de Londres se ocuparon del célebre médico inglés sir Bonald Ross, sabio, pobre y abnegado biólogo, que murió el 16 de Septiembre de 1932 en el «Ross Institut» de Londres a la edad de setenta y cinco años. Toda su existencia la dedicó al estudio de la malaria, siendo el primero en lograr la prueba de la transmisión del paludismo por los mosquitos, y mejorando notablemente con sus descubrimientos la terapéutica de esta enfermedad, sin que sus trascendentales e interesantes trabajos le produjeran apreciables ganancias materiales. Aun cuando en 1902 le fué concedido el premio Nobel, lo cierto es que por circunstancias especiales, toda su vida fué una continua lucha contra la adversidad, y su situación económica en los últimos años era tan apurada, que en 1929 se constituyó un Comité para allegar recursos, a fin de poner a cubierto de la indigencia al ilustre sabio y a su esposa. El referido Comité, apenas

si llegó a reunir penosamente unos miles de libras. Para premiar de alguna manera sus incuestionables méritos, la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Londres, le concedió una medalla de oro. En la fiesta organizada para rendirle este homenaje, el doctor Sanguinetti, que le entregó la preciada insignia, pronunció un elocuente discurso relatando las largas vigiliias y las penalidades del sabio, en la búsqueda de la verdad científica, y con frase cruda y vigorosa, puso de manifiesto los apuros económicos del doctor Ross, que llegaron hasta el más doloroso extremo a que puede llegar en un intelectual hombre de ciencia: a tener que vender por un puñado de libras esterlinas, su biblioteca, su material de laboratorio y su archivo científico.

No hace mucho que los periódicos franceses referían el caso de un anciano médico, antiguo interno de los hospitales de París, que murió en una de las camas del hospital, donde durante tanto tiempo prestara sus servicios, tan completamente desprovisto de los más elementales recursos, que no pudo ser enterrado convenientemente, sin disponer de otra mortaja que el miserable sudario, la inmunda sábana proporcionada por la administración del hospital.

Ultimamente, algunos diarios profesionales daban cuenta de la muerte de los doctores ingleses Arthur y Sidney Smith, hermanos gemelos, sabios abnegados, que se habían suicidado por no poder resistir ya más, la espantosa miseria en que vivían desde hacía algunos años, dedicados de lleno a desinteresadas investigaciones científicas sobre el cáncer. Junto a los cadáveres se encontró un papel escrito, justificando la extrema solución adoptada, que terminaba con las siguientes palabras: «La vida no merece la pena de ser vivida».

Para qué citar más casos: bastan para nuestro propósito los expuestos, y sobre todo, basta pensar en los procesos penales incoados contra médicos en estos últimos años (una nutrida casuística se encontrará en nuestro libro *La responsabilidad médica y el nuevo Código penal*, editado por Javier Morata, en Madrid, el año 1930), para adicionar la precaria situación a que quedaron reducidos muchos médicos, que ante las groseras pero imperativas necesidades de la falsa vida moderna, el estrepitoso derrumbamiento de los ideales espirituales y la avasalladora conservación del instinto por excelencia, se vieron obligados, imperativamente obligados, a vivir con vilipendio, bordeando y aun a veces traspasando los linderos del Código penal. «El médico que gana malamente su vida—decía recientemente el profesor de Medicina legal, Víctor Balthazard, actual decano de la Facultad de Medicina de París—, siente con exceso la tentación de abandonar la vía correcta que siguieron nuestros antepasados, y de adoptar prácticas y normas, que si son corrientes en las profesiones mercantiles, no son menos extrañas y fuera de lugar en las profesiones liberales.

Realmente es heroico y resulta extraña la honestidad en las gentes que viven en condiciones miserables, y es poco menos que inútil hablarles de ella. En medicina, se comienza por faltar contra la moralidad profesional y

se termina faltando a toda clase de moral. Tal es el caso de Alemania, donde habiéndose limitado exageradamente el acceso de los médicos jóvenes recién salidos de las aulas a las organizaciones mutualistas, que ahora acaparan todas las clientelas germanas, el Estado alemán ha contribuido, principalmente, a aumentar el número de procesos de honor y de penas disciplinarias aplicadas a los médicos que con frecuencia se encuentran en la imposibilidad de ganarse la vida, a pesar de todos sus buenos deseos.

Entre nosotros, afortunadamente, gracias a la obra benemérita del Presidente del Consejo general de Colegios Médicos de España, el doctor Pérez Mateos, que ha logrado que el Estado apruebe y preste decidido apoyo a la obra de la Previsión médica nacional, el más grande y humanitario de los proyectos que se han implantado en España en auxilio de los médicos, éstos podrán ya envejecer tranquilos, en la seguridad de que sus seres más queridos no caerán en la indigencia y mirarán el ejercicio profesional con más sana alegría y más fecundo optimismo, porque sabrán también que en caso de muerte en el cumplimiento de sus deberes, o de accidente, o de invalidez, no caerán en la miserable situación de los casos que acabamos de relatar. Pero esto, no es bastante; el número de médicos aumenta sin cesar de día en día, y de seguir las cosas como ahora siguen, pronto esta generosa obra de la Previsión médica nacional será insuficiente para aliviar tanto infortunio y aplacar tanta miseria.

\* \* \*

De todas las crisis de nuestro tiempo, la nuestra, la crisis de la profesión médica, es notablemente la más antigua; dura ya demasiado, dura siempre y si Dios no lo remedia, tal vez llegue a centenaria, sin que ninguno de sus fenómenos críticos anuncie algún desenlace en uno u otro sentido.

En España hay demasiados médicos, una cantidad superior a la que actualmente puede asimilar la actividad nacional. Un elevado tanto por ciento de galenos, condenados desde que salen de las aulas, a no poder utilizar su título para ningún fin práctico de la profesión, se ven obligados a mercantilizarse hasta la crueldad, a aceptar el trabajo y la ocupación allí donde se lo ofrezcan, aunque sea con merma y daño de los ingresos de otros compañeros, o a recurrir a vulgarísimos trabajos manuales, disputando un pedazo de pan a quienes no hubieron estudios tan penosos, ni menester de ellos para sus oficios.

De todos los factores que intervienen en el ejercicio profesional de la Medicina, la preocupación económica es, sin duda alguna, el móvil que más directamente condiciona—en la mayoría de los casos— la conducta del médico, tanto en su actividad científica como en su actividad cultural, profesional, industrial y benéfica.

Realmente, el problema de la crisis de la profesión médica, es un problema de colocación y de honorarios, pero es la cuestión económica, en su modalidad actual, la que destruyendo casi totalmente el carácter sacerdotal

y desinteresado que desde los más remotos orígenes de la medicina, se asignó a nuestra profesión, la que objetiva con mayor intensidad que ningún otro factor, el continuo malestar, imprimiendo a la crisis galénica los caracteres de mayor gravedad. En suma, se trata, sobre todo, de una crisis económica debida en buena parte a la técnica capitalista, que ha invadido el campo de nuestras actividades profesionales y que como todas, o casi todas las crisis económicas del momento presente, es fundamentalmente ocasionada por el exceso de producción, que ahora se padece como no se padeció nunca: «Los problemas económicos, he ahí el germen de todo malestar» (Snowden).

Dejando aparte casos excepcionales y falsas apariencias, la penuria de la clase médica, en general, ha llegado a tales límites, que espanta a todo el que la conoce directamente. Para hacerla más evidente no faltan de vez en vez las dramáticas estridencias que la revelan, y que si no son tan frecuentes como debieran, es debido únicamente al pudor y a la resignación de que siempre dió muestras la «sufrida clase».

La crisis del ejercicio de la profesión médica, constituye la máxima actualidad de nuestro tiempo médico. Pero en realidad no es sólo un problema de hoy; en crisis vive la profesión médica del mundo entero desde hace muchos años. La ardua cuestión preocupó en todo tiempo y seguirá inquietando siempre, si no se aborda de una manera radical. En prueba de que no es nueva esta inquietud, transcribimos el siguiente pasaje de la novela de Balzac, *Z. Marcas*, donde se dice a propósito de dos estudiantes, uno de Derecho y otro de Medicina:

«En las dos profesiones que nuestros padres nos habían obligado a seguir, no veíamos sitio para nosotros. Para uno, hay cien médicos y cien abogados. La multitud obstruye estas dos vías que parecen llevar a la fortuna y que sin embargo conducen a dos campos de batalla en donde la gente combate y se mata, no con armas blancas, ni con armas de fuego, sino por la intriga y la calumnia, por horribles campañas en el dominio de la inteligencia, tan mortíferas como lo fueron las guerras de Italia para los soldados republicanos... La afluencia de los postulantes ha forzado la Medicina a dividirse en categorías: existe el médico que escribe, el médico que profesa, el médico político y el médico militante. Cuatro maneras de ser médico, cuatro secciones llenas ya... Pero ¿qué remedio?—agrega Balzac en otro capítulo de su novela—Su familia quería que fuera médico. Mas, ser médico ¿no era esperar veinte años una clientela? ¿Sabéis que fué de él? No. Pues bien, es médico: pero ha abandonado Francia y se encuentra en Asia. Ahora, tal vez sucumbe a la fatiga en un desierto y muere tal vez víctima de una horda bárbara, o tal vez es primer ministro de algún príncipe indio.»

