

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

M. BAÑUELOS GARCÍA.— <i>Nuevos datos sobre la patología y clínica de la ración proteínica</i>	329
MARCOS M. ESCOBAR — <i>Valor diagnóstico de la exploración radiológica en las estrecheces del esófago</i>	339
DANIEL CALERO.— <i>Hemoptisis en tuberculosis pulmonar</i>	355
DR. B. DE M.— <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	362

VARIA

<i>El seguro de enfermedad, por el doctor Iñigo</i>	367
<i>Previsión Médica Nacional</i>	370

NOTICIAS.....	371
---------------	-----

Intestinol ^{Henning}

Secretina

estimula la secreción
biliar y pancreática

Pancreatina

digiere la grasa, albúmi-
na e hidratos de carbono

Sales biliares

aumentan la secreción
pancreática y biliar y
activan los fermentos.

Carbón animal

combina las sustancias de
la putrefacción y los gases
intestinales.

Preparado de Páncreas, Secretina, y Carbón

contra

Desórdenes de la digestión
Dispepsia, Meteorismo
y sus derivaciones



DR. GEORG HENNING FABRICA QUIM. Y FARM. BERLIN-TEMPELHOF

Muestras y Literatura: GUILLERMO HOERNER, Apartado 712 - BARCELONA.

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 1/4 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

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.Na.

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, NIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y literatura al autor: LABORATORIO BENYIU. Manuel Silveira, 1.-VIADRIU

LOS TUMORES DEL CEREBRO

por el

Dr. L. Puusepp

Un tomo en cuarto, de 634 páginas, ilustrado con 221 grabados en el texto. Rústica, 45 pts. Tela, 48. Pasta, 50.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA

por el

Dr. J. Janet

Un tomo en cuarto, de 552 páginas, ilustrado con 143 grabados en el texto. Rústica, 30 pts. Tela, 34. Pasta, 35.

TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA

por los doctores

Enriquez, Laffitte, Laubry y Vincent

Cuatro tomos en cuarto. Publicados el primero, segundo (1.^a y 2.^a partes) y tercero (1.^a parte). Los 4 volúmenes publicados: Tela, 249 pts. Pasta, 253 pts.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y VENÉREAS

por los doctores

E. Lesser y J. Jadassohn

(14.^a edición)

Dos tomos en cuarto. Publicado el segundo, de 568 páginas y 93 grabados. Rústica, 41 pts. Tela, 45. Pasta, 47.

TRATADO DE OBSTETRICIA

por el

Dr. S. Recasens Girol

Un tomo en cuarto, de 1.208 páginas, 430 grabados en el texto y 20 láminas en negro. Rústica, 80 pts. Tela, 85.

LOS RAYOS ULTRAVIOLADOS EN TERAPÉUTICA

por el

Dr. J. Saidman

Un tomo en cuarto, de 740 páginas, ilustrado con 190 grabados y 4 láminas en negro. Rústica, 42 pts. Pasta, 46.

TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA

por los doctores

L. Testut y A. Latarjet

(9.^a edición)

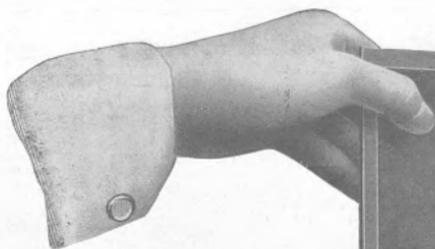
Cuatro tomos, con un total de 5.062 páginas, ilustrados con 4.432 grabados. Rústica, 304 pts. Tela, 324. Pasta, 328.

GERIATRÍA

por el

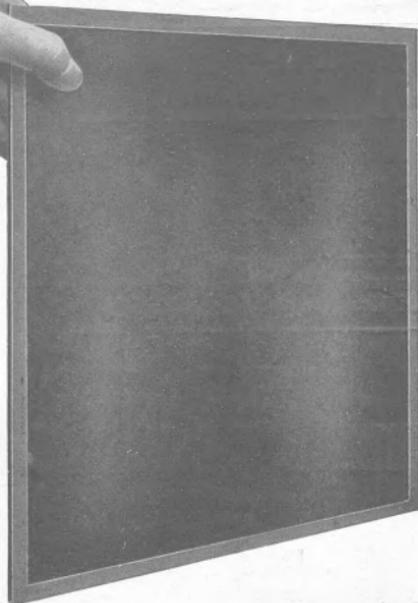
Dr. M. W. Thewlis

Un tomo en cuarto, de 368 páginas, ilustrado con 24 grabados intercalados en el texto. Rústica, 20 pts. Tela, 23.



Este pequeño antidifusor a rejilla, según el Dr. Lysholm, de Estocolmo, es de una precisión incomparable, y lo forman 1.000 finísimas láminas de plomo de 0,40 milímetros de espesor y 2 milímetros de altura

Peso: 800 gramos



POR FIN LLEGÓ

EL

ANTIDIFUSOR ECONÓMICO

PARA

RADIOSCOPIA

Y

RADIOGRAFIA

tan ansiado por los poseedores de instalaciones roentgenológicas modestas

Dimensiones: 35,5 por 43 cm.

Precio: Ptas. 725

FACILIDADES DE PAGO

REPRESENTANTES GENERALES PARA ESPAÑA:

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

CENTRAL: MADRID. FUENCARRAL, 43

BARCELONA, VALENCIA, SEVILLA, BILBAO, VIGO y LISBOA

Nuevos datos sobre la patología y clínica de la ración proteínica

por M. BAÑUELOS GARCÍA

Catedrático de Clínica Médica en la Universidad de Valladolid

En estos tres años últimos se han hecho aportaciones muy interesantes al estudio de la ración proteínica, como factor determinante de un mayor y más rápido crecimiento y de un acortamiento o alargamiento de la vida, y además como factor de primera categoría en la producción del edema del hambre y también en la génesis de las llamadas anemias de nutrición.

Resulta por lo tanto, de estos nuevos estudios y conocimientos que la ración proteínica puede ser factor de primera categoría en el crecimiento, en la duración de la vida, en la producción de edemas y, además, en la génesis de ciertas anemias.

Los estudios experimentales, que han servido de base para aportar estos conocimientos y transportarlos después a la clínica humana, se han hecho en ratas de laboratorio, por ser animales de vida corta, de desarrollo rápido, de gasto pequeño y que permiten llegar pronto por consiguiente a conclusiones experimentales, de valor decisivo. Pero estos resultados obtenidos de modo experimental no pueden de ninguna manera ser trasplantados a la Patología humana, sin antes haber sido observados en la clínica humana, y muchos de los resultados obtenidos han sido corroborados por las observaciones clínicas en el hombre, de tal modo que constituyen un adelanto y un progreso efectivo en la ciencia de la nutrición del hombre y en la clínica en las enfermedades de la nutrición.

Era curioso averiguar cuál era la ración de proteínas más conveniente para el sostenimiento de un animal, calculada en el tanto por ciento de la ración tomada, y a este efecto, los estudios experimentales de Slonaker demuestran que las ratas, a través de varias generaciones obtienen un crecimiento más rápido y un mayor peso con una ración alimenticia en la que las proteínas entren en la proporción del 14 por 100, siendo un hecho curioso que disminuyen de peso cuando la cantidad de proteínas, que se les da es mayor, en proporción a la ración total. Y por otra parte también disminuye el peso con dietas inferiores. Además los animales todos de experimentación, vivían durante más tiempo con esta ración del 14 por 100 de proteínas; pero las hembras cuando estaban lactando tenían más leche cuando se les daba mayor cantidad de proteínas, no siendo la cifra del 14 por 100 la cifra óptima para obtener mayor cantidad de leche; sino una cifra más alta. Pero la fertilidad de los animales y su fecundidad

tenían también su punto óptimo en la cifra del 14 por 100 en la ración alimenticia. Estos mismos resultados han sido comprobados y corroborados por los experimentos realizados por Schmith y por Möise.

Schmith y Jackson han estudiado el influjo que sobre el crecimiento ejerce el agua, demostrando que, el valor de las proteínas queda anulado, cuando el animal de experiencia no ingiere la cantidad de agua necesaria, y los animales permanecen detenidos en su desarrollo y crecimiento; pero además se pudo comprobar en estos experimentos que algunos órganos del cuerpo aumentan de peso, mientras otros disminuyen; siendo los órganos que mejor retienen el agua y mejor conservan su peso el cerebro, el estómago y los pulmones.

Con estos conocimientos se vienen a corroborar hechos observados en el hombre, especialmente en el niño, cuando se les somete a una dieta deshidratante; y que nosotros hemos comprobado repetidas veces en adolescentes y en jóvenes adultos; y todavía son más desagradables otros fenómenos que se presentan con motivo de exicosis moderadas o acentuadas.

La cantidad de agua que un animal ingiere, y en el hombre sucede otro tanto, debe guardar una estrecha correlación con la alimentación y especialmente con la alimentación de proteínas. Y así resulta que en ciertos animales, como por ejemplo en los ratones, tomaban siempre 1,3 gramo por cada gramo de alimento sólido; manteniéndose esta proporción de modo constante, cualquiera que fuera la alimentación; y aunque la alimentación fuese deficiente.

Naturalmente, que las cifras obtenidas en los animales, como cifras óptimas, para el mantenimiento de la vida y para el crecimiento, etcétera constituyen índices biológicos, no solamente de tipo de especie; sino incluso individuales, por lo que cuando se pasa de una especie animal a otra las cifras varían; y así por ejemplo Milne probó, que para el mejor crecimiento y desarrollo y más larga vida de los pollos la dieta de proteínas debe oscilar alrededor del 30 por 100 y nunca pasar del 50 por 100; pues entonces el desarrollo se hace mal, como también se hace de manera defectuosa, cuando la dieta de proteínas es muy baja y no llegan ni al 5 por 100. Otro hecho muy interesante demostrado en relación con la alimentación proteínica, y válido sobre todo para la época del crecimiento, ha sido demostrado por Prentice y Baskett, los cuales han probado que, las raciones con pequeñas cantidades de proteínas permiten un crecimiento mayor, cuando al mismo tiempo se administran sales suficientes en la alimentación a los animales de experiencia.

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Jones y Nelson han realizado también estudios muy interesantes acerca del valor nutritivo y alimenticio de las gelatinas. Partieron para sus estudios del hecho observado en los muchachos jóvenes, en colegios, asilos y orfanatos, que sienten una gran aversión por la alimentación con gelatinas; resistiéndose a comerlas. Y del resultado de las experiencias realizadas, aparece ello justificado; porque las gelatinas, aun en grandes dosis, no permiten el crecimiento de los animales de experimentación, y tampoco de la gente joven. En cambio resulta muy activa para estimular el crecimiento de las personas jóvenes y de los animales de experimentación la caseína de la leche; por lo que puede explicarnos por qué los niños sienten tanta atracción por los preparados de leche, y el placer con que los ingieren.

Investigaciones realizadas para descubrir cuál era la causa del efecto excitante que sobre el crecimiento ejerce la caseína, han permitido demostrar a Rose que no es debido a ninguno de los aminoácidos que entran en la constitución de esa proteína, sino que por el contrario la caseína por sí sola no es suficiente para estimular el crecimiento y que necesita de un factor desconocido que la active.

Las investigaciones realizadas para llegar a estos conocimientos permitieron también descubrir que existen varios aminoácidos, que no son necesarios en la dieta, para los efectos del crecimiento; y estos aminoácidos innecesarios son: el ácido dicarboxílico, la prolina, la oxiprolina, la arginina, el ácido aspártico y el ácido glutámico.

Hasta aquí los efectos que sobre el crecimiento y el desarrollo se obtienen por una dieta de proteínas, buscando la alimentación óptima.

En cuanto a la calidad de las proteínas, han sido los autores chinos, y sobre todo Wu, Wan y Chen los que han hecho estudios interesantes valiéndose de la pobreza en que se desenvuelve la vida en China, para la mayor parte de la población; y de estos estudios se deduce la necesidad de la alimentación animal para obtener un rápido crecimiento y poca mortalidad en ciertos animales de experimentación, como las ratas, las cuales crecen menos y mueren en más número, cuando se les alimenta con dieta vegetariana.

Resultados análogos han podido demostrar estos autores chinos, y otros de la misma nacionalidad, en el hombre.



DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VAGOTONIL

DEL DOCTOR GRAÑO

Estracción de OVARICO total. (TIPO). Estracción de VALERIANA; Estracción de BELLADONA; LUPINAL. (En grageas, de 4 a 12 diarias.)

Resultados análogos han obtenido en los niños los autores norteamericanos Stearns y Moore; y además otros autores norteamericanos, tales como Limson y Jackson han probado, con estadísticas, y de manera concluyente, que con dietas pobres en proteínas se detiene el crecimiento de los niños.

Nosotros, en menor escala, pero ya en un número bastante crecido de niños, hemos podido observar hechos semejantes y, además, el rápido crecimiento y desarrollo extraordinario, adquirido por tales niños, que permanecían retrasados en su desarrollo, debido a una dieta pobre en proteínas, cuando al cambiarles la dieta, se les suministraban las proteínas suficientes: grasas, hidratos de carbono, agua y sales, en condiciones convenientes para producirles su desarrollo.

Desde el punto de vista clínico, son extraordinariamente interesantes los resultados observados en la clínica infantil por Zook, el cual ha descrito un cuadro clínico, característico del niño alimentado con déficit de proteínas, en el cual solamente los pies y el cráneo muestran el desarrollo que les corresponde con arreglo a la edad, en comparación con los niños bien alimentados, mientras que las restantes partes del cuerpo presentan un menor desarrollo.

