

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
LUIS NÚÑEZ BACHILLER.— <i>Falsos diagnósticos de tuberculosis pulmonar</i>	235
A. ALLUÉ HORNA — <i>Dos casos de equinocosis subcutánea</i>	245
MARIANO GÓRRIZ Y PEDRO MARTÍNEZ.— <i>La malarización terapéutica por vía raquídea</i>	249
LEOPOLDO LÓPEZ GÓMEZ Y VICENTE DE ANDRÉS BUENO.— <i>Forensías de trabajo</i>	257

Intestinol ^{Henning}

Secretina

estimula la secreción
biliar y pancreática

Pancreatina

digiere la grasa, albúmi-
na e hidratos de carbono

Sales biliares

aumentan la secreción
pancreática y biliar y
activan los fermentos.

Carbón animal

combina las sustancias de
la putrefacción y los gases
intestinales.

Preparado de Páncreas Secretina y Carbón

contra

Desórdenes de la digestión
Dispepsia, Meteorismo
y sus derivaciones



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

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

“SOPA DE AGRIMAX”

(SOPA DE “BABEURRE”)

Leche parcialmente descremada y acidificada con la adición de harina y Maltomax
Se emplea en niños mayores de tres meses

LABORATORIO Y FÁBRICA DE PRODUCTOS DIETÉTICOS
MAX F. BERLOWITZ

MADRID (14) - Apartado 595 - Alameda, 14
Representante en Valladolid: DON JULIAN VELASCO SOTO
PASEO DE ZORRILLA, 27.

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
{ Acido glicerofosfórico 0,046 »
{ Acido cacodílico 0,030 »
{ Hierro asimilable 0,002 »
{ Glicerofosfato estricnico 114 millig.

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, diríjirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

BOROLUMYL

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

INDICACIONES
EPILEPSIA
VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODURO BERN-K.YNa. Y

SIN YODISMO CAFEINADO
Dorificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS
Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y literatura al autor: LABORATORIO BENEYTO. Manuel Silvela, 7-MADRID

ARTICULOS ORIGINALES

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE LA CALLE DE MURO. — VALLADOLID

TISIÓLOGO ORGANIZADOR: DR. LUIS NÚÑEZ BACHILLER

Falsos diagnósticos de tuberculosis pulmonar

por el doctor LUIS NÚÑEZ BACHILLER

En la experiencia clínica adquirida en la vida dispensarial hemos hallado de una manera casi sistemática, una serie de enfermos diagnosticados de tuberculosis pulmonar, o sospechosos de padecerla, sin que en ellos existiese la menor lesión tuberculosa. Lo cual nos hace creer de interés el describir un índice en orden de frecuencia de estos falsos diagnósticos, con la intención exclusiva de subrayar un grupo de enfermedades muy corrientes, y que por la manía hoy muy en boga de descubrir muy precozmente la tuberculosis pulmonar se diagnostica como tal de una manera asaz precipitada, sin darse cuenta de la trascendencia que supone en el enfermo, dada la opinión tan corriente de creer que dicha enfermedad es un estigma, y en el mejor de los casos incurable, cuando verdaderamente es todo lo contrario. No en vano Fisberg dice, con su claro juicio, que «un diagnóstico precoz es tan peligroso como un tardío reconocimiento de una tuberculosis pulmonar activa y progresiva», y no sólo esto es cierto para la materialidad de un ulterior tratamiento, sino por el complejo moral de inferioridad en que el individuo queda; cuántos y cuántos enfermos diagnosticados falsamente de tuberculosos se les truncó su porvenir, su vida entera, aun después de haberles notificado que no eran tuberculosos, encontrándose siempre ya subconscientemente tarados, constantemente pendientes de cualquier clase de trastornos que sufran, pues por mucho que les aseguren de su perfecta salud, o de la independenciam de sus trastornos respecto a la tuberculosis, su desconfianza les durará toda la vida, por lo tanto, siempre será preferible tener el enfermo en observación con ciertas precauciones, que lanzar un poco precipitadamente un diagnóstico de tuberculosis pulmonar, aunque éste sólo sea de presunción.