Otro ejemplo de que esta inquietud no es sólo de ahora, lo encontramos en las siguientes palabras de una de las más ilustres figuras de la Medicina legal de todos los tiempos, el maestro Antonio Lacallagne, profesor que fué de la Universidad de Lyon, y que aun pronunciadas hace más de treinta

años, conservan todavía un marcado valor de actualidad. «Nuestra profesión sufre actualmente una grave crisis. A propósito de los errores judiciales y de groseras equivocaciones en el diagnóstico médico, se ha hablado muy mal de los doctores de nuestra Facultad. Diariamente, la prensa política y el gran público les ataca despiadadamente; sus menores gestos, sus actitudes, sus acciones más nimias, son objeto constante de las más acerbas críticas. Esta suerte de desgracia en que han caído los médicos, es el fruto de la concurrencia profesional y de la feroz competencia, que constituye en nuestros días lo que se ha dado en llamar la caza del cliente. Para llegar a tales fines, no se omite ningún procedimiento, y aun se da preferencia a los más reprobables, porque suelen ser los más expeditivos; los reclamos inconfesables, la inmoralidad de las dicotomías más vergonzosas, etcétera, etc., se extienden de un modo alarmante. Al lado del especialista de turno, del galeno famoso, del médico de moda, que ganan sumas fabulosas, una multitud de licenciados y doctores ejerce la profesión en las grandes poblaciones, en el ambiente rural, en los medios obreros y en los lugares más miserables, donde apenas ganan lo necesario para mal vivir.»

Ahora bien, la crisis persiste aún y más agravada, pero los motivos que antes eran principales, resultan ahora accesorios, despreciables casi. La crisis actual es una de las tantas crisis del trabajo que, particularmente agudizadas en estos momentos, abarcan la actualidad social de la postguerra. Es un hecho indiscutible, plenamente demostrado, que la causa primera de la crisis mundial, que actualmente se padece, es la guerra, la gran guerra, que obligó en el mundo entero a acelerar la producción con tal energía, que terminadas las hostilidades, se ha ido acentuando una competencia en todos los mercados, no observada jamás.

Por otra parte, al igual que en las demás profesiones y oficios, el crecimiento ininterrumpido de la amplitud de conocimientos teóricos y prácticos en la instrucción médica, se encuentra fuertemente contrarrestado por la constante depreciación de los servicios médicos y el continuo progreso de la desconsideración social del galeno.

La clientela particular de los médicos de las capitales de provincia, la integraban en su mayor parte las clases adineradas y los enfermos que diariamente acudían a la capital en busca de un tratamiento médico o quirúrgico imposible de obtener en el ambiente rural. No es necesario evocar la actual situación económica de esta heterogénea clientela. Los jefes de las consultas oficiales gratuitas comprueban reiteradamente que la mayoría de los enfermos que llegan a la capital de provincia, invaden las consultas hospitalarias y las de beneficencia. Las clases pudientes, acordes con sus temores, más que con su efectivo quebranto, al restringir gastos, sacrifican al médico en la fijación de la cuantía de sus notas de honorarios, si es que no se incluyen en la ya interminable lista de morosos. Esta atonía de ingresos no tiene compensación alguna en el campo profesional. Más del 70 por

100 de la población, en las capitales de alguna importancia, figura como asociada en Mutualidades y Empresas de asistencia médico-farmacéutica, y en las consultas gratuitas, pese a los reglamentos votados por los Colegios de Médicos, reciben asistencia, cotidianamente, cientos de pacientes, que sólo al sentirse enfermos, simulan la pobreza.

En fin, el factor médico, lo mismo que todas las cosas, se encuentra sometido a la libre ley de la oferta y la demanda; esa ley económica que domina y rige toda la actividad humana, según la cual, el cambio o precio de las cosas varía en razón directa de la demanda e inversa de la oferta; esto es, que el precio de un producto será tanto mayor cuanto más intensa sea su demanda, y tanto menor cuanto más cantidad se ofrezca. Pues esto exactamente es lo que ocurre en nuestra profesión. Hay más médicos que clientes—no que enfermos, como se suele decir corrientemente con lamentable confusión de ambos términos, cliente y enfermo, que en la práctica de la profesión son muy distintos—y por lo tanto hay menos trabajo a repartir entre más obreros, a pesar de haberse ampliado mucho las plantillas y de haberse abierto más los escalafones.

Desde hace algún tiempo, la simple ley de la oferta y la demanda, se muestra ineficaz para proveer de la necesaria clientela a una masa de médicos que crece tan rápidamente, habiéndose llegado a exteriorizar el temor de que llegue un día en que la clase médica represente el sector social donde se haga más ostensible el paro forzoso. El Estado, y sobre todo las clases y las Asociaciones sanitarias, tienen la ineludible obligación de ir pensando seriamente en el espeluznante porvenir que se avecina a pasos agigantados, aparentemente sin posible remedio eficaz, dada la general apatía con que se ve avanzar el conflicto. En tales condiciones, sólo las epidemias y las guerras pueden asegurar el pan a tanto médico, y como éstas ya no surgen con la frecuencia de antaño, disminuye el valor del factor médico. Se impone, por lo tanto, una selección, y como consecuencia de ella, son preferidos los mejores, que pueden vivir de la carrera y rechazados los demás, que apenas pueden vivir de la medicina con decoro. Se hunde el del montón con su peso y triunfa el que tiene talento y suerte, pero sobre todo el que tiene energía, habilidad y audacia para destacarse y ponerse en primera fila.

Con las manufacturas y con los alimentos, ya se sabe lo que hay que hacer, cuando exceden en producción a la cantidad medida que debe haber de cada cosa, para que no pierda estimación y valor en el mercado, arrojarlos al mar o a la hoguera. Con los hombres, en general, también se sabe lo que hasta ayer se ha venido haciendo cuando aumentaban en cantidad alarmante; llevarlos al matadero de una guerra nacional o internacional, de defensa o de ataque, de rapiña o de desquite. Pero en caso concreto de concurrentes profesionales en nuestra carrera, el problema es relativamente nuevo. No se puede hacer con los médicos lo que han hecho el Brasil y Cuba con las toneladas de café que les sobraban, la Argentina con su

exceso de trigo, Chile con sus nitratos sobrantes, el Canadá con sus maderas, Hungría con su vino, Holanda con sus coles... Tampoco es de fácil realización una guerra fratricida, exclusivamente entre médicos. Urge idear e implantar otros procedimientos, y si no es posible disminuir la cantidad ya existente, por lo menos procurar evitar, con todos los medios posibles y humanos, que crezca más y que todos los jóvenes españoles quieran ser médicos, como si en España no hubiera más que enfermedades y enfermos.



## SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

### Sesión del día 21 de Enero de 1933

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR PALLARES.—**Caso clínico.**—Presenta el caso de un enfermo para ser tratado por vía quirúrgica de una tortícolis que padece.

Examinados los antecedentes del enfermo se puede ver inmediatamente que el hecho se había producido de un modo poco corriente. Este sujeto tenía con frecuencia ataques, y un día se hallaba trabajando en el campo y sufrió un acceso que le hizo perder el conocimiento y al reaccionar ya se había producido la tortícolis. Claro es que al producirse de un modo tan brusco era de presumir que el caso se debiera a un traumatismo. Además hemos hecho que le viera el doctor Gómez Merino y se le ha hecho también una radiografía.

DOCTOR GOMEZ MERINO.—Como acaba de manifestar el doctor Pallarés, a sus instancias y con un fin diagnóstico, he examinado en mi consulta el presente enfermo.

Desde luego, lo que primero llama la atención al observarle, es su actitud un poco extraña. En efecto, de una manera permanente mantiene inclinada sobre el hombro izquierdo y con el mentón desviado hacia el lado opuesto, además el lado izquierdo permanece en abducción forzada y la mano en pronación. Esta actitud la exagera la emoción y hasta cierto punto puede ser corregida por la voluntad, especialmente la aproximación del brazo.

La inspección y palpación del cuello y del hombro, ponen de manifiesto la contractura permanente de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio izquierdos. También, aunque con menos intensidad, se perciben contraídos los músculos abductores del cinturón escápulo-humeral; subescapular y pectoral mayor. Independientemente de la acción tónica de estos músculos, la rotación de la cabeza hacia el lado derecho, aparece difícil-

tada por la rigidez de los músculos prevertebrales del lado izquierdo, recto anterior mayor y largo del cuello. Por último la abducción con rotación interna del antebrazo y de la mano, es una consecuencia, aparte de la actitud de todo el miembro, de la ligera contractura de los músculos pronadores del antebrazo.

Todos los demás músculos voluntarios, funcionan normalmente y son posibles todos los movimientos y actitudes. La marcha se observa ligeramente modificada por el espasmo y cambio de actitud de los músculos enumerados. Por lo demás, la fuerza muscular y la capacidad de resistencia al cansancio, están conservadas en todos los músculos afectos.

No se descubre ningún trastorno de sensibilidad, ni objetiva ni subjetiva. Los reflejos tendinosos están exaltados, los cutáneos, en cambio son normales. No hay Babinski ni Oppenheim, ni Mendek-Bechterew.

Los sentidos especiales no presentan el más mínimo trastorno. Las pupilas reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación. No se observa nistagmus ni parálisis de los músculos oculares. No se percibe el anillo esclerocorneal de Fleischer. Tampoco existen vértigos espontáneos ni provocados por la rotación o los movimientos bruscos de la cabeza. Finalmente la orientación especial y el equilibrio estático y kinético se realizan fisiológicamente.

Todas las demás funciones y especialmente las hepáticas, se verifican normalmente, demostrando que el enfermo, aparte de su afección nerviosa, goza de una salud excelente.

