

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

JULIO 1932

NÚM. 7

Suscripción: Un año 18 ptas. (Estudiantes, 16 ptas.)

COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. Andrés Bueno**, Profesor auxiliar de Medicina legal, de la Facultad de Medicina.
Dr. Bañuelos, Catedrático de Patología Médica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Cilleruelo, Oftalmólogo, de la Clínica del Profesor Lagrange (de Burdeos), de la Facultad de Medicina.
Dr. Gavilán, Laringólogo, Profesor de la Facultad de Medicina.
Dr. Ledo, Dermo-sifiliógrafo.
Dr. Morales, Catedrático de Patología Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villacián, del Manicomio Provincial.

REDACTOR JEFE

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Royo-Villanova Morales,
Catedrático de Medicina Legal.

Dr. Andreu Urrea,
Prof. de la F. de Medicina.

CUERPO DE REDACCIÓN

- Dr. Argüelles**, Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Casas, Catedrático de Patología general, de la Facultad de Medicina.
Dr. Costero, Catedrático de Histología normal y patológica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Cuadrado, Cirujano, de la Facultad de Medicina.
Dr. G. Calvo (V.), Profesor de Patología general, de la Facultad de Medicina.
Dr. G. Calvo, del Servicio antivenéreo (Sevilla.)
Dr. Pardo, Radiólogo de la Facultad de Medicina.
Dr. Querol, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. Sáez, Inspector Municipal de Sanidad.
Dr. E. Salazar, de la Maternidad de Pamplona.
Dr. Suárez, Profesor auxiliar de Histoquímica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Vidal Jordana, Catedrático de Clínica Pediátrica, de la Facultad de Medicina.
Dr. de la Villa, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villegas, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. Zapatero, Profesor auxiliar de Higiene y Bacteriología.

REDACTORES-DELEGADOS

- Barcelona.—**Dr. X. Vilanova**.
Burgos.—**Dr. C. Martín**, del Hospital Provincial.
León.—
Logroño.—**Dr. Azpeitia Iglesias**.
Madrid.—**Dr. Barrio de Medina**, del «Instituto Rubio», Profesor de Dermatología.
Palencia.—**Dr. Martín Escobar**, del Hospital Provincial.
Salamanca.—**Dr. Calama**, Publicista.
Santander.—**Dr. Díaz-Caneja**, Director de la Casa de Salud Valdecilla.
Soria.—**Dr. Calvo Melendro**, Director del Hospital Provincial.
Vitoria.—**Dr. A. Villacián**, del Hospital Provincial.
Zamora.—**Dr. Dacio Crespo**, del Hospital Provincial.

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 las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Aparto 648 MADRID

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

Injectable 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

Injectable 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 glicerosfórico 0,046 »
Acido cacodílico 0,030 »
Hierro asimilable 0,002 »
Glicerosfato estriánico 114 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Los signos de la muerte proporcionados por el sistema muscular, por Ricardo Royo-Villanova y Morales.

La curabilidad de la meningitis tuberculosa, por J. M.^a Villacián y Emilio Zapatero.

Sobre el proceder de Outeiriño y Hernán para la dosificación de ácido láctico en sangre, por Miguel Sebastián Herrador.

Crónica terapéutica. Ionoterapia, por el doctor Eloy Durruti Romay.

Sesiones Clínicas del Instituto Rubio, por el Dr. B. de M.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por Andreu.

Neurología, por J. M.^a Villacián.

Oftalmología, por Cilleruelo y R. Alvarez.

Dermatología, por Ledo.

Otorinolaringología, por M. Gavilán.

BIBLIOGRAFÍA, por los doctores Ledo y Querol.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

I Asamblea de Previsión Médica Nacional y IX Asamblea de Juntas de gobierno de los Colegios Médicos, por el doctor V. de Andrés Bueno.

Asamblea del Cuerpo Médico Forense.

¡Por los pobres enfermos!, por el doctor Barrio de Medina.

Organización sanitaria de la Mutualidad Patronal para accidentes del trabajo en la Agricultura.

CRÓNICA REGIONAL

CRÓNICA NACIONAL

CRÓNICA INTERNACIONAL

PREMIOS, CURSOS, SOCIEDADES

Colaboradores del primer semestre

Andrés Bueno, V. / Andreu Urrea, J. / Argüelles, R. / Arróspide, Alvarez, R. / Bañuelos, M. / Barrio de Medina, J. / Baena Baena V. / Calvo Melendro, J. / Cano Santacana / Casas, J. Cilleruelo, J. / Colmeiro Laforet / Corzo / Cuadrado, F. / Durruty Romay / Echevarría / G. Gómez-Sigler / García Lorenzana, F. / Gavilán, M. / G. Maroto, J. M.^a / Ledo, E. / Martínez Sagarra, J. M.^a / Quemada Blanco / Royo-Villanova y Morales, R. / Sáez, L. / Sebastián Herrador / Villacián, A. / Villacián, J. M.^a / Zapatero, E.

OXIDAL

es un poderoso activador de la oxidación celular; sus propiedades son por lo tanto las de la respiración interna, o sea: propiedades energéticas, de restauración y crecimiento celular, de desintoxicación

ES UN VERDADERO RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Iodarsolo Primer producto de yodo y arsénico.
Elixir, inyectables.

Zimema Hemostático fisiológico — todas las hemorragias. Ampollas de 1^{1/2} y 3 cc.
Frascos con solución.

Aglicolo Diabetes y glicosurias.
En frascos.

Lejomalco Dextrina y maltosa en polvo — alimentación artificial y mixta — destete — trastornos gastro-entericos de los lactantes.
En botes.

Caseal Cálxico Caseinato de calcio para la proteinoterapia.
Ampollas de 5 cc. para adultos y de 2 cc. para niños.

Narcotal Extracto completo del opio.
Ampollas, comprimidos y solución.

Goneal Caseinato de calcio y plata — consecuencias gonocócicas.
Ampollas de 2 cc.

Ergal Extracto medular suprarrenal inyectable — simple, con estircnina, con atropina. Ampollas de 1 cc. Frascos con Ergal simple para vía oral.

Cortical Extracto inyectable de corteza suprarrenal.
Inyectable de 2 cc. y frascos para vía oral.

Luteal Extracto inyectable de cuerpo lúteo.
Ampollas de 2 cc.

Ovarial Jugo ovárico fisiológico y terapéuticamente activo. Inyectable (cajas de 12 ampollas de 1 cc.)
Frascos vía oral.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente: M. VIALE - Calle de Provenza, 427 - BARCELONA

Los signos de la muerte proporcionados por el sistema muscular

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

A) FALTA DE MOTILIDAD

1.—Inmovilidad general del cadáver.—Privado el cadáver de la contractilidad muscular, que da a los miembros su tonicidad, permanece en la inmovilidad más absoluta, quedando indiferentemente sobre la espalda o sobre el vientre, según la postura que se le ha hecho tomar, no obediendo más que a las leyes de la gravedad. En general, la actitud del cadáver es la de completa relajación muscular, en posición horizontal—decúbito supino—con la cabeza inclinada sobre el pecho, las puntas de los pies hacia afuera y los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, o en flexión o semiflexión, con las manos apoyadas sobre el pecho o sobre el vientre.

Con objeto de comprobar la inmovilidad del cadáver en esta posición, el noble polaco, conde Karnia, ideó un aparato (figuras I y II), que permitía la inhumación del presunto muerto, dentro de un plazo relativamente breve, aunque todavía no se hubieran manifestado los signos evidentes de la descomposición. Con el empleo de este aparato, el supuesto muerto está enterrado si su muerte es verdadera, pero si despierta en la tumba, será salvado con toda seguridad, pues no podrá menos de tocar la bola B. Para ello, bastará, que haga el menor movimiento. Una vez colocado el aparato en la forma debida, si el timbre de alarma no avisa,

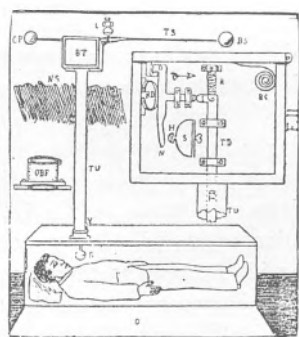


Fig. I

después de algunos días se quita todo, se llena el agujero del tubo, o se tapa, y el aparato, previamente desinfectado, puede emplearse otra vez.

Las principales ventajas que presenta este mecanismo, según su inventor, son las siguientes: El aparato cerrado herméticamente, no permite comunicación alguna con el exterior, de modo que queda eliminado el peligro de emanaciones malsanas. Se transporta con facilidad y puede adaptarse a un número crecidísimo de sepulturas. Se puede aplicar y quitar, sin abrir el ataúd ni remover la tierra. El aparato funciona al menor movimiento—aun inconsciente—del presunto muerto. Este movimiento

hace que instantáneamente penetre en la caja mortuoria aire en abundancia; el mismo movimiento hace penetrar, al mismo tiempo, un poco de luz y da la señal de alarma mediante una potente y prolongada combinación de timbres, o mediante la explosión de un cohete de fuerte detonación (1).

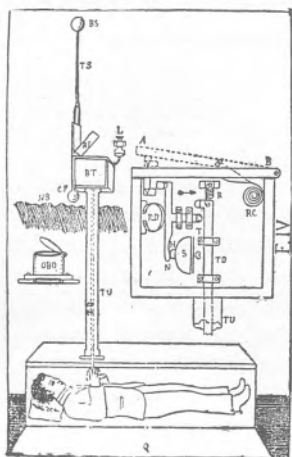


Fig. II

cido en las exhumaciones verificadas, cuando ha transcurrido algún tiempo después del enterramiento, que al abrir la caja mortuoria el cadáver presente una actitud distinta a la que tenía cuando se le enterró, que incluso puede llegar hasta verdaderos cambios de posición. Testigos ignorantes han visto en esto la prueba irresistible de que el individuo fué enterrado en vida, despertando en la tumba, donde murió después entre espantosos sufrimientos al debatirse contra la terrible enclaustración. Este fenómeno ha herido siempre la imaginación de las gentes ingenuas, y de él nace y en él se rejuvenece constantemente la leyenda de los enterramientos en vida.

Balthazard (2), cita un caso de muerte en el curso de una anestesia clorofórmica, en que el cadáver presentó evidentes movimientos de deglución, que persistieron durante más de dos horas, a pesar de que la sección de la arteria radial no dió ni una gota de sangre. Icard (3), refiere observaciones de movimientos espontáneos después de la muerte, en cadáveres de individuos que sucumbieron a la fiebre tifoidea, al tétanos, a la fiebre amarilla. Además, al aparecer la rigidez cadavérica, los miembros pueden

(1) Para más detalles sobre este aparato, consúltese el libro del doctor Huber, «iDespertar en la tumba!» Barcelona, MCMXV, páginas 146-153.

(2) Balthazard: «Medicine legale». 1921.

(3) Icard: «La mort réelle et la mort apparente». París. Alcan. 1897.

cambiar de posición. Por otra parte, cuando sobreviene la putrefacción, aun antes de hacerse ostensible la mancha verde abdominal, el desenvolvimiento de los gases puede determinar movimientos en todas las partes del cuerpo, y más particularmente en los miembros superiores si éstos descansan sobre el tórax o sobre el abdomen.

En general todos los cadáveres se mueven, y a veces durante algún tiempo, como lo demuestra la experiencia médica de los campos de batalla. Se han citado, sobre todo con ocasión de las guerras modernas y en particular durante la gran guerra europea, casos curiosísimos de cadáveres que verificaban los más extraños movimientos. Los soldados de las trincheras han visto frecuentemente el espectáculo de camaradas o enemigos muertos —verdaderamente muertos—, caídos entre las líneas de fuego, que de momento fué imposible recogerlos, permaneciendo tendidos en el campo uno o más días. Pues bien, los soldados han visto cómo estos cadáveres levantaban lentamente sus brazos como si quisieran cruzarlos, y si estaban boca abajo, cómo levantaban también el cuerpo por las mismas insidiosas y poderosas contracciones. Más aún, cadáveres enterrados en los parapetos desde hacía ocho días o más, hacían resurgir algunos de sus miembros a través de la delgada capa de tierra que los recubría.

En todos estos casos, los fenómenos se debían a la rigidez cadavérica, con una cierta asimetría en la tensión de los músculos antagonistas y a la presión de los gases acumulados en las envolturas por las fermentaciones pútridas. En realidad se trata de signos indudables de muerte, que simulan signos de vida.

B) RIGIDEZ CADAVERICA

1.—*Cutis anserina*.—Llamada también piel de gallina u horripilación de la piel. Según Vagner (1), es efecto de la rigidez cadavérica. Es un fenómeno muy variable que se observa en diferentes géneros de muerte, particularmente en los ahogados. Se observa también en el vivo, después de emociones fuertes y a consecuencia de diversas influencias físicas; de aquí la expresión corriente «ponerse la carne de gallina». Por todo esto, este signo carece en absoluto de valor.

2.—*Rigidez cadavérica*.—Louis, que hizo numerosas observaciones y experiencias durante varios años, sobre más de 500 cadáveres, concluía respecto a este asunto, en su clásica memoria, con estas palabras: «la flexibilidad de los músculos es uno de los principales signos, por los cuales se puede juzgar que una persona no está muerta» (2).

Según Beclard (3), la rigidez cadavérica consiste en una dureza particular del tejido carnoso del músculo, que opone una gran resistencia a

(1) Hule y Wagner: «Patología general». Traducción española, Madrid, 1872.

(2) Louis: «Lettres sur la certitude des signes de la mort». París, 1752.

(3) Beclard: «Traité de Physiologie».

los movimientos pasivos que se quieren efectuar. Por lo general se presenta dos o tres horas después de la muerte, desapareciendo pasadas doce; comienza generalmente en el cuello y maxilar inferior, ganando rápidamente las extremidades superiores e inferiores, siendo los órganos internos los últimos en ser invadidos. Ciertas circunstancias generales (calor, frío, humedad, delgadez, obesidad...), condiciones de edad (recién nacido, niño, joven, adulto, viejo, anciano), estados patológicos (catalepsia, histeria...) y estados particulares del sujeto (fatiga...), modifican más o menos profundamente las leyes fundamentales a que obedece la rigidez (1).

Este signo es bastante constante, y siempre que reúna ciertas condiciones es uno de los mejores. Pero debe ser apreciado siempre por el médico, pues si lo es por personas ajenas a la medicina, puede dar lugar a lamentables confusiones y aun a errores irreparables. En todo caso se procurará diferenciar la rigidez post-mortum de las contracturas musculares de origen vital y del envaramiento que suelen presentar los cadáveres congelados (2).

3.—Espasmo cadavérico.—Llamado también rigidez cataléptica y rigidez precocísima. Es una modalidad de la rigidez cadavérica, caracterizada por presentarse en el mismo momento en que ocurrió la muerte, y en ocasiones durante el período agónico. En los pocos casos en que se observa, es un signo indudable de muerte real. Hay que distinguir el espasmo localizado, característico de los suicidas, y el espasmo generalizado, bastante frecuente en los campos de batalla.

4.—Flexión del pulgar.—Fue Villermé (3) el primero, que después de observaciones verificadas en los campos de batalla y en las salas de los hospitales, llamó la atención sobre este signo. Cuando la muerte es real, los cuatro primeros dedos de la mano están aproximados y en flexión, el pulgar recubierto por ellos y casi siempre dirigido en el hueco de la mano, hacia la raíz del dedo pequeño. En cuarenta observaciones nuestras, no lo comprobamos más que en cinco, y siempre en estos casos desaparece con una fuerza exterior. Del resultado obtenido en nuestras experiencias, se deduce que no es constante, y que sólo se presenta en aquellos casos de muerte en los que hay cerramiento de la mano y contracción de los flexores de los dedos en los últimos momentos de la vida. Cuando la muerte sobreviene sin producirse movimientos convulsivos, el pulgar está levantado y los otros dedos extendidos.

Es, pues, un signo muy inconstante que ya fué duramente criticado por Devergie (4). Falta en muchos casos de muerte real, y por el contrario, se presenta en la misma proporción en muchos casos de muerte aparente.

(1) El Martín: «Decubitus et rigidité cadaverique». Lyon, 1899.

(2) Véanse tratados de Medicina legal.

(3) Villermé: «Ann. d'hyg. publ. et de Méd. leg.» París, 1830.

(4) Devergie: «Med. leg. théorique et pratique». 3.ª edición, París, 1830.

C) RELAJAMIENTO MUSCULAR

1.—**Punta del pie dirigida hacia afuera.**—Es un signo de gran predicamento entre el vulgo, principalmente en algunas regiones de Francia (Provenza). Deschamps, ya le negó mucho valor, al decir que las deformidades accidentales y congénitas, son suficientes para impedir su aparición en buen número de casos. Además, durante la vida, el marasmo, la postración muscular y ciertas enfermedades de las articulaciones, abandonan el pie a su pesantez natural, y la punta se encuentra dirigida hacia afuera, que es el sentido natural de la rotación y del movimiento de las articulaciones.

2.—**Descenso de la mandíbula.**—Bruhier (1) decía: «Si la muerte es aparente, descendiendo el maxilar inferior, al cabo de un tiempo, se aproxima lentamente al superior; por el contrario, si la muerte es real, se mantiene en la posición que se le imprimió.» Mas tarde, Labordette (2), volvió a insistir sobre el valor de este signo.

Es un fenómeno innegable y fácil de explicar, debido a la relajación precoz de los maseteros, que actúan como verdaderos esfínteres. De aquí la costumbre tradicional en muchos sitios, de pasar un pañuelo por debajo del mentón del cadáver, anudándolo en el vértice de la cabeza y dejándolo así hasta que la rigidez se presente, quedando entonces definitivamente cerrada la boca.

No obstante, su valor diagnóstico es muy escaso, pues en muchas ocasiones se ha observado la elevación de la mandíbula en individuos que estaban realmente muertos, lo cual dió origen en tiempos antiguos, a la creencia de las mordeduras de los muertos: «mordicatio mortisorum» (3), en los recién nacidos en estado de muerte aparente, el maxilar está casi siempre descendido. En ciertos casos—luxación del maxilar, anquilosis, parálisis de los músculos—es imposible demostrar la existencia de este fenómeno. En muchos casos de muerte, la boca del cadáver permanece cerrada desde el primer momento; tal sucede en el tétanos, histerismo, intoxicación estrofinica, procesos con convulsiones durante la agonía, procesos capaces de producir espasmos cadavéricos, etc., etc.

3.—**Relajamiento simultáneo de los esfínteres.**—Bouchut (4), basándose en el hecho de que jamás se ha observado este fenómeno sobre el sujeto vivo, si no a lo más el relajamiento de uno solo, ha propuesto el relajamiento simultáneo de varios—anal, uretral, orbitario y pupilar, principalmente—, como signo cierto de muerte.

El relajamiento del esfínter anal, es un signo muy frecuente, que se

(1) Bruhier: «Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort, et l'abus des enterrements et embaumements précipités». París, 1752.

(2) Labordette: Acad. de Med. de París. 9 Junio 1874.

(3) Bohrius: «De masticatione mortuorum». Leipzig, 1679. Ranfct: «De masticatione mortuorum». Leipzig, 1728.

(4) Bouchut: «Memoires et comptes rendus a l'Academie de Med. de París dans le concours des prix d'Ourches». París, 1873.

observa después del fallecimiento, en el mismo momento o al final de la agonía, encontrándose a veces tan dilatado que se pueden introducir fácilmente, sin el menor esfuerzo, dos o más dedos. Los turcos le daban gran valor como signo cierto de muerte real. Durante la putrefacción, cuando ésta se encuentra algo avanzada, se observa, además, una voluminosa hernia de la mucosa. En cuanto al valor de este signo, sólo tiene el carácter de probable, puesto que en varias enfermedades, se presenta durante largo tiempo como síntoma más o menos constante.

El relajamiento del esfínter uretral, se manifiesta por la presencia de esperma en la uretra. Pero la mayoría de los autores explican este fenómeno por la contractura de las vesículas seminales, debidas a la rigidez cadavérica que se presenta precozmente en estos órganos. Se trata de un signo de escasa importancia, ya que no se puede observar en la mayor parte de los cadáveres, y además porque casi en la mitad de los casos no se presenta: 83 de 170 observaciones, según la estadística de Devergie.

El relajamiento del esfínter orbitario ha dado lugar a la opinión, tan extendida, de que nadie muere con los ojos cerrados, y a la práctica piadosa y poética de cerrar los ojos de los muertos. Ambrosio Pare, le atribuye un extraordinario valor como signo cierto de muerte (1). Pero todas las investigaciones posteriores, demuestran la sinrazón de este signo que no tiene el menor valor médico-legal (2).

El relajamiento del esfínter pupilar, se produce también casi en el mismo momento de la muerte, a veces tiene ya lugar durante el período agónico, cuando la auscultación permite todavía oír claramente los latidos cardiacos. Además en ciertas enfermedades nerviosas de origen cerebral, el relajamiento del esfínter pupilar constituye un síntoma más o menos constante.

En general, para poder observar todos estos esfínteres ya relajados, se requiere algún tiempo. La relajación simultánea se ha observado en algunos casos de asfixia incompleta y puede ser reproducida experimentalmente en los animales.

4.—**No retención del líquido inyectado.**—Ello se debe a la inercia de los tejidos muertos. Este signo ha sido propuesto por Rebovillat, y consiste en lo siguiente:

Al practicar una inyección hipodérmica, se observa que los tejidos vivos, retienen más o menos bien los líquidos inyectados. Sea gruesa o delgada, larga o corta la aguja empleada, en ningún caso se observa un reflejo completo del líquido inyectado; todo lo más se ven escapar algunas gotas, que son las últimas porciones del líquido contenido en la jeringa. La can-

(1) A. Paré: «Livre des Rapports».