Estos errores de la clínica tienen innumerables confirmaciones en la necropsia, y entre ellas son bien conocidas las de J. Eamle Ash que en 198 necropsias de supuestos tuberculosos halló que en el 11 por 100 no había tales lesiones, y en una estadística, aun más considerable, Mc. Crae y Funk encuentran en 1.200 enfermos diagnosticados de tuberculosis pulmonar un 6 por 100 en que no hay tal tuberculosis. Los alemanes, como Aschoff, etc., confirman en sus investigaciones los anteriores hallazgos.

Los enfermos que más frecuentemente asisten al dispensario, con un diagnóstico de supuestos tuberculosos, son los cardíacos un 20 por 100,

todos ellos con síndromes del aparato respiratorio; generalmente con tos y expectoración blanquecina, aunque a veces, muy pocas, la expectoración es hemática e inclusive alguno sufrió pequeñas hemoptisis, el dolor, sobre todo, es un síntoma que no suele faltar, localizado en las partes latero-inferiores de tórax, o en la espalda, y, sobre todo, lo que ellos indican con mayor interés, es un cansancio general, un estado de astenia intenso, una anorexia considerable, y pérdida de peso. En fin, una serie de síntomas que, a primera vista, no hace más que predisponer al médico a pensar que se encuentra enfrente de un tuberculoso; pues inclusive estos enfermos cuando se les hace preguntas en la dirección de un trastorno circulatorio, contestan de una manera vaga, a veces afirman que sí que efectivamente tienen disnea de esfuerzo o cefaleas o edemas maleolares, pero generalmente quitándole importancia, y no sabiendo el que interroga si verdaderamente sufren dichos trastornos, o es que los enfermos contestan sugestionados.

En el examen clínico, vemos que la auscultación es la mayoría de las veces ruda en los vértices, sobre todo en el izquierdo. Las menos, respiración disminuída en las bases; y en vértices y bases respectivamente, alguna vez estertores muy finos. La percusión suele ser normal, salvo alguna ligera submacidez, que suele localizarse en el vértice izquierdo.

Estas alteraciones en la auscultación y en la percusión de los vértices, en los enfermos con lesiones cardíacas, es de antiguo conocidas por las observaciones de diversos autores. Entre ellos, en España, Verdes Montenegro, en los casos de estrechez mitral, dando la explicación de que estas modificaciones respiratorias pudieran ser debidas a la aurícula izquierda dilatada. Tiene, además, interés este diagnóstico de estenosis mitral porque precisamente en ella la tuberculosis pulmonar es excepción, según las opiniones, entre otros, de Neumann, que en 120 autopsias de enfermos mitrales encontró el 80 por 100 sin lesiones tuberculosas. Barts examinó 1767 hojas de autopsias, y aparecían sin tuberculosis pulmonar el 63 por 100. Verdes Montenegro encuentra en 300 casos de estrechez un solo caso de tuberculosis pulmonar, y en un estudio de 20.000 enfermos de tuberculosis pulmonar la estrechez representa un 0'005 por 100, y observando que en las otras lesiones mitrales la tuberculosis pulmonar es menos rara.

Las estenosis mitrales son, como es lógico, las que se presentan con menos frecuencia, ya que en todas las estadísticas se manifiestan en orden de continuidad: primero las insuficiencias, después la doble lesión, y por último, la estenosis, aunque pensamos con Jiménez Díaz y Plesch que las dobles lesiones son en realidad las primeras en orden de frecuencia. Los casos de estenosis presentados en el dispensario, en relación al total de los circulatorios vistos, es de un 10 por 100. Son enfermos de difícil diagnóstico por su sintomatología, suelen sufrir dolores en la espalda, acceso de tos, esputos hemáticos, palidez, etc.; con esta sintomatología pasan largo tiempo, hasta que empiezan a tener síndromes claros de su estenosis. En la explo-

ración se percibe a veces el síndrome de Cunington-Bard, que hace más fácil la confusión, pero generalmente sólo hallamos ligeras alteraciones en los vértices, tanto a la percusión como a la auscultación. El corazón, no nos da la típica auscultación de estenosis, sino más bien tonos inpuros y su manera especial de desamollarse hizo que algunos autores, entre ellos Potain, sostuviera el origen tuberculoso de la estrechez, idea defendida después por Bard y Rosenfeld.