Como antecedentes patológicos de su padecimiento actual, nos refiere el enfermo que hará aproximadamente cinco años, y sin causa conocida a que atribuirlo, sufrió un violento ataque de nervios con pérdida total del conocimiento que duró más de un día. Pasada la crisis, persistió durante varios meses cierta dificultad para articular las palabras y una sensación de adormecimiento y tirantez en la mitad izquierda de la cara y en el cuello. Poco a poco estos síntomas fueron desapareciendo y en su lugar empezó a sufrir violentas sacudidas de la cabeza y del brazo izquierdo, sin pérdida del conocimiento, pero que cada vez le dejaban más torcido hasta llegar a la situación actual.

Los datos anamnésicos que nos proporciona, son muy simples. Según él nadie en su familia ha padecido de dolencias nerviosas. En cuanto a sus antecedentes personales, ha vivido siempre en el campo, dedicado a las faenas agrícolas y asegura no haber sido bebedor ni haber padecido sífilis ni venéreo. Tampoco recuerda haber sufrido de reumatismo ni de enfermedades febriles.

Ahora bien, ¿qué clase de afección nerviosa padece nuestro enfermo? A primera vista el diagnóstico clínico no ofrece ninguna dificultad: se trata de un tortícolis espasmódico, pero si nos fijamos algo más, observaremos en seguida que el espasmo no se limita, según la sintomatología clásica a

los músculos esternocleidomastoideos y trapecio izquierdos, sino que se extiende además a otros grupos musculares del cuello y del brazo del mismo lado. Añádase a esto que el espasmo clónico y paroxístico al principio y tónico y permanente en la actualidad, fué consecutivo a una crisis apopléctica seguida de disartria y parestesia cérvico-facial del lado izquierdo, y por tanto no puede atribuirse a una lesión periférica radicular, osteo-articular o muscular. Lo primero, porque una alteración de las raíces medulares de las que emergen los nervios cervicales que con la rama externa del espinal, constituyen los plexos cervical y braquial, seguramente daría lugar a síntomas sensitivos de distribución radicular, que en este caso no existen; lo segundo, porque una lesión de las vértebras cervicales o de sus articulaciones, es casi seguro que podríamos descubrirlas, caso que existirían, en las radiografías que se obtuvieron, y lo tercero, porque una afección primitivamente muscular sería inverosímil que sin fiebre, sin dolores, sin tumefacción y sin otros síntomas de una infección general, atacase a músculos de un solo lado y distantes, aunque adscritos a una determinada función.

Vemos, pues, que en este caso el tortícolis espasmódico se presenta asociado a la contractura permanente de los músculos abductores del brazo, constituyendo, en definitiva, una distonia de actitud o miostática que antes fué de movimiento o miocinética, y que entonces y ahora pertenece al cuadro clínico del «espasmo de torsión», descrito por Schwalbe-Ziehen y Openheim, como un nuevo síndrome extrapiramidal, que debe figurar al lado de la enfermedad de Wilson, de la pseudoesclerosis de Wesphal-Struempel, de la atetosis pura y quizás también de la enfermedad de Parkinson y de la corea de Huntington, ya que en la mayoría de estas afecciones, los exámenes necrópsicos han revelado lesiones degenerativas estriopallidales muy parecidas.

En el caso que estudiamos es muy probable que la causa próxima de los trastornos observados, haya sido un proceso hemorrágico localizado en la región subtalámica, entre el globus pallidus, el núcleo rojo y el cuerpo de Luys, con interrupción de las vías que enlazan estos centros entre sí y con el fascículo rubroespinal de Monakow, constituyendo el sistema centrífugo extrapiramidal.

Respecto al tratamiento de esta dolencia, poco, muy poco puede hacerse en beneficio del enfermo, si resulta cierta la patogenia que proponemos. Los distintos procedimientos quirúrgicos empleados para corregir la espasticidad de los músculos afectos, tales como la resección de las raíces medulares posteriores correspondientes a los músculos contracturados según Foerster, la resección parcial de las ramas nerviosas que inervan a dichos músculos, siguiendo el procedimiento de Stoffel, la resección del nervio espinal, el injerto nervioso, son intervenciones que están indicadas y que en algunos casos han dado resultados muy satisfactorios, pero que a

mi juicio en este enfermo y por las condiciones etiológicas y patogénicas expuestas, no serían eficaces. En su defecto, propongo, al menos como medio paliativo, y fundándome en la acción anticonvulsivante de las sales de magnesio, las inyecciones intrarraquídeas, previa punción lumbar de una disolución al 25 por 100 de sulfato de magnesio y de cuyo resultado daré cuenta a ustedes en una de nuestras próximas reuniones de los jueves.

**DOCTOR GALO LEOZ.—Un caso de desprendimiento de retina, tratado por el método de Gonin.**—Presenta el caso de un enfermo con desprendimiento de retina tratado por el método de Gonin, cuyo procedimiento es el de ir buscando el desgarro de la retina que ha producido el desprendimiento, e intervenir directamente sobre la retina misma.

Esta operación es delicadísima y en extremo laboriosa, pues llega incluso a agotar la paciencia del enfermo y del operador. Ha dado excelentes resultados en estos casos, habiendo conseguido desterrar los antiguos tratamientos de esta clase de enfermos, consistentes en vendajes, quietud e inyecciones locales, con lo que únicamente se conseguían éxitos pasajeros.

Los procedimientos de Gonin y Lindner-Guist en el tratamiento de enfermos con desprendimiento de retina, están operando una nueva evolución en el porvenir de estos enfermos.

**DOCTOR VALLS MARIN.—Coxalgia; Pseudoartrosis interarticular; Fijación extraarticular de la cadera, por el procedimiento de Towel.**—Presenta un enfermo de 23 años, que ha padecido una coxalgia hace nueve. La radiografía permite apreciar una gran destrucción en la cavidad cotiloidea y una destrucción total de la cabeza del fémur y parte del cuello. Esto determinaba una pseudoartrosis interarticular y por lo tanto una insuficiencia de la articulación que le impedía el poder apoyar el miembro para andar y curado el proceso como se puede ver por la radiografía, tenía que andar valiéndose de un aparato de descarga. Este enfermo fué operado de una fijación extrarticular de la cadera por el procedimiento que describe el doctor Sorel, anestesia raquídea, incisión de piel y plano muscular desde trocánter a reborde del ilíaco, sección con escoplo de trocánter, preparando un lecho en donde apoyar por un extremo del injerto. En plena ala del iliaco, con el escoplo de Rocher, se levantó de abajo a arriba un colgajo pediculado en donde se tenía que apoyar el otro extremo del injerto. Este se sacó de la tibia del lado sano, ancho y tallando en pico de flauta el extremo correspondiente a trocánter. La colocación fué fácil. Sutura por planos de partes blandas quedando el injerto bien protegido. El miembro se colocó en abducción con vendaje de escayola. Este lo tendrá puesto tres meses. Una vez que el injerto prenda, el enfermo tendrá un puente fuerte desde trocánter a ilíaco por donde irán las fuerzas de apoyo descargando la articulación y permitiendo al enfermo la deambulacion sin aparato.

Este procedimiento se aplica sobre todo en el adulto para tratamiento de la coxalgia en evolución con grandes éxitos.

**DOCTOR BERTRAN (hijo).—Presentación de enfermo.**—Presenta una enferma con una herida en el esófago, a consecuencia de haberse tragado un hueso de cordero.

El caso es el siguiente: Estando comiendo la joven en un pueblo de la provincia de Cuenca, se tragó un hueso de cordero y al tragárselo se produjo un corte en la lengua. Además el hueso cayó en el esófago de plano, según luego vimos, haciéndole un corte como si hubiese sido producido por una navaja. El médico del pueblo reconoció a la enferma y viendo que el caso presentaba serias dificultades y que era un tanto complicada la extracción del cuerpo extraño, la aconsejó que viniera a Madrid, para que se la hiciera una esofagoestereoscopia, a fin de fijar la situación del hueso y proceder a su extracción.

Fué enviada a nosotros por el doctor Leoz y aquí la hicimos la esofagoestereoscopia y pudimos apreciar en el esófago el corte producido por el hueso de cordero y es que como hemos dicho, el cuerpo extraño penetró en el esófago de plano y en forma que no tenía más remedio que producir la herida.

Antes de ser operada, espontáneamente, se abrió paso el hueso a través de un absceso que se había formado, seguido de la expulsión consiguiente por la boca, de gran cantidad de pus, sangre y residuos de sustancias retenidas en dicho órgano por causa de la obstrucción e infección de la herida sin que por esta causa fuera necesaria la intervención quirúrgica.

La enferma presenta también una glositis consecutiva a una herida que se había producido en la lengua, al hacerle la exploración el médico. Se encuentra muy mejorada y se le ha podido administrar ya alimento lácteo.

**DOCTOR PALLARES.—Síndromes hemorrágicos de ano.**—Presenta un enfermo con síndrome hemorrágico por pérdidas abundantes de sangre por el ano. Padece además una fuerte anemia producida sin duda alguna por la pérdida de sangre, pudiendo clasificarse por tanto, en el tipo de anémicos por hemorragia.

Cuando llegó a nuestra clínica, sospechamos que se podía tratar de una lesión de importancia en la última porción del intestino.

En el reconocimiento que le hemos hecho en el Dispensario de Cirugía general, hemos podido comprobar que a veces, las cosas pequeñas pueden llegar a producir un desequilibrio grande en el paciente motivado por la pérdida de sangre.

A mi juicio este enfermo no tiene más que unas hemorroides de tipo corriente. La sangre no se halla incorporada a las heces fecales. El enfermo nos dice que hace sus deposiciones de color normal y que después de ellas se produce una hemorragia tan fuerte, tan intensa, que a su juicio ha llegado a perder más de un litro de sangre.