(2) Para más detalles sobre esto, véase el signo de la «Abertura palpebral» en nuestro trabajo «Los signos ocucales en el diagnóstico de la muerte real» (Revista crítica). «La Clínica Castellana», Valladolid, tomo XI, número 3. Marzo, 1930, páginas 97-111.

tividad del líquido, inyectado lentamente a convenientes distancia y profundidad de la piel, forma debajo de ésta un relieve más o menos pronunciado, que desaparece progresivamente por la absorción del líquido.

En el momento en que se retira la aguja, se verifica como una especie de bloqueamiento contra el orificio interno, hecho por la aguja en el espesor de los tejidos; el líquido inyectado distiende las fibras conjuntivas ordinarias y elásticas y forma durante unos momentos una especie de bolsa, cuyas paredes están sometidas a una cierta presión, luego el líquido se mezcla más o menos rápidamente a la linfa, se insinúa entre los espacios de las fibras del tejido conjuntivo laxo, se extiende y la bolsa desaparece más o menos pronto; sólo una pequeñísima cantidad del líquido inyectado (alguna gota), pasa el orificio interno del tunel hecho por la aguja; el mismo fenómeno que si hubiese una pequeña válvula. Ahora bien, la presión interior lleva a este orificio, junto con la gota del líquido inyectado, una gota de tinta o de sangre, una partícula del tejido adiposo o una fibra o fibrilla conjuntiva. Además, el minúsculo orificio es elástico en sí, móvil y modificable por el juego y las propiedades vitales de los diferentes planos de tejidos superpuestos; de este modo el orificio se obtura y el líquido inyectado no puede volver a salir.

Por el contrario, sobre un cadáver, toda contractilidad y elasticidad vital han desaparecido, la inmovilidad y la inercia son absolutas, la sangre y la linfa están coaguladas, una aguja penetrando en los tejidos muertos, traza una especie de tunel, cuyas paredes no están sometidas más que a las leyes de la pesantez o a las presiones extrañas que vienen del exterior o del interior (líquido inyectado), la perforación obra en los tejidos como un clavo que entrase accidentalmente en una cámara de aire hinchada de gas, es decir, dejará salir en totalidad o en gran parte el líquido inyectado.

Fundándose en este dato de observación y en este mecanismo, Rebouillat (1), ha propuesto como medio de cerciorarse si la muerte es real, practicar una inyección hipodérmica de éter puro. Retirada la jeringa, si el sujeto está muerto, el éter se escapará por el orificio dejado por la aguja, en vapores bien perceptibles al oído y al olfato.

He aquí la técnica aconsejada por este autor: Es preferible operar sobre la cara externa del muslo o donde la piel sea siempre bastante espesa; se emplea una jeringa ordinaria de unos 2 cc. y una aguja de platino con bisel corto de 3-4 centímetros de longitud y 8-10 décimas de milímetro de diámetro (como son las agujas corrientes). Se coge con la mano izquierda un pliegue cutáneo, se pincha con la derecha, y se avanza la aguja horizontalmente bajo la piel; se inyecta rápidamente todo el líquido, se retira bruscamente aguja y jeringa y se suelta el pliegue de la piel cogido con la mano izquier-

(1) Rebouillat: «Sur un nouveau procédé de diagnostic de la mort». Soc. de Médecine légale de France, 9 Julio 1923.

da, esto cae y en caso de muerte real, todo o parte del líquido es rechazado. Si la piel es muy flácida (caquéticos), puede soltarse el pliegue cutáneo cogido con la mano izquierda antes de retirar la aguja. Si el cadáver está muy frío, a temperatura muy por debajo del punto de ebullición del éter (35°), y la bolsa formada con el líquido inyectado, no se vació por sí sola (lo cual es muy raro), puede pasarse ligeramente un dedo por encima, en sentido inverso a la dirección del líquido inyectado, para que dicha bolsa acabe de vaciarse. Raras veces es necesario recurrir a esta pequeña maniobra, útil solamente en los cadáveres de sujetos muertos en plena caquexia de piel helgada, muy flácida y con numerosos pliegues, por desaparición completa de todo el tejido adiposo.

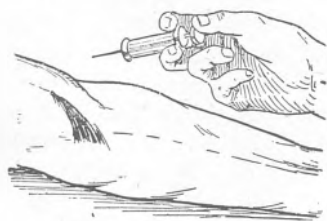


Fig. III

la aguja, un magnífico rastro amarillo que se extiende sobre los declives e irregularidades de la piel (figura III), claramente perceptible, cualquiera que sea la pigmentación cutánea.

El mismo autor intenta perfeccionar su método, añadiendo un indicador colorímetro, para investigar al mismo tiempo el pH cadavérico, practicando inyecciones de un líquido, indudablemente menos volátil, pero flúido, indoloro e inofensivo, para poder establecer con más rapidez y precisión el diagnóstico. De este modo, al valor del signo de la no retención del líquido inyectado por la inercia de los tejidos muertos, se añadiría el del cambio de coloración por la acidificación postmortum de los medios orgánicos. En principio, lo más sencillo parece ser emplear la inyección de una tintura de tornasol, que vira entre pH 6,6 (acidez) y pH 7,4 (alcalinidad); pero este viraje es progresivo y no muy claro, ya que existe una tonalidad neutra mal definida. El autor se decide por el empleo del azul de bromotimol.

D) EXCITABILIDAD MUSCULAR

1.—Excitabilidad eléctrica de los músculos.—Nysten primero, y más tarde Connio (1), demostraron que la excitabilidad eléctrica se ha extinguido tres horas después de la muerte, aun para las corrientes más

(1) Giusepp Connio: Della contrattilità elettrica del muscoli striati dopo morte (eccitabilità diretta), considerata dal lato medico legale». Siena, 1911.

enérgicas. Con arreglo a este dato se recomienda, para asegurarse de la ausencia de contractilidad, aplicar el polo de una pila sobre un músculo (que es mejor ponerlo al descubierto por medio de una pequeña incisión) y el otro sobre una parte vecina o sobre la columna vertebral.

Durante un tiempo, este signo gozó de gran predicamento, y Crimotel llegó a pedir a los poderes públicos, que se proveyera a los guardianes de los cementerios y especialmente a los vigilantes de los depósitos mortuorios, de una bobina Ruhmkorff, para que investigaran aquel signo, con el objeto de impedir los enterramientos en vida.

Actualmente este procedimiento carece de importancia, en atención a que existen individuos que, a pesar de hallarse en estado de muerte aparente, no responden a las excitaciones eléctricas, por lo menos parcialmente en ciertas regiones. Por otra parte, dichas corrientes son susceptibles de producir contracciones y movimientos musculares, aun después de la verdadera muerte integral del sujeto.

Además, el procedimiento es poco práctico y exige, no solamente un buen aparato, sino también y sobre todo, un operador experimentado, que tenga en cuenta que si una corriente débil no despierta la contracción muscular, en cambio una corriente muy fuerte extingue la propiedad contráctil del músculo.

2.—Electro puntura.—El doctor italiano Dell'Acqua, ideó un aparato que consistía en un minúsculo motor de inducción, con pila Spamer, cuyos electrodos terminaban en agudas puntas de acero, que podían clavarse en los músculos cuya excitabilidad se quería comprobar. Afirma el autor, que por este procedimiento logró descubrir casos de muerte aparente, después de más de 48 horas de ausencia de todas las demás señales de vida.

Por las mismas razones que acabamos de exponer, este signo carece de todo valor.

3.—Dinamoscopia.—Se designa con el nombre de zumbido muscular, un ruido particular, continuo, ligeramente sordo, que se ha comparado al rumor lejano de un vehículo y que se percibe cuando se aplica el oído sobre un punto cualquiera del cuerpo, o cuando se introduce en el oído la extremidad de uno de los dedos. Al mismo tiempo que el zumbido, se escucha también otro ruido particular, que es un chasquido intermitente, desigual, más o menos frecuente, doble o triple y que se ha llamado ruido de chisporroteo (1).

Collonges, estudió minuciosamente este ruido, y para mejor apreciar el fenómeno, ideó un aparato llamado dinamoscopio (2). Esta auscultación muscular, recomendada por Collonges, no pareció dar los resultados apetecidos, ya que si bien la práctica es fácil en apariencia, exige, no obstante, un gran hábito y un largo aprendizaje. En sus experiencias sobre

(1) Collonges: «Comp. rend. de l'Acad. de Med. Sc.» 1856.

(2) Collonges: Appl. de a Dynamoscopie a la constatation du décès». París.

cadáveres, el autor escuchó ruidos que para otros experimentadores fueron imperceptibles. Este procedimiento presenta, además, una gran causa de error muy importante y es que los ruidos pueden ser lo mismo de la oreja del observador que de las partes del cadáver que se auscultan, y como lo hacen notar Bouchut (1) y Tourdes (2), pueden creer que sus propios ruidos pertenecen al cadáver (3). Laence, explica este murmullo por una contracción muscular espasmódica e involuntaria (4).



Fig. IV

4.—**Bioscopia.**—El mismo Collonges (5) ideó un aparato, al que denominó «bioscopo», que constaba de dos agujas de médula de saúco, fijadas a un centro de gravedad por un poco de cera y suspendidas de un hilo de seda, un cabello o un hilo ordinario, sobre un marco graduado, a la manera de un galvanómetro. La construcción de este aparato se basa en la singular y curiosa propiedad que tienen las médulas de ciertos árboles, de hacerse sensibles e impresionables, sin necesidad de que exista contacto, y solamente por la proximidad de sustancias orgánicas vivas (hombre, animales, vegetales), la cual propiedad cesa en presencia de la materia inanimada o inerte.

Es un procedimiento que requiere algún tiempo para poder apreciar sus resultados; sólo hasta 24 horas después de la muerte, y a veces mucho más tiempo merece crédito. Por otra parte, además de las propiedades estrictamente vitales, actúan también el calor, la humedad, la electricidad, el magnetismo, lo que da lugar a muchas y graves causas de error.

5.—**Excitabilidad mecánica.**—Nacke, fué el primero que llamó la atención acerca de las contracciones musculares que sobrevienen después de la muerte (6) Zsako (7), después, llevó a cabo más investigaciones, acerca de esta excitabilidad, resultando de ellas, que la reacción persiste de 90

(1) Bouchut: «Traite des signes de la mort».

(2) Tourdes: «Dic. encyclop. des scienc. med. de Occhambe; art «Cadaure».

(3) Collonges: «Traite de la Dynamoscopie ou apretiation de la nature et de la gravete des maladies par l'auscultation des doigts». París, 1862.

(4) Acerca de la Dinamoscopia, puede consultarse una sucinta reseña de este antiguo método de diagnóstico en Bouchut, «Tratado de diagnóstico y semiología». Traducción española. Madrid, 1883. Páginas 170-177.

(5) Collonges: «La bioscope; applications a la physiologie et a la pathologie». París, 1874.

(6) Nache: «Bemerkungen zu der postmortales un muskelmecanischen». Peizbarkeit. NeuroL Centralblatt. 1912. número 14.

(7) Zsako: «Muskelmecanischen Erscheinungen nach dem. tode». 1912, página 675.

a 120 minutos después de la muerte. Puppe (1), que ha comprobado las experiencias de Zsako, amplía los tiempos, afirmando que la excitabilidad de los músculos, puede persistir hasta cinco horas después de la muerte. De estas experiencias se deduce una prueba de muerte, que consiste en la cesación de la excitabilidad mecánica de los músculos, en un plazo mínimo de cinco horas después de la muerte. Esta excitabilidad se comprueba con el martillo de percusión, debiendo tenerse en cuenta durante la observación todos los músculos de fibra estriada, y en particular, los músculos faciales; los puntos en que se debe provocar la reacción, son, casualmente, los mismos que sirven para la excitación eléctrica. La técnica puede simplificarse, pellizcando fuertemente un músculo—el biceps, por ejemplo—para que por la formación o ausencia de nudosidades características, pueda comprobarse la persistencia o no de la contractilidad muscular.

A pesar del entusiasmo con que algunos autores han defendido esta prueba, la ausencia de esta contractilidad puede presentarse muy tardíamente; así Vulpian (2), ha encontrado signos de contractilidad—líneas salientes, producidas por el paso de una punta de alfiler—sobre el diafragma de un perro 75 horas después de la muerte. Robin (3), ha observado estos fenómenos en el cadáver de un ajusticiado, frotando ligeramente la piel con la punta de un escalpelo.

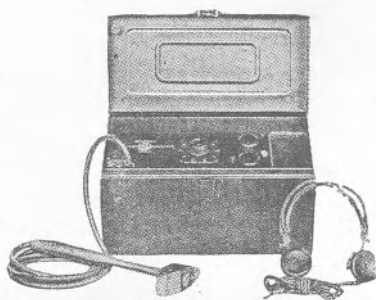


Fig. V

6.—Resistencia de los tejidos al paso de la corriente eléctrica.—Todos los tejidos vivos ofrecen una gran resistencia al paso de la corriente eléctrica. Esta resistencia no es de simple naturaleza, y sólo, de un modo convencional, puede ser expresada en ohmios. Esencialmente está constituida por la polarización que rodea a cada célula viva y que cesa en el instante mismo de la muerte. Mas cualquiera que sea su naturaleza, se mide fácilmente por los métodos clásicos, con ayuda de un material muy simple, compuesto de una pequeña bobina de inducción, de un circuito eléctrico y de un teléfono que sirve para medir el fenómeno.

Con estos elementos se construye un sencillo dispositivo, fácil de esterilizar, que puede ser clavado en una determinada parte del cuerpo, sin ocasionar mayores trastornos que los producidos por la picadura de una aguja de inyecciones hipodérmicas. Aun sin tener en cuenta las diferen-

(1) Puppe: «Deutsche Medizinische Wochenschrift».

(2) Vulpian: «Gazette medicale de Paris», 1858, número 33, página 517.

(3) Ch. Robin: «Observations anatomiques et physiologiques faites sur des supplices par decollation». Journal de physiologie normale et pathologique. 1869, página 90.

cias de temperatura, en un tejido muerto debe observarse una resistencia mucho menor que en el mismo tejido vivo.

En la industria existen dispositivos que podrían ser adaptados fácilmente a este objeto. En los Estados Unidos se emplea un aparato (figuras IV y V), por el cual, clavando dos puntas que soporta un martillo en un trozo de madera—en nuestro caso en una parte del cuerpo—se mide rápidamente por simple audición la resistencia al paso de la corriente.

Este procedimiento ha sido propuesto por Louis Lopicque, profesor de la Sorbona y miembro de la Academia de Ciencias de París, pero el mismo autor habla de los casos de error siempre posibles, y recuerda que la muerte en el sentido médico legal, no es la muerte parcial de los tejidos, sino la muerte total, integral del individuo sér.



La curabilidad de la meningitis tuberculosa

POR

José M.^a VILLACIÁN, Médico del Manicomio provincial

y

Emilio ZAPATERO, Profesor auxiliar de Higiene y Microbiología en la Facultad de Medicina

Pocas situaciones son tan desagradables para el clínico como aquella en que le coloca el diagnóstico de meningitis tuberculosa. En cualquiera otra forma de meningitis, por desesperado que parezca el caso, queda siempre un rayo de esperanza ante lo que de un tratamiento correctamente dirigido puede resultar; sólo la de naturaleza tuberculosa parecía escapar aún a esta posibilidad, y en el estado actual de nuestros conocimientos, decir que un individuo padece de meningitis tuberculosa es, en la práctica diaria, firmar su sentencia de muerte. ¿Es cierta siempre esta evolución fatal? ¿Es mortal de necesidad?

Desde hace bastante años vienen publicándose, no sólo en revistas, sino en tratados de medicina, la curación de casos de meningitis tuberculosa. Para no citar las obras modernas, que todas consignan esa rara posibilidad, mencionaremos tan sólo los casos que Hutinel y R. Voisin historian en el «Nuevo Tratado de Medicina y Terapéutica» de Gilbert y Thoinot, publicado en 1912 (1); esto se repite en obras más recientes, pero siempre con el carácter de extraordinaria rareza.

En 1922, Kramer y Biekel (2), reúnen 250 casos publicados; pero del

análisis metódico a que les someten, se quedan con 45, en que fué confirmado el diagnóstico por el examen bacteriológico del líquido cefalorraquídeo. Posteriormente a esta fecha, hemos podido recoger los siguientes: uno de K. Koch (3); otro de A. Pattenati (4); otro de Vedel, Giraud y Puech (5); tres de Jousset y Perisson (6); otro de Cain (7), y uno de Borruso (8). En el segundo volumen de los trabajos del Hospital que dirige Tapia (9), se mencionan en la estadística general del curso 1930-1931. 17 casos asistidos de meningitis tuberculosa, de los que fallecieron 16; uno de nosotros posee una referencia verbal sobre el caso curado, proporcionada por uno de los colaboradores del doctor Tapia, pero como no está publicado, no podemos añadir más.

En todos los casos curados que hemos recogido, consta taxativamente el dato positivo de la presencia del bacilo de Koch en el l. c.-r., y en algunos el resultado positivo también, de la inoculación al cobaya. Si fuéramos a señalar los casos publicados de meningitis tuberculosa curada, en que no consta la presencia del germen en el líquido, o los de aquellos que diagnosticados de meningitis tuberculosa dicen que no se encontró el bacilo de Koch, la lista que pudiéramos recoger sería mucho más larga. Queremos dar a este trabajo las mayores garantías de seriedad, y aun reconociendo que en típicos casos de meningitis tuberculosa no se encuentra nunca el bacilo de Koch en el l. c.-r., y que la inoculación al cobaya en muchos casos siempre es negativa, nosotros no podremos nunca equipararles en valor demostrativo a aquellos otros en que al menos se demuestre bacteriológicamente el diagnóstico de meningitis tuberculosa.

El haber tenido la fortuna de seguir desde hace seis meses un caso de meningitis tuberculosa demostrada bacteriológicamente, nos va a dar la oportunidad para que recojamos, aparte los datos interesantes que nos va a mostrar la historia clínica, las hipótesis con que se trata de explicar la curabilidad de tan temible enfermedad.

Un colega de 28 años, casado, ejerce la profesión en un pueblo del partido de Roa (Burgos). Madre obesa e hipertensa. Una hermana muerta de tumor cerebral el verano último.

A los ocho años padeció una bronquitis de naturaleza no aclarada; curó solapadamente, con ligera fiebre, aconsejándose a la familia que le llevaran al campo (vivía en Valladolid). Dos meses después se encuentra completamente curado.

Durante su carrera, fué interno de clínica médica en esta Facultad de Medicina, lo que quiere decir que el trato con enfermos tuberculosos fué constante. No hizo ninguna manifestación clínica de tuberculosis.

El iris y la pupila del lado izquierdo están deformados, y ésta sin reacción a la luz y a la acomodación desde que en su niñez un traumatismo le produjo lesiones cuyas secuelas se traducen por esa variación de la forma normal.

Dice haber padecido lues. Ignora la época del contagio. El verano

último habló al farmacéutico del pueblo de tratarse con bismuto, pero no lo ha hecho.

Enfermedad actual.—Le vemos por primera vez el 6-12-31. Desde hace una temporada se le nota cierta brusquedad del carácter, de aparición y desarrollo rápido, casi explosivo; por ejemplo: durante el juego de cartas se enfadaba bruscamente o amenazaba violentamente a algún compañero, pesándole poco más tarde haberlo hecho. El 30 de Noviembre, se quejó de mucho dolor de cabeza, vomita sin esfuerzo la cena y presenta algún vértigo. Una dosis de aceite de ricino, que se le da la mañana siguiente, es vomitada; la cefalea no se calma más que por breves momentos. Continúa igual, con temperatura de 37,3 a 37,5°. Los ojos les tiene cerrados y aqueja hiperacusia. La tarde del 5 de Diciembre, tiene 38,5°, y cuando le vemos, se queja intensamente de la cabeza y permanece en intenso grado de sopor, interrumpido de vez en cuando por palabras o frases que traducen un delirio de tipo ocupacional (habla de enfermos, inyecciones, curas, etcétera). Con estímulos enérgicos logramos momentáneamente sacarle del sopor, reconociéndonos entonces con extraordinaria dificultad; en cuanto se le deja, vuelve al sopor y al delirio tranquilo. En este momento tiene 37,8°. Hace un gesto de intenso dolor cuando intentamos abrirle los ojos. Pulso inestable en fondo de bradicardia. Rigidez de nuca-hiperestesia. Estreñimiento pertinaz. Reflejos normales. Es imposible explorar la pupila y motilidad ocular.

Punción lumbar.—Los primeros centímetros cúbicos salen a chorro (no se dispone de aparato para medir la tensión). Líquido rojizo sin punción vascular accidental.

Globulinas.	$\left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right.$	Reacción de Pandy. Positiva (+ + +)
		Id. Nonne-Apelt. íd. (+ + +)
		Id. Ross-Jones íd. (+ + +)

Cloruros: 6.50 gramos por litro. Glucosa: 30 miligramos por litro.

Sedimento coloreado por el método de Ziehl-Nelsen: después de recorrer varios campos se llegan a ver algunos bacilos de Koch. Abundantes linfocitos. Reacción de Kahn en l. c-r. negativa. Wassermann y Kahn en sangre, negativas.

A 90 kilómetros del laboratorio, y ante este cuadro de meningitis aguda, cuya causa no se evidencia por el examen clínico, decidimos inyectarle por vía lumbar, 10 cc. de suero antimeningocócico polivalente, y 20 cc. por vía intravenosa. Unas horas más tarde, se le pone una inyección intramuscular de un preparado bismútico.

Asegurado el diagnóstico de meningitis tuberculosa por el resultado mencionado del análisis del líquido cefalorraquídeo, formulamos un pronóstico fatal, que es compartido por los familiares médicos que el enfermo tiene, uno de ellos uno de los autores de este trabajo.