Llevamos al enfermo a la pantalla, y nos hallamos unos hilios aumentados, y una intensificación difusa del dibujo pulmonar, que nos hacen sospechar; pero si nos fijamos en la imagen cardíaca, la encontramos alterada, con un abombamiento del arco de la pulmonar, y un ensanchamiento del inferior derecho, y en la primera oblicua, se pone de una manera manifiesta la dilatación de la aurícula izquierda, todo lo cual nos lleva de la mano a un diagnóstico de estrechez mitral, sobre todo si después, como nos ha sucedido generalmente, los datos complementarios nos alejan de la supuesta tuberculosis.

Después, los hallazgos más comunes son los de las insuficiencias y dobles lesiones mitrales. El resto de las alteraciones cardíacas se presentaron muy escasamente. Estos enfermos, en general, tienen los síndromes objetivos bastante netos para que pensemos inmediatamente que su lesión es circulatoria, pero como al mismo tiempo sufren trastornos bastante acentuados de su aparato respiratorio, nos hacen dudar; ahora bien, si exploramos con cuidado, observaremos casi siempre que al auscultar oímos las alteraciones propias de cada lesión, y es más, si después vamos a la pantalla, las modificaciones en la normalidad del contorno cardíaco nos dará la pauta para indicarnos el carácter lesional, todo ello acompañado como tenemos por costumbre en todos los enfermos, de una exploración detenida de todos sus aparatos, y de los análisis complementarios.

Bien es verdad que no en todos los casos hicimos el diagnóstico tan fácilmente, pero precisamente es lo que queremos subrayar, pues cuando nos hallamos ante un enfermo en el cual toda su sintomatología nos inclina hacia una tuberculosis pulmonar, e inclusive su aspecto radiográfico es sospechoso, como los análisis de laboratorio, y la exploración no nos lo confirman, al enfermo no le indicamos ni la sospecha de su tuberculosis pulmonar, lo que hacemos es ponerle en observación con ciertas precauciones (según los casos), generalmente un mes de vigilancia, para al cabo de aquel tiempo volverle a examinar con todo detenimiento y, entonces, hacerle el diagnóstico definitivo, que puede ser equivocado no hay duda, pero siempre será más difícil la equivocación.

En la estadística del dispensario, después de los cardíacos, en orden de frecuencia, los enfermos que producen falsos diagnósticos de tuberculosis pulmonar son los bronquiectásicos, los cuales son los más difíciles de diferenciar, pues en la mayoría de los casos dan una sintomatología tan parecida a la tuberculosis pulmonar, que nos hacen dudar mucho antes de hacer

el diagnóstico; son enfermos que tosen, que expectoran, algunos abundantemente, pero la mayoría no, que alguna vez tuvieron un esputo hemático, que de vez en cuando tienen un complejo febril positivo, que adelgazan, que tienen astenia general bastante acentuada, etc. Datos que acompañados de los de la exploración, sobre todo los de auscultación, con los clásicos estertores que muchas veces no guardan la topografía que indican los libros, pues multitud de veces los oímos en vértice o en parte media del pulmón, hacen que la confusión pueda ser de lo más fácil. Y si en fin vamos a la pantalla, y nos encontramos con sombras densas que no se localizan en la parte inferior y tangente al hilio, la confusión es de lo más lógico, pues en general, se tiene la idea de que las bronquiectasias se localizan siempre o casi siempre en las bases, y hoy, cuando más se estudia este problema, sobre todo desde la introducción del Lipiodol, se va observando que efectivamente dicha localización es frecuente, pero que al mismo tiempo las localizaciones en los lóbulos superiores no son raras, y se indicaba esta opinión en una estadística de hace unos años de Simon y Redeker. Al mismo tiempo nos inclinamos a pensar, siguiendo la opinión sostenida por Sauberbruch, de la naturaleza congénita de gran parte de los procesos bronquiectásicos, opinión sostenida entre otros autores por Kaufmann, Heller, Loeschke, Gold y Wiese, y confirmada por casos como el descrito por Burghardt, de bronquiectasia congénita del lóbulo superior izquierdo de un niño autopsiado. Nosotros mismos, en el dispensario que dirige el doctor Sayé, en Barcelona, tuvimos ocasión a causa de una investigación intensa que estaba verificando sobre bronquiectasias y pulmones políquisticos, de examinar casos en los cuales sus alteraciones eran de indudable origen congénito, y que un proceso agudo de aparato respiratorio, sobre todo tóserina, gripe, sarampión (según Engel, Bossert, Kleinschmidt, etc.), da lugar a que esta lesión que pudiéramos llamar dormida, se despierte. Pero bien, esto no interesa en la cuestión del presente trabajo, lo único que queremos al citarlo, es dar una idea de la facilidad con que estos procesos bronquiectásicos dan una sintomatología escasa que se exacerba en un momento dado, ocasionando unos síndromes, y a veces un aspecto radiológico de fácil confusión con la tuberculosis pulmonar, como son: las formaciones cavitarias, que después no son más que los quistes bronquiales descritos por Gold, o pequeñas vesículas en forma de panal, que alcanzan hasta un lóbulo completo, y que son sencillamente las bronquiectasias congénitas descritas en una monografía por Wiese, etc. Pero las formaciones cavitarias, si las observamos con cuidado, veremos que son generalmente de pared delgada, claras en su interior, de contornos netos, y que muchas veces se imbrican unas con otras dando la sensación como dijimos anteriormente de un panal. Ahora bien, si están llenas, es más difícil su interpretación por dar un imagen oscura, y cuando son múltiples y diseminadas, dan lugar a numerosas claridades finas, que presentan una gran analogía con la imagen radiológica de la tuberculosis miliar. En fin, pueden