Es poco frecuente que unas hemorroides produzcan estos efectos, pero del reconocimiento que le hemos hecho, se ha sacado la conclusión de que

efectivamente es así, ya que todas las circunstancias que concurren en la hemorragia, nos ponen fuera del diagnóstico de otra cualquier importante lesión localizada en zona más alta. Es precisamente en el ano, donde tienen origen estas pérdidas abundantes de sangre. Al defecar, sin duda, se desprende el tapón de una de las hemorroides y como consecuencia, inmediatamente se produce la hemorragia intensa, la pérdida de extraordinaria cantidad de sangre.

Ha sido hospitalizado aquí y nos proponemos hacer el reconocimiento rectal y el análisis de las heces fecales para fijar el diagnóstico y si como suponemos, se trata de unas hemorroides, en ese caso veremos lo que conviene más hacer, si la extirpación o la destrucción por cauterización de las hemorroides con la previa dilatación del ano, operaciones estas muy dolorosas, aunque de resultados verdaderamente prácticos.

Claro está que hay que tener en cuenta que las pérdidas de sangre son grandes y como consecuencia la anemia en el enfermo es muy pronunciada y se nos plantea por tanto el problema de la anestesia para realizar la intervención quirúrgica y habíamos pensado en la transfusión de sangre, antes de la intervención.

Pero de todos modos no habrá más remedio que operar con carácter urgente, salvando como mejor se pueda esta dificultad de la anestesia general con la raquianestesia, a pesar de que estos enfermos hipotensos que han perdido mucha sangre la toleran muy mal.

Por lo demás, como decía anteriormente, es un caso sencillo de hemorroides de fácil intervención quirúrgica.

DOCTOR YAGUE.—Interviene para decir que efectivamente el problema de la anestesia en esta clase de enfermos es de gran interés, porque la dilatación del ano es extraordinariamente dolorosa y requiere por lo tanto, anestesia profunda de la sensibilidad del sujeto.

DOCTOR LANDETE.—Expone su opinión de que en estos casos debe emplearse la anestesia local mejor que la anestesia general, pues ha podido comprobar que en la mayoría de los casos surte mejor efecto la anestesia profunda del campo operatorio, que la anestesia general.

Respecto a las hemorragias intensas y difíciles de contener, manifiesta que se emplea con excelentes resultados, fragmentos de carne de pollo, que al ser colocados en la parte promotora de la hemorragia, coagulan la sangre, evitando su salida al exterior. Para ello es condición precisa que el fragmento sea de carne de pollo recién muerto y a ser posible que esté aún caliente.—B. DE M.

---

**AVISO.—Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de Sardón de Duero (Valladolid), que se proveerá por oposición, que el que la desempeña interinamente tiene contratado el igualatorio con todos los vecinos. (R.)**

# PROGYNON

Horona sexual femenina (Horona folicular)  
para el tratamiento de los trastornos hipoováricos.

*Concentración elevada  
estandarización exacta*

*Ampliamente experimentada  
en animales (incluso monas)*

*Eficaz por vía oral gracias a la  
adición de lipoides especiales*

La experiencia clínica comprueba su eficacia en los  
trastornos climatéricos y la amenorrea secundaria.



ENVASES ORIGINALES:

Frascos de 15 y 30 grageas  
de 150 U.R. Cajas de 6  
amp. de 100 U.R. en 1 c.c.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S.A.  
Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona.



*¡ un acierto !  
¡ en dietética !*

## como alimento normal

es el complemento preciso de la leche, asegurando su di-  
gestión y aportando calorías (maltosa, dextrina, albúmina),  
vitaminas, fosfatos, sales de hierro y calcio naturales y asil-  
milables.

## como tratamiento

de la dispepsia, colitis y enterocolitis, en los trastornos por  
putrefacción y en otros muchos que no responden a trata-  
mientos clásicos y doctrinales este régimen, cómodo, agrada-  
ble y económico, le proporcionará seguros éxitos y agrada-  
bles sorpresas.



# MALTARINA

## El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - Reinosa -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos

# ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

# MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angioespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertonía esencial

**BALDACCI**  
**PISA**

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

## AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

## IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

## LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

## OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

## ZIMENA

hemostático fisiológico; inyectables 1 1/2 - 3 y 5 cc. y gotas.

## CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

## CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

## ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

## GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

## LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

## NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

## OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

**AGENTE PARA ESPAÑA:**

**M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID**

## MEDICINA INTERNA

**El tratamiento de la hemofilia por el extracto de ovario.**—A. ROVIRA. «Presse Médicale». 25 de Noviembre de 1932.

Fijándose en el hecho de presentarse esta enfermedad exclusivamente en el sexo masculino y en cambio transmitirla las hembras, llevó a los diversos investigadores, a pensar la influencia que podrían tener las hormonas ováricas en ésta, al parecer caprichosa forma de manifestarse la enfermedad.

En efecto, numerosas investigaciones experimentales llevadas a cabo sobre todo en ratas, por Birch, han comprobado la sospecha de Bertacelli.

Numerosos resultados favorables obtenidos en hemofílicos, merced a este tratamiento con inyecciones de extracto ovárico, han sido publicados en el año de 1931 por Birch y Nochhaus y más tarde por Kimm y Von Allen y últimamente en «El Policlínico» del 19-XII-1932, Bertacelli hace nuevamente hincapié sobre lo mismo.

Parece ser que la forma más eficaz en la administración del extracto ovárico, es la de poner inyecciones de 25 centigramos cada seis horas, y a partir del comienzo de la hemorragia, hasta que termine de sangrar, y en los días siguientes una inyección de 0,25 gramos por día.

No solamente sirve este tratamiento, para el tratamiento de las hemorragias producidas en los hemofílicos, sino también puede usarse a manera de profilaxis, en los casos que estos sujetos tienen que ser objeto de una intervención quirúrgica, aconsejan los autores, poner tres inyecciones de 25 centigramos cada una antes de la operación, distanciadas una de otra, de seis horas.

Este tratamiento carece de contraindicaciones y de complicaciones de ningún género.

**Efectos de la vagotonina en la hipertensión arterial.**—M. M. ABRAMI, SANTENOISE et BERNAL. «Presse Médicale». 1 de Marzo de 1933.

Sabido es que la vagotonina es una hormona pancreática, distinta de la insulina y de otras sustancias de acción hipotensiva inmediata (angioxil, padutin, etc.). La inyección intravenosa produce en la mayoría de los animales de experimentación un aumento grande de la excitabilidad refleja y del tono de los centros parasimpáticos, y en particular aumenta los efectos cardio-moderadores y vaso-depresores de los reflejos de Cyon y de Hering.

Los autores han probado los efectos de este preparado sobre la tensión arterial en 16 sujetos sanos con tensión normal y en 80 hipertensos de todas las categorías, jóvenes, ancianos, con lesiones concomitantes o no de arterias, de corazón o de los riñones.

La dosis empleada fué la de 20 miligramos la mayoría de las veces y otras la de 40, por vía subcutánea.

De sus ensayos sacan las conclusiones de que su acción es negativa en los sujetos de tensión normal; en cambio en los hipertensos provoca una caída lenta, progresiva y prolongada de la tensión arterial, su acción es más manifiesta en los simpáticotónicos. Parece ser un hipotensor regulador de la presión activa, sobre todo en los períodos de ascenso tensional.

Se puede saber si va a hacer efecto este preparado, por la constatación de un descenso marcado dos horas después de la inyección de 20 miligramos, y por lo tanto sirve como pauta tal descenso, de continuar o suspender el tratamiento.

No tiene su administración ningún peligro ni inconveniente grave, salvo en algunos casos la presentación de urticarias, que se puede prevenir, haciendo una vacunación antianafiláctica, por el método de Benedka.

**Clasificación clínica de las bronquiectasias; su tratamiento médico-quirúrgico y broncoscoiterapia.**—P. TOUSSAINT et DERSCHIED. *Presse Medicale*. 18 de Febrero de 1933.

Los autores hacen un estudio detallado de estas afecciones pulmonares de tanta importancia clínica, realizando el diagnóstico con los abscesos pulmonares y las pleuresías interlobares. Señalan el gran valor para el diagnóstico de la broncografía lipiodolada, según el método de Licard y Forestier, dan la norma a seguir en la técnica, para evitar serias complicaciones y obtener buenas radiografías, marcando las dos etapas de la impregnación pulmonar por el lipiodol en un sujeto normal, cual son en un primer tiempo la sombra denominada en ramas que traduce el relieve y trayecto del árbol bronquial y en un segundo, la fase de follaje, que corresponde a la impregnación del parénquima.

Hacen una clasificación de las bronquiectasias, basados en los datos clínicos y anatomopatológicos, consideran cuatro grupos: 1.º, una forma aguda infectada e infectante; 2.º, crónica infectada de cuando en cuando infectante; 3.º, una forma seca no infectada, y 4.º, bronquiectasias frustradas, realizan un estudio etiológico y clínico detallado de cada una de estas formas, indicando el tratamiento oportuno correspondiente, con los resultados obtenidos.

BAENA.

## TUBERCULOSIS

**Producción de la tuberculosis pulmonar crónica por exacerbación del complejo primario.**—H. H. KALBFLEICH. *«Deutch. Med. Wchr»*, 1933, núm. 10.

La importancia del complejo primario como origen de la difusión de la tuberculosis pulmonar, especialmente de la tuberculosis crónica, es interesante de estudiar.

No se refiere al complejo primario fresco del niño ni a la exacerbación de las metástasis del complejo primario, sino a la producción de la tuberculosis crónica a partir de dicho complejo endurecido, pareciendo que es raro este mecanismo.