Por hacer algo y quedarnos del todo tranquilos en nuestra actitud

terapéutica, recomendamos se haga un tratamiento, aparte el corriente, menos prodigar las punciones lumbares, en tanto la cefalea no las exija, a base de «alergina», un preparado que el doctor A. Jousset puso a nuestra disposición, meses atrás. cuando uno de nosotros se le pidió, ya que no está a la venta en el comercio ni en Francia siquiera.

No ignoramos la polémica a que este preparado ha dado lugar, hasta el punto que por J. A. Weill (10), ha sido identificado a una de tantas tuberculinas, artículo que motivó la réplica de Jousset (11). Sea de ello lo que fuere, el hecho extraordinario es, que habiéndose publicado por un mismo autor tres casos de curación en poco intervalo de tiempo de uno a otro, merecía la pena tener este medicamento para ensayarle en los casos que se presentaran. Y en efecto, como quedamos consignado, fué el mismo doctor Jousset el que tuvo la gentileza de enviárnosle al primer requerimiento.

Cuando le empleamos en este caso, ya le habíamos usado antes en otros dos, sin el menor éxito. En honor de la verdad, hemos de decir, que estos dos casos no se parecían gran cosa clínicamente al que hemos historiado, ni a la mayoría de meningitis tuberculosa: eran dos casos que el doctor Andreu estudió en la clínica médica de esta Facultad de Medicina, en el servicio del doctor Bañuelos, de brote agudo de meningitis en un mal de Pott, y en los que realmente era difícil dilucidar qué factor jugaba mayor importancia en la gravedad extraordinaria del cuadro clínico, si el brote de meningitis generalizada o la extraordinaria caquexia a que la enfermedad originaria había conducido. No nos quedamos, pues, del todo convencidos del rotundo fracaso de la alergina; y comprobada la completa inocuidad del producto, juzgamos oportuno emplearle en el caso historiado.

Ya por la tarde del día 6, en que le vimos por vez primera, experimentó una sensible mejoría clínica: se encontró lúcido, la inestabilidad del pulso cedió, disminuyendo también la intensidad de la cefalea; lo único que persistía era la regidez de nuca. Sigue lo mismo la noche de ese día, durmiendo con normalidad. El 7 se le pone 1/4 cc. de alergina. Mantiénesse la mejoría el 8 y el 9, no pasando la temperatura de 37°. El 10 sube ésta a 37,5°, con 60 pulsaciones. El 11 se repite la alergina, poniéndole 0,5 cc. que le produce una violenta reacción que dura 8 horas. Todo vuelve a entrar en orden, y a los ojos de cualquiera estaría el enfermo completamente bien, si una febrícula de 1-2 décimas no tradujera la presencia solapada de la infección. El 27 se le pone una tercera dosis de 0,5 cc. de alergina, que vuelve a producirle una reacción análoga a la vez pasada, en que la temperatura alcanza a 38°, para cesar unas horas más tarde. Vuelve al estado anterior, persistiendo sólo la febrícula de 1-4 décimas diariamente, tanto por la mañana como por la tarde, hasta el 25 de Enero. Desde primeros de Febrero, la temperatura no alcanza, a ninguna hora del día, los 37°. El pulso, desde el 20 de Diciembre, se mantiene entre 70-78: hasta este día, siempre por debajo de 64 pulsaciones.

El 17 de Enero se hace una segunda punción lumbar, dando el siguiente resultado: líquido claro; reacciones de Pandy, Nouné-Apelt (fase 1.^a) y Ross-Jones, positivas (+ + +); cloruros = 7 gramos por 1.000; glucosa = 0,20 gramos por 1.000; número de células = 8 por mm³ en cámara de Nageotte. No se ven bacilos de Koch.

3-2-32.—Radiografía de tórax, en proyección postero-anterior (doctor Payerpaj). Tórax amplio, con costillas ligeramente oblicuas y estrechadas en el lado izquierdo; diafragma normal; sombra cardíaca normal; vértices completamente transparentes. Hilio aumentado de tamaño, especialmente en el lado derecho, en su parte media y diafragmática, de tipo evolutivo; de todo el resto del hilio parten numerosos cordones finos de tipo fibroso; en el resto del campo pulmonar se aprecia un entrecruzado fino con algunos nódulos calcificados.

A mediados de Febrero se va al campo; hace una cura de reposo relativo. No tiene ninguna molestia. Tres meses más tarde se reintegra gradualmente al ejercicio profesional, ayudado por un hermano, y se encuentra completamente bien. Ha engordado 6-8 kilos.

Una tercera punción hecha el 20 de Mayo, da este resultado: líquido claro; reacciones de globulinas, negativas; albúmina total = 0,30 gramos por 1.000; cloruros = 7 gramos por 1.000; glucosa = 0,50 gramos por 1.000; número de células = 20 por mm³ (cámara de Nageotte). No se ven bacilos de Koch. Reacción de Menicke, negativa.

Nada tan interesante en esta historia clínica como la evolución de la enfermedad. Ante el hallazgo del bacilo de Koch en el l. c-r., nadie podrá dudar de la exactitud del diagnóstico de meningitis tuberculosa, por muy distinto que fuera el aspecto macroscópico—color rojizo—del líquido extraído, el color claro y transparente que suele tener en este tipo de meningitis. Este dato del color, fué el que hizo que inyectáramos suero antimeningocócico, lejos como estábamos del laboratorio, en los primeros momentos, aunque el color del líquido en la meningitis meningocócica más sea amarillo-verdoso que hemorrágico, al menos al comienzo de la enfermedad.

La negatividad del Wassermann en sangre, y del Kahn en el líquido, hacen desechar el diagnóstico de meningitis sifilítica, así como la ausencia de meningococos y de otros gérmenes cócicos, juntamente con la falta de todo proceso que explique de otra manera la presencia del síndrome meningítico agudo, autorizan para desechar, también, estos otros diversos tipos de meningitis agudas.

Siguiendo el orden cronológico de lo sucedido en nuestro caso, podríamos resumirlo así: **fase prodrómica** con irritabilidad del carácter—hecho, como se sabe, tan frecuente en la meningitis tuberculosa del niño, y, mucho más raro en el adulto—; **fase aguda** de ocho días de duración, caracterizada por fiebre ligera, cefalea intensa, vómitos, bradicardia con inestabilidad del pulso, vértigos, estreñimiento, rigidez de nuca y síndrome confusional

delirante, con tendencia al sopor, y en este momento de la evolución, líquido cefalorraquídeo con presencia de bacilos de Koch, que atestiguan indudablemente la naturaleza tuberculosa del proceso; **fase de remisión** rápida para los síntomas clínicos, que quedan reducidos a ligera febrícula durante dos meses, al finalizar los cuales persisten en l. c-r. signos evidentes de proceso patológico; y por fin, **fase de curación clínica** en que hasta la febrícula ha desaparecido y sin aquejar malestar alguno, el enfermo se reintegra a su vida habitual, pero en el que todavía persiste linfocitosis moderada como carácter patológico en medio de una absoluta normalidad del resto de los caracteres físicos, químicos y bacteriológicos del líquido espinal. En total, han transcurrido cerca de siete meses desde el comienzo de la fase aguda.

Es evidente que no podemos calificar a nuestro caso de curación completa, pues la pleocitosis que todavía presenta, basta para desmentirla, pero creemos que no tiene el valor de signo que indique actividad o evolución del proceso patológico. Al opinar así no hacemos más que equiparar lo sucedido en nuestro enfermo, con la infinidad de sujetos sifilíticos, hoy perfectamente estudiados desde este punto de vista, en que una pleocitosis análoga, después de un proceso más agudo durante el que se encuentra, además, hiperalbuminosis y reacción de Wassermann positiva, no tiene otra significación que el de signo residual, sin que indique actividad de la lesión.

También en muchos de los casos citados en la nota bibliográfica, ha sido la regla una evolución exactamente igual a la de nuestro enfermo.

Hoy no tenemos, pues, derecho a decir más que está en fase de remisión, o si se quiere—para usar de la terminología empleada en otros procesos de posible evolución semejante—, en período de «curación clínica.»

¿Qué causa es la que pudiera explicar la evolución favorable de nuestro enfermo? Somos escépticos en cuanto a atribuir este resultado feliz al tratamiento por la alergina, o al menos, no podemos afirmarlo rotundamente, pues ignoramos lo que hubiera pasado de no emplear ese medicamento. Pero si la seriedad científica nos obliga a pensar así, lógico será también que le concedamos algún valor en la terapéutica de la meningitis tuberculosa, y que abriguemos, por ahora, un cierto optimismo que las observaciones futuras se encargarán o no de comprobar.

La curación de la meningitis tuberculosa es un problema que ha llamado la atención de muchos clínicos, una vez adquirido el convencimiento de la posible terminación favorable de tan temible enfermedad. ¿A qué puede ser ello debido?

Mejor sería plantear el asunto al revés y preguntarse las razones por las que la localización meníngea de la tuberculosis adquiere una evolución tan fatal la inmensa mayoría de las veces. Porque es evidente que esas razones no pueden radicar en el carácter anatómico de las lesiones, ya que aquí el bacilo de Koch hace las mismas lesiones foliculares, producti-

vas y exudativas, que en el resto de las vísceras, sobre todo de análoga estructura serosa, y conocido es de todos la gran tendencia a la latencia y a la curación por organización esclerosa y calcificación, que en la mayor parte de los sujetos adquieren las lesiones originadas por el bacilo de Koch.

Ha sido más bien la fase o momento de la evolución de la tuberculosis en que aparece la localización meníngea, el motivo que se ha creído suficiente para explicar la gravedad tan extraordinaria de la enfermedad. Sin que nosotros queramos resumir aquí las fases por que pasa la evolución de la tuberculosis, nos bastará con señalar, que el hecho de coincidir esta localización en las meníngeas con la de otros órganos, habla en favor de la hipótesis que sostiene que es el carácter de generalización miliar de la tuberculosis que acompaña a la meningitis tuberculosa, lo que explica aquella evolución fatal.

No puede negarse que tanto en los niños como en los adultos, la localización meníngea muchas veces, no es más que una parte de todo un proceso de generalización granúlico estallado en el sujeto a virtud de esos momentos tan desfavorables por que pasa la evolución de la infección tuberculosa en el organismo humano: el llamado por Ranke en su clasificación «segundo período», que corresponde al de «generalización precoz», de Huebschmann y el de «generalización tardía», de este último autor, son otros tantos momentos temibles para la explosión de la meningitis tuberculosa, precisamente por el estado tan precario de inmunidad que el organismo posee en esos momentos, en comparación con aquellos otros que por coincidir con fases de buena resistencia, la tuberculosis, en vez de hacia la generalización, tienda hacia la «localización» en un solo órgano. Pero esta explicación no puede aplicarse a todos los casos, desde que sabemos que no siempre la meningitis tuberculosa coincide con dispersión hemática generalizada en forma clínica de granulia, y por otra parte nadie ignora que la gravedad de la misma no está condicionada por el cuadro de intensa intoxicación o toxiinfección que caracteriza a la granulia: basta la observación de uno de tantos meningíticos que se nos mueren, para que saquemos una impresión clínica sobre los motivos de su muerte, completamente distinta de la que se percibe en un sujeto víctima de un cuadro en que la toxiinfección explica la terminación fatal. Las mismas alternativas que en su estado presenta un enfermo de meningitis, esas variaciones que se traducen porque en un momento del día aparece despejado, y a otra hora se encuentra casi en coma, hacen que no puedan explicarse por la intoxicación y por la desintoxicación; más lógico parece atribuir esas alternativas o variaciones de la tensión del líquido cefalorraquídeo, que a la vez explica mejor que ninguna otra hipótesis, la mejoría que los enfermos obtienen con la punción lumbar.

Hay, pues, que buscar la razón de la gravedad de la meningitis tuberculosa, en la naturaleza especial del órgano subyacente a la serosa inflamada.

No han faltado autores que, aplicando a este proceso las últimas hipótesis sobre el mecanismo de la inmunidad en las infecciones, hayan querido ver en la pobreza del sistema nervioso en elementos pertenecientes al sistema reticulo-endotelial, la explicación del problema que estamos dilucidando. En estos momentos como dice Tapia (12), no estamos autorizados para obtener una conclusión definitiva a este respecto.

Comparemos lo que sucede en un pulmón comprimido por un derrame pleurítico de naturaleza tuberculosa, con el cerebro, a su vez, comprimido con el producto de la exudación meníngea y por la mayor producción de líquido cefalorraquídeo, por la irritación del plexo coroides, originada por la localización plexógena de la meningitis tuberculosa. El pulmón se deja fácilmente comprimir en virtud de su textura esponjosa; además, aun completamente comprimido, su función no es absolutamente precisa para la vida, pues basta con el otro; y finalmente su parenquima es muy resistente a una destrucción mecánica o por alteraciones vasculares. En el cerebro, ninguna de estas circunstancias favorables se dan; por el contrario, su delicada estructura y la importancia vital de las funciones a él encomendadas, explican la terminación tan distinta de dos procesos que como la pleuresía y la meningitis, desde el punto de vista únicamente anatómico, tanto se parecen.

Pero no tienen por qué suceder las cosas necesariamente siempre así. Aquí se tropieza, naturalmente, con la dificultad de no poder comprobar anatómicamente la razón de la curación en los casos que así acaban: sin embargo las veces que posteriormente a una meningitis tuberculosa curada, fué posible hacer autopsia, se ha visto que todos los casos no se comportan exactamente igual unos a otros. Al lado de aquellos sujetos cuyo cuadro meníngeo fué producido por una discreta siembra realizada en las proximidades de un gran tubérculo solitario, cuya sintomatología persiste después de curada la meningitis, casos por lo demás, extraordinariamente raros y que ya fueron descritos por Virchow, se encuentran otros en que las lesiones se hallan mucho más localizadas que lo que corrientemente sucede, con lo que, por una parte, se produce mucho menos líquido cefalorraquídeo y los fenómenos de comprensión encefálica no llegan a ser alarmantes, y por otra, se forman las lesiones de la llamada «meningitis en placas» constituidas por una organización fibro-esclerosa que sólo afecta a una pequeña extensión de meninge.

Además, del mismo modo a como en otros órganos, pulmón por ejemplo, se han descrito cuadros clínicos que radiográficamente se han demostrado producidos por una dispersión hematógena curable—la llamada por nuestro compatriota Sayé «granulia pulmonar fría», que fué el primero que la dió a conocer—, no tiene por qué no suceder en el cerebro algo análogo, y en efecto, esta presunción también ha sido confirmada «a posteriori».

Finalmente, Pattenati, en el trabajo citado, describe las formas de

meningitis tuberculosas «no foliculares» que clínicamente pasan con el diagnóstico de meningitis serosas, y a cuyo grupo pertenecen, según él, la mayoría de los casos de curación de meningitis tuberculosa.

Valladolid, Junio de 1932.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- (1) A. GILBERT ET THOINOT.—«Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique.» Tomo XXXV. Maladies des méninges, 1912.
- (2) KRAMER ET BICKEL.— La meningite tuberculeuse est-elle curable? «Annales de Médecine». Tomo XI, número 3, 1922.
- (3) K. KOCH.—Zur Frage der Heilbarkeit der Tuberkulozen Meningitis. «Munch. Mediz. Woch.» Año 72, número 20, 15 de Mayo de 1925.
- (4) A. PATTENATI.—«Rivista Ospedaliera». Tomo XIII, número 18, 30 de Septiembre de 1923.
- (5) VEDEL, GIRAUD ET PUECH.—Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier, 16 Abril 1927, en «Revue Neurologique». 1927. Tomo I, página 145.
- (6) JOUSSET ET PERISSON.—«Bulletins et memoires de la Société médicale des Hopitaux de Paris». Año XLV, número 17, 17 de Mayo de 1929, en «Revue Neurologique». Tomo II, página 449.
- (7) CAIN.—«Bulletins et memoires de la Société médicale des Hopitaux de Paris». Año XLV, número 20, 7 de Junio de 1929; en «Revue Neurologique». 1929. Tomo II, página 660.
- (8) BORRUSO.—«El Policlínico» (sección médica). Año XXXVI, número 10, 1.º de Octubre de 1929.
- (9) M. TAPIA.—Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Volumen II, Madrid 1931.
- (10) J. A. WEILL.—Allergine et Tuberculine. «La Presse Médicale», 1931, número 40, páginas 739-741.
- (11) A. JOUSSET.—L'Allergine nest pas la tuberculine. «La Presse Médicale», 1931, número 49, página 918.



FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID. SERVICIO DE PATOLOGÍA GENERAL

Sobre el proceder de Outeiriño y Hernán para la dosificación de ácido láctico en sangre

por Miguel Sebastián HERRADOR,

Profesor ayudante de clases prácticas

A fines del año último, tuvimos conocimiento del método que Outeiriño y María Hernán, de la clínica del profesor Novoa Santos, habían ideado para la dosificación del ácido láctico en la sangre, y alentados antes que nada por su indudable sencillez, decidimos ensayarlo en algunos enfermos a la sazón hospitalizados en nuestro servicio, en los que era de singular interés el estudio de la lactacidemia.

A partir de entonces, hemos realizado un número bastante conside-

rable las determinaciones, fruto de las cuales es esta comunicación. En manera alguna pretendemos llevar a cabo un análisis excesivamente detallado y minucioso del método que examinamos, sino simplemente contribuir a su difusión y estudio y a la par introducir algunas pequeñas variaciones técnicas que la experiencia nos aconsejó convenientes. Asimismo incluimos los resultados globales por nosotros obtenidos con el método, y con ellos por base, estudiamos las posibilidades prácticas del mismo.

Está incluido el proceder en el grupo general de métodos volumétricos, y tiene como fundamento la oxidación del ácido láctico mediante el permanganato potásico y en presencia de ácido sulfúrico; con ello, el ácido láctico se transforma en aldehído acético, que es recogido, una vez destilado, en un exceso de bisulfito sódico o potásico, con el que se combina, dando lugar a etanol-sulfonato-sódico o potásico respectivamente. El bisulfito que resta sin combinar, se valora más tarde mediante una solución titulada de I.

Operaciones previas a la oxidación y destilación deben ser la desalbuminación y la eliminación de los hidratos de carbono contenidos en la sangre total (glóbulos y plasma), ya que también son transformados por el permanganato y podrían dar lugar a errores de consideración.

Para desalbuminizar, utilizan los autores el proceder tan conocido de Folin-Wu y el hidrato cálcico, y el sulfato de cobre para eliminar los hidratos de carbono.

Recordamos en breves líneas para facilitar el comentario, la técnica de las diversas operaciones que constituyen el método:

1.—Extracción de la sangre, que se ha de realizar sin ligadura del miembro para evitar el éstasis y hallándose el sujeto en ayunas y reposo durante media hora como *mínimum*. Naturalmente, estas dos últimas condiciones, reposo y ayuno, que son las requeridas para la llamada «lactaciemia basal», podrán ser modificadas según las necesidades de la investigación.

2.—Desproteínización. Los 5 cc. de sangre hecha incoagulable (mediante adición de 10 mg. de oxalato sódico o potásico), se colocan en un recipiente y se diluyen con 27,5 cc. de agua destilada, agitando hasta conseguir la hemólisis total; luego se añade 5 cc. de tungstato sódico al 10 por 100 y 5 cc. de ácido sulfúrico $\frac{2}{3}$ normal poco a poco y agitando hasta que obtengamos la desaparición total de la espuma y un sonido metálico típico por el choque del líquido con las paredes del recipiente, signos ambos que nos indican ser completa la desalbuminización. Filtrar.

3.—Eliminación de los hidratos de carbono. A 30 cc. de filtrado exento de albúmina, se añaden 3 cc. de la suspensión de hidrato cálcico al 10 por 100 y 1,5 cc. de la solución saturada de sulfato de cobre; agitar de vez en cuando y filtrar a los 20 minutos. Antes de pasar a la operación siguiente, es preciso asegurarse de que el filtrado se halla totalmente libre de hidra-

tos de carbono, y para ello, según técnica de Salkowsky, colocamos en un tubo de ensayo 1 cc. de líquido filtrado, añadimos una o dos gotas de naftol alfa en solución alcohólica al 14 por 100, se agita y luego con una pipeta de punta fina se lleva al fondo del tubo 0,5 cc. de ácido sulfúrico puro; si existen hidratos de carbono, se observa en el límite de separación de los líquidos la formación de un anillo de color violeta, coloración que puede extenderse a toda la masa mediante agitación.

4.—Oxidación y destilación. En un matraz de Kjeldall de 100 cc., se colocan 10 del filtrado desproteinizado y exento de hidratos de carbono y 5 cc. de ácido sulfúrico al 2 por 100, se adopta el aparato de Michaelis y se da paso a la corriente de vapor de agua que proporciona el gasómetro. Una vez que empiezan a deslizarse las primeras gotas de agua ya condensadas en el tubo del refrigerante, se deja caer gota a gota el permanganato potásico al 0,20 por 1.000 que se halla en el embudito de Michaelis, teniendo la precaución de que haya sido decolorada totalmente cada gota antes de dejar caer la siguiente. Cuando ya no se decolora el permanganato, se añaden unos 2 cc. del mismo y se mantiene la destilación 10 minutos para asegurarnos de que no restan porciones de ácido láctico sin transformar. El producto de la destilación va siendo recogido en un exceso de bisulfito sódico o potásico dispuesto en dos recipientes en íntima conexión para que el segundo recoja aquellas porciones de acetaldehído que pudieran escapar del primero; en cada uno se colocan 5 cc. de bisulfito $\frac{n}{200}$ que ha de estar preparado recientemente, ya que su titulación varía muy rápidamente.