dibujar diversas imágenes que nos harán múltiples veces recurrir al Lipiodol, para poder hacer un diagnóstico seguro de bronquiectasia.

Las dificultades que hemos descrito, que existen para un diagnóstico al parecer tan sencillo de bronquiectasia, hará comprender los errores que se cometen, y siempre, como es de suponer, con una inclinación acentuada de la tuberculosis pulmonar. En el dispensario, el 6 por 100 del total de enfermos examinados como supuestos tuberculosos eran bronquiectásicos.

Una confirmación de la dificultad diagnóstica la tenemos en la observación de Jex-Blake, el cual, examinando los pacientes admitidos en el Brompton Hospital, London, vió que clínicamente se habían diagnosticado de bronquiectásicos el 1,9 por 100, cuando la realidad era un 5 por 100, y eso en un medio hospitalario con las ventajas inherentes. Por último, queremos señalar la precisión de que la persona que haga los exámenes de esputos sea lo suficientemente capacitada para no considerar los saprofitos ácido resistentes que se presentan en las bronquiectasias como bastoncillos del bacilo de Koch.

Otra enfermedad que se confunde aunque en menor extensión con la tuberculosis pulmonar, es la neumoconiosis, la cual, en el momento actual, es discutidísima, sobre todo en relación con su patogenia, pues tenemos opiniones tan autorizadas como Rist y Doubrow, que piensan que en la silicosis el elemento primitivo de la enfermedad es el bacilo de Koch, opinión también sostenido por Policard, y basada en numerosas investigaciones histológicas experimentales, pero impugnada por la mayoría de los autores.

La acción de la sílice parece también favorecer la implantación de la tuberculosis pulmonar, como lo demuestran experiencias varias, entre ellas la verificada con cobayas por Gardner, en la cual observó que las lesiones tuberculosas eran más extensas y voluminosas en aquellos animales que habían aspirado polvo de granito. Con estos enfermos, pues, son los que el dispensario debe tener una vigilancia extremada, dado que aunque en el momento no sean tuberculosis pulmonares, su predisposición es tan fácil a una implantación tuberculosa, que todas las precauciones son pocas. Son enfermos de relativa fácil confusión con la tuberculosis pulmonar, a veces, como indica en un buen estudio del problema Rapado Pozas, la diferenciación es de lo más difícil, pero en general si le hacemos una historia clínica detenida aunque nos refiera sus trastornos de tos, esputos hemáticos, dolores torácicos, trastornos gástricos, etc., siempre tendrán estos síntomas una manera de producirse especial, y, sobre todo, tendremos el dato importantísimo de su oficio, y si después vamos a la pantalla, no hay duda que de vez en cuando nos encontraremos con imágenes de difícil interpretación; pero corrientemente pocas veces tendremos una confusión si tenemos cierta experiencia en las imágenes de la neumoconiosis.