Finalmente, Smith ha probado que el hígado crudo contiene un factor importante para el crecimiento de los niños de pecho, y que este factor pasa de la madre al niño por la secreción láctea de la madre; pero esta sustancia activadora del crecimiento del niño, no parece que sea de naturaleza proteínica.

Examinemos ahora los resultados de las nuevas investigaciones sobre la acción patógena de las proteínas en exceso, y sobre la acción patógena que ejercen ciertas proteínas especiales lesionando determinados órganos.

Investigaciones de Newburgh y Johnston sobre la posible acción nefropática de las proteínas, muy admitida en la clínica actual, les ha permitido obtener las siguientes conclusiones: no parece que la acción tóxica que se ejerce por las proteínas sobre el epitelio renal esté en relación con la cantidad de proteínas, sino más bien con la clase de proteínas; y en este sentido parece ser que las albúminas constituyentes del hígado son las que poseen mayor poder tóxico sobre el riñón, y por eso resulta peligrosa la ingestión de grandes cantidades de hígado para la célula renal, hecho de importancia considerable en la actualidad, en que para tratar las anemias de toda clase se usan numerosos preparados de hígado. De las

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

investigaciones realizadas por los autores aludidos, parece ser que es el nucleinato sódico, precisamente, el que administrado en grandes cantidades ejerce acciones más deletéreas sobre el epitelio de los riñones.

Aparte de estas consideraciones, las investigaciones de los últimos años no han aportado ningún dato favorable para la admisión de que la alimentación habitual de proteínas, pueda llegar a producir efectos patológicos; y Bischoff llega a poner en duda el que la alimentación normal de proteínas, aun en ligero aumento, pueda considerarse como causa de la arterioesclerosis y de la esclerosis de riñón, opinión que concuerda con la sostenida por nosotros reiteradas veces, y que está en desacuerdo con la admitida habitualmente por la mayor parte de los tratadistas.

En cambio parece plenamente demostrado, según las investigaciones de Barker, que con la dieta pobre en proteínas se facilita la degeneración grasa del hígado en caso de que esté expuesto por acciones tóxicas a sufrir esta degeneración.

La ración proteínica no puede estudiarse aisladamente y sin ponerla en relación con otros factores de la alimentación del hombre y de los animales, y así hemos mencionado ya el efecto acelerador que para el crecimiento ejercen determinadas sales, y al mismo tiempo se ha demostrado también la importancia que tiene en ingerir determinada cantidad de agua, y en otras ocasiones el efecto activador que ejercen factores desconocidos; pero tenemos que estudiar también el efecto de otros elementos, que intervienen en la alimentación del hombre, tales como los hidratos de carbono y las grasas.

Estudios de Keeton y Johnson han demostrado que la actividad y la energía de los animales exige un equilibrio entre las raciones de proteínas, grasas, hidratos de carbono y agua y, además, que este equilibrio se conserve dentro de ciertos límites, cuestión por lo demás ya fijada para el hombre, con motivo de los estudios realizados acerca del metabolismo de los diabéticos. Y aquí aparece la necesidad del consejo médico en la alimentación del hombre, y no sólo del hombre, sino también de los animales, cuyo instinto nos maravilla. Kon ha realizado investigaciones muy interesantes en los animales para averiguar si ofreciéndoles raciones de distinta

FERMENTOS LÁCTICOS

VIAN

Para combatir con éxito la diarrea infantil

composición, en tanto por ciento, aunque teniendo los mismos alimentos, elegían ellos la dieta o alimentación más favorable para su crecimiento y desarrollo. Pues bien, el resultado de las experiencias fué que los animales escogían instintivamente una dieta que se había demostrado que no era la más conveniente para su crecimiento y desarrollo, de donde se deduce lo falaz de los instintos en este sentido. Pero en cambio la dieta elegida correspondía mejor a una mayor fecundidad.

De modo que el instinto de los animales parece orientado, en este aspecto que estudiamos, a procurar una alimentación favorable a la conservación de la especie; aunque no la más favorable a la conservación del individuo.

La ración de grasa en la alimentación, en combinación con la ración de proteínas debe alcanzar una cifra, para que la ración proteínica sea eficaz para mantenimiento de la normalidad fisiológica; pues en caso contrario ésta padece.

Las grasas en déficit en la alimentación originan una enfermedad por carencia, que se conoce hoy con el nombre de «enfermedad de la grasa», bien fijada en sus características clínicas por los estudios de Burr, y que puede curarse con la administración de ácidos linoleico y linoleínico.

La enfermedad se caracteriza por astenia, que constituye el síntoma predominante, aparecen también alteraciones de la piel; y en los animales de experimentación, necrosis de la cola, se detiene el crecimiento; y si la enfermedad avanza aparecen hematurias y cada vez síntomas más numerosos.

Colocado el sujeto de experiencia en estas condiciones, o el hombre que se preste a estas investigaciones experimentales, se puede demostrar que, el cuerpo forma grasa a expensas de los hidratos de carbono de la alimentación; pero esta grasa no contiene los ácidos activos indispensables para curar la enfermedad, y estos ácidos deben ser suministrados con grasa exógena, ya que el organismo es incapaz de fabricarlo, al fabricar la grasa que fabrica de manera endógena, a expensas de los hidratos de carbono.

Según Burr no son solamente los ácidos linoleico y linoleínico, los

DE ACTUALIDAD MEDICA
PARA EL REUMATISMO LOS

POLISANTICILATOR

100
Na K 18 10
Ca

PINZA

mujano

que son indispensables para el crecimiento humano, sino que probablemente existen otros ácidos, aún no conocidos ni fijados de manera científica, los que son también indispensables para que el organismo mantenga el crecimiento y la vida.

En cuanto a la enfermedad conocida con el nombre de «edema del hambre» han sido los médicos chinos modernos, educados en las nuevas Universidades establecidas allí por Norteamérica y países de la Europa Central, los que aprovechando la gran miseria, en que se desenvuelve la vida china, para la mayor parte de sus habitantes, han realizado investigaciones muy interesantes acerca del papel que juega la pequeña cantidad de albúmina en la alimentación para el desarrollo del edema del hambre. Lin ha publicado en 1931 el resultado de sus investigaciones en los chinos, que padecen el «edema del hambre», y los resultados son, que la sangre de estos chinos tiene un nivel de albúmina muy bajo, y el balance nitrogenado resulta negativo. Dando en la alimentación a estos enfermos proteínas abundantes, se cura rápidamente la enfermedad.

Estudios de Lin y Wan han demostrado con el resultado de sus investigaciones en 1932, que el edema del hambre aumenta extraordinariamente su gravedad, en todos los síntomas del cuadro clínico, cuando se somete durante siete días a los enfermos a una dieta carente de proteínas; pero los síntomas cesaron rápidamente en todos los enfermos, cuando se les dió un gramo de proteínas por kilo de peso; haciendo la curiosa e importantísima observación de que esta cifra era bastante, cuando las albúminas administradas eran albúminas animales. En cambio si las proteínas eran vegetales, se necesitaba doble cantidad de albúminas.

Youmans ha demostrado que el edema del hambre se presenta con mayor frecuencia en la mujer; y sobre todo en primavera, y además ha probado que aparece con mayor facilidad el edema del hambre, cuando el sujeto ha vivido toda su vida con un régimen pobre en proteínas.

Investigaciones de Lepore han fijado el hecho interesante de que el edema del hambre se produce cuando las proteínas bajan en 4 por 100 y se aumenta el cloruro de sodio.

La relación que existe entre la anemia perniciosa y la ración proteínica, ha sido objeto últimamente de investigaciones muy interesantes; pareciéndose deducir que la anemia perniciosa se origina en un déficit alimenticio debido a trastornos gastrointestinales.

Según investigaciones de West y Howe la anemia perniciosa se debe a

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

que no se permite la unión del grupo pirrólico con el hierro; y la acción de los preparados de hígado se limitan a permitir esta unión.

Según estos autores resultaría esto así; porque en los preparados de hígado existe un ácido tribásico, cuya acción sobre la médula ósea daría lugar también a la formación de reticulocitos.

Naturalmente, que esto, sólo por lo que tienen relación entre la anemia perniciosa y la ración proteínica; pero está plenamente demostrado que la anemia perniciosa está en relación también, de modo especial, con el metabolismo mineral, especialmente de los metales hierro y cobre; pero además con el cobalto; y no serían suficientes de por sí estos elementos, para influir en la mejoría de la anemia perniciosa, si no influyesen también sobre la misma determinados aminoácidos, cuyo estudio aún no se ha fijado de modo definitivo.

Queda, pues, el problema de la anemia perniciosa en relación con la ración proteínica en pie y sujeto a nuevas investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- SLONAKER.—«Amer. J. of Physiol» 1931.
 SMITH AND JACKSON.—«Amer. J. of Physiol» 1931.
 SMITH AND MOISE.—«J. of Nutrition» 1931.
 MILNE.—«Sci. Agr.» 1932.
 PRENTICE AND BASKETT.—«Annual Reviv of Biochemistry» 1933. Capítulo Nutrition.
 JONES AND NELSON.—«J. Biol Chem.» 1931.
 ROSE.—«Yale J. Biol. Med.» 1932.
 WU. WAN AND CHEN.—«Chinese J. of Physiol» 1932.
 WU AND WAN.—«Chinese J. of Physiol» 1932.
 STEARNE AND MOORE.—«Amer. J. Diseases Children» 1931.
 LIMSON AND JACKSON.—«J. Nutrition» 1932.
 ZOOK.—«Amer. J. Diseases Children» 1932.
 SMITH.—«Annual Review of Biochemistry» 1933, citado.
 NEWBUGH AND JONSTON.—«Amer. J. of Physiol» 1931.
 BISCHOFF.—«J. Nutrition» 1932.
 BARKER.—«J. of Clin. Investi.» 1932.
 KEETON, ETC.—«Amer. J. of Physiol» 1931.
 KON.—«J. of Bioch» 1931.
 BURR.—«J. Biol. Chem.» 1930 y 1932.
 LIN. TSAI AND WAN.—«Chinese J. of Physiol» 1932.
 JOUMANS.—«J. of Amer. M. A.» 1932.
 LEPORE.—«Proc. Soc. Expte. Biol. Med.» 1931.
 WEST AND HOWE.—«J. Amer. M. A.» 1931.
 BING AND MENDEL.—«A. J. of Physiol» 1931.

HEPATORRADIL

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FÓRMULA: Principios solubles de hígados frescos. - Extracto de malta sometido a la acción de los rayos ultravioleta. - Iodo naciente (métodos BEAUDIN y COURTOT). - Arsénico. - Fósforo. - Calcio y jarabe de rábano perfeccionado. (VITAMINAS A. B. C. y D.)

LABORATORIOS GRAINO

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

3.^a 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.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

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

Schering



Urotropina Schering

El producto original de pureza absoluta

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

Valor diagnóstico de la exploración radiológica en las estrecheces del esófago

por el doctor Marcos M. ESCOBAR

Radiólogo del Hospital y de los Sanatorios psiquiátricos de Palencia

Tan insidioso es algunas veces el comienzo en las enfermedades del esófago, y tan limitada su semiología, que el clínico tiene que poner en práctica toda clase de medios de exploración de dicho órgano cuando necesita precisar un diagnóstico.

El dolor espontáneo o provocado y la disfagia, son los síntomas más importantes de la mayoría de las enfermedades del esófago, pero tanto el dolor como la disfagia son dos síntomas subjetivos cuyo valor es relativo, porque su intensidad y localización no siempre guarda relación con la naturaleza, gravedad y sitio de la lesión; así vemos cómo en los grandes neuropatas las contracciones espasmódicas de esófago producen estrecheces pronunciadas que se manifiestan por dolor y por disfagia intensa con todas las consecuencias, como si se tratase de un cáncer cuyas vegetaciones neoplásicas dan lugar a una estenosis grave.

A los distintos medios físicos de exploración puestos en práctica hasta hoy día para diagnosticar las estrecheces del esófago, hay que sumar uno nuevo que está ya sancionado por la clínica por su gran valor, y es la exploración radiológica.

La palpación inmediata del órgano, por mucha práctica que se tenga, aparte de proporcionar muy pocos datos, siempre resulta incompleta, toda vez que solamente es asequible a dicha exploración su porción cervical y la parte más alta de su porción torácica.

La auscultación practicada al nivel del cuello, en la región dorsal o al nivel del apéndice xifoides, haciendo beber al mismo tiempo al enfermo una pequeña cantidad de agua, es un medio de exploración que apenas se emplea, porque los datos que nos proporciona tienen poco valor y su interpretación es muy confusa.

El cateterismo, que se practica a ciegas por medio de sondas, nos manifiesta el sitio donde la estrechez está localizada, y algunas veces el grado de la misma, pero su empleo no siempre está libre de peligros, como ocurre en las estrecheces producidas por la compresión de un aneurisma de aorta, y aun empleando catéteres semiblandos pueden vencerse estrecheces que después dificultan su extracción, dar lugar a falsas vías y hasta perforaciones de esófago, por eso creemos no debe practicarse nunca el cateterismo esofágico sin haber hecho antes exploración radiológica, y clínicos como el notable otorrinolaringólogo de la Universidad de Lovaina, doctor Guns, afirma que siempre debe ser proscrita.