Una vez terminada la destilación, se titula el sobrante de bisulfito mediante solución de I $\frac{n}{200}$ y engrudo de almidón, como indicador. Se restan de 10 cc. de bisulfito colocados, los cc. de iodo gastados, previa corrección de factor químico, etc. y el valor obtenido se multiplica por la constante 22,5; el resultado expresa la cantidad de ácido láctico en miligramos por ciento que encierra la sangre examinada.

Omitimos expresamente todos los detalles referentes a ecuaciones químicas, proceso de obtención del número constante, etc. que sobre prolongar excesivamente nuestro artículo, no son absolutamente necesarios para el objeto que nos proponemos; el lector interesado podrá encontrar estos datos en el artículo publicado por los autores del método en la revista «La Medicina Ibera», número 717, de Agosto de 1931 y a él le remitimos.

Ya antes de la comunicación de Outeiriño y Hernán, se había discutido por diversos autores si era conveniente o no realizar la toma de la sangre sin éstasis venoso, pues algunos creían que la detención de la circulación podía aumentar la cantidad de ácido láctico en la sangre momentáneamente inmovilizada y la determinación tendría por consiguiente error por exceso; prevalecieron, si mal no recordamos, los que sostenían que el éstasis carecía de influencia. En las determinaciones por nosotros realizadas en las mismas sangres tomadas con o sin éstasis venoso, no

hemos encontrado diferencia alguna o a lo más fracciones de mg. que resultan totalmente despreciables; creemos, pues, con la mayoría de los autores, que es precaución inútil la supresión del éstasis venoso, por otra parte tan necesario en determinadas ocasiones.

Al realizar la desproteínización, los autores del método cambian las proporciones clásicas de las distintas sustancias que intervienen en el proceder de Folin-Wu, que expresadas en volúmenes y en el mismo orden antes citadas son 1 - 7 - 1 - 1 y referidas a los 5 cc. que se emplean, serían 5 - 35 - 5 - 5 en lugar de 5 - 27,5 - 5 - 5, como los autores indican. Indudablemente pretenden con esta modificación obtener una dilución tal, que unida a la que de nuevo sufre la sangre en la tercera operación o sea la eliminación de los hidratos de carbono, dé como resultado global $\frac{1}{10}$, lo que permite simplificar los cálculos.

En efecto, las diluciones respectivas, en el supuesto de Outeiriño y Hernán, son $\frac{5}{42,5}$ para la segunda operación y $\frac{30}{34,5}$ para la tercera, y en consecuencia la dilución total

$$\frac{5}{42,5} \times \frac{30}{34,5} = \frac{1}{9,77}$$

lo cual nos indica que cada 9,77 cc. del segundo filtrado, equivalen a 1 cc. de sangre inicial.

Vemos, pues, que a pesar de la modificación realizada, la dilución resultante no es exactamente la que se pretende conseguir y que existe un error de 0,225 por cada 10 cc. de filtrado, error indudablemente de escasa monta pero que en buena técnica no tenemos por qué admitir.

Pero es que además la práctica me ha demostrado que al efectuar el filtrado de la sangre ya desalbuminizada, es materialmente imposible obtener los 30 cc. de líquido que se precisan para la operación siguiente, partiendo de un volumen inicial de 42,5 cc. La regla general es que se obtenga un volumen de filtrado igual a la mitad o poco más del inicial. Por todo ello, nosotros preferimos el proceder clásico de Folin-Wu sin variar nada sus proporciones, que totaliza un volumen de 50 cc. y todavía mejor de 60 cc. (partiendo en lugar de 5, de 6 cc. de sangre) y que nos proporciona con toda certeza los 30 cc. de filtrado.

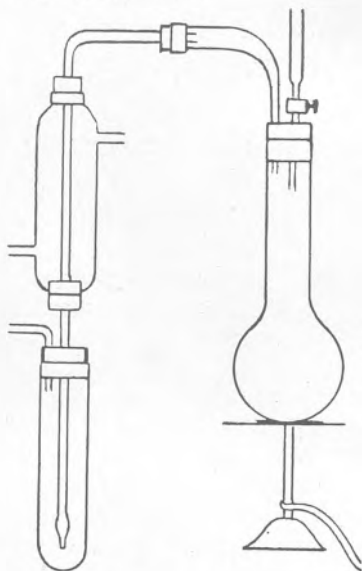
Naturalmente, en las operaciones posteriores tenemos en cuenta el cambio de la dilución como ahora mismo indicamos.

La tercera operación, eliminación de las sustancias hidrocarbonadas, la practicamos exactamente en la forma descrita por los autores. La dilución total que como consecuencia de nuestra modificación resulta al terminar esta tercera fase del método, es por lo tanto

$$\frac{5}{50} \times \frac{30}{34,5} = \frac{150}{1725} = \frac{1}{11,5}$$

Resulta en virtud de esto que 11,5 cc. de líquido filtrado equivalen «exactamente» a 1 cc. de sangre; ésta será, por tanto, la cantidad que habremos de utilizar para la oxidación y destilación subsiguientes.

También disentimos respecto al dispositivo a emplear para la oxidación del ácido láctico y destilación del acetaldehído formado. En un principio, y siguiendo las instrucciones del método, utilizamos el tan conocido aparato de Michaelis, pero bien pronto hubimos de notar deficiencias que perturbaban la operación.



Así por ejemplo, la intensa presión de la corriente gaseosa que envía el matraz que hace de gasómetro impide o por lo menos dificulta la caída del permanganato gota a gota y en muchas ocasiones lo proyecta fuera del aparato. Para evitar tales inconvenientes nosotros hemos adoptado un simple dispositivo de destilación, tal como el representado en el adjunto esquema.

Con él quedan subsanados los defectos antes citados, ya que por una parte la presión de los gases en el matraz generador es menor y por otra se eleva considerablemente la presión del permanganato a causa de la mayor altura de la columna líquida. Además hemos observado que la absorción del aldehído acético por el bisulfito es total y completa ya en el primer recipiente

(regulando convenientemente la ebullición puede lograrse que en el tubo vector se mantenga el bisulfito a una cierta altura de manera constante, con lo que es imposible el escape de burbujas gaseosas), y desde luego es totalmente innecesaria la adición de un segundo recipiente, que según Outeiriño habría de recoger posibles escapes de gas, ya que a lo menos con nuestro dispositivo jamás los hemos observado.

Por otra parte, la adaptación y separación mutua de las diversas partes del aparato es sumamente fácil y rápida, con lo que pueden realizarse varias determinaciones sucesivas con igual velocidad que en el aparato de Michaelis.

Colocamos, según lo antes explicado, 11,5 cc. de filtrado exento de proteínas e hidratos de carbono, que corresponden exactamente a 1 cc. de sangre; 5 cc. de ácido sulfúrico al 2 por ciento y 15 cc. de agua destilada. El resto de la operación y los cálculos posteriores, exactamente como indica Outeiriño (v. lugar citado) y según antes hemos expuesto. El número que obtenemos nos indica en miligramos por ciento la cantidad de ácido láctico que la sangre encierra.

Pasemos a examinar la exactitud de que es susceptible el método, utilizando para ello los datos de nuestra estadística personal, sin transcribirla

íntegramente, pues lo juzgamos innecesario. En nuestras determinaciones hemos utilizado sangre procedente de individuos sanos y sujetos enfermos y además soluciones de ácido láctico purísimo, exactamente valoradas con arreglo a diversas concentraciones, pero siempre tales que estaban comprendidas en los límites de los valores extremos de lactacidemia hallados en la sangre humana, con objeto de que la comparación fuese posible.

Con estas últimas soluciones exactamente valoradas, las cifras obtenidas han sido particularmente aproximadas, pudiéramos afirmar que idénticas; las variaciones encontradas para una sola solución en diversas determinaciones han oscilado siempre entre 1 y 2,70 mg. por 100.

Los resultados más exactos que hemos obtenido, han sido para una sola solución:

1.º--29,00 mg. por 100 2.º--29,70 mg. por 100 3.º--29,20 mg. por 100.

Los más divergentes para otra de las soluciones preparadas:

1.º--23,10 mg. por 100 2.º--21,00 mg. por 100 3.º--20,40 mg. por 100.

En cambio, en las dosificaciones realizadas en sangre, las oscilaciones han sido mayores, aunque siempre se han encontrado entre 2 y 3,50 mg. por 100. Citemos algunos resultados por vía de ejemplo:

1.º--27,22 mg. por 100 2.º--25,20 mg. por 100 3.º--26,21 mg. por 100.

1.º--20,70 mg. por 100 2.º--21,60 mg. por 100 3.º--20,75 mg. por 100.

1.º--11,25 mg. por 100 2.º--13,70 mg. por 100 3.º--13,15 mg. por 100.

Sólamente en dos casos entre un total de 56 sangres distintas examinadas, las diferencias han sido superiores a lo indicado. Fueron de 25,84 por 100 y 38,47 por 100 o sea, una diferencia de 12,63 mg. para el primero y de 17,50 por 100 y 12,95 por 100, con una diferencia de 4,55 mg. por 100 para el segundo. Sin embargo no damos gran valor al caso indicado en primer lugar de variación tan pronunciada, ya que la determinación se realizó en circunstancias particularmente defectuosas; no así el segundo, que resulta por tanto excepción entre todos los anteriores.

Creemos, pues, apoyados en todo lo expuesto precedentemente, que el método objeto de nuestro estudio proporciona datos de gran exactitud y en su virtud es perfectamente aplicable, no sólo a la práctica clínica diaria, sino también a la investigación, tanto más cuanto que la mayoría de los autores afirman que en lo que respecta a la tasa del ácido láctico en la sangre humana oscilaciones de hasta 4 o 5 mg. por 100 en uno u otro sentido carecen de valor.

Cualidades altamente ventajosas del método que examinamos son la facilidad técnica y el escaso tiempo que requiere, especialmente si lo comparamos con el método sumamente largo y engorroso de la extracción por el éter, que resulta totalmente inaplicable en la práctica clínica; menor parece ser la diferencia, aunque desde luego siempre a su favor, con el proceder colorimétrico de Mendel y Goldscheider, teniendo en cuenta las referencias que del mismo conocemos por varios autores extranjeros y alguno español, especialmente entre nosotros las de Jiménez Díaz y Sán-

chez Cuenca (véase «Trabajos de la Clínica Universitaria del profesor C. Jiménez Díaz», años 1928 y 29), ya que a nosotros no nos ha sido posible emplear el método y carecemos de datos personales.

Puede calcularse un tiempo global de dos horas y media para el conjunto de operaciones que el método comprende y aún debemos añadir por nuestra cuenta que la mayor parte del mismo, una hora y media, se emplea en la lenta filtración del líquido desalbuminado.

La sencillez técnica del método es de tal índole que nos exime de todo comentario. Gracias a ello podemos realizar varias determinaciones serias o simultáneas, lo que es de indudable utilidad en la obtención de curvas de lactacidemia, método exploratorio cada vez más apreciado en el estudio de determinadas afecciones del metabolismo, hígado, músculo y aparato circulatorio, entre otras muchas.

En resumen, pues, a nuestro juicio el proceder de Outeiriño y Hernán, es hoy día el más conveniente por su precisión y sencillez para la dosificación del ácido láctico en la sangre. Con las modificaciones expuestas en este artículo, es el que nosotros hemos adoptado en las investigaciones que actualmente realizamos y que posiblemente serán objeto de venideras comunicaciones.

Valladolid, Abril de 1932.



CRÓNICA TERAPÉUTICA

Ionoterapia

por el doctor Eloy DURRUTI ROMAY

Una terapéutica poco conocida, y que en muchos casos no sólo produce admirables resultados, sino que es además insustituible, es la Ionoterapia, la introducción de medicamentos en el organismo, por la descomposición que produce el paso de la corriente eléctrica. La Física nos comprueba el fenómeno de la Electrolisis, y cuando se hace pasar una corriente continua por un vaso que contenga agua acidulada, se produce un desprendimiento gaseoso a nivel de los electrodos. El agua se disocia en sus dos elementos constituyentes, y la corriente no pasa más que a condición de que haya al mismo tiempo, desprendimiento gaseoso, y en este caso se dice que hay transporte por convención de la energía eléctrica, en oposición al transporte por conducción que se produce a través de un cuerpo sólido.

El transporte de la corriente por convención, está, pues, unido a un

desplazamiento de materias y no se produce más que en ciertas soluciones llamadas electrolíticas.

Desde que Bouchard llamó la tención sobre este procedimiento de aportar directamente los principios curativos allí donde son útiles, la terapéutica iónica ha ido adquiriendo cada día mayor importancia, quedando demostrado su penetración en el organismo, por el hecho de encontrarse las substancias de los cuerpos que pusimos en solución en los electrodos, en la orina. Los experimentos de Hittort, de Chazhz, de Labatut, etcétera, también son lo suficientemente demostrativos para no dudar de la eficacia de esta terapéutica, que tan descuidada tienen los médicos y que tan útiles servicios puede prestar.

Pasando por alto algunas propiedades de estas sustancias que se desprenden al nivel de los electrodos, a las que Farady dió el nombre de iones, nos limitaremos a señalar algunas enfermedades que se benefician de esta medicación.

Afecciones de la piel.—Desde los trabajos de M. Surdeau, que trató el Lupus con el sulfato de cinc al 2 por 100, empleando una corriente de 10 a 20 M. Amp. durante 15 minutos de sesión, utilizando el polo positivo como polo activo, pudiendo advertir que el ion cinc obraba más por la acción trófica que por sus propiedades antisépticas, siendo muchos los investigadores que hallaron éxitos con este tratamiento, entre ellos, Masopres, que demostró la acción trófica en el tratamiento de la pelada.

Este mismo autor, en unión de Madon y Pech, han obtenido con el ion Zn excelentes resultados en la forunculosis y en el antrax, atribuyendo algunos de ellos los beneficiosos efectos, más a la acción general que a la local.

La ionoterapia también encuentra extenso campo, como terapéutica de las cicatrices deformes, producciones fibrosas, quemaduras, esclerodermias, etc., habiendo sido Leduc el primero que empleó el Cl Na al 1 por 100, con intensidades variables, obteniendo halagüeños resultados, si bien fueron superados por Burguignon, Chiray y Lucas, que llegaron a obtener hasta un 85 por 100 de éxitos.

Estos autores emplean el ioduro potásico al 1 por 100, haciendo las aplicaciones con electrodos almohadillados que se empapan en la solución y se aplican en el sitio que hemos de tratar, siendo el polo negativo el que se conecta con dicho electrodo, a fin de obtener el desprendimiento del ion iodo, la intensidad debe ser de 1 a 2 M. Amp. por centímetro cuadrado, actuando durante 30 minutos.

Los resultados obtenidos son siempre satisfactorios, a poco de comenzar el tratamiento, la superficie cicatricial que suele tener relieve y tinte fuertemente rosado, se vuelve lisa y la coloración disminuye en intensidad, las adherencias subyacentes también desaparecen y liberando de este modo los nervios de las cicatrices, cesan los fenómenos de hiperestesia, contrac-

turas, etc. A los dos o tres meses la piel se vuelve lisa y adquiere el tinte normal.

Afecciones del aparato digestivo.—El ion Zn y el ion cobre, que tan múltiples empleos tienen en terapéutica electrolytica, han sido utilizados también con satisfactorios resultados en las afecciones del aparato digestivo.

Sturridze fué el que primero trató la piorrea alveolar con el ion Zn, usando un pequeño electrodo de alambre recubierto con algodón y gasa, que empapado en la solución, aplica sobre la región durante 5 o 10 minutos, haciendo pasar una corriente de 1 a 5 M, Amp., advirtiéndose a las pocas sesiones, la cesación de supuración y dolores.

La fisura de ano se trata con lápices de cinc, que se introducen en el trayecto fistuloso, o soluciones de esta sustancia. Las úlceras del intestino grueso, tan rebeldes a todo tratamiento, cicatrizan con la ionoterapia, la técnica a seguir es sencilla, se introduce una débil solución de Zn con un tubo o cámbula de goma que lleva su conductor metálico arrollado en espiral, que se conecta con el polo positivo, y el electrodo indiferente de gran tamaño, debe aplicarse primero sobre el abdomen y luego sobre la región lumbó sacra, haciendo pasar una corriente de 40 a 50 M. Amp. durante media hora.

En el estreñimiento produce excelentes resultados, pues activa los movimientos peristálticos y al mismo tiempo reduce las inflamaciones de la pared intestinal, calmando los dolores producidos por los espasmos del colon.

Afecciones de los órganos de los sentidos.—Fué el doctor Friel el que preconizó el uso del ion Zn en el tratamiento del oca, supuración de las células etmoidales y senos de la cara. La técnica consiste en aplicar pequeños electrodos en forma de tapón, hechos con algodón y gasa bien empapados en la solución, o bien dirigiendo una corriente de esta solución, por medio de una pequeña sonda, sobre los tapones previamente colocados en seco. Este mismo autor ha publicado interesantes trabajos sobre el tratamiento de la otorrea crónica con electrolisis del sulfato de Zn, método que en Inglaterra gozó de gran aceptación.

Bourgeois y Terson, con el salicilato de sosa al 1 por 100, con intensidades de 4 a 6 M. Amp, llegan a obtener la curación del caso de iritis sobre todo traumáticas. Según Birkhauser y Schnzder, tanto las úlceras de la córnea, como las manchas que producen las cicatrices desaparecen con la ionoterapia de soluciones de iodo. Estas manchas se van haciendo cada vez menos opacas, hasta llegar a desaparecer en muchos casos, las úlceras suelen cerrar en pocas sesiones.

Afecciones del aparato génito-urinario.—En las afecciones de la uretra, ha sido empleado con buenos resultados el ion Zn, en soluciones al 1 por 3.000, en las cistitis principalmente, produciendo en la mayoría de los casos, la cesación de los dolores y hemorragias. Igualmente han sido reco-

mendadas las soluciones de yoduro potásico para tratar las bridas y retracciones cicatriciales de la uretra.

Roucaÿrol y Anversenz. estudian los efectos de la electrolisis de sustancias radioactivas, emplean el Torio X en la Blenorragia crónica y buscan tanto la acción microbicida como la acción sobre los fenómenos biológicos, siendo curioso que actúe beneficiosamente, a condición de que la blenorragia no esté en período agudo, tres sesiones aplicadas semanalmente, son suficientes para llegar a la curación.

M. Haret. trata las neoplasias del cuello uterino con la electrolisis del bromuro de radio, al mismo tiempo que Laquerriere, con la misma técnica y sustancia radioactiva, obtiene resultados satisfactorios en las metritis, vaginitis, leucorrea y dismenorrea, y como coadyuvante en el tratamiento de los fibromas por los Rayos X. Albert Niel, con el electrodo de Apostoli, recubierto de varias capas de gasa empapada en solución de bromuro de radio, obtiene la cesación de dolores y hemorragias. Laborde cita un caso de recidiva en un tumor de seno curado con la electrolisis de bromuro de radio.



SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión correspondiente al 24 de Abril de 1932

Presidencia: Dr. BOTÍN

DOCTOR VERDES MONTENEGRO.—Sobre las formas iniciales de la posible tuberculosis en el adulto.—Comienza recordando la evolución de las primeras etapas de la tuberculosis pulmonar en el niño, y manifiesta que ellas constituían la base del ulterior desenvolvimiento de la enfermedad. Los adultos que vemos en nuestras consultas son, por lo tanto, los que han sobrevivido a la catástrofe infantil, los menos, porque no hayan sido objeto de contagio, los más, porque no hayan padecido formas demasiado graves en la enfermedad. Respecto a los primeros, debe ser algo exagerada la suposición de que todos los casos son gravísimos, pues yo he visto algunos que no lo eran tanto, y esto hace suponer que otros casos o han sido confundidos con diferentes afecciones o no han despertado la sospecha de que se trataba de una primera infección.

Los supervivientes infectados se nos presentan en la edad adulta, con focos residuales más o menos numerosos en distinto grado de irritabilidad:

el caso debe parecernos más serio cuantos más focos tenga, porque es más difícil que todos ellos permanezcan indiferentes a las numerosas excitaciones que pueden reavivarlos.

Si estos enfermos hubiesen sido radiografiados anteriormente, como yo acostumbro a hacerlo en el Instituto de las Peñuelas, podríamos reconstruir su historia, y continuarla. Se advierten huellas evidentes de lesiones anteriores, algunas veces en la primera radiografía que hacemos a un adulto, y esto puede orientarnos, pues las familias no tienen idea clara de los brotes tuberculosos sufridos por el enfermo en su edad infantil, que muchas veces no han sido diagnosticados.

Inestabilidad ganglionar.—Iguales mecanismos de infección y de defensa ofrecen los niños y los adultos. La mayoría de los niños no pasan del período en que infectados los ganglios, se abre el período de la tuberculosis secundaria, con las infiltraciones perifocales y la diseminación por la sangre.

Se había creído que este período terminaba a los 12 o 14 años, pero clínicamente no podemos considerar estabilizados a los ganglios en una edad en que está tan reciente la infección infantil, y vemos muestras de su irritabilidad hasta en individuos de 30, 40, o más años. Son posibles las infiltraciones y las dispersiones hemáticas, y también esa forma, generalmente leve, que se caracteriza por una febrícula pertinaz.

Muchas de las causas de esta febrícula, y es una de ellas, la inestabilidad ganglionar. Aunque otras causas pueden explicarla, el médico no debe desechar la idea de su origen tuberculoso, porque no solamente las proteínas de este origen, sino otras (grippe, etc.), pueden irritar focos fínicos no estabilizados, y las reabsorciones de un foco séptico pueden producir la agudización de un proceso estacionario.