Los casos examinados en el dispensario fueron diagnosticados de antracosis (4 por 100), siendo en su mayoría fagoneros. Pero si seguimos la opinión de muchos autores, el diagnóstico es equivocado, pues según ellos,

la aspiración de carbón puro sólo colorea el pulmón sin producir fibrosis propiamente dicha. Mavrogordato, en una serie de trabajos publicados en estos últimos años, así como Böhme, que examinó pulmones de obreros que trabajaban en minas de carbón muy puro, encuentran pulmones muy negros pero sin reacción fibrosa. Edling hace la misma comprobación en los trabajadores de las minas de Höganis (Suecia). Knauff, Seltmann, Riebault, Trotter y Hamilton, insisten también sobre la ausencia de lesiones en las antracosis puras. Sin embargo creemos por nuestras observaciones, con Ubeda Sarachaga, que la fibrosis pulmonar no es exclusiva de la silicosis, y más bien hacemos nuestra la opinión de Arnold, siendo su división en antracosis simples y antracosis indurativa de lo más didáctica. A parte de la anterior discusión, no hay duda que las lesiones pulmonares que producen los polvos de carbón son distintas que las que producen otros, entre ellos los de la sílice, como lo demuestran entre otras las experiencias de Junghaus realizadas en cerdos, y nos lo confirman además el distinto aspecto radiográfico que presentan, pero que sean distintas no indica que no existan.

Un dato interesante a señalar es que en todas las estadísticas se demuestra que los procesos antracóticos, al contrario de los silicóticos, ofrecen una cierta resistencia a la implantación de la tuberculosis pulmonar. Wolff hace una clasificación entre los diversos polvos en relación con la tuberculosis pulmonar, y los de carbón opina que impiden su desarrollo. Así el diagnóstico falso de tuberculosis pulmonar con el que vinieron los pacientes tenía doble significación.

Aparte de las anteriores enfermedades, existieron otras que llegaron al dispensario con un diagnóstico de posible tuberculosis, pero ya en casos aislados. Así, por ejemplo, un muchacho de once años con una sintomatología desde hacía mes y medio de tos seca, anorexia, malas digestiones, pérdida de peso y febrícula, todo lo cual hacía pensar en un proceso tuberculoso, llevado a la pantalla no vimos ninguna sombra anormal, siendo los análisis del laboratorio los que nos dieron la orientación, pues el enfermo tenía una eosinofilia manifiesta que nos llevó de la mano a la causa de su padecimiento, que no era más que unos simples óxiuros. Confusión que no ha sido la primera, pues tenemos un caso publicado por Neiss, en el cual, por la pérdida de peso y por tener el enfermo un antiguo proceso apical cicatrizado, hizo pensar en la tuberculosis pulmonar, hasta que se pudo confirmar que todo era producido por parásitos intestinales.

Otros casos aislados que fueron examinados en el dispensario como sujetos tuberculosos, correspondían a muchachos de 17 a 19 años, que presentaban más bien síndromes de estigmatizadas vegetativas con trastornos circulatorios, debilidad general, pérdida de peso, sudores nocturnos, dolores en tórax, mareos, en fin, enfermos que, según la definición de Bauer, tienen una constitución distiroidea, enfermos difíciles de clasificar, pues a pesar de no encontrarles alteraciones radiológicamente y de laboratorio, nos encontraremos con las dudas de si son enfermos incluíbles en los llamados por

Neisser tuberculosoides, y admirablemente estudiados en España por Díez Fernández y González Vega.

Por último, citaremos el caso de un enfermo que viene desde hace siete años sufriendo un proceso calificado de tuberculosis pulmonar. Tiene 29 años, soltero, labrador, vive en Valladolid desde hace cuatro años, con antecedentes familiares sin importancia, los personales son: gripe a los 11 años, no sabe duración, y proceso agudo calificado de pleuresía hace siete años. Enfermedad actual: desde hace siete años que sufrió el proceso agudo calificado de pleuresía, el enfermo nota que pierde de peso. Al mes en pleno estado de salud tiene un esputo hemático, no hace caso continuando su vida ordinaria a pesar que de vez en cuando vuelve a tener un esputo manchado; dice no toser, pero al fin confiesa que tiene una ligera tos seca. Al año, encontrándose completamente normal, sufre una pequeña hemoptisis que le hace ponerse en guardia, e ingresa en un hospital, donde le diagnostican una pleuresía. Empeora, volviendo a su casa en vista de que cada vez se encuentra peor; allí mejora sin casi tratamiento, comenzando a hacer vida ordinaria, y de vez en cuando reposo relativo, y una medicación, que no especifica, en las temporadas que tiene esputos hemáticos con un complejo positivo. Estado actual: sufre desde hace siete días un proceso agudo catarral con ligera fiebre.