La esofagoscopia es un medio de exploración de gran aplicación, gracias al cual podemos muchas veces ver la lesión y determinar el sitio y grado de una estrechez, pero unas veces por las dificultades que hay que vencer para su empleo, y otras por estar contraindicada por su peligro, hay que renunciar a su práctica; la secreción abundante y continua de moco, que se presenta en todos los casos de estrechez, obstruye los tubos del esofagoscopio a pesar de la constante limpieza, la oposición rotunda de algunos enfermos, el neurosismo de otros ante la presencia de los aparatos que han de tragar, y el difícil empleo en las personas de cuello corto y grueso, de columna vertebral apenas movable, dan lugar a que muchas veces no se puedan utilizar; además está contraindicada en los enfermos de aortitis, aneurisma de la aorta, dilatación de la aurícula izquierda, cardíacos con lesiones no compensadas, tuberculosos avanzados, enfisema pulmonar, estenosis laríngea y traqueales, en ciertos bocios exoftálmicos, estados de caquesia, viejos, niños y en ciertas lesiones de boca y faringe.

La exploración radiológica es, sin duda de ninguna clase, un medio de reconocimiento de las estrecheces del esófago, del que no podemos prescindir en la práctica, toda vez que gracias a él no solamente podemos diagnosticar la existencia de esta lesión, sino que también nos permite apreciar su localización, forma, grado, extensión, relaciones que tiene con los órganos vecinos (tráquea, bronquios, aorta, mediastino) y en muchos casos hasta su naturaleza, además de no ir acompañada de peligro alguno, y que los enfermos aceptan de buen grado.

Como todos los medios de exploración necesita su aprendizaje y el dominio de la técnica, que únicamente se adquiere con la práctica, así como la interpretación diagnóstica de las imágenes, nosotros hacemos en todos los casos, primero radioscopia, y después radiografía; esta misma teoría seguimos en las exploraciones del estómago, y procedemos así, porque creemos que de otra manera la exploración radiológica sería incompleta. Casi siempre colocamos al enfermo de pie, en posición oblicua anterior derecha, preferimos esta postura porque con ella obtenemos una imagen muy clara de esófago, únicamente utilizamos la posición anterior, en las exploraciones de la región subdiafragmática; estando a sesenta centímetros de distancia del foco en contacto con la pantalla y puesto en marcha el aparato, le hacemos tomar una pequeña cantidad de papilla hecha con sulfato de bario, de consistencia fluida, para que su paso a través del esófago no sea rápido, a la vez que llena por completo la cavidad; y al mismo tiempo que observamos atentamente esófago y el paso de la papilla, hacemos girar lentamente al enfermo buscando la distancia mayor entre aorta, por delante, y columna vertebral, por detrás, que nos permita ver mejor dicho órgano; hallada aquélla, procuraremos inmovilizarle; hecha radioscopia detenida disponemos el aparato, montamos el chasis y hacemos tomar nuevamente al enfermo una cantidad grande de papilla para hacer radiografía.

Como todos sabemos que el esófago es un conducto músculo-membrano-

so, de forma cilíndrica, que en estado normal presenta cinco estrecheces principales, que la exploración radiológica nos manifiesta de una manera clara: la nivel del cartílago cricoides (boca del esófago), del cayado de la aorta, del sitio de cruce con el bronquio izquierdo, del orificio diafragmático y del cardias.

Cuando hacemos tomar a una persona sana una papilla muy flúida de sulfato de bario, observamos cómo pasa rápidamente a lo largo del esófago, a la manera que el agua desciende por un tubo, sin que para nada intervenga su peristaltismo, y sin apreciar apenas detención alguna en las estrecheces fisiológicas (radiografía número 1).

Cuando la papilla tiene una consistencia más sólida, apreciamos mejor su paso desde la boca a faringe e hipofaringe penetrando en esófago, que recorre con rapidez empujada por las contracciones peristálticas de aquél, que partiendo en la boca esofágica, mueren en cardias, al nivel del cayado aórtico sufre una pequeña detención, pero pronto se dilata el esófago, y penetrando en su parte vertical, desciende con más rapidez hasta llegar al cardias, donde se detiene en algunos casos un poco, dando lugar a una imagen en forma de punzón que desaparece rápidamente al abrirse, entrando en el estómago la papilla, formando un verdadero chorro que se estrella contra la pared gástrica (radiografía número 2).

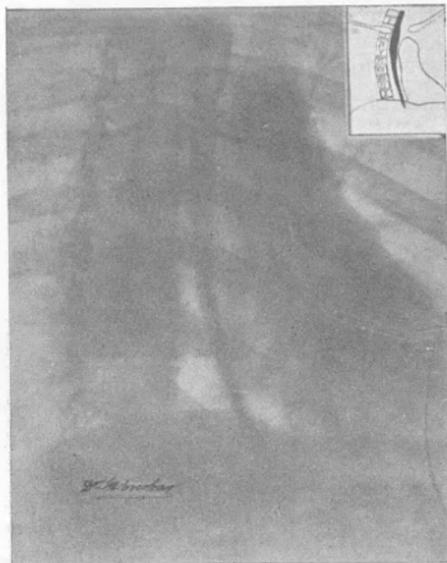


Radiografía núm. 1

Se calcula que el tiempo que normalmente tarda la papilla el recorrer todo el tronco esofágico (cuya longitud en el adulto es de 28 a 30 centímetros) varía entre seis a diez segundos, dependiendo, como es natural, de la consistencia, sabor y temperatura de la misma. Respecto a configuración de la luz esofágica, hemos de manifestar que las exploraciones radiológicas demuestran que la porción cervical está casi siempre cerrada y sus paredes en contacto; en la región de tránsito hacia la porción torácica, la mucosa forma pliegues longitudinales; a la altura de la segunda o tercera vértebra dorsal manifiesta una dilatación en luz abierta, pero la dilatación principal la apreciamos de la cuarta a la novena vértebra dorsal, por donde hemos dicho desciende la papilla con gran rapidez. También nos manifiesta la exploración radiológica que el esófago no permanece en íntimo contacto con la pared anterior de los cuerpos vertebrales hasta el nivel de la octava vértebra

dorsal, como en la mayoría de los tratados de Anatomía se afirma, toda vez que podemos observar en el vivo existe una separación, siendo de cinco a seis centímetros al nivel de la novena vértebra dorsal (radiografía número 2).

El orificio superior (boca esofágica) corresponde por delante al borde inferior del cartilago cricoides, y por detrás, al cuerpo de la séptima vértebra cervical, y el inferior (cardias) se halla situado a la izquierda de la línea media, correspondiendo a la décima o undécima vértebra dorsal por su parte posterior, y por delante a la extremidad interna del séptimo cartilago costal y del sexto espacio intercostal izquierdo.



Radiografía núm. 2

En los casos en que existe una estrechez, vemos cómo la papilla, al llegar al sitio de aquélla se detiene llenando el esófago, y luego cómo va pasando apreciando bien su grado, su extensión, localización y forma, así como la dilatación que en ciertas variedades se produce por encima de la parte estrechada.

Para mejor comprensión de nuestro trabajo, clasificaremos en tres grupos las estrecheces del esófago, teniendo en cuenta las causas de su producción: 1.º Espasmódicas. 2.º Orgánicas, y 3.º Mecánicas.

Estrecheces espasmódicas. — El esófago es un órgano que por su constitución anatómica y por la fun-

ción que desempeña es asiento de contracciones anormales o espasmos, que al disminuir su cavidad producen la estrechez consiguiente.

Numeroso es el grupo de espasmos esofágicos que con frecuencia observamos en la clínica, ya como manifestación sintomática de enfermedades de los centros nerviosos (encéfalo, bulbo o médula), o de estados infecciosos o tóxicos que actúan sobre el sistema nervioso central o periférico, o directamente sobre el esófago, en las dispepsias gástricas o intestinales, en las enfermedades de los órganos sometidos a la acción del simpático abdominal y últimamente en las esofagopatias (úlceras, cauterizaciones, cuerpos extraños enclavados en la pared, inflamaciones periesofágicas). Pero además existe otro grupo menos numeroso de espasmos, llamados esenciales, porque los trastornos esofágicos no parecen depender de enfermedad alguna ni de lesión del órgano, y constituye o parecen constituir toda la enfermedad, cuando realmente lo que algunas veces ocurre es que desconocemos su origen, sin que dudemos que en todos estos casos el factor neuropatía ocupa un lugar

importante, bien en la génesis, bien en la persistencia de los fenómenos espasmódicos, aunque el estímulo espasmógeno se inicie por una lesión muy pequeña.

Los espasmos o contracciones espasmódicas de esófago producen estrecheces ligeras y de poca duración en algunos casos, puesto que nunca llegan a la obliteración de su cavidad, pero en otros, los espasmos son tan frecuentes y duraderos, y las estrecheces tan pronunciadas, que dan lugar a verdaderas estrangulaciones, son formas graves de estrecheces de esófago que evolucionan como espasmos permanentes a consecuencia de los cuales se producen dilataciones por encima de la parte estrechada.

Esta variedad, aunque poco frecuente, se observa en individuos jóvenes, sobre todo mujeres, y en los neurópatas comprobados.

El espasmo total del órgano se presenta con relativa rareza; lo más frecuente es que se localice en aquellos sitios donde ya existe alguna estrechez fisiológica. Los espasmos que se producen en la boca del esófago y al nivel del cayado aórtico, son menos frecuentes y producen una estrechez muy ligera; en cambio, el cardio-espasmo, o mejor dicho freno-espasmo, llega a producir verdaderas estrecheces. La exploración radiológica nos permite precisar con toda clase de detalles su diagnóstico.

La papilla de contraste, después de llenar el esófago, llega al sitio de estrechez limitada a una porción pequeña del órgano, pero tan intensa, que llega a obstruir casi por completo su luz, terminando en su parte supra-espasmódica en punta cónica de contornos regulares; siempre hay dilatación supraleSIONAL, variable según el grado de estrechez y tiempo que lleva el espasmo, en la que se distinguen bien las contracciones peristálticas que al principio son poco profundas, pero poco a poco se van haciendo más enérgicas, hasta lograr vencer la resistencia que la parte espasmodizada opone al paso de la papilla, entonces observamos cómo aquélla se abre cual si fuera una válvula, y la papilla pasa ampliamente entrando en el estómago en forma de bocanadas.

TOSFERINA

SANOFERINA en ampollas de 5 c. c.

Precio: [5 pesetas; por correo 5,50

Muestras y literatura: Farmacia de su autor

A. MARTÍN MATEO

Santiago, 41 - VALLADOLID - Tel 1844.

Estrecheces orgánicas.—Son consecuencia a lesiones de distinta naturaleza, que al localizarse en el esófago disminuyen su cavidad, las más numerosas son las estrecheces de origen neoplásico (cáncer), aunque poco frecuentes; pueden ser de origen sifilítico o tuberculoso, en este grupo se incluyen también las estrecheces cicatriciales, y nosotros incluimos las de origen congénito.

La exploración radiológica nos permite observar en las estrecheces producidas por carcinoma esofágico, cómo la papilla, impulsada por las contracciones peristálticas, llega al sitio estrechado donde se detiene, toda vez que las ondas peristálticas terminan bruscamente sin conseguir dilatar nunca la estrechez de la luz esofágica, pasando después, lenta y continuamente, por un conducto estrecho, tortuoso, a veces filiforme, de contornos irregulares asimétricos, donde se aprecian las estrecheces y dilataciones que producen las vegetaciones neoplásicas, terminando en su parte inferior en punta gruesa o irregular; la extensión de la estrechez, su forma y grado, dependen, como es natural, de la variedad clínica y de la invasión de la neoplasia. Generalmente se localiza en tercio inferior de esófago y cardias, cuya localización hemos observado con más frecuencia; en esta variedad apenas se manifiesta dilatación esofágica por encima de la lesión, porque la estrechez cancerosa nunca es tan completa, y por lo tanto la papilla no se queda retenida por tanto tiempo, ni en gran cantidad, y además porque su evolución es más rápida.

La sífilis esofágica es una localización poco frecuente; Guiser, en una estadística, de mil radioscopias de esófago cita una sólo de sífilis esofágica. Suele ser una manifestación tardía de la sífilis adquirida, cuyas lesiones consisten en infiltraciones extensas de la pared esofágica, en gomas que pueden abrirse en esófago; la esofagitis esclero-gomosa produce retracción cicatricial de esófago, y la estrechez consecutiva, transformándole en un conducto duro, en los casos observados, se aprecia que la estrechez presenta contornos más redondeados y lisos que el cáncer. Puede el radiólogo, en estos casos, diagnosticar la estrechez, y con la ayuda del Laboratorio y la clínica, formularse un diagnóstico etiológico.

La tuberculosis primitiva del esófago es una enfermedad muy rara, casi siempre secundaria a una tuberculosis pulmonar o mediastínica; generalmente la estrechez se limita a una pequeña porción de esófago como un anillo que le apretase, de contornos lisos que a la exploración radiológica se aprecia muy bien. La estrechez cicatricial se localiza en cualquier sitio del conducto esofágico, presentando casi siempre una imagen radiológica de forma cónica alargada, de contornos lisos y regulares; puede manifestar dilatación supralesional en los casos en que la estrechez es muy pronunciada y antigua, por perder la tonicidad de las fibras musculares a consecuencia de la lucha contra el obstáculo que han tenido que vencer.