La radiografía, mal interpretada en estos últimos años, ha hecho diagnosticar erróneamente muchas adenopatias. El criterio debe formarse no solamente por la presencia de ganglios, examinando ante la pantalla los enfermos de diferentes posiciones, sino por la aparición de reacciones perifocales y por la presencia de diseminaciones hemáticas. En el curso de enfermos con adenopatias, yo he visto producirse epididimitis, lesiones de piel, de garganta, articulares y otras. El examen de la sangre (V. S., recuento de leucocitos), son también muy importantes.

Con frecuencia la infección ganglionar determina parálisis recurrente, y como ésta se presenta más frecuentemente en afecciones aórticas, suele dar lugar a errores de diagnóstico. Yo he visto dos casos de parálisis con toda evidencia, debidos al bloqueo ganglionar, que hicieron sospechar una aortitis, la cual no pudo ser de ningún modo comprobada por quienes la sospecharon, y en ambos casos la infección tuberculosa ganglionar quedó demostrada.

Pleuritis serosa.—La pleuritis serosa es muy frecuente en la juventud, y parece probable que la mayoría de las veces tenga un origen hemático y constituya una infiltración de tejido secundario, derivada de una siem-

bra procedente de ganglios infectados. A veces se acompaña de otras infiltraciones del mismo tipo, y yo he publicado radiografías de casos con una infiltración en un lado y una pleuritis en el otro, que se reabsorbieron con breve diferencia de tiempo.

La pleuritis es una enfermedad aguda que comienza en plena salud o precedida de síntomas esténicos, y su sintomatología es muy saliente (escalofríos, fiebre, dolor de costado, etc.), tiene una duración aproximadamente de un mes, y se diagnostica con facilidad por la percusión y la radiografía.

Es una forma muy interesante, porque el análisis periódico del líquido por punciones exploradoras, permite seguir el curso de la destrucción de los bacilos por los linfocitos y sus fermentos, con lo cual ilustra acerca del mecanismo defensivo de las infiltraciones, y parece un experimento realizado por la naturaleza, según la pauta de Bergel.

A veces su evolución se retarda y llega a la caseificación, pero en general es una forma benigna y parece de poca importancia, como punto de partida de más graves manifestaciones, pues en el 75 por 100 de los enfermos no se presentan éstas por lo menos en años. Sin embargo Neumann, ha observado recientemente casos en que siguen a estas pleuritis, diseminaciones hemáticas en el pulmón.

Se ha hablado de la posibilidad de que estos brotes postpleuríticos fuesen producidos por formas filtrantes. No sería extraño que en la violenta lucha que en estas formas de la enfermedad se establece entre el organismo y las formas clásicas bacilares, se produjese la liberación de las filtrables, pero yo no tengo autoridad para opinar en público sobre estas cuestiones. Repasando mi colección de radiografías de pleuríticos, he observado algunas con huellas de diseminaciones hemáticas, pero ninguna reciente. No son raros los casos de enfermos de otras cosas que tienen historia de pleuritis serosa y hasta que conservan opacidad en las bases y que no han vuelto a tener manifestaciones tuberculosas.

Diseminaciones hemáticas.—Debemos estar atentos a la posibilidad de encontrar enfermos con siembras pulmonares hemáticas más o menos densas o discretas. La frecuencia con que se presentan en personas que han convivido con enfermos, sugiere la idea de que deben su origen a una reinfección, porque ésta tiene dos efectos sobre el organismo, ambos favorables a la irrupción de bacilos en la sangre: de un lado energiza al individuo, si es algo intensa, y rebaja, por tanto, las defensas sanguíneas; de otro, exacerbando los focos ganglionares, facilita el arrastre de los bacilos hacia la corriente sanguínea. Da, pues, facilidades para que aumente el número de bacilos que llegan a la sangre y disminuye la opacidad de ésta para destruirlos.

En muchas radiografías, en las que la siembra pulmonar no es la protagonista, se advierten, sin embargo, huellas reveladoras de que se haya realizado. El número de casos en que la siembra es el drama principal,

aumenta de día en día, a medida que la diagnosticamos mejor, y en estos últimos tiempos ha adquirido una extraordinaria importancia.

Estas formas de diseminación hemática, pueden ser consideradas como iniciales en el adulto, porque parecen ser producidas por reinfecciones recientes, y además son punto de partida para la producción de cavidades, de difusiones bronquiales, etc., que forman etapas en el camino de la tisis. el desarrollo de infiltraciones sobre estas áreas sensibilizadas, apresura muchas veces esta evolución desfavorable. El mecanismo de producción de tales diseminaciones, es el mismo que el observado en la infancia; muchos de los individuos en quienes las vemos, las habrán tenido ya en la niñez o en la edad escolar, y en estos individuos se prolonga, en rigor, el período secundario que se revela clínicamente, según hemos hecho notar, por las infiltraciones perifocales y por estas diseminaciones intra o extrapulmonares.

Es muy difícil sorprender en la clínica la aparición de una siembra hemática, por la escasez habitual de su sintomatología. Estas formas se descubren, principalmente, en los dispensarios en que se radiografía a los conviventes expuestos a frecuentes reinfecciones, que si exacerban brotes antiguos, pueden también producir brotes nuevos.

Señalemos, por tanto, como características de las diseminaciones discretas, la conservación de un buen estado general, la parquedad de los síntomas, la relativa brevedad de los episodios febriles cuando existen, y la frecuencia del análisis de esputos negativo.

Constituyen estas formas una demostración clara de cómo el proceso tuberculoso no se desenvuelve uniformemente en las distintas zonas pulmonares, y vemos cómo en algunas se extiende y agrava, mientras en otras permanece estacionario o experimentan regresión las lesiones. Ello indica que debemos huir de un concepto demasiado general de la alergia y ligar más ésta a condiciones locales, probablemente al mayor o menor acumulo de bacilos en cada zona. Las siembras sanguíneas, por la mayor extensión que abarcan, permiten apreciar grandes diferencias en la evolución del proceso en cada una de las áreas pulmonares.

Es indudable también, que la alta inmunidad de la sangre, adquirida por repetidas irrupciones bacilares, cuando no lo son muy intensas, es la causa del confinamiento de las lesiones en el pulmón en los casos favorables. La naturaleza cierra a los bacilos existentes en el pulmón, el camino del resto del organismo, no con válvulas, ni compuertas, sino con las defensas sanguíneas, como podía atajar el paso al enemigo un país en guerra, envenenando las aguas de un río fronterizo.

Formas infiltrativas.—Sobre zonas pulmonares de más o menos tiempo contaminadas, se extienden a veces infiltraciones que las reactivan, y estas regiones que parecían agotadas, sin porvenir patológico, pueden ser origen de un nuevo brote que conduzca a formas ya graves de la tisis pulmonar. Con frecuencia también vemos producirse en el adulto infiltraciones en

zonas sanas o que aparentemente lo eran, porque su pasado patológico no haya dejado expresión radiográfica apreciable.

Se han dividido estas infiltraciones en primarias y secundarias, y se han distinguido, además, las precoces y tardías, según se asienten en un área pulmonar indemne o poco modificado, o sea reacción de antiguos campos indurados a proteínas tuberculosas o extrañas, etc. Con toda esta diversidad de infiltraciones, el origen de las cuales es clínicamente muy difícil a veces esclarecer, se ha hecho un tejido de hipótesis de trabajo, que oscurece la realidad, constituyendo andamios que encubren las líneas de las fachadas.

Prácticamente debemos considerar que en cualquier área pulmonar pueden producirse infiltraciones, si llegan a ella bacilos procedentes del exterior o de otro foco, que los despierten o producen tóxicos (bacilares o no que las irriten). En ocasiones podemos advertir que recaen en zonas previamente induradas; en otras no lo sabemos. Algunas veces las infiltraciones parecen ligadas a reinfecciones exógenas, pero la prueba falta, y esta suposición tan razonable que hacemos todos los días, es también, en el fondo, una hipótesis de trabajo.

Respecto de la infiltración precoz, ya advertía Redeher que es un concepto clínico radiográfico, no etiológico ni anatomopatológico, de ahí que hoy ampliemos el concepto que primitivamente formamos de esta lesión, reconociendo que puede deber su origen a mecanismos variados (diseminación bronquial, siembras hemáticas, reactivación de focos antiguos o contaminaciones de otro orden).

Siendo varios los orígenes y distinta su gravedad, sería interesante saber si ésta variaba según el mecanismo de su producción. Mientras éste y otros problemas se resuelvan, estemos atentos a la aparición y desarrollo de las sombras infiltrativas de cualquier clase que sean, neumotorizando al enfermo en cuanto se advierta tendencia a la cavernización, pues esta fuente de difusión bronquial es un camino rápido para las diseminaciones graves de la tuberculosis.

Iniciaciones apicales.—Las formas de vértices que han tenido tanta importancia en el pasado, la han perdido en gran parte desde que sabemos que las alteraciones que descubrimos en esta región no son si no excepcionalmente de naturaleza tuberculosa. Sería pueril negar que hayamos cometido errores en la interpretación de las alteraciones de los ruidos respiratorios de estas zonas pulmonares. Debo recordar, sin embargo, que yo en todos mis escritos antiguos, he exigido, aparte de estos trastornos, la presencia de síntomas para hacer el diagnóstico y decidir el tratamiento; también he hecho observar que no eran los tuberculosos incipientes, sino los bronquíticos crónicos, los que ofrecían signos fijos de vértice más separados de lo normal y sombras radiográficas más densas y extendidas. No dejan de presentarse en las radiografías nódulos apicales, producto de diseminaciones sanguíneas en diverso grado de induración, que a veces han

determinado reacción pleural o han alcanzado a estas regiones reacciones infiltrativas fraguadas en las proximidades.

Acaso la reinfección o la reactivación de estos focos da lugar a manifestaciones patológicas en la edad adulta. Tienen éstas principalmente por síntomas (aparte de inapetencia y adelgazamiento), fiebre de intensidad media, tos, expectoración y pequeñas hemoptisis. A veces se producen pronto pequeñas cavidades y si la intensidad de un proceso reactivo no las cierra, se da ya en esta forma, en época temprana, la posibilidad de una defensa considerable.

DR. B. DE M.



Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, 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

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

ANTIBLEFARINA

MEDICINA INTERNA

E. HASSENKAMP.—La experiencia práctica y los fundamentos teóricos de la terapéutica con glucosa.—«Zentralblatt für Innere Medizin». 30 Abril 1932. Pág. 637.

Éxitos son sólo de esperar con una indicación exacta y verdadera técnica de este proceder terapéutico. Constituyen especiales medicaciones para el autor: estados espásticos del aparato circulatorio, como anginas de pecho y neurosis vasomotoras; las degeneraciones de corazón, las formas crónicas de la hipertensión y las arritmias. Buenos éxitos se logran también en las insuficiencias cardíacas, combinando las inyecciones de glucosa con digital o estrofantina. También se citan buenos resultados en la terapéutica de las sepsis, enfermedades de hígado (en éstas con insulinas) y en la uremia (Volhard).

En enfermos circulatorios sin signos de éstasis, recomienda, el autor 50-100-150 cc. de una solución de glucosa al 10-15 por 100; en los pacientes descompensados, de 10-50 cc. de una solución al 20-30 por 100.

El mecanismo de acción de esta terapéutica no está todavía claro (haciendo desaparecer el espasmo vascular, actuando sobre el metabolismo hidrocarbonado, modificando los procesos osmóticos en el organismo).

J. EARLE MOORE, J. H. DAUGLADE y J. C. REISINGER.—Tratamiento de la sífilis cardiovascular.—«Archives of Internal Medicine». Junio 1932. Pág. 879.

Las conclusiones de los autores se basan en la observación de 53 pacientes con aneurisma de la aorta y 117 con insuficiencia aórtica. Un adecuado y precoz tratamiento antisifilítico es el mejor medio preventivo contra la sífilis aórtica.

Un 10 por 100 de los pacientes con sífilis tardía, tenían sífilis cardiovascular; de ellos, 2,7 por 100 insuficiencia y 1,7 por 100, aneurisma. La sífilis cardiovascular es tan frecuente en el hombre como en la mujer y en el blanco como en el negro. 70-90 por 100 de los pacientes con sífilis, muestran anatómicamente señales de sífilis aórtica. La mayor parte de las insuficiencias y aneurismas aparecen entre los 40-50 años. Aproximadamente la mitad de estos enfermos no dan señales de infección sífilítica anterior. En 20 de los 165 pacientes, el descubrimiento de la insuficiencia o del aneurisma, fué casual. Era frecuente la asociación con tabes dorsal. Wassermann positivo obtuvieron en el 98 por 100 de los pacientes con aneurisma; y en el 96 por 100 de los que tenían insuficiencia. 89 por 100 no habían hecho ningún tratamiento antisifilítico anterior. Los tratamientos antisifilíticos modernos no son responsables del aparente aumento de frecuencia de la sífilis aórtica. La mortalidad de los pacientes, mal tratados, se eleva a 91 por 100 con una duración media de vida de 20 meses. En los casos bien tratados, la mortalidad era de un 16 por 100, y la duración media de vida de 71 meses. La aparición de una insuficiencia cardíaca en el curso del tratamiento, es de pronóstico serio.

21 de los 56 pacientes supervivientes, fueron librados de sus síntomas y capaces para el trabajo. En 26, persistían atenuados los síntomas y eran capaces de un ligero trabajo. 9 eran incapaces para el trabajo.

J. ANDREU URRÁ.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

L. CERISE y R. THUREL.—El reflejo corneal en patología nerviosa.—Sociedad de Neurología de París; sesión del 19 de Mayo de 1932, en «Revue Neurologique», an. XXXIX, t. I, núm. 5, Mayo 1932, p. 915-932.

La abolición del reflejo corneal no es siempre sintomática de una lesión del trigémino ni está bajo la dependencia de la anestesia corneal que de ella resulta; se la puede observar en ciertas afecciones nerviosas centrales asociadas o no a trastornos de la sensibilidad. Esta división previa es necesaria si se quiere dar todo el valor a la semiología de la abolición del reflejo. De las dos reacciones que determina el contacto de la córnea con un trocito de algodón, lagrimal—secreción de lágrimas—y motora—oclusión de los párpados—sólo se tiene en cuenta esta última. Es indispensable el estudio comparativo de los dos lados, porque hay aboliciones bilaterales no patológicas.

La abolición del reflejo corneal en las lesiones del trigémino, está bajo la dependencia de la anestesia corneal, signo el más precoz de las lesiones del V par, siendo indispensable su busca por medio del reflejo corneal, sobre todo cuando no se traducen por ningún fenómeno doloroso en el territorio de inervación del nervio.

En presencia de toda algia facial, importa precisar el estado de la sensibilidad de la córnea: la neuralgia facial esencial, ya tan particular por sus accesos dolorosos intermitentes, no se acompaña de ninguna modificación de la sensibilidad corneal. La anestesia de la córnea permite afirmar que el algia tiene una base orgánica.

La hiperestesia corneal y la exageración del reflejo que acompaña al síndrome de Bernard-Horner, indica lesión aislada del simpático ocular, independiente de toda lesión del trigémino, bien a nivel de los centros cervicales, bien a nivel del centro talámico. La coexistencia, en el mismo síndrome, de hipoestesia y disminución del reflejo corneal, permite localizar la lesión a nivel del bulbo, donde los centros óculosimpáticos están yuxtapuestos al núcleo sensitivo del V par.

La arreflexia corneal de origen central debe ser distinguida de la arreflexia de origen periférico: ésta, está en relación con una hipoestesia de la córnea asociada a trastornos sensitivos en una parte o la totalidad del territorio del trigémino; la arreflexia corneal central puede estar en relación con una hipoestesia corneal, pero entonces los trastornos sensitivos desbordan el territorio del trigémino y se extienden a toda o parte de una mitad del cuerpo.

La falta del reflejo, de origen central, en otros casos, parece autónoma, independiente de la hipoestesia subyacente, que no existe: esto se observa en tumores del opérculo rolandico, al contrario de los tumores de la fosa cere-

bral posterior, en que si hay arreflexia de la córnea, es siempre consecutiva a la hipo o anestesia de la misma. En otros casos, la arreflexia sin trastornos sensitivos constituye una manifestación post-paroxística de crisis de epilepsia sintomática, sobre todo cuando hay convulsiones faciales; como hay casos en que ella constituye la sola manifestación post-paroxística, de ahí su importancia para el diagnóstico retrospectivo de la epilepsia sintomática y la localización de las lesiones que son el punto de partida de la crisis.

J. M.^a VILLACIÁN.

OFTALMOLOGÍA

J. L. LACARRERE.—Nuestro método original de extracción total de la catarata senil: La electrodiafaquia.—«Arch. de Oft. H. A.» Junio, 1932, París.

Agotados los recursos nuevos encaminados a resolver el problema de la extracción de la catarata sobre la idea de aprehender el cristalino, bien por medio de pinzas o de instrumentos neumáticos, ha hecho que eminentes oftalmólogos dediquen sus esfuerzos personales para la mejor y más fácil técnica con el fin de lograr la extracción «in toto».

Como muy bien dice el doctor Lacarrère, la extracción total de la catarata sigue constituyendo un problema de cápsula y zónula; debilitación de la zónula, fortalecimiento de la cápsula.

El procedimiento ideal sería aprehender cápsula y cristalino en la mayor extensión y profundidad posibles, sin riesgos.

El autor, como veremos a continuación, nos presenta su ingeniosísimo proceder mediante el cual penetra en la masa del cristalino sin destruir su envoltura, transformando a la vez la consistencia del contenido y continente en algo sólido y adherente al instrumento, con que opera: «electrodiafaco».

Este consiste en un mango terminado por un tubo capilar de cristal, en cuyo interior se deslizan dos alambres de acero de 0,14 milímetros de sección. Estos hilos metálicos, impulsados por un muelle, asoma 2 milímetros, en forma bífida, por el extremo del tubo de cristal cuando se suelta un botón que se halla en el mango. El «electrodiafaco» tiene un interruptor de pie y el mango extractor, conectados ambos a él mediante dos cables aislados.

La técnica consiste en descubrir la cara anterior del cristalino—previos tiempos operatorios usuales—a la que se aplica el extremo del instrumento, mientras simultáneamente se da paso a la corriente con el pedal, soltando entonces el botón del mango.

Los hilos de acero salen rápidamente y penetran en el cuerpo cristalino unos 2 milímetros, provocando al mismo tiempo una coagulación de los tejidos centrales y de la cápsula, que queda adherida a las agujas en el punto de penetración.

El cristalino no sufre la menor presión, porque la chispa eléctrica es la

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

que abre paso a las agujas. Hecho éste comprobado mediante experimentos, así como también el poder adherente de los hilos a aquél.

El autor refiere haber ensayado electrodos de múltiples tipos y tiene en estudio este procedimiento original e ingeniosísimo que nos parece ha de revolucionar el procedimiento de la extracción «in toto» y ha de ser, a no dudarlo, el método de elección.

Las maniobras siguientes de tracción, rotación, etc., son de extraordinaria sencillez.

DR. CILLERUELO.

EMILE DELORDE.—Curación de las queratitis infecciosas a hipopion por la fistulización central de la córnea. «Ann. d'Oculistique». Mayo, 1932. París.

Basándose el autor en 29 casos que ha recogido en los tres últimos años, los divide en tres grupos:

1.º Aquellos tratados desde el comienzo de la infección, en número de 14, y que por ser lesiones superficiales y el hipopion ligero, no ha tenido necesidad de intervenir en el globo ocular. Hace exploración de vías lagrimales y en caso de infección en ellas, extirpa el saco lagrimal con toda urgencia. En cuanto a aquel procede mediante lavados antisépticos, instalación de atropina en colirio y azul de metileno, cauteriza la lesión, aplica pomada iodofórmica, ordena fomentaciones calientes cuatro o cinco veces al día y en algunos casos pone inyecciones de leche. Todos ellos han curado dejando una cicatriz muy superficial, con buena agudeza visual. Advierte el autor, que la curación no ha sido debida a la cauterización de la herida por el galvano, iodo, etc., sino a la precocidad del tratamiento.

2.º Constituyen este grupo tres casos, en los que, quizás por negligencia, la córnea se hallaba destruída en totalidad al acudir a la consulta. Estos ojos fueron enucleados o exanterados con toda urgencia.

3.º Constituido por doce enfermos que al presentarse, las lesiones destructivas habían invadido 1/4 o 1/3 de la superficie total de la córnea con dos o tres milímetros de hipopion.

Cuando las lesiones son progresivas y el tratamiento empleado—atropina, cauterización, etc.—es insuficiente para detener la marcha de aquéllas, el autor se decide a emplear su procedimiento, «fistulización central de la córnea», de la siguiente manera:

Con un gancho de estrabismo, puesto al rojo, cauteriza la córnea a medio milímetro por debajo de su centro, siendo este el único punto posible de fistulizar, pues en otro cualquiera el iris constituye serio impedimento. Después de cuatro o cinco ignipunturas queda perforada la córnea y el líquido contenido en la cámara anterior sale por ella con cierta violencia, quedando aplastada y se vuelve transparente; con el fin de mantener todo lo más abierta posible la herida así creada aconseja al paciente masaje sobre el ojo, pero la fistulización se cierra al cabo de pocas horas.

Durante tres días consecutivos repite la ignipuntura y dice Delorde que ya desde entonces queda de una manera permanente y durante el proceso infectivo, abierta la fistulización creada. La primera cauterización es dolorosa, las siguientes, no.

Los resultados mediatos son muy halagüeños, pues las lesiones infecciosas mejoran, la córnea se aclara y la cicatrización es rápida.

Los tardíos son favorables igualmente, pues las manchas corneales se modifican mejorando con el tiempo, pero persistiendo las sinequias posteriores. El autor hace observar dos casos en los que un glaucoma agudo le obligó a iridectomizarles. La visión total varía en cada caso, siendo desde 1/50 hasta 1/20, según corrección óptica.