Un seguro juicio, sobre la relación entre un brote fresco de naturaleza tuberculosa en pulmón y un complejo primario se puede establecer en los siguientes casos: 1.º Cuando hay manifiestas relaciones entre ambos; 2.º Cuando excepto el complejo primario, no hay en pulmón ningún otro foco, calcificado, caseoso, o lesión cavitaria; 3.º Cuando los ganglios linfáticos, regionales, no presentan alteraciones frescas, y 4.º Cuando en los órganos de la gran circulación no hay lesiones tuberculosas demostradas.

Concluye el autor diciendo que la exacerbación del nódulo pulmonar es muy rara, mientras que a partir de los ganglios afectados por el complejo primario, es más frecuente, ofreciendo en general una escasa tendencia a la difusión y por ello es excepcional considerarlo como el punto de partida de la tuberculosis pulmonar crónica.

**Valor de la reacción de Vernes a la resorcina en la tuberculosis pulmonar.**—MME. NADZIEJA BERDO. «Revue de la Tuberculose». Febrero, 1933.

Expone primeramente la naturaleza de la reacción y su técnica, pudiéndose afirmar que se trata de un sujeto tuberculoso, cuando el resultado obtenido es por encima de 30, sospechoso de tuberculosis entre 15 y 30, y por debajo de 15, se trata de sujetos normales. Cita opiniones de diversos autores y pasa después a exponer los resultados personales, llegando a los siguientes resultados en cuanto al valor de esta reacción.

No es específica de la tuberculosis pulmonar, habiendo encontrado un 40 por 100 de reacciones positivas en casos no tuberculosos, siendo siempre positiva en casos avanzados, mientras que en la mitad de las formas de comienzos, es negativa.

Es de utilidad, para la vigilancia de sujetos que se suponen sanos, así como para medir la actividad de una lesión tuberculosa y su carácter evolutivo, de donde una elevación de la curva indica una agravación de la enfermedad y al revés.

Sirve asimismo, para comprobar el efecto de un tratamiento, marchando de acuerdo con los demás medios de investigación y tendiendo la curva a descender en los casos buenos. Además, desde el punto de vista pronóstico, es practicable cuando las reacciones biológicas pueden fallarnos en los casos de anergia completa, marchando también de acuerdo con las manifestaciones clínicas.

**Método para evitar los exudados del neumotórax.**—UNVERRICHT y DOSQUET. «Deutch. Med. Wochr». 1933, núm. 12.

Comienzan exponiendo la frecuencia del exudado pleural, sus inconvenientes y peligros, desde la perturbación de las presiones intrapleurales, hasta la infección secundaria, y cuya producción unas veces es por deficiencia técnica, otras por defecto de asepsis, quedando una gran cantidad de casos en los que a pesar de practicarse las insuflaciones con el mayor esmero, sobreviene el derrame.

Exponen el siguiente concepto sobre la producción: La pleura sometida en el curso del neumotórax a una constante irritación por el gas introducido, conduce a su endurecimiento, lo cual es una barrera para la infección hematógena y linfógena, cuyo hecho debe tratarse de provocar precozmente.

Para ello, los autores, dicen que desde hace año y medio, introducen en cada nuevo neumo que practican, en la segunda o tercera insuflación, dos centímetros cúbicos de aceite de olivas esterilizado, para lo que después de haber introducido el gas, con una jeringuilla aplicada a la aguja de neumotórax, introducen el aceite.

Esto produce algunas molestias, dolores, temperatura y un exudado ligero que se reabsorbe en muy pocos días, dejando un engrosamiento pleural.

G.<sup>a</sup> LORENZANA.

---

**Phosphorrenal Robert**  
**Reconstituyente**

**Granular, elixir e inyectable**

---

## NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

**Estructura y sistematización de los gliomas y paragliomas.**—P. DEL RIO HORTEGA. «Archivos Españoles de Oncología», tomo II, cuaderno 3.<sup>o</sup>-4.<sup>o</sup>. Febrero, 1933.

No es posible dar en una «referata» un resumen siquiera de esta excelente monografía de 267 páginas. Sólo queremos llamar la atención sobre ella, que interesa, a nuestro juicio, no tan sólo al anatomopatólogo, sino al neurólogo, del mismo modo que al internista y al cirujano. Una de las cosas de que adolece el estudio de los blastomas encefálicos, es, a no dudarlo, la enorme cantidad de nombres que los autores han dado a estos tumores, nombres enrevesados casi todos, y sin que por otra parte, y esto es lo peor, signifiquen lo mismo para todos, puesto que se han descrito con nombres distintos los mismos tumores unas veces, y otras a distintas neoformaciones se les designa del mismo modo. Cierto es, que las discusiones que separan a los neurólogos, derivan en gran parte del distinto origen blastodérmico que asignan a los elementos normales del sistema nervioso, vicio de origen que necesariamente había de dar lugar a ese desorden que tan desagradablemente percibe el estudioso de estos problemas. Por eso, nadie mejor que P. del Río-Hortega, cuyos estudios marcan un jalón indeleble en la historia de los descubrimientos texturales nerviosos, para intentar la sistematización de los tumores encefálicos.

El ideal sería que el nombre elegido para designar un tumor implicara, no sólo su origen, sino su desenvolvimiento y posibilidades evolutivas. Este es el «sumun», a nuestro juicio, de cuanto hoy puede aspirar el clínico; conocida la naturaleza de un tumor, poder predecir su evolución, su desarrollo y sus límites, como conocimientos obligados de una científica indicación radiumterápica u operatoria. En las páginas de este trabajo, se vislumbra este desideratum, por lo que creemos que constituye una aportación tan valiosa como las monografías que Bailey y Cushing y Rouszy y Oberling, han dedicado al mismo tema.

Elimina de este estudio todos los tumores de origen mesodérmico, y entre los gliomas o tumores formados por elementos neuróglícos, estudia con todo detalle el glioblastoma, el astroblastoma, el astrocitoma, el oligodendrocitoma y el gliopitelioma. Y al lado de ellos, en el grupo genérico de los paragliomas, el neuroblastoma y neurocitoma formados por neuroblastos o por células ganglionares, el pineoblastoma y pineocitoma que derivan de gérmenes epifisarios, y el coroidopitelioma que lo hace del hepitelio de los plexos coroides. Y todos ellos, gliomas y paragliomas, referibles en última instancia al epitelio medular, fuente de origen de todos los elementos ectodérmicos del sistema nervioso.

En trabajos de P. del Río-Hortega, no hace falta añadir que van abundantemente ilustrados. 201 excelentes microfotografías aclaran la magnífica descripción histológica que hace de la materia estudiada.

**La forma narcoléptica de la hipoglucemia.** (Contribución al estudio del síndrome neurológico de la hipoglucemia).—G. MARINESCO, E. FAÇON, A. BRUCH et A. PANNESCO-PODEANO. «Annales de Médecine», t. XXXIII, núm. 2. Febrero, 1933.

Con motivo de un caso de sueño profundo sobreviniendo por accesos, provocado por una falta o por un retardo de la alimentación y combatido por la ingestión de alimentos, los autores estudian la influencia de la hipófisis sobre la glucemia y sobre la narcolepsia.

La ausencia de signos pancreáticos y suprarrenales, así como la presencia de discretos síntomas hipofisarios—hábito acromegaloide y silla turca ensanchada—, hacen verosímil la hipótesis de la dependencia pituitaria del cuadro clínico, una vez comprobada, por la investigación de la glucemia en ayunas y de la provocada, la existencia real de la hipoglucemia.

Más difícil es explicar el mecanismo por el cual las afecciones de la hipófisis conducen a hipoglucemia y narcolepsia. Para lo primero, los autores, siguiendo a Hous-say, Cowley, etc., afirman que la hipoglucemia es debida a una hipofunción hipofisaria; la hormona hipofisaria, en estado normal, mantiene el equilibrio hidrocarbonado, por su acción estimulante, mediante la excitación del vago, sobre la secreción insulínica del páncreas. Los signos acromegaloides no traducirían más que la acción efímera de un hiperfuncionamiento pasajero que puede existir en los comienzos de una distrofia hipofisaria con disminución funcional.

No se sabe bien por qué la hipoglucemia produce trastornos nerviosos. Probablemente no es por la propia carencia en glucosa del sistema nervioso como al principio se creyó, ni por la perturbación del equilibrio ácido básico. Quizás el aumento del cloro plasmático como consecuencia de la cloropenia tisular, que según Sigwald acompaña a la hipoglucemia, o perturbaciones del equilibrio del azufre que ahora empiezan a estudiarse, sean los responsables de esa acción sobre el sistema nervioso.

Clínicamente es bien conocida la presencia de narcolepsia en las afecciones de la hipófisis y región infundíbulo-tuberiana. Pero su mecanismo íntimo ha suscitado diversas opiniones. El sueño ha sido atribuido al acumulo de iones cálcicos cuya influencia sobre los centros hípnicos se conoce desde Cloeta y Thomann; pero si recordamos las investigaciones de Zondek demostrando que la hipófisis es un reservorio del bromo, cuya cantidad durante los estados de sueño está aumentada, y las investigaciones histológicas de Collin, que han probado la existencia de reacciones hipofisarias en el curso de la hipoglucemia, se podría admitir que la aparición brusca de un estado de hipoglucemia repercute sobre la hipófisis, que tiende a restablecer el equilibrio glucémico trastornado; estos esfuerzos reactivos conducirían a una abundante producción de secreción hipofisaria, y, por lo tanto, del bromo contenido en la misma secreción. Es esta una hipótesis de trabajo que merece ser sometida a un control clínico-experimental.