En este grupo incluimos las estrecheces congénitas, que aunque poco frecuentes se observan algunos casos en la práctica; contados son los casos

publicados de esta variedad de estenosis, tanto en la literatura española como extranjera, según hemos podido comprobar al examinar una extensa nota bibliográfica sobre estrecheces de esófago. El doctor J. M. Madinaveitia presentó en el año 1929 un caso de estrechez congénita de esófago en la Academia Médico-quirúrgica Española (1), los doctores Arce publican otro en un niño (2), nosotros poseemos uno muy interesante cuya observación y radiografía hemos publicado (3).

Estrecheces mecánicas.—Numerosas son las causas que producen las estrecheces mecánicas al disminuir la luz de la cavidad esofágica, bien intrínseca o extrínsecamente; las primeras son producidas por la introducción de cuerpos extraños (huesos, monedas, trozos de hígado y dentadura) que al obstruir el conducto producen una estrechez que puede aumentarse por la inflamación de la mucosa y las contracciones esofágicas al quererse librar del cuerpo extraño; las segundas producen la estrechez por compresión. Entre las enfermedades que producen esta clase de estenosis, tenemos los aneurismas de la aorta, bocio interno, quiste hidatídico, pulmonar, sarcoma pulmonar, dilatación de la aurícula izquierda, tumores del mediastino, abscesos fríos de origen vertebral, y con menos frecuencia, pneumotorax, pleuresías y derrames pericárdicos; en todos estos casos, la estrechez está limitada a una parte determinada de esófago, abarcando solamente a veces un lado; la imagen de la estrechez presenta contornos lisos y regulares, generalmente redondeados.

Indudablemente en todos estos casos, la exploración radiológica es el mejor medio de comprobación y el primero que se debe poner en práctica antes de hacer nada, toda vez que nos diagnostica de una manera detallada su existencia y localización, pues no es el primer caso de enfermos que sienten las molestias de su presencia después de haber descendido a estómago.

OBSERVACIONES CLINICAS

Estrechez espasmódica.—Enferma de 49 años, muy desnutrida y pálida. Hace tiempo manifiesta una disfagia intensa que apenas la permite tomar alimentos, y vómitos alimenticios frecuentes, unas veces al poco tiempo de tomarles y otras pasadas varias horas; la exploración radiológica practicada en proyección oblicua anterior derecha, siguiendo la técnica expuesta, nos manifiesta de una manera clara una estrechez muy pronunciada de esófago en la parte inferior de su porción abdominal, cuya imagen radiológica es típica de esta variedad de estrecheces por espasmo de cardias; observamos cómo termina en forma de cono alargado de contornos lisos y regulares, y por encima de la estrechez una gran dilatación en forma de saco, constituyendo un verdadero megaesófago, estando completamente lleno, como em-

(1) Sesión del 27 de Enero.

(2) *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. Agosto, 1931.

(3) *Medicina Latina*. Madrid, 1929.

butido por la papilla de nitrato de bario, apreciándose muy bien las contracciones peristálticas, que cuando son enérgicas vencen la estrechez, y abriéndose el cardias como una válvula permite el paso de gran cantidad de papilla a estómago; en este caso el cardio-espasmo es tan pronunciado y se manifiesta desde el primer momento, que apenas permite el paso de la papilla a estómago (radiografía número 3). Estos enfermos manifiestan síntomas clínicos similares a los del carcinoma de esófago, disfagia continua, vómitos frecuentes, dolores en epigastrio, gran desnutrición; una exploración radiológica bien hecha puede precisar el diagnóstico etiológico.



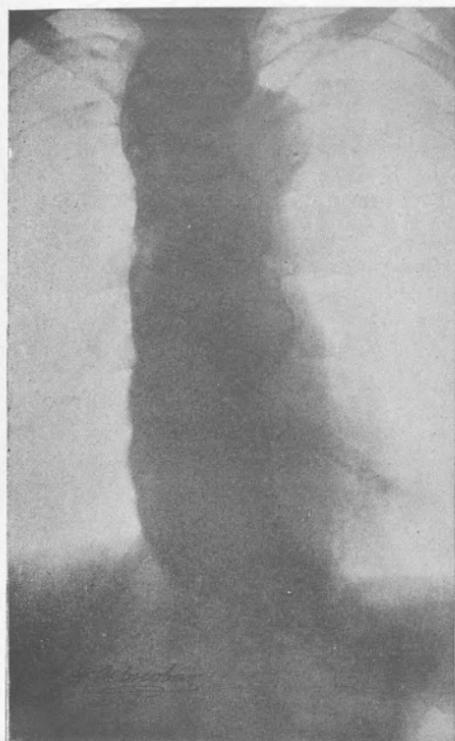
Radiografía núm 3

La misma observación (radiografía número 4).—La proyección anterior nos manifiesta igual imagen esofágica y nos permite ver cómo la papilla pasa a estómago al cesar el espasmo que producía la estrechez.

Estrecheces mecánicas.—Enferma de 53 años de edad. La exploración radiológica de torax, en proyección anterior (radiografía número 5), nos permite precisar la existencia de un voluminoso aneurisma de aorta ascendente y gran dilatación de cayado aórtico, causa de todos los síntomas que la enferma manifiesta; en proyección oblicua anterior derecha (radiografía número 6) se observa cómo la aorta casi toca la columna vertebral, y comprimiendo esófago, produce una estrechez localizada a una parte limitada que da lugar a la retención de la papilla por encima del cayado.

Niño de ocho años de edad. Hace cinco meses deglutió una moneda de cinco céntimos que tuvo retenida en boca esofágica (sitio frecuente de localización) y que toleró sin grandes molestias (radiografía número 7).

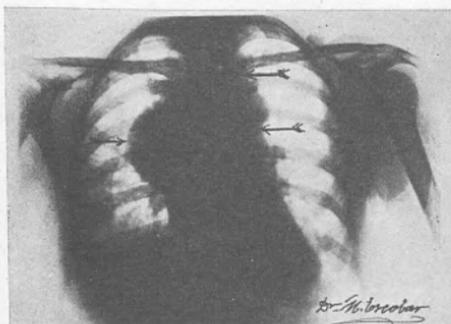
Estrecheces orgánicas.—Neoplásicas. Enfermo de 68 años, sin antecedentes patológicos, viene manifestando desde hace seis meses una disfagia de intensidad variable, por lo cual solamente toma papillas y alimentos muy blandos, a pesar de lo cual su aspecto es bueno, pues apenas existe desnutrición; no tiene dolores ni vómitos, por exploración radiológica diagnosticamos la existencia de una estrechez esofágica localizada en su porción torácica, cuyo grado, forma y extensión, se aprecia de una manera clara; la imagen es característica de las estrecheces neoplásicas, con sus bordes irregulares y la terminación supra-lesional gruesa (radiografía número 8).



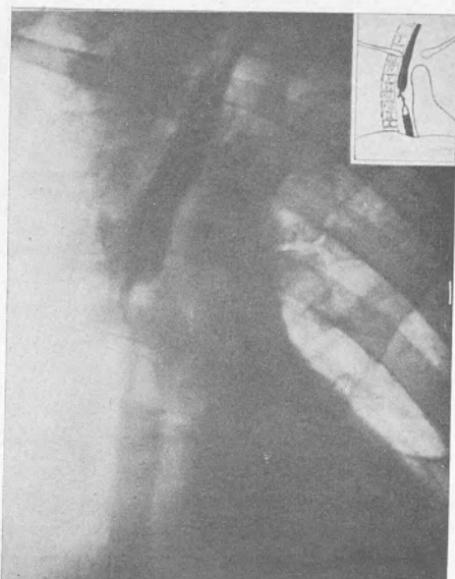
Radiografía núm. 4



Radiografía núm. 6



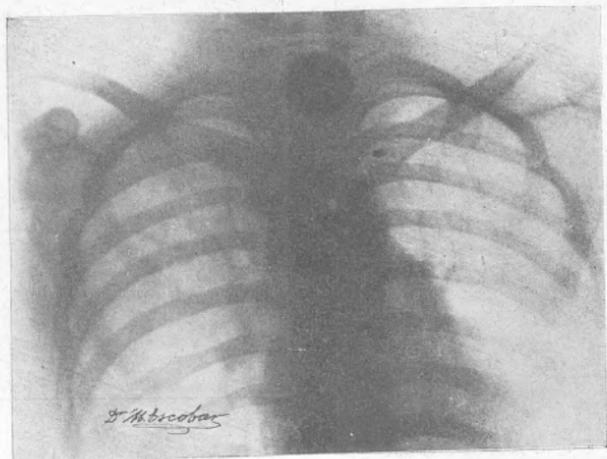
Radiografía núm. 5



Radiografía núm. 8

Enferma de 45 años, algo desnutrida (radiografía número 9). La imagen es demostrativa de un cáncer de cardias que ha invadido la porción diafragmática, cuya destrucción produce una estrechez muy pronunciada, causa de la retención de la papilla que llena el esófago.

Enfermo de 50 años, desnutrido, con disfagia intensa y vómitos frecuentes (radiografía número 10). La lesión neoplásica es tan extensa que invade toda la porción diafragmática de esófago, llegando a cardias; la imagen

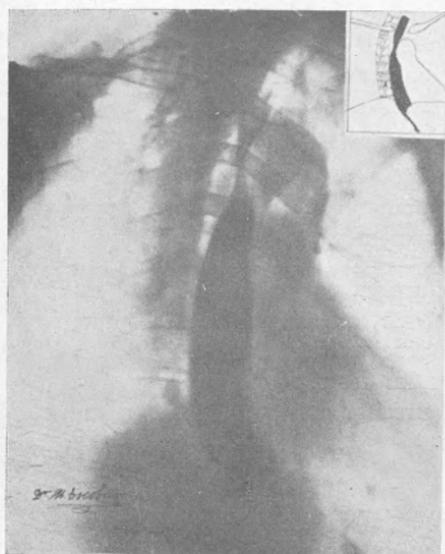


Radiografía núm. 7

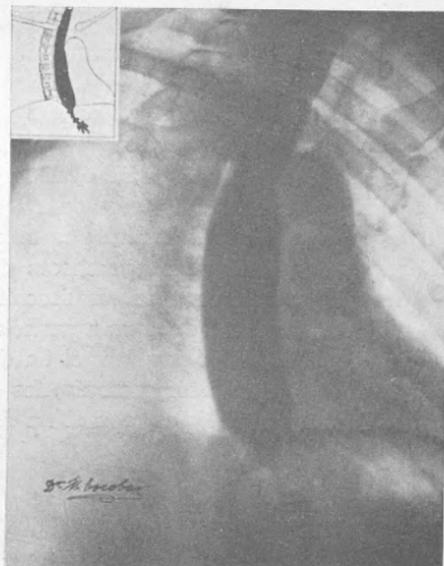
radiográfica presenta todos los caracteres típicos de una estrechez por cáncer. Únicamente nos llama la atención la dilatación supralesional del esófago, aunque su extremo terminal es grueso.

Enfermo de 57 años de edad (radiografía número 11). En el presente caso las lesiones localizadas en cardias y propagadas a la porción diafragmática de esófago producen una estrechez muy pronunciada, de contorno irregular, dentellado; el esófago, lleno de papilla, manifiesta una imagen normal que termina en extremo grueso. El paso de la papilla por la estrechez es continuo debido a la insuficiencia del cardias, como ocurre en el píloro en los casos de cáncer.

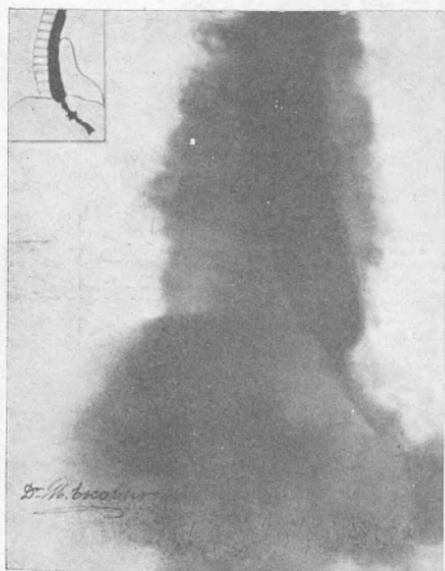
2.º *Orgánicas congénitas.*—Joven de 21 años de edad, no ha padecido enfermedad alguna ni ha sufrido quemaduras; desde la infancia manifiesta una disfagia permanente, que sólo le permite tomar alimentos líquidos y semi-líquidos o algún alimento sólido que, después de masticar bien, deglute con dificultad en pequeñas cantidades, nunca tuvo vómitos ni dolores, su aspecto es de un joven de desarrollo deficiente, algo desnutrido, de 48 kilos de peso, 1,524 centímetros de talla y 0,80 de perímetro torácico; presenta una uvula voluminosa y larga dividida en su punta. Por radioscopia observamos cómo



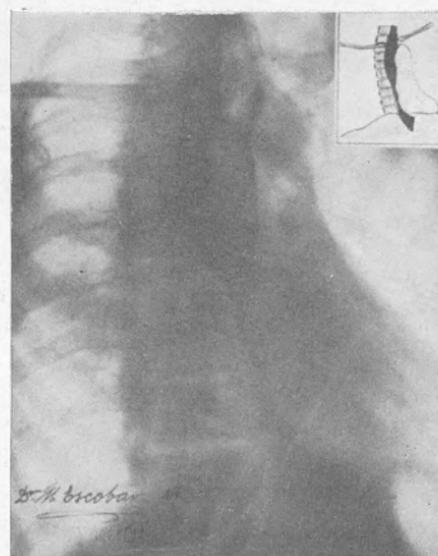
Radiografía núm. 9



Radiografía núm. 11



Radiografía núm. 10



Radiografía núm. 12

la papilla de bario desciende a lo largo de la cavidad esofágica, pasando lenta y continuamente por la estrechez hasta llegar a estómago, sin producirse retención; la estrechez localizada en la parte inferior de la porción torácica es muy extensa y se manifiesta en forma de dos conos alargados unidos por su vértice, de contornos lisos y regulares, y bastante pronunciada, a pesar de lo cual y del tiempo que tiene, no manifiesta dilatación por encima de la parte estrechada (radiografía número 12).