R. ALVAREZ.

DERMATOLOGIA

E. ALVAREZ SAINZ DE AJA y M. FORUS CONTERA.—Pénfigo foliáceo curado temporalmente (Caso clínico).—Actas Dermo-Sifiliográficas. Año XXIV, Junio de 1932, pág. 549.

Todos los tratamientos son lícitos ante enfermedades de pronóstico tan sombrío como son todos los pénfigos llamados malignos.

Los autores han ensayado con éxito el método de Leszczyuski en un caso de pénfigo foliáceo que ingresó en su servicio en estado desesperado.

El método de Leszczyuski consiste en administrar por vía bucal 1 gramo de quinina al día, asociando a esta medicación urotropina que se inyecta por vía intravenosa en días alternos a la dosis de 5 a 10 cc. de una solución al 40 por 100.

Los autores han asociado a estas medicaciones el inyosalvarsán para reforzar el efecto terapéutico. Los resultados han sido brillantes e inesperados, pero los autores subrayan que seguramente serán temporales, lo cual no es obstáculo para sentirse alentados, puesto que las terapéuticas usuales son inoperantes.

ABRAMI, BERTRAND-FONTAINE LAUDAT, LICHTWITZ ET FOUQUET.—Xantoma generalizado con anemia grave de tipo esplénico; esplenectomía.—Soc. Méd. des Hôpitaux (Paris), 17 Junio 1932.

Caso clínico interesante de grave sintomatología (anemia de tipo esplénico grave, retinitis de tipo albuminúrico sin lesión renal, etc.), que precisó una esplenectomía.

J. HALLE GIRARD ET J. ADINET.—Eritema polimorfo; artritis, orquitis dolorosa y endocarditis; papel del enterococo.—Soc. de Pediatría (Paris), 24 Mayo 1932.

Niño de 12 años, que sufrió hace 6 meses un eritema polimorfo complicado de orquitis bilateral y artritis de la rodilla derecha.

Por punción de la cavidad articular se obtuvo líquido, en el que se aisló un enterococo atípico.

Pocas semanas más tarde, y de modo solapado, se desarrolla una endocarditis que deja como recuerdo una insuficiencia aórtica que no cederá.

LEDO.

OTORINOLARINGOLOGIA

J. DUERTO.—*Las indicaciones de la amigdalectomía.* «Rev. Esp. y Amer. de Lar. O. y R.» número 5. Mayo, 1932.

La ignorancia acerca de la fisiología de las amígdalas, es según el A., una de las principales causas de la desorientación reinante entre los que consideran a estos órganos como defensores en las infecciones y los que les creen responsables de la mayoría de los trastornos e infecciones que padece el organismo.

Desde que William Hunter estableció el concepto de infección focal y puso de manifiesto cómo se producen ciertas afecciones del aparato digestivo, urinario, articular, sistema nervioso, etc., cuya primitiva localización radica «a veces» en los dientes, senos perinasales y amígdalas, apenas hubo enfermedad de la que no se considerase responsable uno de los citados órganos y eso produjo, especialmente entre los norteamericanos, un exagerado criterio hiperintervencionista. Pero tampoco es admisible el criterio de los que ven siempre en unas anginas agudas la localización de una infección, para defender al organismo contra más graves infecciones generales.

Se ha demostrado experimentalmente por Wood y por Martinelli que los microbios pueden atravesar la mucosa sana de las amígdalas para tras su penetración, producir alteraciones generales. De estas experiencias deducen dichos autores que la invasión microbiana a través de las amígdalas puede verificarse de dos maneras: una alterando los microorganismos la superficie de la mucosa amigdalina y penetrando a través de las pérdidas de substancia del epitelio y otra a través de la mucosa completamente sana.

Los ataques repetidos de infección amigdalina, crean la amigdalitis crónica, en la cual este órgano es un depósito de numerosos agentes microbianos, entre los que predomina el estreptococo en todas sus variedades y muy especialmente el hemolítico. Y en ese foco de infección más o menos latente radica el origen de algunos procesos, tales como ciertas febrículas, algunas nefropatías y el reumatismo articular agudo. Marañón ha insistido también en el origen amigdalino de algunas febrículas, con frecuencia confundidas con procesos fímicos pulmonares a causa de la tos que las acompaña, y no son precisamente las amígdalas hipertróficas las culpables, sino más bien esas otras pequeñas y engastadas en los pilares.

La relación entre las amigdalitis agudas y ciertas formas de nefritis, es de antiguo conocida y del dominio corriente, pero no ocurre lo mismo con la que existe entre estas y las infecciones crónicas. Los trabajos de Laymann, Irvin Moore y Syme y sobre todo la escuela italiana, han demostrado la manera como las toxinas elaboradas en las criptas amigdalinas atacan al glomerulo renal, así como la eficacia de la amigdalectomía en ciertas nefropatías.

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

El reumatismo articular agudo es el proceso al cual puede aplicarse exactamente el concepto de infección focal de origen amigdalino; son muchos los autores que opinan que es la complicación más frecuente de las tonsillitis crónicas. Marañón, estima que el 80 por 100 de las veces va precedido de anginas. Portman dice, textualmente, que basta interrogar a un reumático para descubrir en su historia patológica brotes frecuentes de amigdalina. Según el A., la relación entre el reumatismo y las amígdalas no es sólo de orden etiológico, sino también terapéutico, es decir, que el reumatismo articular se beneficia del tratamiento quirúrgico del foco amigdalino y este beneficio se extiende a todas las afecciones de tipo reumatismal y sus complicaciones, como la endocarditis, corea, etc.

Como resumen de la cuestión, dice que si es censurable el inmoderado afán operatorio, no lo es menos la abstención sistemática. Deben extirparse las amígdalas, no sólo cuando por su hipertrofia constituyen una dificultad para las funciones respiratoria y digestiva, sino también en las amigdalitis de repetición y abscesos periamigdalinos, y en todos aquellos casos en que el examen atento permite descubrir un estado inflamatorio permanente que puede, en un momento dado, originar graves trastornos.

En cuanto a la técnica, es partidario de la amigdalectomía total sin dejar vestigios de criptas o parenquima capaces de contener agentes microbianos, cuando se supone que la amígdala es un foco de infección secundaria; en la hipertrofia amigdalina podrá discutirse la conveniencia de la extirpación parcial o total, aunque es preferible puestos a operar, extirparla totalmente.

M. GAVILÁN.



LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

CASA ESPAÑOLA :: Establecimientos JODRA :: PRÍNCIPE, 7
MADRID

BIBLIOGRAFIA

LES TROUBLES VASO-MOTEURS DES EXTREMITES.—Por L. Langeron,

Prof. de Clin. Med. en la Fac. libre de Med. de Lille.—1 vol. en 8.º de 70 páginas (Col. La Pract. Med. Illustrée), G. Doin, Edit. París, 1932.

En la práctica médica, y de modo singular en la práctica dermatológica, se observan con cierta frecuencia sujetos sufriendo disturbios vaso-motores de las extremidades, dependientes de perturbaciones de la circulación arterial o arteriolo-capilar.

Por el autor, en una monografía anterior aparecida en la misma colección, han sido estudiados los efectos de las obliteraciones arteriales de los miembros y ahora hace un estudio somero de la fisiopatología y clínica de los tres grandes síndromes:

a) Por vaso-constricción paroxística dolorosa (s. de Raynaud).

b) Por cianosis crónica indolora (s. de Crocq-Cassirer).

c) Por vaso-dilatación dolorosa y paroxística (eritromelalgia o s. de Weir-Mitchell).

y de los hechos clínicos intermedios, enfocando este estudio de modo eminentemente práctico y simplificando por una exposición clarísima asunto tan complejo, de modo que el médico esté en condiciones de diagnosticar y tratar las diversas manifestaciones expuestas.

LEDO.

LES FONTIONS SEXUELLES MALES ET LEURS TROUBLES.—Por Stanislas

Higier. 1 vol. en 8.º de 392 páginas con algunas figuras en el texto. Doin editor. París, 1932.

El profesor Laignel-Lavastine, al prologar esta obra, hace resaltar no se trata solamente de una «Introducción a la clínica de la impotencia» como reza el subtítulo, sino mejor de un tratado de sexuología masculina, en el que el autor analiza la sexualidad del macho, mostrando cómo entre los impotentes por lesiones orgánicas locales o generales y aquellos en que la impotencia entra en el dominio de la psiquiatría, existe una serie de eslabones debidos a trastornos neuroendocrinos y notablemente vago-simpáticos.

Numerosos son los casos de impotencia tributarios de un tratamiento urológico (lesiones del veru moutomun) o médico (tabes, diabetes, intoxicaciones, etcétera). Muy abundantes son también los enfermos fóbicos, hipocondríacos o vacilantes, que forman la clientela de los psico-analistas.

Ni el autor ni su prologuista, creen que el freudismo explique todo en estos sujetos y estriba uno de los méritos de la obra que analizamos, en la posición correcta que adopta Higier al considerar que los factores endocrinos, nerviosos y psíquicos que regulan el sistema anatomo-fisiológico de la sexualidad masculina y que, según las circunstancias, se escalonan en circuitos diferentes. Y llega a realizar su estudio mediante un conocimiento profundo de la fisiología y psicología de la sexualidad que marca con el sello del razonamiento científico, asunto tan explotado en incontables publicaciones que nosotros consideramos como literatura pornográfica y morbosa.

Bajo el mismo prisma estudia los estados intersexuales: Del hombre 100 por 100 hombre, a la mujer 100 por 100 mujer, toda una serie de estados intermedios—intersexuales—por predominio o debilitación de algunas características sexuales secundarias o terciarias, han sido puestas de manifiesto por la reciente biología sexual.

Higier estudia ponderadamente las teorías relativas a este punto.

Existe un capítulo consagrado a la abstinencia sexual, que al médico no avisado impresionaría. De su lectura puede deducirse encierra la continencia peligros sin cuento y la enumeración de los disturbios y sintomatología, es en opinión de Laignel-Lavantine, que ensalza el conjunto de la obra, **un peu romantique**.

Y ciertamente, quien haya estudiado con algún detalle la continencia sexual, no puede menos de pensar que el autor ha escrito aquel capítulo, si no influenciado por los prejuicios tan extendidos de la no posibilidad de observar la castidad, por lo menos teniendo a la vista las fichas de sujetos hiperestésicos, cuya sensibilidad cerebral es hostigada por la privación del placer.

Es lamentable que aún se discuta por hombres de ciencia, si es posible o no observar la continencia. Ser casto no es sólo privarse del contacto carnal, la castidad rebasa lo físico y atañe más a lo espiritual. Quien cerebralmente no sea casto, sufrirá como un tormento la continencia. Higier ha tenido presente, sin duda, al redactar ese capítulo, observaciones de verdaderos enfermos, sujetos en los que sus trastornos eran fruto de su constitución psicopática. Es un lunar, único, que encontramos en este libro interesante, desarrollado concienzudamente y el que todo médico puede leer con provecho por ser un verdadero tratado de sexología masculina.

LEDO.

FEDERICO W. PRICE.—*Tratado de Medicina Práctica*.—Primer tomo. Versión del inglés, por Nicolás M. Martínez Amador, Gustavo Gillí, Edit., Barcelona, 1932.

Esta obra de Price, escrita con la colaboración de numerosos especialistas, se compone de dos tomos, de los cuales aparece ahora en castellano el primero de ellos, que consta de 1.090 páginas, con numerosas figuras intercaladas en el texto. Componen este volumen los capítulos de enfermedades infecciosas y parasitarias, agentes físicos y químicos, nutrición, aparato digestivo, sangre y aparato circulatorio, y en forma de verdadera enciclopedia son tratadas todas las enfermedades, incluso aquéllas que por su rareza o por su carácter de ser infecciones exóticas y estrictamente localizadas en zonas muy limitadas del mundo, son olvidadas en los libros corrientes de medicina interna. Por otra parte, y a pesar del carácter eminentemente práctico de la obra, no faltan, al lado de la parte clínica y en un equilibrio bien ponderado, aquellos conocimientos de fisiopatología, indispensables para que no pierda el conjunto la homogeneidad necesaria para los médicos prácticos y estudiantes. En nada restan modernidad a la obra algunos anacronismos de escasa monta, que tan corrientes son en todas las obras traducidas.

La traducción es perfecta y la edición, hecha con gran esmero, constituye un hermoso tomo de fácil y agradable lectura.

QUEROL.

I Asamblea de Previsión Médica Nacional y IX Asamblea de Juntas de gobierno de los Colegios Médicos

En La Coruña, la capital gallega que ha puesto de relieve una vez más su acogedora cordialidad, se han celebrado las dos Asambleas, preparadas conjuntamente, de «Previsión Médica» y de directivas de Colegios.

Las representaciones de éstos, muy numerosas, algunas de ellas, han trabajado mucho—algunos días hubo tres sesiones con un total de doce horas de duración—y es de esperar que la labor realizada dé sus frutos.

Cuanto digamos de las atenciones que hemos recibido de todos aquellos compañeros coruñeses y en particular de sus directivos y presidente señor Rodríguez Roneo, no dará idea de lo que en realidad ha sido; en Coruña, en Ferrol, en Santiago, nos han colmado de agasajos que difícilmente olvidaremos. También la Diputación, Ayuntamiento, Sanatorio de Oza, Clínica Labaca, Sporting Club, tuvieron con nosotros señaladas atenciones.

El excelentísimo señor ministro de la Gobernación, don Santiago Casares Quiroga, presidió la sesión de clausura y pronunció un interesante discurso. El señor director general de Sanidad, honró con su presencia la última sesión, ya que no pudo presidir la de apertura, en la que ostentó su representación el gobernador civil de la provincia. El alcalde señor González Rodríguez, nos dedicó dos sentidos discursos de salutación y despedida en las respectivas sesiones. El elemento oficial, con su presencia y con sus palabras, nos ha hecho concebir muy fundadas esperanzas de que lograremos los fines propuestos, en premio a nuestros trabajos, colaboración y desinterés.

ASAMBLEA DE PREVISIÓN MÉDICA NACIONAL

Se celebró los días 22, 23 y 24 de Junio. Los temas objeto de discusión, ya eran conocidos por todos los asociados.

Se acordó la admisión condicionada de farmacéuticos y odontólogos, dando un voto de confianza al Consejo para que establezca las condiciones en que han de entrar a formar parte de la Previsión.

Por mayoría se tomó el acuerdo de admitir a los empleados de los Colegios, que intervienen en la administración de la Previsión, en el grupo I y cuando el Consejo lo estime oportuno.

Fué rechazado el ingreso de los sexagenarios, se estimó que la vejez no constituye por sí sola invalidez y se acordó que por el Consejo sea redactado un cuadro de invalidez.

Fueron resueltas las proposiciones que se presentaron por los delegados en la Asamblea. Algunas fueron aceptadas, otras rechazadas, pasando otras a estudio del Consejo, como el seguro de enfermedad en la Previsión, el grado de miopía para la invalidez, y atenciones a los ancianos; entre las rechazadas

lo fué una presentada por el señor Carrasco, del Colegio de Madrid, por la que se pedía la representación, en las Asambleas, proporcional al número de asociados en cada Colegio.

La labor del doctor Pérez Mateos durante la Asamblea de la Previsión—y después en la de Colegios—ha sido tan destacada, ha tenido tanto acierto en sus intervenciones, que unánimemente fué propuesto por todos los asambleístas el homenaje que hace tiempo le debemos los médicos españoles por su labor inimitable como creador y alma de la Previsión. Conociendo la modestia que le caracteriza, fué aprovechada su breve ausencia en una de las sesiones, para tratar de en qué ha de consistir el homenaje, y, por unanimidad, se acordó que sea nombrado presidente honorario de todos los Colegios Médicos de España—el de Valladolid se había anticipado dándole este nombramiento en la última Junta general ordinaria—, que su retrato sea colocado en el salón de actos de los Colegios, e instituir un premio que llevará su nombre.

ASAMBLEA DE JUNTAS DE GOBIERNO

Tema oficial.—Necesidad de crear el Ministerio de Sanidad para una eficaz reorganización de los servicios de higiene y asistencia pública en España.

Uno de los más destacados éxitos de Pérez Mateos en esta Asamblea, ha sido al conocer los delegados el proyecto—modestamente llamado esquema de orientación—del que es autor el Consejo, pero en su casi totalidad su presidente y al escuchar el discurso preliminar que éste pronunció.

Es una obra acabada, a la que no falta un detalle, pues están previstos todos los detalles de organización. Para que la conozcan todos los colegiados españoles, se imprimirá y repartirá profusamente.

No haremos otra cosa sino enunciar los títulos de que consta:

Concepto de la Sanidad.—Problemas de la Sanidad.—¿Debe crearse Subsecretaría o Ministerio?—El Ministerio, ¿debe ser técnico o político?—Secciones que debe comprender: higiene, asistencia pública, previsión social.—Organización de los servicios de higiene.—Organización de los servicios de asistencia pública.—Servicios hospitalarios.—El problema de los hospitales e instituciones hospitalarias provinciales.—Función docente de los hospitales.—Problema profesional de los médicos titulares.—Servicios técnicos auxiliares de asistencia pública.—Los grandes hospitales regionales.—Previsión social.—La clase médica ante los seguros sociales.—Esquema de conjunto para la organización del Ministerio de Sanidad.—Dificultades técnicas y económicas de este medio de organización.—Trascendencia político-social de este plan ministerial.

Después de la lectura, fué unánimemente elogiado el proyecto, acordándose dedicar una sola sesión al mismo. Esta se celebró y fué aprobado por aclamación.

I.—Ponencia.—Seguro social de enfermedad.

Eran conocidas las ponencias de Barcelona y Guadalajara; se leyó esta última y fué retirada la de Barcelona, que prestó su adhesión a otra de Sevilla, que se leyó después.

El doctor Crespo, de Zamora, dió a conocer un documentado trabajo, excelente como suyo, sobre seguro de enfermedad.

Se acordó aceptar las conclusiones de Sevilla, las que unidas a las de Zamora y a las manifestaciones hechas en la sesión y a las demás ponencias, pasen a estudio del Consejo, el cual gestionará formar parte de la Ponencia nacional que ha de constituir el Instituto Nacional de Previsión.

II.—Organización médico-sanitaria rural, en relación con la iguala médica y los seguros sociales.

Primeramente fué leída por el representante de Cáceres, la ponencia de este Colegio.

Después, nuestro compañero don Lorenzo Sáez, leyó las conclusiones de la ponencia de Valladolid que, con la de Cáceres, fueron muy elogiadas, acordándose pasaran a estudio del Consejo.

Leímos después la parte referente a los accidentes del trabajo agrícola, explicando algunos extremos, e intervino en la discusión, muy acertadamente, el presidente del Colegio de Tarragona, señor Mestre Miguel. Nuestra propuesta fué aceptada.

El presidente de Valencia, señor Cortés Pastor, que no mandó escrita su ponencia, tuvo una afortunadísima intervención, explicando el sistema seguido en su Colegio para el cobro de la iguala.

III.—Reglamentación de la iguala médica.

Se leyó el proyecto de la comisión especial y se acordó ampliar éste para que redacte el proyecto definitivo en relación con las dos primeras ponencias.

IV.—Plétora médica.

Se dió lectura a las ponencias de Salamanca, Sevilla y Bilbao, que fueron ampliamente discutidas. Nosotros propusimos algunas modificaciones, hicimos alusión a la reunión de universitarios celebrada por aquellos días con el Consejo de Instrucción pública, propusimos las soluciones convenientes, haciendo hincapié en considerar poco político que la Asamblea de Colegios solicitase la supresión de Facultades. Fuimos nombrados, en unión de los doctores Piga, Cimas, Labandera y López Paredes, para redactar las conclusiones que fueron aprobadas por aclamación; en éstas se solicita efectividad en los métodos de enseñanza, examen de ingreso y solución a las acumulaciones de cargos, de acuerdo con la futura ley de responsabilidades.

V.—Código de deontología.

Las ponencias presentadas y leídas, de los Colegios de Madrid, Coruña y Córdoba, son todas ellas merecedoras de elogio. Fueron ampliamente discutidas, sobre todo en la parte que podrían discrepar las de Madrid y Coruña, y se acordó—estimando que más que Códigos eran normas deontológicas—que el Consejo redacte el Código, teniendo en cuenta los trabajos presentados y la discusión habida.

Subponencias.

Se aprobaron las referentes a titulares, Beneficencia provincial y forenses.

No se trató de la reglamentación del Consejo general de Colegios.

Fué dedicada una reunión especial a tratar del Colegio de huérfanos, tomándose importantísimos acuerdos que se darán a conocer en su día.

Y en la lectura de proposiciones de los Colegios de Madrid y Cáceres especialmente—entre las cuales algunas fueron tomadas en consideración, terminó la Asamblea.

Para terminar, expresamos nuestra gratitud a todos aquellos compañeros coruñeses que nos colmaron de atenciones, así como a las autoridades, prensa y pueblo de las ciudades que visitamos; y la bonísima impresión que la Asamblea nos ha producido; se ha trabajado mucho y creemos que con provecho.

DR. DE A. B.

Asamblea del Cuerpo Médico Forense

Se ha celebrado en Madrid, la Asamblea del cuerpo médico forense español, a la que han asistido representantes de todas las provincias de España.

Fué renovada la Junta directiva, siendo elegida por unanimidad la siguiente:

Presidente, doctor don Antonio Villanova Ys, de Valencia; Vicepresidente, doctor Sánchez Girona, de Granada; Secretario, doctor Pérez de Petinto, de Madrid; Tesorero, doctor Moltó Aura, de Valencia; Vocales: doctor Pérez Rodríguez, de León; doctor Velázquez, de Santander, y doctor Madrigal, de Cáceres.