---

## *Imprenta Castellana*

*ofrece su incomparable instalación tipográfica, con toda la maquinaria y material renovados.*

*Cuenta con máquinas automáticas para grandes tiradas. - Talleres de Encuadernación, Estereotipia y Fotograbado, montados con los últimos perfeccionamientos del Arte de Imprimir.*

*Didan una demostración de cualquier trabajo.*

*Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27.  
Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.*

**Sobre una nueva reacción de precipitación de las globulinas en el líquido para el diagnóstico de la parálisis progresiva.**—L. CABITTO. «Rivista di patologia nervosa e mentale», v. XL, fasc. 3. Noviembre-Diciembre, 1932.

Propónese una reacción de las globulinas en el líquido céfalo-raquídeo por medio de una solución de ácido fosfomolibdico. Esta, que se conserva indefinidamente, se prepara vertiendo en 100 centímetros cúbicos de agua destilada, 0,50 gramos de ácido fosfomolibdico purísimo.

La técnica consiste en unir a 1 centímetro cúbico de líquido céfalo-raquídeo, 0,20 centímetros cúbicos del reactivo. En el punto de contacto de los dos líquidos, se forma un anillo más o menos espeso. Agitando la probeta, el anillo desaparece y si la reacción es positiva, se obtiene un enturbiamiento neto de todo el líquido, que llega al aspecto floconoso en casos de fuerte positividad. Si la reacción es negativa, el líquido permanece límpido.

Esta reacción es más sensible que las de Nonne-Apelt y de Weichbrodt y es positiva en la parálisis progresiva y en la tabes en el 100 por 100 de los casos, mientras que es negativa en otras enfermedades del eje cerebro-espinal.

**Enfermedad de Menier. Diagnóstico y tratamiento.**—C. C. COLEMAN AND J. G. LYERLY. «Archives of Neurology and Psychiatry», v. 29, núm. 3. Marzo, 1933.

Se hace una relación de 10 casos de sección intracraneana del octavo nervio para el tratamiento de la enfermedad de Menier. La operación no tiene peligros y la convalecencia ha sido rápida en todos los casos.

El diagnóstico se basa en la historia de ataques de vértigo violento acompañado de náuseas y vómitos, zumbidos en un oído y parcial sordera en el mismo lado.

Los vértigos han desaparecido a consecuencia de la operación; sin embargo, algunos pacientes han presentado ligera vacilación a los cambios bruscos de posición o a los movimientos rápidos. Esta vacilación tiende a mejorar con el tiempo. Los zumbidos, cuando no desaparecen del todo, mejoran en todos los casos. Con arreglo a la experiencia de los autores, la sección del nervio auditivo, constituye un progreso en el tratamiento de la enfermedad de Menier.

**La investigación capilaroscópica en psiquiatría.**—A. MARI. «Rivista di patologia nervosa e mentale», v. XL, fasc. 3. Noviembre-Diciembre, 1932.

Después de haber referido y discutido las investigaciones capilaroscópicas hasta ahora realizadas en el campo psiquiátrico, el autor comunica los resultados personales en 490 enfermos mentales.

Ha podido observar un porcentaje mayor de capilares anormales en la raíz ungual en los anormales más graves de la inteligencia, sean adultos o jóvenes, disendocrinos y epilépticos, en aquellos enfermos, pues, en los que hay graves anomalías del desarrollo, caracteres particulares de la piel, etc. En los distímicos, por el contrario, dementes precoces, postencefalíticos, anormales de inteligencia de medio

---

# ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa  
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

---

o leve grado, y anormales del carácter, se encuentran capilares anormales con mucha menor frecuencia.

Basándose en semejantes datos, el autor no puede asociarse a los que opinan que la presencia de capilares anormales del más alto grado, deba ser considerada como la demostración de la existencia de una detención del desenvolvimiento, y que admitiendo una relación, dado el común origen embriológico, entre piel y cerebro, reputan que a la detención del desarrollo de los capilares cutáneos pueda corresponder la del desarrollo psíquico.

El valor de la capilaroscopia, por lo tanto, no pasa de ser bastante modesto.

J. M.<sup>a</sup> VILLACIÁN.

## DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

**Sobre la patogénesis del psoriasis vulgar. Papel de sarampión en su patogénesis.—**

KLEIN UND STEINER. «Archiv. für Dermat. und Syphilis». Bd. 167, t. I. año 1933.

Los autores han encontrado que de 200 enfermos de psoriasis, 103 habían padecido el sarampión. Entre otros 200 sujetos no psoriásicos, que examinaron como control, 154 habían pasado el sarampión en alguna época de su vida.

De aquí infieren los autores que el sarampión confiere cierta defensa frente al psoriasis; ambas enfermedades—aventuran la hipótesis—, son enfermedades por clamidozoos. Esta hipótesis encontraría confirmación en los casos de psoriasis curados a consecuencia de la infección sarampionosa, como resulta de los datos estadísticos sobre el psoriasis de los niños y viejos.

Las tentativas del tratamiento del psoriasis por el suero de convalecientes del sarampión, han dado resultados nulos.

**La influencia de la guerra y del período siguiente sobre la difusión de la tuberculosis cutánea.—**K. G. LEDERMAUN. «Archiv. für Dermat. und Syphilis». Bd. 167, t. I. 1933.

Después de la declaración de la guerra, el número de casos de tuberculosis cutánea experimentó un sensible aumento con su acmé en los años 1919-20, momento en el que la inflación monetaria culminó con el mayor desarreglo económico y máxima pobreza.

Las formas más frecuentes eran linfomas y tuberculosis colicuativas.

A partir de 1920 las cifras disminuyen, en especial para las formas mencionadas sin llegar no obstante al nivel anterior a la guerra.

El lupus sigue la curva, pero sus oscilaciones son mucho menos acentuadas.

## FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

**La bacilemia y la fiebre leprosa.**—I. MARKIANOS. «Ann. de Derm. et de Syphil», t. IV, núm. 3. Mars. 1933, pág. 220.

Gougerot estableció en 1906 la existencia de una bacilemia leprosa, hecho confirmado por bastantes autores y discutido por otros.

El autor aprovechando el rico material de su servicio en la Estación antileprosa de Atenas, ha estudiado este punto llegando a las siguientes conclusiones:

Existen en el curso de la lepra una bacilemia y una fiebre leprosa.

La bacilemia leprosa es la regla en las formas tuberosas en el curso de los accesos febriles provocados por la enfermedad. No sucede lo mismo en las formas maculosas o mixtas ni en las formas puramente nerviosas.

En las formas de lepra tuberosa generalizada, existe una bacilemia larvada y latente sin reacción febril.

Se pueden observar complicaciones de lepra tuberosa por lepra nerviosa, después de un acceso febril y na bacilemia de algunas semanas.

El procedimiento de la gruesa gota de sangre, da excelentes resultados en la investigación de la bacilemia.

El tratamiento es simplemente sintomático.

**Coloración del «Spirocheta pallida» con el violeta de genciana diluido y alcalinizado.**

—M. ZINGALE.—«Il Policlinico» (Ser. Pratica), núm. 37, 1932.

Nuevo método de coloración del spirocheta. Las soluciones necesarias son las siguientes: a) Solución alcohólica de violeta de genciana a saturación, 10 gramos; agua de anilina filtrada, 100 gramos. M.—b) Solución de 1 por 2.000 de carbonato neutro de potasio en agua destilada.

Se prepara en el momento de usarlo, añadiendo el colorante a la solución alcalina en la proporción de una gota del primero por cada centímetro cúbico de la segunda.

Después de fijar el frotis a la llama, se vierten unas gotas de la mezcla colorante, calentándose la preparación hasta desprendimiento de vapores abundantes durante tres minutos. Lavar. Secar.

Observación con objetivo de inmersión.

Según el autor, puede hacerse fácilmente la diferenciación del spirocheta verdadero con los pseudospirochetes, lo que resolvería frecuentemente dificultades de todos conocidas.

**Goma sifilítico del riñón.**—MADERNA. «La Riforma Medica», núm. 1. 1933.

Hombre de 35 años, infectado 12 años antes, fué tratado de modo irregular e insuficiente. El autor ha estudiado bien este caso, haciendo todas las investigaciones precisas hasta establecer la naturaleza del proceso, tipo y extensión del mismo haciendo el diagnóstico diferencial con la tuberculosis renal, tumores malignos, infarto hemorrágico, litiasis renal, pielitis y pielonefritis gonocócica y colibacilar.

El tratamiento bismútico y yodurado confirmó el diagnóstico curando la lesión gomosa en plazo breve.

---

**ELIXIR "RECA"** Clorhidropéptico.  
 Producto del Laboratorio Cántabro.—Santander.

---

**El hígado en el tratamiento de la sífilis.**—P. BLUM. «Ann. de Maladies Vénériennes», núm. 11. Noviembre, 1932, pág. 805.

Buena revista general.

El estado del hígado desempeña un papel importantísimo en el tratamiento de la sífilis.

En todo sífilítico debe practicarse un examen clínico minucioso y realizar cuantas pruebas de laboratorio sean necesarias para establecer el valor funcional del hígado.

El autor considera erróneo el concluir «a priori» que este o el otro tratamiento es tóxico para el hígado.

No existiendo regla absoluta, no debe practicarse tampoco tratamiento sistemático.

Con gran sentido clínico, Blum, recomienda se estudie y tenga en cuenta la individualidad reaccional y posible afinidad del treponema hacia determinada viscera.

LEDO.

## OFTALMOLOGÍA

**La flora microbiana de la conjuntiva normal estudiada comparativamente bajo resultado de cultivo nasal.**—KEILTY (R). «American Journal of Ophthalmology». 1930. pág. 876.