Como resumen de todo cuanto hemos expuesto, podemos afirmar: 1.º, que la exploración radiológica completa es el medio de más valor clínico para diagnosticar las estrecheces del esófago, al permitirnos determinar su existencia y precisar su localización, grado, extensión, forma y muchas veces su naturaleza; 2.º, que a pesar de esto, creemos no se debe prescindir la exploración radiológica, con el fin de precisar si está indicado su empleo. del sondaje y de la esofagoscopia, los cuales deben siempre ir precedidos de la exploración radiológica, con el fin de precisar si está indicado su empleo.

PROKLIMAN

MARCA  "CIBA"



Frascos de 40 comprimidos

Asociación racional de hormona ovárica y de sustancias sedantes, descongestivas y cardiotónicas, para el tratamiento de los trastornos de la
MENOPAUSIA

Dosis: 2 a 3 comprimidos 1-2 veces al día

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGON, 285

BARCELONA

APARTADO 744

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

linfatismo, escrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etc., etc.

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

SURRETAL

extracto total suprarrenal; *inyectables.*

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; *gotas e inyectables.*

ERGAL

extracto medular suprarrenal; *gotas e inyectables.*

GONEAL

químio-proteínoterapia; *inyectables.*

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; *inyectables.*

NARCOTAL

extracto del opio; *gotas, comprimidos, inyectables.*

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

MASTAL

extracto de mama funcionante; *gotas.*

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA
Agente: M. VIALE / Provenza, 427 - Barcelona / Delicias, 13- Madrid

**Un tónico estomacal
y excitante eficaz del apetito**



GOTAS BIDALÍ

(Hacen recobrar el apetito desde las primeras tomas)

INDICACIONES:

Especialmente en la inapetencia.

En la convalecencia de las enfermedades infecciosas: tuberculosis, etc., etc.

En el hipofuncionalismo gástrico e intestinal: digestiones difíciles, etc., etc.

Y en todos los estados de depresión orgánica que van acompañados de pérdida de apetito: anemia, neurastenia, etc

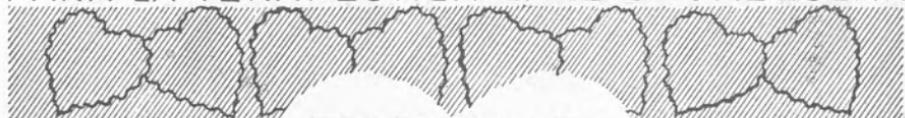


Muestras y Literaturas:

**LABORATORIO LEVEL, S. A.
Córcega, 318 - BARCELONA**

SPASMOSÉDINE

EL PRIMER SEDATIVO Y ANTIESPASMÓDICO ESPECIALMENTE PREPARADO PARA LA TERAPÉUTICA CARDIO-VASCULAR



**LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS**

Agente general para España: **J. M.^a BALASCH**

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

LUCHA ANTITUBERCULOSA DE ESPAÑA

DISPENSARIO DEL DISTRITO DE LA UNIVERSIDAD, MADRID

DIRECTOR: C. Díez Fernández

Hemoptisis en tuberculosis pulmonar

por el doctor Daniel CALERO

Las hemoptisis son, indudablemente, el síntoma más alarmante de la enfermedad tuberculosa.

Son unas veces muy frecuentes, otras aisladas, ya ausentes en la evolución aguda o crónica, y, por último, otras veces pueden no ser debidas a la enfermedad tuberculosa.

Ya desde antiguo, poniéndolas en relación en su estudio con los períodos de RANKE, se atribuían a los primeros períodos hemoptisis pequeñas, acaso repetidas, y las grandes de chorro o bocanadas se las ponía en relación con el período final de cavidades tuberculosas.

DIEZ, clasifica las hemoptisis en cuatro grupos: 1.º Hemoptisis infiltrativas. 2.º Corrosivas. 3.º Destructivas, y 4.º Indurativas.

La hemoptisis de tipo infiltrativo es la que va acompañada de síntomas de tos, expectoración, etc., y suelen ser repetidas y pequeñas. Las de tipo corrosivo-destructivo sólo se diferencian por el tipo de bocanada, que es mayor en la última, acompañado de cortejo sintomático. Y por último las de tipo indurativo suelen ser pequeñas, aisladas, y no suelen ir acompañadas de sintomatología. Estos grupos permiten sacar deducciones de orden clínico y anatomopatológico. No podemos decir exactamente correspondan las hemoptisis dichas a un tipo lesional determinado, pero sí hemos de afirmar que lo interpretan en la gran mayoría de los casos.

Por tanto, no hemos de poner en relación la hemoptisis con la forma clínica de un modo riguroso, ya que en todas las formas y por razones fáciles de explicar, pueden presentarse todos los tipos de hemoptisis, pero sí admitimos que cada uno sea más frecuente en unas formas clínicas que en otras.

Al hablar de las hemoptisis en relación con el comienzo de la tuberculosis, nos referimos al comienzo de la tuberculosis por infiltraciones y por siembras. Concepto ya casi clásico no sólo en un sentido clínico, sino principalmente anatomo-radiográfico.

Es indudable que las infiltraciones como formas de comienzo son más frecuentes que las siembras. PLEININGER da un 85,6 por 100 para las primeras, ROMBERG un 94,3 por 100, y, últimamente, DIEZ, un 76,3 por 100. Las siembras oscilan como formas de comienzo desde un 5,7 por

100 dado por ROMBERG, hasta un 23,3 por 100 hallado últimamente por DIEZ. También las hemoptisis son menores a su vez en las siembras que en las infiltraciones. En uno y otro comienzo, puede haber hemoptisis, pero en las infiltraciones, sobre ser de mayor frecuencia, suelen ser repetidas; en cambio, en las siembras, no sólo son más escasas sino que suelen ser aisladas

Y teniendo en cuenta la hemoptisis como síntoma de comienzo, hemos de hacer notar que no hay la mejor concordancia entre los autores respecto a este punto, apreciando algunos la sintomatología que el enfermo no consideró, no dando importancia otros a verdaderos síntomas, y, por fin, creyendo otros que las diferencias halladas son debidas al diferente material en que se ha trabajado, unos en enfermos de hospital, otros en casos de consulta privada, etc.

SORGO, y durante un período de diez años de observación, ha sacado el 12,9 por 100 de hemoptisis iniciales entre 5.872 casos. ANDERS llega a la conclusión de que en cerca del 10 por 100 de los casos de tuberculosis, es la hemoptisis el primer síntoma digno de atención. VALDES LAMBEA la cree pocas veces como síntoma verdad de comienzo. SAYE lo comprueba como accidente inicial en el 64,65 por 100, pero no diferencia si fué precedida o no de alguna sintomatología. PEDRO LOPEZ encuentra un 17,08 por 100. DIEZ halla un 20 por 100. Nosotros, en nuestros casos puestos en relación con las formas de infiltración o de siembra, hemos encontrado los porcentajes siguientes:

Hemoptisis como síntoma inicial en infiltraciones	25,6	por 100
Hemoptisis como síntoma inicial en siembras	1,86	por 100

El que la hemoptisis vaya o no acompañada de sintomatología tóxica, puede ser de valor para sacar deducciones patogénicas, sobre todo cuando se trata de un foco de infiltración. Cuando la hemoptisis procede de un foco nuevo por las condiciones alérgicas del organismo, tanto de un punto de vista específico como general, se comprende sea mayor la sensibilidad

ECZEMAS REBELDES, CUANDO TODO FRACASA, LA PIEL QUEDARA LIMPIA CON

PSORICALOL

MANCHA QUE LIMPIA

PIÑA

EN EL PSORIASIS Y

monfano

ante la invasión de toxinas hasta entonces ignoradas, que cuando por infecciones anteriores ha llegado el individuo en cuestión a un acostumbramiento que se traduce por una menor sensibilidad. Esto nos sirve para diferenciar, sin que sea con criterio riguroso entre: a) hemoptisis acompañadas de sintomatología tóxica (como procedente de foco nuevo) y b) hemoptisis sin ir precedida, acompañada ni seguida de sintomatología tóxica (como procedente de foco viejo).

* * *

Es clásico admitir en los brotes en evolución la presencia de hemoptisis. Desde antiguo se ponían las hemoptisis en relación con el brote tuberculoso, pero se las consideraba como signo de comienzo principalmente.

Cuando ocurría en los primeros períodos de la enfermedad tuberculosa, se achacaba ya a la hipertensión vascular de los vasos arteriales no invadidos, ya a la congestión perifocal, otras veces a la friabilidad de los vasos enfermos, ya a ciertas congestiones reflejas (parafímicas de PETER) y que explicarían su moderada abundancia y su repetición.

En el tercer período, serían debidas a la ruptura de aneurismas de RASMUSSEN, lo que explicaría su abundancia. Desde un punto de vista patogénico, si bien se han de tener en cuenta los factores dichos como posibles causantes en un momento determinado, no nos es dado hacer afirmaciones categóricas, ya que ello hubiera requerido para ser serio un estudio necrópsico abundante. Hay, sin embargo, tres estados anatómicos principales, capaces de dar hemoptisis: 1.º Inflamación local o hiperhemia activa. 2.º Ulceración y erosión, y 3.º Rotura aneurismática.

Hemos de repetir otra vez que todos los mecanismos los creemos posibles, y unos en unas formas clínicas más que en otras. Es decir, que las hemoptisis de tipo infiltrativo ocurrirían más frecuentemente en los procesos infiltrativos y pocas veces serían debidas a otro tipo lesional. Las de tipo corrosivo-destructivo serían imputables más verosímilmente a las formas con caseosis y grandes pérdidas de sustancia, en la que sería más fácil explicar la ruptura vascular por friabilidad de los vasos arteriales enfermos o ruptura de aneurismas de RASMUSSEN.

Sin embargo, no podemos hacer estas aseveraciones de un modo absoluto, ni tampoco asentarnos en la creencia de que cuando la hemoptisis sea pequeña, el caso sea benigno o la lesión poco extensiva. Pues es frecuente en los casos fibrosos crónicos que los capilares o arterias que atraviesan las granulaciones de las paredes de las cavidades rezuman sangre.

* * *

La edad es importante, en relación con las hemoptisis, y ANDERS, poniéndola en relación con el sexo en sus estadísticas, saca mayor frecuencia de hemoptisis en el sexo femenino en los veinte primeros años de la vida,

que a su vez coincide con la mayor proporción de casos exudativos, y de los treinta años en adelante prepondera en el sexo masculino. BOGEN ha notado esta misma preponderancia en el sexo femenino y FISBERG coincide con los hallazgos de ANDERS. Nosotros hemos hallado, con dichos autores, un ligero aumento de mayor frecuencia en el sexo femenino, y en relación a la edad, una muy grande proporción en relación con las otras edades en los de quince-veinticinco años de edad, sin distinción de sexos.

Esta influencia de la edad se puede intentar explicar por diferentes motivos: o por causas universales atribuibles al organismo joven, o por las formas anatómo-clínicas más frecuentes en esta edad, ya por ambos factores conjugados, o por algo que se nos escape.

En cuanto a la forma clínica, también hemos advertido diferencias apreciables de unas a otras, y exponemos a continuación la tabla de nuestros hallazgos puestos en relación no con formas clínicas determinadas, sino con síndromes escogidos de la clasificación de ULRICI de uso corriente en el Dispensario.

Formas infiltrativas agudas con reblandecimientos	55,7	por	100	de	hemoptisis.
Formas infiltrativas agudas sin reblandecimientos	51	»	»	»	»
Formas productivas en general	45	»	»	»	»
Formas lobulares exudativas	34,7	»	»	»	»
Formas de diseminaciones hemáticas	12	»	»	»	»

Estos datos de frecuencia de hemoptisis, son referidos a los diferentes momentos evolutivos de los diferentes tipos lesionales señalados y no al comienzo, como los referimos anteriormente.

Los tipos de hemoptisis también son más frecuentes unos que otros y teniendo un equivalente cada tipo en una forma clínica, se comprende será más frecuente el tipo de hemoptisis correspondiente a la forma anatómo-clínica más frecuente a su vez. En nuestra estadística, de 600 casos de hemoptisis han correspondido en la siguiente proporción:

Hemoptisis de tipo infiltrativo	50	por	100
Hemoptisis de tipo corrosivo	39,6	por	100
Hemoptisis de tipo destructivo	19,4	por	100

Todo viene a corroborar el aserto de que el tipo de hemoptisis lleva en sí un indicador lesional, que aunque puede fallar, sucede raras veces.

En la tabla siguiente hemos hecho el reparto general según los dos grandes grupos anatómo-patológicos perfectamente definidos.