Forman parte de la directiva, además, como vocales natos, los delegados territoriales, que son: doctor Ros Mateo, de Zaragoza; doctor García Ramos, de La Coruña; doctor Ramírez, de Albacete; doctor Vicente Salto, de Sevilla y doctor Piga, de Madrid.

POR LA SALUD PÚBLICA

¡Por los pobres enfermos!

Es necesario y urgente la implantación de la previa censura sobre todo anuncio de carácter sanitario

Así titulábamos y seguimos titulando algunos artículos que desde hace ya algún tiempo venimos publicando, en nuestra prensa profesional, para ver el medió de conseguir que a sabiendas y paciencia de nuestras autoridades sanitarias, se siga engañando y estafando al pobre enfermo, con toda clase de anuncios, donde les auguran la curación de sus dolencias con toda garantía e incluso a plazo fijo, dolencias que si no todas, para la mayor parte de ellas, no dispone hoy día la Ciencia de remedios, no ya seguros, sino ni siquiera paliativos o de alivio.

Bien está que la prensa diaria empiece, como ya lo hacen algunos diarios, a publicar sus páginas médicas, y a ellas llevemos los médicos los problemas que atañen, no al médico directamente, ya que para ello dispone de su prensa profesional, la más numerosa quizá entre todas las demás, sino al público en general, en relación con su sanidad, problemas médico-sociales de profilaxis, higiene y de salud, etc., etc., que pueden, deben y les interesa muy mucho conocer a las restantes clases sociales.

Uno de los más importantes y que más afecta al interés público, es el que

esbozamos en estas líneas. Si el público y hasta nuestras autoridades se dieran cuenta de la trascendencia que tiene este problema, el primero exigiría inmediatamente de los segundos, el remedio inmediato al mal. El cáncer y la tuberculosis, enfermedades de pronóstico y tratamiento a veces fatal, hasta para el mismo médico científico, se curan a diario en todos los anuncios y con toda clase de engaños, puesto que engaño es afirmar una cosa, que a sabiendas no es ni puede ser cierta. En nuestra especialidad de enfermedades de la piel y venéreas, el abuso llega al límite, curando y afirmando curar en pocos días lesiones que a nosotros, con un tratamiento científico y ordenado, nos cuesta meses, cuando conseguimos llegar a curarlas. Y así con todas las demás, pues ninguna se escapa a esta inicua explotación.

Hay en esta cuestión un aspecto muy interesante; nos referimos al despacho de toda clase de específicos sin receta ni requisito oficial alguno. Hay que tener presente que la moda de los específicos, ha hecho que cada farmacéutico y cada industrial y hasta cada desaprensivo que pretende vivir a costa de los demás sin trabajar, ha hecho, hace y sigue haciendo, una porción de específicos; consecuencia lógica, es que se cuenten por cientos y por millares para cada enfermedad y consecuencia lógica también es, que los médicos no podamos conocerlos ni de nombre; la base, pues, de la venta de ellos es la propaganda y no la propaganda entre los médicos, sino al público en general y como no está reglamentada la venta de ellos y se venden sin receta, la competencia y la lucha entre ellos ha llegado a tal extremo, que de aquí nace la audacia y los ofrecimientos y las garantías de curación y la inmoralidad y el engaño que todo ello supone ante la impasibilidad del público, autoridades y médicos. El intrusismo en Medicina, causa muchos males, pero esta forma de intrusismo es la peor de todas.

¿Se dispone en España de disposiciones legales para evitar estos males? Sí; lo que pasa es que los Inspectores provinciales de Sanidad no cumplen con su deber y las autoridades sanitarias se lo consienten; los Colegios de Médicos, y más aún la Federación de Colegios Médicos, no exige que se cumplan estas disposiciones, y unos y otros, la casa por barrer, como vulgarmente se dice, disposiciones que por otra parte, son algo complicadas y difíciles de llevar a la práctica, porque los españoles tenemos la manía de legislar más que nadie y de una manera complicada, para que después sirva esta complicación de excusa y pretexto para no cumplir lo ya legislado.

¿No sería mucho más práctico y fácil que por parte del Ministerio de la Gobernación se dictase una disposición mediante la cual se implantase la previa censura, sobre todo anuncio de carácter sanitario? Ningún anuncio de carácter sanitario podría publicarse en ninguna parte, sin el visto bueno del Inspector provincial de Sanidad de cada región.

La salud pública y hasta los intereses económicos de los pobres enfermos, no pueden estar a merced de la lucha enconada entre unos cuantos desaprensivos, que ni industriales pueden llamarse.

DR. BARRIO DE MEDINA

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

Organización sanitaria de la Mutualidad Patronal para accidentes del trabajo en la Agricultura

En el salón de actos de la Caja de Previsión Social de Aragón, dió su anunciada conferencia sobre este tema, el doctor don Antonio Oller, director del Instituto de Reeduación Profesional de Madrid.

La misión que aquí me trae—dijo—es una labor de propaganda de la ley de accidentes en el trabajo agrícola, a fin de divulgarla en sus diferentes aspectos y por ser obligatoria para los patronos agrícolas, los cuales deben apresurarse a organizar las Mutualidades patronales, organizando asimismo y a su costa, la asistencia médica. Desde este momento, los patronos están obligados a cuidar del obrero accidentado y al pago de la debida reparación.

El plazo para la constitución y organización de Mutualidades patronales ha terminado ya y es por esto muy importante y necesario cuanto se haga para la mayor divulgación y propaganda de la ley.

Habla de los accidentes que ordinariamente ocurren en la agricultura, su número e importancia en relación con los de la industria. Para demostrar sus asertos, el conferenciante leyó unas estadísticas de las Asociaciones mutuales de Alemania, de las que se deduce que el obrero industrial está más acosado a denunciar los accidentes del trabajo por pequeños que estos sean, pero que ello no quita importancia a los accidentes que ocurren en la agricultura y que desde luego son más graves que en la industria.

A continuación cita otros datos muy interesantes con relación a los accidentes del trabajo en la agricultura ocurridos en Italia, para explicar seguidamente la forma en que allí son prevenidos y tratados.

El doctor Oller señala a continuación las ventajas del seguro moderno, porque se basa en principios y cálculos científicos y matemáticos y no en el empirismo.

Seguidamente trata el conferenciante de la forma de prevenir los accidentes y de la organización de la asistencia médica.

En España, todo está por hacer, y esto no es más que la lucha con el rutinarismo y los prejuicios atávicos de los trabajadores y patronos agrícolas. Por ello es más necesaria una labor metódica y eficiente en beneficio de los trabajadores del campo y de la industria en general.

La prevención de los accidentes del trabajo es de una importancia enorme y a continuación cita el caso de otros países a este respecto y las enormes sumas que dedican a la propaganda hablada, escrita, gráfica, etc., exhibiendo para demostrar lo dicho, abundantes carteles editados en Alemania e Italia.

El Instituto Nacional de Previsión, añade el conferenciante, se ocupa en estos momentos en la edición de carteles para la propaganda y prevención de los accidentes del trabajo agrícola.

Los carteles que exhibe el doctor Oller, admirablemente comentados, tratan de los accidentes ocurridos en la agricultura, por ejemplo, por escaleras mal colocadas al subir a los árboles; de los animales enganchados y en libertad; del empleo de instrumentos agrícolas de corte y de puntas; de las infecciones por caminar descalzos, costumbre muy generalizada entre los campesinos de

ciertas regiones españolas; accidentes mucho más frecuentes y graves en la actualidad, por el empleo de máquinas agrícolas. De los accidentes causados por el polvo y las espigas, que atacan a la vista de los obreros del campo.

Indica a continuación que se debe insistir mucho en la prevención de los accidentes que atacan a la vista, y para ello lee unos datos altamente interesantes; de las afecciones derivadas de las emanaciones y contacto con determinadas plantas que producen la oftalmía y del estiércol, que produce edemas, etc.

Habla también el doctor Oller del peligro que entraña el uso de las sustancias cáusticas, abonos, etc. Todo esto, que es muy interesante, deben tenerlo en cuenta los patronos, ya que las enfermedades profesionales se asimilan ahora a los accidentes del trabajo, tanto en la agricultura como en la industria.

Cita a continuación numerosos casos de intoxicación de obreros españoles que trabajaban en las viñas de Burdeos, y casos de insolación.

El conferenciante llama la atención de los patronos sobre la asistencia médica de los lesionados por accidente, asistencia que está encomendada directa y exclusivamente a las Mutualidades patronales, para terminar aconsejando la organización de una asistencia centralizada, a cargo de médicos especializados, único medio eficaz de poder llevar a cabo la más económica y práctica labor a este respecto.

Trata admirablemente de la forma en que deben realizarse las primeras curas, de la manera que deben organizarse las clínicas centrales y del traslado de accidentados en ambulancias sanitarias.

Describe las condiciones asépticas de los medicamentos de urgencia empleados en algunas enfermerías de urgencia y botiquines de muchas fábricas y talleres, que califica de deficientes y perniciosas.

A continuación fueron proyectadas unas diapositivas, dedicadas a la propaganda de cómo deben ser atendidos los lesionados en los primeros momentos del accidente y forma de transportarlos a la clínica central.

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

CRÓNICA REGIONAL

VALLADOLID

Bodas de plata con la profesión.—Los médicos que el año 1907 terminaron sus estudios en esta Facultad de Medicina, acaban de conmemorar el XXV aniversario del ejercicio profesional. Los que terminaron la carrera dicho año, fueron 109. De ellos asisten a este acto 67, algunos de los cuales vinieron exprofesamente del extranjero.

El día 15 de Junio se celebró una misa en la capilla del Hospital provincial, en sufragio de los compañeros fallecidos. A continuación recorrieron las salas y diversas dependencias de la Facultad, apreciando los médicos que terminaron sus estudios el año 1907, las innovaciones introducidas, tanto en lo que se refiere a ampliación de locales como al nuevo material.

Seguidamente se celebró un acto en el anfiteatro de Anatomía. En la mesa presidencial, con el decano de la Facultad doctor Bañuelos, tomaron asiento los profesores señores Simonena, de la Peña, Murueta Goyena, de la Villa y Durruti

El doctor Plaza, saluda a sus maestros y compañeros que asisten al acto, y dedica un sentido recuerdo a los ya desaparecidos, así como a los ausentes, cuyas ocupaciones no les han permitido asistir.

Hace notar el realce que tiene la presencia del doctor Villa, que precisamente con los del grupo empezó su vida de profesorado, y termina pidiendo a Dios que dentro de otros 25 años permita a los presentes reunirse nuevamente para celebrar las bodas de oro. Finalmente da lectura a las adhesiones recibidas.

El doctor Villa saluda a todos sus antiguos alumnos y recuerda sus primeros pasos en el profesorado, siendo sus primeros alumnos, precisamente, estos que se reúnen ahora en fiesta de confraternidad. Seguidamente, desarrolla el tema «Concepto de la mujer en su función de mujer», dando principio por establecer la comparación entre lo que sobre esto se sabía hace 25 años y lo que la ciencia hoy ha adelantado sobre materia tan interesante y compleja. Describe los dos ciclos de la función, demostrando la influencia de los «hormonas folicular y del cuerpo amarillo», así como la de la hipófisis con sus otras dos hormonas A y B. Hace una sentidísima despedida con llamamiento al deber profesional y de compañeros y también les desea tener ocasión de explicar otra, transcurridos los 25 años de esta memorable fecha.

El doctor Peña, empieza haciendo resaltar la emoción de esta fiesta. Hace notar lo que representa ella en estos tiempos, en los que se ha revelado la carencia de afectos y sentimientos, desbancados por un materialismo pestífero y reputa cosa desusada la celebración de esta fiesta puramente sentimental, reveladora de la virtud del cariño de compañeros, tan excepcional en estos momentos históricos.

Recuerda también su primera visita a esta Facultad para opositar la plaza de director de trabajos anatómicos, en busca de las 1.500 pesetas con descuento, de que estaba dotada, y aprovecha el momento para rememorar la figura científica del doctor López García, bajo cuya dirección trabajó después de obtener la prebenda. Se dirige a los presentes que fueron sus alumnos en la sala de disección, recordando, afirma, hasta sus nombres y calificaciones; y

ya puesto en el terreno de las comparaciones, señala el triste espectáculo que da la juventud actual, que empezando por perder el miedo, arrumbaron el respeto al profesor, para seguir con la pérdida del candor y de la verdadera alegría juvenil, para transformarse en hombres que, atraídos por una serie de materialismos absurdos, han llegado a desconocer el sublime concepto no sólo de la moral, sino de la caballerosidad. Recoge unas palabras del doctor Villa sobre sentirse joven y afirma que la conserva internamente completa, y termina con una fervorosa invocación al cariño entre compañeros y pide que este acto sirva, por lo menos, de ejemplo a las futuras generaciones, que de no rectificar su conducta, van por caminos de perdición.

Sigue en el uso de la palabra el doctor Simonena, que establece un paralelo entre la forma en que estaba la enseñanza hace 25 años y la actual; señala el avance científico y destaca el retroceso que hoy existe en las relaciones entre profesores y alumnos; hace la descripción del estado del Hospital en sus relaciones con la Facultad hasta su incorporación a ésta; enumera los obstáculos para la enseñanza y cómo se fueron venciendo. No podía hacerse una autopsia; no había laboratorios de análisis. Hoy se tiene de todo, menos la unión espiritual de maestros y discípulos. Hace resaltar la indisciplina escolar y señala el abrumador número de alumnos que al terminar sus carreras, origina verdadera lucha entre compañeros, y acaba felicitando a todos y saludándolos.

El doctor don Federico Murueta Goyena saluda también a sus antiguos discípulos, y tiene un recuerdo para los desaparecidos. Hace un elogio de la fiesta, que pone de relieve el afecto existente entre compañeros.

El doctor Durruti pronuncia breves palabras de saludo a los que ahora, al cabo de 25 años vuelven a reunirse en la Facultad donde cursaron sus estudios.

El decano señor Bañuelos agradece en nombre de la Facultad, la atención que presupone que en ella se hayan reunido los que fueron sus hijos a los 25 años de terminada la carrera. Alude a la forma de perpetuar ese afecto, al igual que se hace en el extranjero con las asociaciones de antiguos alumnos universitarios, que deben crearse.

Ve en los reunidos, llegados de diversos puntos de España, la representación de la verdadera unidad nacional y el saludo de todos a la Patria única y soberana.

Con emoción sin igual, que prontamente se transmite a sus oyentes, invoca su origen castellano, lamentándose de las injurias vertidas sobre esta nuestra Castilla, y entre una enorme ovación y vivas a España, termina, sumamente afectado, siendo acto seguido objeto de sentida manifestación de cariño por parte de todos.

A la una y media, en el hotel de Francia, se celebró el anunciado banquete. Antes de terminar se retiraron, después de pronunciar unas breves palabras, los señores Simonena y de la Peña, quienes por ocupaciones ineludibles, tenían que regresar a Madrid.

El doctor Simonena dió las gracias a todos, por las atenciones que para con él han tenido, y brindó por la salud y prosperidad de los allí reunidos y sus hijos, prometiendo asistir a la celebración de las bodas de oro.

El doctor de la Peña dice que ahora va a hablar en representación del

mastodonte y del hombre de las cavernas, sin los cuales no existirían diversas especies zoológicas ni el hombre intelectual, que tiene la pretensión de gobernar.

En las circunstancias actuales todo está en crisis.

De esta reunión de profesores y alumnos, debe quedar el extracto de la amistad, del cariño y de la confraternidad, que van siendo sustituidos por otros valores: la conveniencia y el interés, hoy en boga.

Desea que todos lleven a sus casas el recuerdo de estos momentos.

Les recomienda que no se dejen invadir por el materialismo ambiente y que no olviden nunca a sus profesores.

Termina ofreciéndose a todos como un amigo a la antigua; es decir, sincero y cariñoso.

A los postres, el doctor de la Villa se levanta a hablar, y dijo que ha sido hoy uno de los días más felices de su vida, sólo comparable a aquél en que explicó la primera lección.

Expresa su deseo de que este día no se olvide nunca y de apretar a todos, en un abrazo fuerte, contra su corazón.

Hace falta que la medicina se defienda de un modo eficaz, pues está pasando una serie de vicisitudes.

Después de aludir al Congreso de Clases médicas que se celebrará en Madrid, dice que hay que seguir la tradición de la gloriosa Facultad de Medicina de Valladolid.

Termina ofreciéndose en todo a sus antiguos discípulos.

El médico don Primo Gila, hace por último uso de la palabra para felicitar a la Comisión organizadora y dar las gracias a los profesores que han asistido a estos actos.

Señala las particularidades de esta promoción de médicos, haciendo resaltar las de inteligencia y buena voluntad.

Concluye haciendo votos por la celebración de las bodas de oro.

Se encuentra enfermo de gravedad el profesor doctor López García, venerable maestro de tantas generaciones en nuestra Facultad de Medicina.

Dada su avanzada edad, su estado inspira serios temores.

Hacemos fervientes votos por su restablecimiento.

El pasado día 5, se celebró en el Hotel de Inglaterra un banquete homenaje a nuestros queridos compañeros los doctores Andreu y Casas por su brillante triunfo en oposiciones recientes.

La significación del acto fué también tributar al profesor M. Bañuelos una nueva prueba de admiración por la labor que realiza al frente de sus clínicas, que le ha permitido lograr alumnos tan destacados en la Medicina española como los profesores Calvo Criado, tan prematuramente muerto, Andreu y Casas, ahora triunfantes, y una pléyade de médicos distinguidísimos que al frente de Hospitales y otras instituciones, proclaman con orgullo haber salido de las aulas vallisoletanas y son una promesa para muy pronto.

Al acto asistió un centenar de amigos y compañeros de los profesores Bañuelos, Andreu y Casas y se leyeron numerosas adhesiones.

LEON

En el Instituto de Higiene tuvo lugar el día 24 de Junio, la anunciada conferencia de don José Vidal, director del Instituto de Biología animal, sobre el tema «En pro de un ideal, el B. C. G.»

Presentado por don Santos Ovejero, comienza su disertación preguntándose cómo luchar contra la tuberculosis, qué es lo que se ha hecho y qué es lo que se puede hacer. Pone de relieve el fracaso del individualismo en esta lucha, que por su importancia y envergadura, debe ser social, inquietando no sólo a los investigadores, cuyos fracasos sirven de jalones para éxitos sucesivos, sino al público en general.

La inmunidad en la tuberculosis no se consigue con productos muertos, y se extiende en consideraciones sobre los conceptos de alergia e inmunidad en la tuberculosis, señalando el hecho comprobado de los individuos con alergia positiva que resisten mejor la inoculación tuberculosa, como lo demuestra la estadística hecha en las enfermeras visitadoras contagiadas en sanatorios.

Habla de la vacuna de Calmette, consistente en una vacuna de bacilo bovino de trece años, cultivado en medio alcalino y rico en lipoides, que no produce lesión alguna al inocularlo al cobaya, aunque tardó en emplearse en la clínica humana por temor a que recuperara su virulencia, lo cual se ha demostrado que no ocurre y de lo cual están ya convencidos los investigadores del mundo entero. Cita cómo, para tratar de ver si se hacía virulento, idearon los investigadores las más diversas técnicas.

Sólo un autor argentino piensa que podrá recobrar la virulencia con el estreptococo, y Petrok demostró también que de treinta mil bacilos avirulentos, existía uno virulento en esta vacuna, aunque esto se ha desvanecido al comprobar los autores alemanes e ingleses que los cultivos con que trabajaba Petrok fueron contaminados involuntariamente por las partículas de su propia saliva bacilífera.

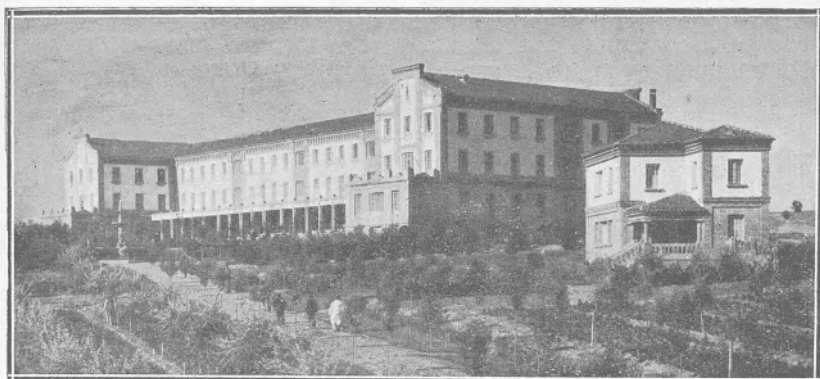
No olvida la catástrofe de Lübek, originada por un error de técnica en la preparación, que originó la muerte a sesenta niños y la contaminación de doscientos, pero fracaso en nada imputable a la bondad del procedimiento.

Lee estadísticas de mortalidad y morbilidad en vacunados y no vacunados en todos los países, habiéndose logrado en España disminuir la mortalidad por tuberculosis en la infancia, de un diez y siete por ciento de los no vacunados, a un cinco por ciento en los vacunados con B. C. G.

Termina su documentada conferencia, haciendo un llamamiento a las clases sanitarias para que se conviertan en entusiastas propagandistas de esta vacuna, que por su inocuidad y resultados positivos en la lucha contra la peste blanca, bien merece un poco de atención de todos los médicos.

El doctor Vidal fué muy felicitado por la numerosa concurrencia, al terminar su interesante disertación.

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



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

Médicos Especialistas de enfermedades somáticas. — Servicio médico permanente. Tratamientos modernos de la Parálisis general y Demencia precoz. — Piroterapia. Psicoterapia. — Terapia del trabajo. — Granja Agrícola. — Balneoterapia. — Método Klaesi, etc., etc. — Curas de reposo y desintoxicación. — Régimen alimenticio. con arreglo a prescripción facultativa.