Keilty se sirve de cultivos sobre placas al agar-sangre, habiendo encontrado que 57 por 100 de los sacos conjuntivales normales contenían uno o varios microorganismos en uno o en los dos lados, sin signos clínicos de reacción inflamatoria de la conjuntiva, mientras que en 43 por 100 eran absolutamente estériles.

Los microbios eran de débil virulencia, pero de la variedad supurante, con predominio el estafilococo hemolítico, característica de la flora nasal.

Un estudio comparativo de la flora nasal tomado de la misma serie, demostró que la fuente de infección provenía de las fosas nasales por la vía del conducto lagrimal.

## ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

**Aceite hígado de bacalo Egabro**, fosforado, aromatizado y dulcísimo. Única preparación mundial de tales caracteres. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica.

**Halitol:** Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima. Otitis, baños, heridas infectadas, etc. Infalible siempre.

*Laboratorio Egabro*

**CABRA (Córdoba)**  
(ESPAÑA)

**Dos casos de catarata congénita bilateral.**—FOUASSIER (R.). Societé d'Ophtalmologie de Lyon. Abril, 1931.

El autor presenta una observación con dos casos de catarata completa congénita en dos niños gemelos, de siete meses y medio de edad. Estos dos niños no presentan ninguna otra anomalía ocular. No acusan ninguna otra malformación congénita, salvo una bóveda palatina ojival bastante acentuada. Ambos gozan de salud perfecta y ninguna tara hereditaria familiar se encuentra, pues incluso tanto en la rama paterna como en la materna no se hallan indicios de haber padecido cataratas. Nada en sangre (W) y tampoco consanguinidad. Los padres igualmente gozando de buena salud.

Este es un caso muy interesante por la bilateralidad de las lesiones en los dos niños, la similitud de la forma de las cataratas en cada ojo y en los dos, ausencia de toda otra malformación congénita y ausencia total de herencia familiar.

**Epífora por atonía.**—FAZACAS (A.). (Kl. Mbl. f. A., t. 80, pág. 788, 1928).

Suele suceder que algunos sujetos que se quejan de lagrimeo pertinaz, fácilmente demostrable pero imposible de explicar, pues estando todo el aparato excretor lagrimal en buenas condiciones, la inyección pasa perfectamente bien a la nariz. Este lagrimeo, piensa Fazacas, que debe ser producido por una atonía del músculo de Horner, pues varias de sus fibras se insertan en la carúncula lagrimal y juegan un papel importante en la succión de las lágrimas. Ahora bien, la carúncula está frecuentemente en estado anormal; abultada, como inflamada, blanda. Esta atonía afecta sobre todo a las partes nasales del músculo.

Como tratamiento aconseja galvanizar el músculo una docena de veces, con dos miliamperios, durante dos o tres minutos. Los buenos resultados obtenidos con este tratamiento confirman la hipótesis de la atonía del músculo.

**El valor de la sedimentación de los glóbulos rojos de la sangre en las oftalmías.**—PAVKOVITS-BUGARSKY. «An. d'Ocul.», Abril, 1931.

La sedimentación de los glóbulos rojos de la sangre, ha dado buenos resultados y proporcionado excelentes servicios en diversas ramas de la Medicina pero hasta aquí ha sido muy poco utilizada en oftalmología. El autor ha investigado si la sedimentación podía ser utilizada en esta rama de la medicina para el diagnóstico diferencial, así como para el pronóstico de las diversas afecciones oculares. Como conclusiones cita: La velocidad de sedimentación está acelerada en las oftalmías tuberculosas, sifilíticas, reumáticas, en la iritis, etc.; lo está al máximo en las afecciones con derrame purulento; orzuelos, dacriocistitis, úlceras serpiginosas, etc.

El valor diagnóstico de la sedimentación es pequeño; su valor pronóstico es mayor, pues en las enfermedades con recidiva frecuente indica si la enfermedad está en vías de curación o si una recaída es de temer.

CILLERUELO.

---

# Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

---

## OTORRINOLARINGOLOGIA

**El problema amigdalár.—VULOVIC (L.).** «Otorrinolaringología Slávica», fasc. 1, página 3.

El autor supone que la función fisiológica de las amígdalas es todavía hipotética. Considera como función más verdadera la de inmunizar al cuerpo contra las infecciones que tienen de puerta de entrada los aparatos digestivo y respiratorio, y según los trabajos de Vos y Grivel y algunos hallazgos experimentales clínicos, sustenta también el autor la teoría de que las amígdalas influyen en la regulación del tránsito del crecimiento.

**Sobre las sustancias bactericidas en las amígdalas.—E. PRASEK Y ZUCK.**

La amígdala es un órgano expuesto a la penetración de bacterias que pueden reabsorberse y producir antígenos que conducen a una autoinmunización del organismo; según hipótesis basadas en trabajos, el autor que cree en la existencia en las amígdalas de una materia lipoidea bactericida y otras estafilocócicas y antracócicas, diferentes en cantidad en unos y otros estados patológicos amigdalares.

**Contribución a la fisiología patológica del asma.—A. SERCER.** «Otorrinolaringología Slávica», fasc. 1, pág. 29.

Después de un extenso estudio sobre investigaciones espirométricas, asienta el autor las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Que la respiración de los asmáticos está caracterizada por fuerte hiperventilación de los pulmones y por la alta situación de la corriente respiratoria. La hiperventilación sobrepasa a veces el máximo fisiológico también alrededor del cien por cien. Los asmáticos espiran, por lo tanto, durante la tranquilidad la mayor parte del aire de reserva. Existe pues una analogía entre la respiración de los asmáticos y la respiración nasal dificultosa; esta última está caracterizada por hiperventilación del pulmón y por la situación alta del aire respiratorio.

La respiración asmática es en su forma una respiración bucal de máxima potencia. La respiración nasal puede contribuir de dos maneras en el desarrollo del asma o en el agravamiento de la enfermedad ya existente:

1.<sup>o</sup> En la respiración por la boca, las partes inferiores del aparato respiratorio están sometidas a irritaciones directas químicas, térmicas o mecánicas.

2.<sup>o</sup> Durante la respiración nasal dificultada, falta o es menos fuerte, respectivamente, el regulador profundo o normal de la respiración, consistente en la vía del trigémino-frénico-reflejo.

En consecuencia práctica se puede tener la regla que en los asmáticos debe la respiración llevarse por el camino fisiológico.

BERCERUELO.

## ODONTO-ESTOMATOLOGIA

**El tricloroetileno; nuevo medicamento para tratar la neuralgia del trigémino.**—SAMUEL M. GORDON. (Chicago), «España Odontológica». Enero, 1933.

El autor hace un estudio farmacológico del medicamento, refiere sus experimentos que concluyen con los siguientes resultados.

1.º El tricloroetileno, en dosis de cuarenta gotas tomadas en inhalación, no produce efectos sobre la sensibilidad táctil.

2.º La sensibilidad al dolor está muy disminuída.

3.º El tricloroetileno no tiene acción selectiva sobre el trigémino; la sensibilidad al dolor, en las regiones que ninguna relación tienen con el trigémino, disminuyen también.

4.º Las zonas de sensibilidad normal menor, que fueron comparadas con algunas del trigémino, sufrieron una depresión mayor que las zonas sensibles de la zona del trigémino.

5.º Esta analgesia parcial, dentro y fuera de la región del trigémino, puede durar desde treinta minutos hasta varias horas, según el sujeto.

6.º Inhalaciones repetidas, durante varios días consecutivos, no producen efectos depresivos progresivos sobre la sensibilidad de una zona al estímulo doloroso.

El tricloroetileno en las dosis administradas, producía más efectos que el éter, que el ácido acetilsalicílico y que la amidopirina, en la sensación al dolor sordo; los fenómenos subjetivos que se producen al inhalar la droga, indican la existencia de una acción central.

**Tratamiento de la piorrea alveolar y procesos supurativos por medio del «Rincopyn».**

MASCIAS AGUILAR. «La Odontología». Febrero, 1933.

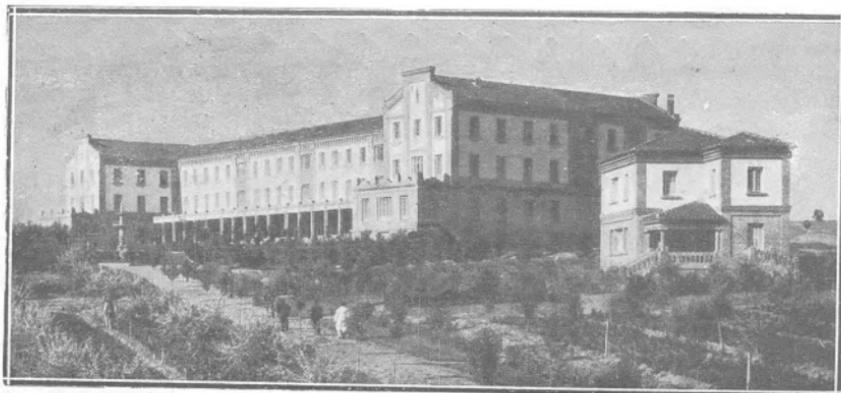
El «Rincopyn» es un agua minero-medicinal, que en la actualidad ha comenzado a explotar en las Islas Canarias una fuerte empresa Hispano-alemana, registrándose internacionalmente con dicho nombre.

Los efectos curativos, sobre los procesos supurativos, parecen ser excelentes. El autor de este artículo refiere varios casos de piorrea alveolar por él tratados con gran éxito; igualmente cita otros varios de curaciones mediante el «Rincopyn» de amigdalitis, blenorragias, forúnculos, etc.