Formas de predominio exudativo	56,7	por	100
Formas de predominio productivo	43,3	por	100

Y por último, no hemos querido dejar de hallar la proporción del número de hemoptisis por tuberculosis en general. Son admitidas por algu-

nos en un 25 por 100, por otros en un 80 por 100. LOUIS las encuentra en 65 por 100. SORGO en 38 por 100. BOGEN en 15 por 100. WALSHE halla el 80 por 100. Nosotros hemos encontrado el 41 por 100. Pero aún creemos que la cifra dada por los autores así como por nosotros no es la rigurosamente exacta, y creemos sería más frecuente si se investigaran hemorragias ocultas, como se hacen en otros productos de eliminación. También aquí se atribuyen por algunos los diferentes resultados estadísticos al diferente material con que ha trabajado cada uno.

De todos los casos con hemoptisis, el 98 por 100 las hemos hallado coincidentes con signos clínicos y de laboratorio de actividad, pudiendo afirmar el estado de brote en algún momento de su evolución.

Y si no afirmamos que la coincidencia del brote y la hemoptisis es un hecho real y absoluto, sí podemos decir, en cambio, que la actividad de las lesiones coincide con el síntoma hemoptisis en una proporción bastante elevada.

Pero ni esto quiere decir que todas las hemoptisis sean dependientes del brote, ni que todo brote vaya acompañado de hemoptisis.

En primer lugar, por tener en cuenta que los tres tipos de hemoptisis citados pueden ser dados por procesos ajenos a la tuberculosis, como son las supuraciones, los tumores, las bronquiectasias, roturas de un aneurisma en la luz bronquial, en hemofílicos, etc., y dentro de los procesos fibrosos de tendencia cirrótica que según estudios de ABELLO, coincidentes con los de otros autores, son formas anatómicas muy ricas en neoformaciones vasculares, y ellos en la retracción acompañante de su evolución regresiva, pueden desgarrar algún vaso dando lugar a una hemoptisis. A ellos, quizás, corresponda el 2 por 100 de nuestros hallazgos, que no tienen una confirmación clínica, radiológica ni de laboratorio, en sentido de actividad.

* * *

El porqué unos tuberculosos tienen hemoptisis y otros no, es muchas veces un interrogante difícil de contestar.

Lógico es pensar que teniendo presente las influencias del sexo, de la edad y forma clínica, sean estos los factores que primero se quieran poner en juego, pero hemos de prescindir de estos factores pasando a mencionar otros que se les hace jugar más o menos importante papel, unos con el título de causas predisponentes, otros con el papel de causas excitantes.

Atendiendo al tipo constitucional, hemos encontrado nosotros mayor cantidad de hemoptisis entre los leptosomáticos, pero no hemos de olvidar que el mayor número de enfermos se encuentran también entre los de este tipo constitucional. Y podría ponerse esta observación en relación con el hecho al parecer puesto en evidencia, de que en los estados del Wolf son menos frecuentes las hemoptisis, por el tipo constitucional más predominante

en dicho país, y STRANDGARD cree sea este hecho debido a que en los de tipo constitucional predispuesto, el corazón es mayor y la tensión vascular más alta.

Son, desde luego, predispuestos los cardiopatas y también los deformados torácicos, debido en éstos, probablemente, a la alteración que la estática pulmonar imprime en la dinámica circulatoria, los de excitabilidad vasomotora, los hipertensos, los leucémicos, los hemofílicos, los que padecen de insuficiencia hepática, dado el papel que juega el hígado en la coagulación de la sangre, hasta el punto de haberse hablado por FRANK de pseudo-hemofilia hepática. La plétora, ya sea habitual o temporal, por exceso en las comidas.

Dentro de los factores exógenos, no se puede negar valor a determinados elementos, aunque algunos no estén demostrados de manera evidente. La altura, habiendo llegado BOGEN a la conclusión, que confirma ANDERS, de ser más frecuentes las hemoptisis en los sitios donde son más altas las presiones barométricas. El ejercicio se ha atribuido por algunos a veces, así como también los traumatismos, no creyendo FISHBERG en la influencia del esfuerzo, sobre todo lo que parece demostrado por el hecho que ocurre con relativa frecuencia de grandes hemoptisis que suceden durante el reposo de la noche. La exposición prolongada al sol está claramente demostrada como causa excitante. A algunos medicamentos, como el arsénico, la creosota y derivados, los yoduros, etc., son atribuidos también el papel de excitantes. El coito, citado por FISHBERG, y relata dos casos de propia observación de hemoptisis fatales a continuación de ser practicado aquél.

* * *

Al empezar a hablar del pronóstico, surge el capítulo no muy intenso pero sí evidente de las complicaciones de las hemoptisis. Ellas son consecuencia casi en totalidad de los tipos de hemoptisis corrosivo-destructivos, siendo las dos más importantes la neumonía post-hemoptoica, que requiere hemoptisis profusa, la atelectasia, que requiere el que un coágulo se asiente en un bronquio obstruyendo su luz, y por último la diseminación post-hemoptoica, que no requiere que la hemoptisis sea abundante, pero sí la rotura de algún vaso del tubérculo y que al vaciarse la sangre lleve consigo el material infectante. Contando, en todos los casos, que el estado alérgico local y general lo permita. La mortalidad por hemoptisis es diferente

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

según los autores que se han ocupado de la cuestión. BREHMER saca el 1,25 por 100 de muerte por todas las hemoptisis, para CORNET el 0,15 por 100. CENTRANGOLO encontró el 1,42 por 100. ANDERS también encuentra mayor mortalidad en el sexo masculino. VADES refiere la anemia aguda, como causa en el 2 por 100 de todas las hemoptisis.

Podemos decir, para resumir, que todas las posibilidades caben al intentar hacer el pronóstico de las hemoptisis. Unas veces será salvadora en cuanto avisa del comienzo de la enfermedad, otras influenciará el curso ulterior del proceso por las complicaciones a que puede dar lugar; otras en que no influenciará ni poco ni mucho ni nada el curso inmediato y lejano del proceso; otras en que los enfermos se encuentran mejorados por un cierto tiempo después del accidente hemoptoico y que obedecería a la ex-



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. Malariaoterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (fóot-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

pulsión con la sangre de productos tóxicos retenidos. Otras veces la hemoptisis sería un accidente aislado en la vida del sujeto que constituye muchas veces un recuerdo de la juventud más frecuentemente, que se desvaneció por completo. Vale la pena recordar a este respecto lo que dice recientemente ULRICI en relación con el período secundario. Este autor dice cuando se vence dicho período secundario, se adquiere fuerte inmunidad contra la tuberculosis, pero cuando no se vence fácilmente, se es presa de ella. Pues bien, son acaso estos episodios hemoptivos de la juventud que no van seguidos de manifestaciones tuberculosas de ninguna clase, la única manifestación apreciable del período secundario que fué vencido. Creemos posible la relación en muchos casos de estas hemoptisis con el concepto señalado por ULRICI.

Tratamiento de las hemoptisis.—Hablar de este problema, es ir directamente a la conclusión terapéutica aplicable a casi todas las enfermedades y síndromes. «Para cuando un mismo objeto hay múltiples medicamentos, la acción de cada uno es dudosa de por sí, y nula en la gran mayoría de los casos».

Y aquí como siempre que se intente tratar algo, hemos de dirigirnos antes que nada a la causa, y en el caso de las hemoptisis, tenemos que pueden ser generales y locales. Dentro de las generales, pueden ser dependientes de la sangre y dependientes del organismo. A su vez la causa local puede depender de dos tipos anatomopatológicos diferentes: la ulceración y los procesos congestivos

El tratamiento, pues, ha de dirigirse a la causa que lo motiva. Y hay en una y otra matices dignos de tenerse en cuenta.

Tratamientos de tipo general.—Tenemos: a) Coagulantes, y b) Normalizantes. Entre los primeros la cal, coaguleno, etc. Entre los segundos, los tónicos cardíacos, hielo, etc.

Dentro del tratamiento de tipo local, será diferente si la hemoptisis es de tipo ulcerativo, que si es de tipo congestivo. De tipo ulcerativo requerirá procedimientos mecánicos; en las de tipo congestivo será diferente según el tipo de congestión. Si activa, estarán indicados los vasos dilatadores (tártaro estibiado, ipecuacuana, nitrito de amilo, trinitrina, etc.), siendo el tipo de estas lesiones en tuberculosis, la infiltración y el brote. En la congestión pasiva estarán indicados los vasoconstrictores (cornezuelo, adrenalina, lóbulo posterior de la hipófisis, etc.), siendo las lesiones de este tipo más comúnmente las indurativas, las precedentes de éstasis, de embolias, etc.

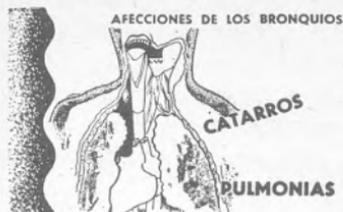
Y resumiendo, podemos decir que el uso general del tratamiento de las hemoptisis abarca lo que podemos llamar el tratamiento de fondo, que comprende dos grupos principales: los coagulantes (suero animal, coaguleno, cloruro sódico, calcio, inyecciones intratraqueales, irradiación del bazo), y de otra parte los normalizantes (reposo y dieta, hielo, vasodilatadores o

vasoconstrictores), según estén indicados, y sedantes en general, siempre que no tengan acción paralizante sobre los centros respiratorios.

Los procedimientos mecánicos están dados por el colapso en sus varias maneras de hacerlo, tendiendo todos a un mismo fin: la inmovilización, y siendo casi el único usado el neumotórax ya homónimo o contralateral, como los dos casos citados por Blanco F., y siendo HEGER FAGER, y ZINTZ de opinión que los medios colapsoterápicos, tanto si obran sobre las lesiones necesitadas de vasoconstrictores como de vasodilatador, no obran sólo por efecto mecánico sino que creen hay algo que se nos escapa. Ultimamente, Courcoux relata una serie de casos tratados con éxito por medio de inyecciones subcutáneas de oxígeno en cantidad de 500 a 600 c. c. y en el lado de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- DUMAREST.—*Etiologie clinique des hemoptysies tuberculeuses*. «Bulletin med.» año 1907.
- CHAUFARD.—*Traitement des hemoptysies*. «Journal de med. int.» 1909.
- LEMOINE.—*Hemoptysies chez les tuberculeux*. «Nord. med.» 1905.
- MARTINET.—*L'hémoptysies essentiel supplementaire des regles existe-t-elle?* «Pres. Med.» Agosto 1909.
- VALDES LAMBREA.—*Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas*.
- PALACIOS OLMEDO.—*Tratamiento de las hemoptisis*. «Medicina Ibera» 1931.
- CHAIZE.—*Hemoptysies et condition metereologiques*. «Arch. Med. Chirur, de l'appareil respiratoire» 1930, núm. 2.
- BANYAI.—*Pulmonary tuberculosis in aged*. «The Am. Rev. of tub.» vol. XXI, núm. 4. Abril 1930.
- H. EDEL.—*Patogenia y terapéutica de las hemoptisis tuberculosas*. «Medicinische Klinik.» Berlín 1930.
- L. SAYE.—*La lesión tuberculosa inicial*. «Revista Médica de Barcelona». Octubre de 1932.
- TERPLAN GABRIEL Y SALES.—Citados por Simón y Redeker, 1932.
- PEDRO LOPFZ.—*Estudio comparativo de las formas de comienzo y evolución de la tuberculosis pulmonar*. «Rev. Esp. de Tub.» Febrero 1933.
- PEDRO LOPEZ.—*Estudio de las hemoptisis fulminantes*. «Med. Ibera» 1932.
- FISHBER.—*Pulmonary Tuberculosis*, 1932.
- S. ALMANSA y A. RAPADO.—*Las hemoptisis en las infiltraciones secundarias*. «Med. Ib.» 1933.
- C. DIEZ SOUTO BACHILLER.—*Contribución al estudio del comienzo clínico de la tuberculosis pulmonar del adulto*. «Rev. Esp. de Tub.» Enero 1934.
- A. COURCOUX.—*Tratamiento de las hemoptisis por inyección subcutánea de oxígeno*. «Revue de la Tuberculose».



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRANO
FORMULA

Sulfoguyacolato de patasa.....	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálsamo de tulú en equivalencias aa.....	50 -
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 -
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus..	10
Hepatorradil C S. para.....	f50 -

Jarabe agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

Sesión correspondiente al día 9 de Marzo de 1934

PRESIDENCIA: **DOCTOR BOTÍN**

DOCTOR LANDETE.—**Fisura congénita velopalatina.**—Se trata de una enferma con una fisura de paladar que ha sido operada con anestesia local hace unos momentos. La primera intervención publicada de esta naturaleza hecha con anestesia local, fué la que se llevó a cabo en este Instituto ya hace mucho tiempo, unos 30 años, y en el Segundo Congreso Internacional de Odontología celebrado en 1911 en Londres, el doctor Brophy operó un caso como éste, empleando la anestesia general y yo pude decirle que se había hecho ya en España hacía tiempo con anestesia local. Sólo se le pusieron a esta enferma 2 c. c. de novocaína y tripaflavina, que fueron suficientes.

Lo interesante de este caso es el hacer resaltar el hecho de que con una anestesia local en tan pequeña cantidad se pueden realizar intervenciones quirúrgicas de cierta importancia; se le han puesto unas plaquitas de plomo que sirven de aproximación de los dos colgajos del paladar, lo cual le permite el alimentarse y poder toser sin peligro alguno.