Correspondencia: Sr. Director Administrativo del Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS

CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS

GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO

NIÑOS ADULTOS

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

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

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

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

CRÓNICA NACIONAL

ZARAGOZA

Derrames pleuríticos.—Sobre estos procesos de tanta importancia, dió una conferencia en la Academia de Medicina, el doctor Iñigo.

Comenzó, exponiendo el diagnóstico etiológico de la lesión que es indispensable para saber cómo se debe tratar y cuál será su porvenir.

Excluyendo todo lo traumático, la primera diferenciación que tenemos que establecer en presencia de un derrame pleurítico es la que se refiere a la naturaleza del exudado: seroso o serofibrinoso, que forman un grupo, y purulento, que es el otro grupo.

Cuando se ve un enfermo que presenta signos clínicos que hacen sospechar la existencia de derrame pleurítico, sin demora alguna debe practicarse una punción para conocer la naturaleza de dicho derrame; es decir, «con un fin diagnóstico».

Si para alguien hay peligro en este consejo de puncionar todo derrame en el momento mismo en que se diagnostica no es para el enfermo, sino para el médico, que está expuesto a no sacar líquido. Pero un clínico consciente de su deber no se avergüenza de hacer una punción negativa, por demasiado temprana, pues nunca se acostará con el remordimiento de haberla logrado positiva, pero demasiado tardía.

Un derrame, sea cualquiera su naturaleza, implica un obstáculo mecánico, que muchas veces resulta además tóxico, y por consiguiente nos incita a evacuarlo. El clínico tiene que averiguar hasta qué punto influye el derrame por su cantidad y su naturaleza.

Tratándose de un derrame seroso hay que sospechar en un origen fímico, y entonces hay que considerar no ya sólo el derrame y la lesión tuberculosa que lo ha producido, sino también el terreno: el enfermo. Tales derrames serosos son poco tóxicos, de modo que este factor resulta poco importante; en cambio, la cantidad de derrame asume mayor importancia para inclinarnos a evacuarlo rápidamente.

Se puede sentar como regla general, que aquellos derrames que producen mecánicamente trastornos respiratorios y circulatorios visibles deben puncionarse sin demora, sobre todo si llevan más de quince días de fecha.

No es aconsejable intervenir antes porque la práctica demuestra que las evacuaciones demasiado tempranas son ineficaces debido a que el líquido vuelve a derramarse de nuevo, ya que al disminuir la presión intrapleural el pulmón se expande y el foco tuberculoso entra en nueva y peligrosa actividad, que tiende a propagar la infección a zonas que antes no habían sido afectadas. Evacuar demasiado tarde también tiene serios inconvenientes, porque entonces el colapso pulmonar se hace crónico, el parenquima se endurece, la pared torácica se deforma, la escoliosis avanza.

Respecto a cuánto líquido deba de evacuarse, según el doctor Iñigo, es mala práctica de querer agotar del todo estos derrames. Ante todo es necesario haber calculado de antemano la cantidad aproximada del líquido que contiene la pleura, lo cual se logra por el estudio completo del caso: altura de la matidez con enfermo de pie o sentado, línea de Traube, desviación mediastínica, examen con los rayos X, etc., y si las cosas van bien, si el enfermo se siente

tranquilo, si no hay tos seguir evacuando muy despacio hasta que queden de unos cien a ciento cincuenta centímetros cúbicos de líquido, en cuyo momento se retirará la aguja y se dará por terminada la intervención.

Si después de evacuar un derrame en un enfermo no tuberculoso recomendamos la gimnasia respiratoria, el ejercicio moderado aunque progresivo, y todos los demás medios que consideramos pueden contribuir a restablecer en su integridad la capacidad pulmonar, cuando se trate de un tuberculoso tendremos que andarnos con pies de plomo para no pasar de la raya, pues en él quedan pocos focos infectivos en potencia.

Dentro del tipo seroso de los derrames pleuríticos, los hay de origen reumático. Esta afirmación quizá sorprenda un poco a los médicos jóvenes y aun a los no tan jóvenes, pues no es corriente hablar de tal localización del reumatismo.

Hay muchas dolencias que las calificamos de reumáticas y no lo son: y en cambio, fuera de las localizaciones articulares y endocárdicas, olvidamos el reumatismo agudo, que ataca también al pericardio y a las pleuras; de donde resulta que las pleuresías reumáticas las achacamos a todo menos al reumatismo, y obrando así cometemos un error de importancia.

La pleuresía reumática existe en clínica, aunque muchas veces nos pasa desapercibida su naturaleza y le asignamos en cambio el apellido de gripal.

La pleuresía reumática podemos considerarla como una «pleuresía menor» porque es poco aparatosa, pero se acompaña de todos los síntomas propios de tal dolencia; produce a veces derrame considerable y se cura con salicilatos. Se abrevia su evolución si el derrame se extrae.

Los derrames pleuríticos ocasionados como consecuencia de evolución de neoplasias malignas se caracterizan por tener un tinte rosado, según el señor Iñigo ha podido comprobar en muchos casos.

Pasó después a hablar extensamente de los derrames purulentos. Cuando las punciones fracasan, por no evacuar bien o porque el derrame se reproduce, se puede hacer la evacuación del pus por pleurotomía, con o sin resección costal y luego cerrar la herida sin drenaje, con lo cual abreviamos considerablemente el proceso de curación definitiva. Se procederá así cuando el pus contenga solamente pneumocosos y haya bajado por completo la marea flogística pleuro-pulmonar.

Indudablemente la incisión, la resección costal y el drenaje son clásicos en los tratamientos de los empiemas: aseguran la marcha normal post-operatoria y la definitiva curación.

¿Debe hacerse pleurotomía simple, o con resección costal?

La pleurotomía simple bastará en algunos casos, pero a poco retraída que esté la pared torácica será muy difícil que podamos establecer a satisfacción el drenaje si no resecamos por lo menos una costilla.

Cree el doctor Iñigo que la pleurotomía simple es una operación incompleta y que puestos a operar se debe operar del todo.

MURCIA

La úlcera gástrica y duodenal. Consideraciones quirúrgicas.—Sobre este tema disertó en el Hospital de Murcia el doctor don F. Giner Hernández.

Empieza justificando la elección del tema de su disertación, al considerar

Los grandes beneficios que la cirugía, con sus progresos, ha proporcionado a la gastro-enterología, ya que sin la ayuda del cirujano no sería posible la solución de los pavorosos problemas que supone el tratamiento de pacientes que aquejan obstrucciones intestinales, estenosis de píloro, úlceras gástricas, etc.

Da la definición de úlcera que da Hortolemi, como la más aceptable en lo que se refiere a las úlceras crónicas, y estudia las clasificaciones de las mismas propuestas por Lorpper, Hayen, Lyon y otros, eligiendo como la mejor por su importancia terapéutica la que las divide topográficamente en esfinterianas, del cuerpo estomacal y duodenales.

Desecha la antigua teoría de la autodigestión, ya que se ha demostrado en trabajos muy recientes que el antro y buena parte de la curvatura menor del estómago (zonas en las que presenta el *ulcus* con preferencia) se encuentran en un medio alcalino y que es el resto del estómago el que se encuentra en un medio ácido.

La gastritis crónica—dice—precede o sigue a la úlcera y la acompaña siempre; juega un gran papel en la evolución de la misma y es ella la que ha de hacernos decidir la elección de tratamiento y la que ha de tenerse principalmente en cuenta al dar el pronóstico.

Estudia las lesiones anatómo-patológicas del *ulcus*, tanto microscópicas, como macroscópicas, considerando, con Félix Ramond, como la más importante la metaplasia evolutiva.

Renuncia a hacer relación de las complicaciones: hemorragias, estenosis del píloro, adherencias perigástricas, transformación maligna y complicaciones a distancia; limitándose tan sólo, en la presente conferencia, a la perforación, ya que esta es una complicación que clínicamente tiene todos los atributos de un caso de urgencia.

La úlcera perforada como la apendicitis aguda, oclusión intestinal y otras afecciones, entran en el grupo de los casos patológicos que se conocen con el nombre general de «abdomen agudo» o de urgencia abdominal, con el que se denominan más recientemente.

Da lectura a una serie de estadísticas recientes sobre frecuencia de la perforación en las úlceras gástricas y duodenales, estando de acuerdo con el criterio general de que la mayor parte de las perforaciones observadas son yuxtopilóricas.

Da una gran importancia al diagnóstico precoz, para lo cual hay que ser muy metódico en el estudio de todos los antecedentes y síntomas que nos proporcione el paciente.

Es de gran interés consignar la hora y la cantidad de la última comida. También es un dato, que no hay que olvidar, la edad del enfermo, ya que cuando casi exclusivamente se presenta, es entre los 20 y los 40 años, en contraposición con otras enfermedades de parecido cuadro clínico.

El primer síntoma que se presenta es lo que Dieulafoy llama «puñalada peritoneal»: un dolor agudísimo y súbito que se presenta, a veces, hasta en individuos que no han aquejado antes ninguna molestia gástrica. Presentase en dos puntos diferentes, según el de la lesión: el que Médinaveitia llama «punta de dedo» en el epigastrio, si es la úlcera gástrica, y en el epigastrio, hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha si es una úlcera duodenal la perforada.

Después se va propagando el dolor según se va poniendo en contacto el contenido gastro-duodenal con el peritoneo, haciéndose doloroso todo el abdomen y llegando hasta a tener irradiaciones torácicas. Hay una gran contractura de la pared abdominal que se aprecia no sólo a la palpación sino hasta con la vista. También desaparece la matidez hepática por la interposición de gases entre el hígado y la pared abdominal.

Divide el cuadro clínico de la perforación en tres estadios: 1.º de «stock» primario; 2.º, de reacción o peritonitis enmascarada, y 3.º, de peritonitis franca; haciendo una descripción minuciosa de los síntomas que los caracterizan.

Da normas para obtener un claro diagnóstico diferencial y pasa a continuación a estudiar lo que se refiere al tratamiento.

Teniendo en cuenta que la curación espontánea en estos casos es excepcional, no queda nada más que un tratamiento, y éste es el quirúrgico. Es necesario, para que la intervención sea eficaz, que se opere lo más inmediatamente posible a la fijación del diagnóstico; que contra el dicho corriente de los familiares de los enfermos, «agotar todos los medios y en último recurso operar», se debe operar antes que nada y lo más pronto posible.

Cita estadísticas de Hartman y de los cirujanos de Edimburgo, en que se demuestra la eficacia de este criterio, y él mismo hace referencia a casos que se han presentado en su servicio con resultados excelentes obtenidos gracias a haber sustentado esta opinión.

Hace una exposición clara y precisa de los distintos procedimientos quirúrgicos preconizados, haciendo referencia a varios casos por él tratados, como el de un enfermo que operado en Madrid de una gastrectomía, seguía presentando las mismas molestias, y operado por él en este Hospital, se encontró con que por haberse hecho la sutura sero-serosa con seda en vez de con catgut, no se había reabsorbido, flotando en el estómago un trozo de seda de unos veinte centímetros, actuando de cuerpo extraño en la cavidad gástrica.

Da como conclusiones las siguientes:

- 1.ª Que el diagnóstico de la perforación, hecho lo más rápidamente posible, debe ir seguido de intervención inmediata.
- 2.ª Que la operación más simple, el enfundamiento, da buenos resultados; y
- 3.ª Que en previsión de los accidentes lejanos se debe practicar la resección o la gastroenterotomía, siempre que el estado del paciente lo permita.

Peptoyodal Robert
Yodo orgánico

Gotas e inyectable

CRÓNICA INTERNACIONAL

PARIS

La vacuna de la fiebre amarilla.—La fiebre amarilla, la más grave afección de los países cálidos, será pronto combatida eficazmente. M. Nicolle, el eminente director del Instituto Pasteur de Tunis, laureado con el premio Nobel, ha anunciado en la Academia de Ciencias, la realización por dos de sus colaboradores, señores Sellars y Laigret, de una vacuna contra la fiebre amarilla.

El virus de la fiebre amarilla es inoculado en los ratones, que lo conservan vivo, pero débilmente. En este estado es cuando el virus se inyecta a las personas, por dosis débiles que progresivamente son elevadas. De esta forma se adquiere la inmunidad.

M. Nicolle termina diciendo: «Parece que no queda otra cosa que hacer, sino pasar a la aplicación en grande de este método en los países donde la epidemia se desarrolla. El método, que es delicado, debe ser aplicado con prudencia por especialistas.»

TRIESTE

Enfermo electrocutado por una radiografía.—En el Instituto de Roentgenología del Hospital de Trieste, tres médicos eminentes estaban examinando a una persona, una de cuyas piernas había quedado fracturada a consecuencia de un accidente automovilístico, cuando de pronto, alta llama seguida de una fuerte descarga eléctrica, surgió del aparato que utilizaban. El enfermo quedó muerto, y los médicos experimentaron graves quemaduras en las manos.

La causa del accidente permanece ignorada.

NUEVA YORK

Estadística de suicidios.—Las últimas estadísticas demuestran que el número de suicidios ocurridos últimamente en Nueva York ha aumentado bastante.

Durante el último año se registraron en esta ciudad suicidios en una proporción de 18 por 100.000 personas, cifra que, según las autoridades, es la más alta de las registradas desde el año 1916.

Una de las causas que han contribuido al aumento de suicidios en Nueva York, han sido las quiebras experimentadas en la Banca de Wall Street, que causó la ruina de numerosas personas.

Después de los que se suicidan por haber perdido su fortuna, siguen los desesperados que no quieren seguir viviendo por haber sufrido desengaños amorosos; luego, los enfermos, y, por último, los que creen que la vida no vale la pena de vivirla.

LONDRES

La esterilización de los anormales.—El Ministerio de Salud pública ha nombrado un cierto «Comité de investigación para la esterilización de los enfermos mentales peligrosos», que ya funciona. Este nuevo organismo se halla bajo la presidencia e inspección de Mr. L. G. Brook, y tiene por objeto inquirir la conveniencia y factibilidad de disminuir, en lo posible, las transmisiones hereditarias de los desórdenes e insuficiencias mentales que tanto perturban a la Sociedad y que son orígenes de graves daños para la especie. El Comité se ocupará, por ende, de hacer estudios encaminados a la esterilización de los infortunados que sufren de esas dolencias, como terapéutica preventiva, teniendo en cuenta los efectos físicos, fisiológicos y sociales que se persiguen,

así como las experiencias obtenidas jurídicamente en otros países con esa clase de legislación.

* * *

Los accidentes ocasionados por los automóviles.—El peligro de perder brazos y piernas y aun la vida, a consecuencia de la circulación de vehículos automóviles en las grandes ciudades, está causando honda preocupación a las autoridades de la Gran Bretaña. El año pasado hubo, en todo el país, 6.691 personas muertas y 202.189 heridas. En comparación con las estadísticas de 1930, acusa una disminución de 614 en el número de muertos, pero hay un aumento de 24.224 en el de los heridos. Antes de estallar la guerra mundial en 1914, un encuentro en el que hubiera habido 18 muertos y 553 heridos, hubiera sido calificado de batalla; pero ésta es una batalla—si este nombre podemos darle—la cual tiene lugar cada día del año, y la Gran Bretaña no es peculiar en lo que a esto se refiere. Estas bajas son el precio que la humanidad tiene que pagar por el transporte automovil en la civilización moderna.

Estadísticas más detalladas acerca de accidentes en Londres, revelan que el número de personas matadas durante el primer trimestre de este año, fué de 314 y el de las heridas 10.865. El número de las muertas y el de las heridas, durante el trimestre correspondiente del año pasado, fué, respectivamente, de 289 y de 9.943. Un análisis demuestra que durante el primer trimestre de este año fueron matadas 104 personas y heridas 4.045 por automóviles de propiedad particular; 98 fueron matadas y 1.836 heridas por vehículos comerciales, y 33 fueron matadas y 1.603 heridas por motocicletas. Como resultado de accidentes causados por bicicletas, murieron 16 personas y fueron heridas 1.720. Por cruzar el camino sin el debido cuidado, resultaron muertas 114 personas; 34 perdieron la vida por titubear o por vacilar; y 25 fueron muertas por pasar entre vehículos parados, o por detrás de ellos, o por delante de ellos.

VARSOVIA

Se ha inaugurado en Varsovia el Instituto del Radium Marie Sklodowska-Curie, que con el concurso de los poderes públicos de Polonia, ha fundado una sociedad cuyo consejo de administración está integrado por diversas personalidades, entre ellas, profesores de las Universidades.

La sección médica tendrá unas setenta camas para enfermos de todas las clases sociales.

El gramo de Radium con que cuenta, ha sido donado en su mayor parte a Mm^e. Curie por suscripción pública en los Estados Unidos.

La Sección de Investigaciones Científicas, no puede aún funcionar, bien que los pabellones estén construídos, por la insuficiencia de recursos imputable a la crisis económica general que no ha permitido aún dotar debidamente los laboratorios de física, química y biología.

En la sección médica, aparte del servicio de policlínica, destacan los laboratorios de histología y de química patológica; el servicio de radiodiagnóstico y las salas de radioterapia están con cinco equipos de irradiación que son la última palabra en roentgenoterapia, las salas de Cirugía, los locales de hospitalización, etc.

Los gastos han sido, sin contar los terrenos y otros donativos, satisfechos por partes, por el gobierno y por la Sociedad benéfica, y se elevan hasta el día a siete millones de francos franceses.

PREMIOS, CURSOS, SOCIEDADES

PREMIO DEL MINISTERIO DE LA GOBERNACION

(Dirección General de Sanidad)

Tema: «Factores económicos y sociales que influyen en la salud y la enfermedad.»

Habrà para este tema un premio de **mil pesetas**, con diploma de socio-corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos no deberán exceder de 140 a 160 cuartillas mecanografiadas de 14 a 16 líneas.

Al imprimirse el trabajo de los 500 ejemplares de que constarà la tirada, se entregaràn 200 al autor.

PREMIO ROEL

Primer tema: «Modernos sistemas de depuración de aguas residuales. Normas de aplicación en España.»

Segundo tema: «Preventorios, dispensarios y sanatorios antituberculosos.— Modificaciones ventajosas susceptibles de adoptarse para que llenen mejor sus humanitarios fines.»

Habrà para cada uno de estos temas un premio de **quinientas pesetas**, con diploma de socio-corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos no deberán exceder de 90 cuartillas a máquina de 14 a 16 líneas. Los premiados serán impresos por cuenta de la Sociedad y se entregaràn 50 ejemplares al autor. Este se compromete a abonar el exceso de texto sobre tres pliegos y las ilustraciones, si las hubiere.

Reglas generales

Todos los trabajos que se presenten al concurso, se remitiràn al secretario general de la Sociedad, señor don José Paz Maroto, calle Imperial, número 10, hasta el día 30 de Septiembre próximo inclusive, no debiendo sus autores firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado que acompañarán, y en el cual consignarán su nombre y residencia.

No se admitirá al concurso ninguna Memoria que no se halle escrita en letra muy clara y perfectamente legible, siendo preferible el mecanografiado en negro.

Podrán aspirar a los premios todos los españoles o extranjeros que cumplan las condiciones arriba expresadas; pero el idioma empleado en la redacción no podrá ser sino el español, el portugués, el francés, el inglés o el italiano.

Los diplomas se entregaràn en la solemne sesión de apertura de curso de 1932 a 1933.

Siendo uno de los principales móviles de estos concursos fomentar el amor al estudio en la mayor extensión posible, no podrán aspirar a nuevo premio

los que hayan obtenido tres seguidos en concursos anteriores, hasta que hayan transcurrido dos años desde el último recibido.

Los sobres correspondientes a las Memorias no premiadas se quemarán en la primera sesión que la Junta directiva celebre después de la inaugural. Los trabajos no premiados se conservarán hasta fin del año 1933 a disposición de sus autores, quienes acreditarán serlo con el resguardo que la Secretaría habrá expedido al recibir cada uno de los trabajos presentados, y en el que se consignará el lema que le distingue.

Las Memorias recompensadas con premio, serán propiedad de la Sociedad y no podrán ser publicadas por sus autores sin permiso de la misma.

Ningún trabajo presentado al concurso podrá retirarse.

Por acuerdo de la Junta directiva: El presidente, **Nicasio Mariscal**.—El secretario general, **José Paz Maroto**.

Curso de ampliación Médico-Legal

En la Escuela de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Madrid, cumpliendo uno de los fines de este Centro científico, se dará un curso teórico-práctico para médicos, de las materias que abraza la Medicina forense (Medicina legal, Toxicología y Psiquiatría), durante el próximo mes de Octubre. Este curso será desarrollado por el director y el profesorado de dicha Escuela.

El programa, que habrá de publicarse en las revistas profesionales, constando de lecciones teóricas y ejercicios prácticos, se explicará en el Laboratorio de la Escuela y en el Depósito Judicial de Cadáveres.

Se propone la Escuela con estos cursos abreviados e intensivos, perfeccionar y renovar los conocimientos de los forenses ya en ejercicio, y además preparar a los jóvenes médicos para el ingreso en el Cuerpo médico forense.

Siendo limitado el número de alumnos, los que deseen inscribirse y adquirir más detalles, se pueden dirigir a la Secretaría de la Escuela de Medicina Legal, situada en la Facultad de Medicina de Madrid.

Sociedad Francesa de Foniatria

Se ha constituido en París esta Sociedad, dedicada al estudio de la fisiología y patología de la voz y de la palabra.

Preside la Sociedad el profesor Moure y son vicepresidentes los profesores Hantant y Lemaitre.

Detalles, al doctor Tarneaud, secretario general; 27, Avenue de la Grande Armée, París (16).