La nueva revista bimensual «Prótesis», editada con sumo gusto, viene a llenar una necesidad muy sentida en la clase odontológica; su éxito, está avalado por prestigiosos colaboradores, tales como Abarca, Landete, Pesquera, etc.

FERNÁNDEZ MARTÍN.





## Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

**Director: Doctor Mariano Górriz**

Servicio médico permanente. Gabinetes de especialidades (radiología, oftalmología, odontología, etc.). Laboratorio. Tratamientos modernos de las psicosis. Malarioterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunicola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.),

**Pabellón completamente independiente para enfermos de ingreso voluntario agotados, neurosis, psiconeurosis, etc,**

Detalles y correspondencia: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA** - Apartado 66 - Teléfono 87

**PALENCIA**

BRONQUITIS  
CATARROS

**PULMO-HIDRATOL**

TUBERCULOSIS  
GRIPPE

**INYECTABLE INDOLORO**  
**NIÑOS ADULTOS**

**3 FÓRMULAS:** Simple -:- Con lecitina -:- Infantil

Debido a que en esta fórmula balsámica se ha conseguido incorporar la **HIDRASTINA**, podemos asegurar que con su uso no se presenta la resecación producida por el Gomenol.

Producto del Laboratorio **SUR DE ESPAÑA** -:- Dr. Dávila, 40 y Joaquín Dicenta, 5.-MÁLAGA

**LIBROS RECIBIDOS**

**Profesor J. BAUER.**—*Patología constitucional.*—Influencia de la predisposición en las enfermedades internas. Traducción de la última edición alemana, revisada y anotada por el profesor E. Oliver Pascual. Un volumen de 858 páginas con numerosos grabados. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1933.

**Profesor L. BORCHARDT.**—*La constitución individual ante la clínica.*—Tratado de las relaciones existentes entre el desarrollo del cuerpo y la enfermedad. Traducción de la 2.<sup>a</sup> edición alemana por Fred. Reber, con la colaboración de J. Núñez Torano. Un volumen de 410 páginas con 73 figuras en el texto. Editorial Plus-Ultra. Madrid, 1933.

**Academia de Medicina de Barcelona.**—Sesión pública inaugural, 29 Enero 1933.

**Dr. JOSE M.<sup>a</sup> LOREDO.**—*La Oficina de Farmacia Española.*—Suplemento 1932.

Anunciaremos dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares, o la índole de la obra lo requiere.

Tous le ouvrages dont nous recevrons un exemplaire seront annoncés deux fois dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised twice in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

# PRODUCTOS "ROCHE"

## PANTOPON "ROCHE"

Totalidad de los alcaloides del opio en forma soluble e inyectable. Todas las indicaciones del opio y de la morfina sin sus inconvenientes

## DIGALENE "ROCHE"

Acción digitálica total y constante  
Afecciones del sistema circulatorio, cardiopatías, neumonías, etcétera, etcétera

## Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

# NOTICIAS

---

---

El próximo mes de Mayo se dará en la Facultad de Medicina de Valladolid, Cátedra de Medicina Legal, un cursillo sobre «Accidentes del trabajo agrícola», para médicos y alumnos de último año de Medicina.

La matrícula, que podrá hacerse en el Decanato de la Facultad, a partir del 24 del corriente, es gratuita, y únicamente tendrán que acreditar los solicitantes el haber terminado los estudios de la carrera o hallarse cursando el último año.

Un certificado de asistencia será expedido a la terminación del cursillo, a quienes por su asiduidad se hagan acreedores al citado documento.

## PROGRAMA DEL CURSILLO

Notas preliminares, sobre la agricultura, obreros del campo, accidentes agrícolas y médicos.

Concepto del accidente del trabajo.—Legislación española.

Obreros y trabajos comprendidos en la legislación de accidentes del trabajo agrícola; lesiones a que éstos pueden dar lugar.

Estado anterior.—Tuberculosis, sífilis, gonococia, reumatismo, diabetes y tumores, en sus relaciones con los traumatismos.—Pseudo accidentes y muerte.

El estado posterior al accidente.—Incapacidad temporal.

Incapacidades permanentes.—Valoración.—La hernia accidente.

La actuación del médico en los accidentes del trabajo agrícola. Asistencia, certificados, informes escritos y verbales.—El médico y la prevención de accidentes.

Enfermedades profesionales en la agricultura.—Enfermedad accidente.

La nueva ley para los accidentes de la industria, en su aplicación a ciertos casos de la agricultura.

Se harán ejercicios prácticos sobre las materias que se hayan explicado.

Las lecciones del programa detallado anteriormente, serán explicadas por el profesor auxiliar de la cátedra, **doctor don Vicente de Andrés Bueno**.

El catedrático **doctor don Ricardo Royo-Villanova y Morales**, dará la conferencia de clausura del cursillo sobre el tema siguiente: **La electricidad atmosférica y la insolación como productoras de accidentes del trabajo agrícola**.

Primera lección, el lunes 8 de Mayo, a las siete de la tarde.

---

El Delegado del Instituto IbyS-Thirf, don Manuel Cantuche, ha trasladado su domicilio a Fray Luis de León, 28.

---

Los datos recogidos de la Dirección General del Instituto Geográfico Catastral y de Estadística permiten establecer ya el siguiente avance sobre la biología de la nación durante el pasado año.

El número de nacidos vivos fué de 670.525 o sea 21.459 más que en el año anterior; el de nacidos muertos, 22.054 o 1.194 más que en 1931; y el de personas fallecidas por todas causas, 388.895 o sea 19.716 menos que en 1931.

El excedente de nacidos vivos sobre defunciones fué de 281.630.

Por tanto los índices demográficos y sanitarios más importantes derivados de estas cifras para el conjunto de las 50 provincias españolas son:

**Natalidad.**—28,3 por 1.000 habitantes (aproximadamente igual que en 1931; 28,29).

**Mortinatalidad.**—31,8 nacidos muertos por cada 1.000 nacidos (31,1 en 1931).

**Mortalidad por todas causas.**—16,44 por 1.000 habitantes.

La baja de este coeficiente, el menor con gran diferencia que se registra en la historia demográfica del país, con relación al del año 1931 (17,81) supone unos 31.000 fallecidos menos en España.

**Mortalidad infantil.**—112 fallecidos de menos de un año por cada 1.000 nacidos vivos, asimismo la cifra inferior registrada (117 en 1931).

A continuación se indican las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes para las causas de defunción comprendidas en cada una de las rúbricas de la Nomenclatura abreviada en los años 1931 y 1932.

Tasa por 100.000 habitantes de defunciones por alguna de las causas determinadas en la Nomenclatura internacional abreviada:

	1932	1931
Fiebre tifoidea y paratífica .....	13,10	15,57
Tifus exantemático .....	0,03	0,02
Difteria .....	4,74	5,26
Gripe .....	20,89	32,10
Tuberculosis del aparato respiratorio .....	93,73	106,65
Otras tuberculosis .....	28,84	26,70
Sífilis .....	2,68	2,46
Paludismo .....	1,29	1,59
Cáncer y otros tumores malignos.....	66,78	73,28
Reumatismo crónico y gota .....	2,01	1,76
Diabetes azucarada .....	9,38	9,44
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebral	136,56	147,54
Enfermedades del corazón.....	201,79	210,88
Enfermedades del hígado y de las vías biliares ...	18,38	22,14
Debilidad congénita, vicios de conformación congénita, nacimiento prematuro, etc. ....	70,27	76,75

En el año considerado fallecieron por septicemia puerperal referidos a 1.000 nacidos en el año correspondiente 2,0 (2,3 en el año 1931).

Por otros accidentes puerperales fallecieron: 1,4 y 1,4 también en el año anterior.

La cifra obtenida para los suicidios es de 3,5 por 100.000 habitantes, 3,5 también en 1931. Esta cifra, indudablemente, sufrirá alteración al publicarse en datos definitivos; por muertes violentas, excepto suicidio y homicidio, 29,3 por 100.000 habitantes (30,0 en 1931).

La senilidad ha disminuído en su representación proporcional, 5,3 por 100 del total de defunciones (6,0 en 1931), y las enfermedades no especificadas o mal definidas, 3,6 por 100 (2,2 en 1931).

Por cada 100 defunciones por todas las causas, ocurrieron:

	1932	1931
Por tuberculosis del aparato respiratorio .....	5,7	6,0
Otras tuberculosis .....	1,5	1,5
Cáncer y otros tumores malignos.....	4,1	4,1

	1932	1931
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebral...	8,4	8,3
Enfermedades del corazón.....	12,3	11,8
Diarrea y enteritis .....	11,5	11,4
Nefritis .....	3,3	3,2
Debilidad congénita y vicios de conformación congénitos, nacimientos prematuros, etc. ....	4,3	4,3

**Prémier Congrès français de thérapeutique.**—Un Congrès de thérapeutique se tiendra à Paris, du lundi 23 au mercredi 25 octobre 1933, sous la présidence de M. le Professeur Loeper, président de la Société de thérapeutique.

Des rapports y seront présentés sur les sujets suivants; 1.º Traitement parentéral de l'ulcus gastrique; 2.º Les associations médicamenteuses; 5.º Traitement des colibacillooses; 4.º Les adrénalines; 5.º Les ondes courtes en thérapeutique; 6.º Traitement des radiodermites.

Le programme détaillé sera donné ultérieurement; pour renseignements s'adresser à M. le D. G. Doin, éditeur, trésorier du Congrès, 8, place de l'Odéon, Paris, 6.º.

# Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ÚLCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ÚLCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER**, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

# ANTIBLEFARINA

LITERATURA,  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)