DOCTOR LANDETE ARAGO.—**Un caso de linfocelulitis de origen dentario.**—Se ha querido llamar como angina de Ludwig a todos los casos de linfocelulitis del suelo de la boca, pero hoy día sólo se incluyen en esta clasificación cuando son casos gravísimos por adoptar el tipo gangrenoso o hipertóxico. Tenía la enferma un pequeño desagüe por la boca debido al cual mejoró algo de su intoxicación, pero este desagüe era insuficiente y entonces tuvimos que meter una pinza por la abertura bucal y con un bisturí abrir por vía cutánea para establecer un nuevo y mejor desagüe. Lo importante en este caso es el medio de que nos valemos para mantener este drenaje, pues para lograrlo empleamos un aparato tan complicado como es un imperdible corriente que se dobla por un extremo en ángulo recto, siendo de facilísimo manejo y pudiendo esterilizarse instantáneamente; su modo de actuar para mantener este desagüe metálico es obrando como un cuerpo extraño que no permite que se cierre la abertura creada.

DOCTOR VALLS Y MARIN.—**Resección de codo.**—Se trata de una enferma que vino a la consulta quejándose de dolor en el codo derecho, con impotencia desde hacía seis meses y gran aumento de volumen; el dolor impedía todo movimiento. En las radiografías se aprecia un proceso fímico osteoarticular, con lesiones destructivas que invadían toda la articulación.

En estos casos se pueden seguir dos métodos para su tratamiento: uno

que es el conservador, dejando a la lesión seguir su curso normal, con un tiempo de duración mínimo de dos años y con los peligros que para el enfermo representa el tener todo este tiempo un foco tuberculoso en evolución y con un resultado fatal para la función de la articulación al terminar la curación, que siempre se consigue con anquilosis; el otro es el quirúrgico, practicando una resección que curará el proceso en pocos meses y dejando una movilidad mayor o menor muy de agradecer en la articulación del codo y más si como sucede en este caso es el derecho.

Se le expusieron a la familia las circunstancias del caso, con los pros y los contras y se decidieron por el que había de provocar la curación en menos tiempo.

La operación se hizo siguiendo la técnica ya en otras ocasiones indicada y encontramos la articulación llena de pus y fungosidades y lesiones en todas las superficies articulares, apareciendo en ellas el cartilago desprendido y necrosado, siendo muy superficiales las lesiones óseas. La resección se hizo amplia y se extirparon bien las fungosidades, cosa fácil porque la sinovial queda muy bien expuesta, una vez hecha la resección.

Al principio queda mucha movilidad en el codo, pero poco a poco la retracción muscular va haciendo desaparecer la lateral, quedando sólo los movimientos de flexión y extensión.

Han pasado cuatro días y ya se inician movimientos y son indoloros.

Esta enferma saca, pues, del procedimiento seguido, el acortamiento del tiempo de tratamiento y la movilidad.

La muchacha no tiene otras manifestaciones tuberculosas, siendo fuerte y bien constituida. Nosotros a pesar de esto, hacemos en estos enfermos un tratamiento largo de sales de cal y vitaminas, para asegurar bien el terreno.

DOCTOR BARRIO DE MEDINA.—Interviene para preguntar al doctor Valls Marín lo que hay de cierto sobre los éxitos que se dice se obtienen en estos casos por las inyecciones de cal y aceite yodado.

DOCTOR VALLS MARIN.—Nosotros no hemos podido obtener estos éxitos que dicen se logran con este método. Como tónico que es, se logra

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

Cajas tocológicas / Sueros medicinales / Medicamentos modernos / Oxígeno / Desinfección de habitaciones / Soluciones para uso hipodérmico en ampollas esterilizadas / Material quirúrgico aséptico y antiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

mejorar el estado general poniendo a los enfermos en mejores condiciones para su defensa y tal vez llegue a acortar el tiempo de curación, pero en un proceso que ha destruido la articulación, como en este caso, no podemos pensar en curarlo en seis meses. Tratando sistemáticamente muchos casos, puede verse algo que sorprenda, pero ni es la regla ni se dan estas cosas en los casos avanzados.

En las cosas sinoviales cogidas al principio, tal vez en algún caso logre detener la marcha evolutiva de la enfermedad, pero sin quitar valor al hecho, nosotros hemos obtenido también resultados sorprendentes en algunos casos tratados con lámpara de cuarzo, como han tenido ocasión de ver los alumnos matriculados.

DOCTOR LOPEZ DORIGA.—Embarazo ectópico.—Presenta una enferma que ha tenido un proceso agudo de vientre; dice que estando completamente bien y no recordando si tenía algún retraso en las reglas, al sentarse en la cama le dió un dolor muy agudo, dejándola inmóvil, fría y sin pulso. Con este dolor que era muy intenso, estuvo tres días más, no presentando durante este tiempo fiebre y estando muy deprimida.

Al reconocerla, con los datos que presentaba, vi que se trataba de un embarazo ectópico a pesar de que faltaba un signo muy típico en estos casos y que consiste en la pérdida de pequeñas cantidades de sangre por los genitales. Tenía un empastamiento de los fondos de saco vaginales. Dije que se la trasladase al Instituto Rubio, llegando aquí en tal mal estado y tan deprimida que se decidió no operarla, pues tenía 160 pulsaciones con un pulso casi impalpable y una temperatura de 35°, es decir, que se encontraba en pleno shock, razón por la que no la operamos.

Se la puso hielo en el vientre y se la dió opio, sin ponerle suero ni nada que pudiese causar un aumento de la presión sanguínea.

Al día siguiente ya estaba mejor con 140 pulsaciones y 36'5° de temperatura. Fué operada este mismo día por la mañana haciendo una laparotomía, viéndose que el embarazo ectópico estaba en la trompa derecha, en la misma inserción ya de la trompa en el útero. Se ligó aquélla extirpando anejos derechos, suturando bien y después se le hizo una transfusión de sangre a la cual se prestó una enfermera, cuya sangre pertenecía al grupo 4.º; esta transfusión se hizo directamente, no con sangre citratada, poniendo una cánula a la dadora y otra a la enferma y no sé si siquiera se llegó a inyectar unos 100 c. c. de sangre, pues teniendo esta enferma las venas tan mal hubo que disecar la vena para hacer esta transfusión. Con esto, sin embargo, se repuso la enferma encontrándose actualmente bien.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

DOCTOR YAGÜE.—Pregunta cuáles son las causas más frecuentes que producen embarazos ectópicos.

DOCTOR LOPEZ DORIGA.—El embarazo ectópico con gran frecuencia es debido a procesos de salpingitis catarral que dificultan el tránsito del huevo quedándose éste atascado en cualquier repliegue de la trompa. Otras veces se debe a la llamada emigración externa del óvulo, el cual durante este tránsito aumenta de volumen en un grado tal que luego al llegar a la trompa opuesta no puede proseguir su camino, esto se ha comprobado en algún caso viendo que el cuerpo amarillo pertenecía al ovario izquierdo y el embarazo ectópico estaba en la trompa derecha.

DORTOR VALLS MARIN.—**Presentación de enfermo.**—Se trata de un enfermo que en el pasado mes de Junio tuvo un accidente de automóvil a consecuencia del cual se le produjo la fractura del húmero izquierdo.

Fué operado en Galicia haciendo una reposición de fragmento, pero debido a una interposición entre éstos, la fractura no se curó y se formó una pseudoartrosis que le operaron haciéndole un refrescamiento de bordes y poniéndole unos alambres para sujetar los fragmentos del hueso.

Esta operación fracasó también y el enfermo fué visto nuevamente en el Hospital Provincial de Madrid, donde le hicieron una radiografía y le indicaron que era necesario que se volviese a operar. Le hicieron la operación sin tocar el foco de fractura, poniéndole al lado de ella un trozo de hueso para que se calcificase y consolidara la misma; pero esta operación no sirve para nada cuando el callo no está en vías de calcificación como le pasaba a este enfermo, por lo que no se curó tampoco con esta nueva operación, pues al quitarle el vendaje vieron que seguía la pseudoartrosis.

Nosotros le propusimos una nueva operación, que fué algo seria para poder rehacer todo lo que se le había hecho, costándonos mucho trabajo

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.*

aíslar el nervio radial teniendo que ir a buscarlo desde las masas musculares del antebrazo, sacamos fácilmente el injerto, pues no estaba ni siquiera sujeto y con la sierra eléctrica hicimos dos cortes paralelos casi y con un perforador buscamos el canal medular, sacamos un injerto largo, introduciendo la mitad por el fragmento superior y la otra mitad por el fragmento inferior por el canal medular, colocando ya bien los dos fragmentos cortados en pico de flauta y con unas láminas para sujetar los dos huesos, láminas que se le quitarán a los dos meses si le molestan.

Este caso tiene interés por las operaciones que se le han hecho sin resultado y que si en la segunda operación del injerto se hubiera hecho un refrescamiento no hubiera sido necesario hacerle la tercera intervención, pero es que es completamente inútil el colocar el injerto si el callo no está en vías de recalcificación y sin hacer un refrescamiento estando el hueso recubierto de tejidos fibrosos, pues así no se logra nada.

DR. B. DE M.

Eficaz e inocuo

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES 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)

EL SEGURO DE ENFERMEDAD

UN MONTÓN DE VERDADES

El Seguro Social de Enfermedad (S. S. de E.), visto por un español, médico, que no figura en las nóminas del Instituto Nacional de Previsión

Hasta hace unos pocos años, nadie hablaba en España del S. S. de E. porque a nadie le resolvía ningún problema. Cuando alguien vió que en otras naciones, esto del seguro dejaba negocio, puesto que permitía manejar mucho dinero y manejar, trataron de establecerlo en nuestro país y empezaron la propaganda. La frialdad con que todo el mundo acogía su campaña les llevó a intensificarla, añadiendo a los indígenas algún conferenciante extranjero, artículos periodísticos y otras publicaciones. Viendo la clase médica cómo se peleaban, con inteligencia y bravura, los futuros negociantes del S. S. de E., pero sobre todo al enterarse del enorme revuelo consecutivo al malestar que produjo a nuestros colegas franceses, la implantación obligatoria del seguro en la vecina República, en la Asamblea general de Colegios de Médicos celebrada en Barcelona en 1930, se acordó que el Consejo directivo de la clase, estudiara el problema y se debatiese en la próxima Asamblea. Luego, circunstancias favorables a las llamadas reivindicaciones sociales, condujeron a la determinación tomada por el Gobierno de la República española, de encargar, por conducto de su ministro de Trabajo, al Instituto Nacional de Previsión, de los trabajos preliminares para formar un proyecto de ley del S. S. de E.

Por su parte, el Consejo general de Colegios de Médicos españoles debía ofrecer a éstos una información exacta de cómo se desarrolla en la práctica el S. S. de E. en los principales países en que se halla en vigor y, al efecto, envió comisiones de su seno a varias naciones europeas, para ver principalmente cómo se ofrecen a los beneficiarios las prestaciones sanitarias, es decir, los servicios médico-farmacéuticos.

Me cupo la honra de ir a desempeñar esa comisión a Inglaterra y Francia, pero con el encargo de visitar también Alsacia-Lorena, que no obstante haber vuelto al solar francés, conserva en materia de seguros la organización de tipo alemán. Ni el seguro inglés (muy parecido a nuestra clásica iguala médica), ni el de la orilla francesa del Rin, merecen nuestra particular atención.

Varios días de residencia en París nos permitieron visitar familias a las que íbamos recomendados, preguntar y así saber la opinión de las personas pertenecientes a todas las clases sociales: el industrial, el comerciante, el peluquero, el camarero del hotel, etc., etc. Absolutamente todos echaban pestes contra el sistema «d'assurance maladie» y coincidían en que el tal seguro era una de tantas utopías modernas que habían hecho concebir grandes ilusiones de mejoramiento social, pero luego, a la hora de la verdad, el beneficio no aparecía por ninguna parte y, en cambio, sobre la nación venían, de rechazo, las pesadas cargas tributarias que las obligaciones del seguro impone.

De los médicos no había que esperar que ninguno hablase bien y, sin embargo, los hubo; pero luego... nos lo explicamos todo... ¡¡estaban enchufados!! Ningún

médico puede hablar bien del seguro porque éste le crea todos los días uno o varios conflictos espirituales de muy difícil resolución, porque envuelven una gran responsabilidad. El incendio, el naufragio, el pedrisco, el robo, lo declara y lo define cualquiera y lo valoran los peritos. La enfermedad sólo puede declararla y definirla el médico, y entre la salud y la enfermedad hay a menudo una penumbra tan difícil de valorar, que el médico que es siempre honrado se quedará perplejo y habrá de realizar un fatigoso trabajo mental para salir del mar de dudas en que se halla sumergido hasta por encima de las narices. Resolver en materias en las que se puede perjudicar a un segundo, o a un tercero, obliga al médico a cargar con las invectivas, que unas veces los aseguradores y otras los asegurados, lancen contra él, cuando llegue a ser objetiva y cotizabile, la equivocación que, ¡bien a su pesar!, cometió al definir un riesgo tan difícilmente definible como es la enfermedad. ¿Hasta qué punto incapacita para el trabajo un lumbago? ¿Unas anginas? ¿Cuál es el día y el momento preciso en que un convaleciente debe volver a trabajar? Si es tolerante y deja pasar días, se perjudica la Caja; más... ¿y si por adelantarse el alta le resulta algún perjuicio al enfermo? Y así siempre. ¡¡Siempre!!

Este inevitable margen de incertidumbre derivado de la naturaleza del riesgo que el seguro ha de cubrir, deriva a la carestía de las primas que será preciso exigir. Por eso el S. S. de E. tiene que ser caro y además porque induce al abuso de los beneficiarios que se percatan y explotan la perplejidad del médico.

Los técnicos de los seguros generales, los actuarios que manejan tablas y cifras y los administrativos del dinero y de la contabilidad, como tampoco los sociólogos, es fácil que puedan comprender lo que, ante estrecha conciencia del sacerdocio médico, representan esas dudas y responsabilidades anexas al S. S. de E., y como no lo comprenden, cuando nos juzgan sólo consideran el aspecto material del problema y deducen que nos oponemos al seguro por creer que vamos a sacar menos dinero. ¡Si su raciocinio no llega a considerar la parte que corresponde a lo anímico, a lo material... qué le vamos a hacer! El tiempo demostrará que no es lo mismo hacer seguros sobre cosas, que sobre personas. Mejor dicho, lo volverá a demostrar en España, como ya lo ha hecho en otros países y, aun el nuestro, ya tiene experiencia por los seguros de maternidad y accidentes del trabajo, de cómo es la moral de los asegurados.

El buen pueblo francés aguanta el S. S. de E., y como no lo quiere, hace de vez en cuando su protesta más o menos airada, algunas de las cuales han terminado en colisión sangrienta dominada al fin, por la fuerza pública. Lo aguanta, pues, a la fuerza, y es natural que no lo quiera porque el servicio es malo y ya hemos dicho que tiene que ser caro. El S. S. de E. se lleva en Francia el 10 por 100 de todos los jornales, salarios y sueldos que no rebasen los 25.000 francos en París y los 18.000 francos en las demás localidades. La ley obliga a pagar el 5 por 100 al obrero y otro tanto al patrono, siendo éste, en último término, el responsable de lo que los obreros dejen de pagar. En definitiva, quien paga todo es el consumidor, que por razón del seguro sufrió un aumento del coste de la vida, siempre un poco superior a ese 10 por 100.

Aplicado ese mismo tipo tributario al seguro español, vendría inexorablemente el aumento de coste de todo en un 12 a un 15 por 100, y las cifras que movilizase dicho seguro vendrían a ser el volumen siguiente: ¿Será mucho decir que de los 22 millones de españoles haya cinco de verdaderos trabajadores, cuya capacidad económica puede compararse con la exigida por el Seguro francés? ¿Podrá nadie

decir que valoramos por alto el tipo del jornal, salario o sueldo, señalando un promedio de cinco pesetas? Pues bien, el tipo de 10 por 100 de cinco pesetas son 50 céntimos; es decir, 2.500.000 pesetas cada día.

Cuando leemos u oímos hablar de la estafa de Stawisky, los 530 millones de los bonos de Bayona, nos llevan a considerar ésta como una cifra astronómica. Y no nos damos cuenta de que con esos dos realitos del S. S. de E. entrarán por las ventanillas del Instituto Nacional de Previsión dos millones y medio de pesetas diarios, con un modestísimo tipo de cálculo; y lo mismo se puede llegar fácilmente a los «mil millones anuales». Los factores indispensables para movilizar esa fantástica suma de dinero son en última síntesis: un enfermo que necesita asistencia y un médico que se la presta. Pero vienen los sociólogos, los filántropos, los técnicos financieros, que olfatean que hay negocio y comprometen a España para que suscriba un compromiso internacional, que lo mismo que lo firmó hubiera podido dejarlo sin firmar. En Ginebra, ni en ninguna parte, hay nadie que se preocupe de si aquí tenemos seguro o dejamos de tenerlo; pero los interesados dan vida al «enano de la venta» que periódicamente recuerda el compromiso de Ginebra y se hace campaña y se logra que el Gobierno dé al Instituto Nacional de Previsión la orden de empezar el estudio para la implantación del seguro. El Instituto, subordinadísimo que es, nombra sus ponencias y esto equivale a poner en juego actividades.

Alguno de los admirables y abnegados servidores del Instituto, publica en periódicos políticos de derechas unos artículos para hacer ambiente favorable al seguro, pero entusiasmado ante el risueño porvenir que le espera a la entidad que le paga, después de afirmar muy en serio que en materia de Sanidad pública pasaría España, merced al seguro «del candil a la luz eléctrica», se le va un poco la pluma y nos deja entrever la maniobra financiera del gran estilo que prepara el Instituto Nacional de Previsión, para el día que se implante la obligación del S. S. de E. No ha de quedar ni un solo pueblo español que no tenga conducción de agua potable, alcantarillado, Matadero, Mercado, Escuela, etc., etc., todo ello, naturalmente, proyectado por arquitectos afines, subastado a favor de los contratistas que convenga y para ser construido por los obreros que sean más dignos acreedores a ello, según el criterio surgido por la casa. Se presta el dinero que, procediendo de una obra social, se administra emperó según el régimen capitalista, por lo menos a un 4 por 100 de interés y buenas garantías, y el Instituto que siga siendo autónomo sin rendir cuentas absolutamente a nadie.

Sépalos la agricultura, la industria y el comercio de España, sépanlo los obreros de todas las ideologías. El seguro Social de Enfermedad es caro porque no puede ser barato. En las circunstancias actuales e implantado el Seguro que, para que sea tal, además de las prestaciones sanitarias—médico y farmacia—ha de dar dinero en suma equivalente por lo menos al medio jornal... ¿qué obrero que no tenga bien asegurado el trabajo en la obra, o en el taller o en la empresa donde sirve, qué obrero repito, tendrá el valor heroico de pedir el alta si ha de quedar en paro? Y esto nada les importa a los sociólogos ni a los actuarios ni a los financieros que negociarán con los millones producto del seguro... pero ¿No se harán acreedores a la laureada de San Fernando los médicos que firmen un acta en las condiciones antes señaladas? Los médicos advierten que la implantación del S. S. de E. significa para ellos mucho más que un simple asunto de pérdidas y ganancias de dinero; y en contra de la versión propalada por los asalariados del Instituto Nacional de Previsión, más bien pudiese ocurrir que en la cuestión pesetas, un gran sector profesional, ganase en

vez de perder. Los médicos no pueden admitir de buen grado que los que con perfecto conocimiento de causa llevan a España a la utopía del S. S. de E. se adueñen por completo de toda la Sanidad Española y dicten sus órdenes a las Beneficencia municipal, provincial y nacional, a los hospitales de todas clases, a los Manicomios, a los Sanatorios, a los Asilos y Orfanatos, a todos los Centros, en una palabra, relacionados con materias de Sanidad, Beneficencias y Previsión Social, que todo ello quedaría bajo la férula del Instituto Nacional de Previsión desde el momento en que se aprobase en España la ley del Seguro.

¿Le suponen los apóstoles del seguro alguna competencia en cuestiones sociales a los EE. UU. de Norteamérica? Pues los yanquis no quieren ni oír hablar de eso.

¿Saben que Bélgica firmó el convenio de Ginebra comprometiéndose a legislar a propósito del S. S. de E.? ¿Saben también que Bélgica tiene aprobada su ley y que ha diferido su implantación obligatoria del S. S. de E. por entender que así conviene a su país? Bueno, pues... ya que vayan a su negocio los que tratan de meter a España en este avispero... por lo menos... un poco de vaselina!

DOCTOR INIGO

Del Consejo Superior de Colegios Médicos.

(*La Sanidad*, núm. 80. 1934).

Previsión Médica Nacional

De una carta circular del Consejo de Previsión Médica Nacional, copiamos a continuación:

«El floreciente desarrollo que ha llegado a alcanzar nuestra entidad, notablemente incrementado en los presentes momentos con el ingreso de importantes núcleos de profesionales sanitarios, nos obliga a introducir algunas modificaciones en la técnica administrativa seguida en nuestras relaciones con los Colegios.

Con ello se conseguirá, entre otros fines de perfeccionamiento burocrático, poner de relieve de un modo definitivo los casos de morosidad contumaz e injustificada, tan perjudiciales, con la confección de una relación inicial de todos los recibos pendientes de pago existentes actualmente, lo que permitirá evitar ambigüedades sobre la situación efectiva de estos asociados, obligándoles, bien al pago inmediato, bien a aceptar una fórmula razonable para liquidar sus descubiertos, según los casos, o de lo contrario, eliminarlos de las fichas en que sólo a título de parásitos figuran.

Bien entendido que al eliminarlos procederemos, aunque muy a pesar nuestro, a reclamarles judicialmente sus atrasos, en la forma que determina el artículo 58 de nuestro Reglamento, pero ante los Tribunales de esta ciudad, según previene el artículo 132 del mismo, que es el que obliga al asociado a someterse a esta jurisdicción, con lo que tendrían que sufrir mayores molestias y un procedimiento de apremio de extraordinarias costas.»

NOTICIAS

Nuestro querido amigo, el ilustre profesor Isidoro de la Villa, ha sido nombrado Rector de esta Universidad.

REVISTA CLINICA CASTELLANA felicita al nuevo Rector y al Claustro de esta Universidad, por tan acertada elección.

Sociedad Ginecológica Española. Premios para 1934

PREMIOS SEBASTIAN RECASENS

Con este título, el presidente de esta Sociedad, doctor Vital Aza, crea dos premios, en las condiciones siguientes:

500 pesetas al mejor trabajo clínico que sea presentado durante el curso actual en la Sociedad Ginecológica Española, para su conocimiento y su discusión, si la tuviera, en las sesiones científicas que celebre.

500 pesetas al mejor trabajo de Laboratorio realizado en clínica obstétrica o ginecológica y presentado durante el curso actual en la Sociedad Ginecológica Española, para su conocimiento o su discusión, si la tuviera, en las sesiones científicas que celebre.

Dos accésits de 250 pesetas a cada uno de los dos premios a los que pueden optar.

Los premios serán concedidos únicamente a los socios numerarios, y que ocho días después de haber conocido la Sociedad el trabajo, sea éste entregado en Secretaría, escrito a máquina.

A los accésits pueden optar, además de los socios numerarios, los estudiantes de Medicina que hayan aprobado la Obstetricia y Ginecología, y sus trabajos serán leídos por un socio en las sesiones científicas, y después entregados en Secretaría.

Los trabajos serán juzgados por un Tribunal.

Si no fueran adjudicados los premios, por la razón que fuere, todos o alguno de ellos, las cantidades no entregadas serán donadas al Colegio de Huérfanos de Médicos.

PREMIO SOLER

Instituido por el doctor don Luis Soler

Quinientas pesetas y un diploma que acredite la concesión de dicho premio para el autor de la mejor Memoria que se reciba acerca del tema siguiente: «La medicación antiespasmódica en Obstetricia.»

Condiciones del concurso.—Las Memorias deberán ser originales y estar escritas en castellano y a máquina.

Su extensión no será superior a cien cuartillas, escritas por una sola cara, y los espacios interlineados no serán menores de medio centímetro.

Pueden concurrir a este concurso los socios numerarios, adjuntos o corresponsales nacionales de esta Corporación.

Las Memorias se dirigirán al presidente de la Sociedad y serán recibidas por la

Secretaría general (Esparteros, 9, Colegio de Médicos), donde se expedirá, a quien lo solicite, el correspondiente recibo de la entrega.

El concurso quedará cerrado el 31 de Octubre de 1934, después de cuyo plazo no será admitida cualquier Memoria que se presente.

El premio será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del año 1935, abriéndose en el mismo acto el sobre que debe contener el nombre del autor de la Memoria premiada, a la vez que se inutilizarán los sobres que correspondan a las Memorias no premiadas.

Jornadas Sanitarias de Santander

Durante los días 23 al 28 inclusive del próximo Julio, se celebrarán en Santander las anunciadas Jornadas Sanitarias, dedicadas a Pediatría, Higiene Escolar, Puericultura y Paidología.

Han sido nombrados presidentes honorarios de dichas Jornadas, los doctores Pérez Mateos, subsecretario de Sanidad; Verdes Montenegro, director general de Sanidad, y Suñer, catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid.

Presidente efectivo de las Jornadas ha sido designado el doctor don Santiago Cavengt, presidente de la Sociedad Española de Pediatría, y secretario general el doctor Fernán Pérez, director de la Revista *Salud* y secretario del Colegio Oficial de Médicos. El Comité local lo presidirá el doctor don Guillermo Arce, director del Jardín de la Infancia de Santander, y será secretario de dicho Comité el doctor Lastra, prestigioso pediatra santanderino.

Las Jornadas serán divididas en cuatro Secciones: Una de Pediatría, que presidirá el doctor Zamarriego; otra de Puericultura, bajo la presidencia del doctor Alonso Muñozerro; otra de Higiene escolar, que será presidida por el doctor Sáinz de los Terreros, y una de Paidología, que funcionará bajo la presidencia del doctor Eliceigui.

Para asegurar el éxito de las Jornadas, ha sido limitado el número de inscripciones y la fecha de las mismas, que terminará indefectiblemente el próximo día 1.º de Julio.

Para programas, relación de conferencias y demás detalles de inscripción, dirigirse al secretario general, doctor Fernán Pérez, Claudio Coello, 3, Madrid.

Los médicos alumnos discípulos del doctor Barrio de Medina, que comparten con él sus tareas científicas en sus servicios del Instituto Rubio de Madrid, le han festejado con un comida íntima con motivo de dar por terminadas sus tareas de fin de curso. Asistieron los doctores Fonseca, de Lugo; Luelmo, de Zamora; Pérez Cuesta, de Albacete, y Lara, Peñarrocha, Cano de Santacana y Hernández, de Madrid.