Exploración.—Leptosomático, de conformación normal, talla 1,60 m., 55,500 kilos de peso con un estado de nutrición regular, temperatura de $36 \frac{1}{4}$, piel normal, ganglios submaxilares pequeños blandos indolorosos, caries en los molares. Faringe normal. Tórax normal. Digestivo normal. Locomoción y nervioso normal. Circulatorio normal. Percusión normal. Auscultación normal salvo en la base derecha por detrás, en la cual se oye una respiración ruda y a la palpación unas vibraciones más menos.

Con estos datos vamos a la pantalla y hallamos todo el parenquima pulmonar normal salvo en la base derecha, en el cual se observa una elevación triangular en la parte media del hemidiafragma en posición anteroposterior, mandamos volver al enfermo y entonces se dibuja netamente encima del hemidiafragma una media luna muy limitada y de imagen clara; era tan típica la imagen, que pensamos nada más verla en la posibilidad de un quiste hidatídico; hicimos los correspondientes análisis y nos encontramos con unos esputos negativos, una velocidad de sedimentación de 3, un recuento leucocitario de 10.000 con una eosinofilia de 10 y un casoni fuertemente positivo, lo que hizo firme nuestra primera creencia.

Como vemos, es un enfermo que lleva arrastrando su supuesta tuberculosis pulmonar seis años con los trastornos consiguientes en su vida material y un estado de ansiedad moral intensa. No discutamos cuál de las dos enfermedades es más perniciosa en el caso actual; no hay duda que es mucho menos perjudicial el quiste, pues ninguna tuberculosis pulmonar por muy benigna que sea lleva una evolución tan lenta, sobre todo cuando el tratamiento se puede considerar casi nulo, pero no es ya su estado lesional, sino en el estado moral que se encuentra por mucho que le aseguramos que su lesión no es tuberculosa y que su vida no peligra.

La confusión que hemos señalado anteriormente entre el quiste hidatídico y la tuberculosis pulmonar, es de lo más frecuente, sobre todo si el médico no tiene los medios adecuados. Así podemos leer, como Navarro Blasco dice, que ningún médico sincero se confesará sin pecado de no haber confundido ciertas formas de tuberculosis pulmonar con un quiste hidatídico. Umbert Baccarant también opina que son fácilmente confundibles, dando como datos diferenciales que el equinococo da matidez relativa casi siempre en las bases; que en la zona mate, en vez del soplo bronquial, se ausculta silencio y alrededor finos estertores de la zona periquística inflamada.

Respecto al aspecto radiológico, se consideraba desde el año 1889, que Levy Dorn y Zodeck la describieron, la imagen quística como una sombra homogénea de contornos netos y redondeados en el cerrado, y una imagen hidroaérea en el abierto. Esta concepción ha variado por completo. Ya no se considera la citada imagen radiológica como específica del quiste, pues la imagen redondeada, limitada netamente, pueden presentarla afecciones de naturaleza muy diferente, según las opiniones de Beclere, Belot y Peuteuil entre otros. La nitidez del contorno se pone hoy en duda, sobre todo por los argentinos y los uruguayos, llegando alguno de ellos, como Escudero, a decir que cuando ve una imagen de contornos netos, rechaza el diagnóstico de quiste hidatídico, y según él aún no se equivocó. Esta manera de pensar de los sudamericanos, es favorecida como lo observó Sergent, porque allí, efectivamente, las imágenes quísticas en su mayoría tienen contornos flou, y el mismo Sergent piensa actualmente que en general los límites son un poco flou. Hoy también se niega el aspecto esférico del quiste, como recientemente lo hicieron en una comunicación León Kindberg y Lucien Brumt, todo lo cual nos indica que no se puede asegurar nunca por la sola visión radiológica que estamos delante de un quiste, y que tendremos que recurrir siempre al mayor número de datos para un diagnóstico certero.

En resumen; hemos expuesto de una manera concisa una relación de enfermos que asistieron al dispensario con un diagnóstico falso de tuberculosis pulmonar. Siendo los procesos con que se confundieron, en orden de frecuencia, los siguientes: Cardíacos, preferentemente estenosis e insuficiencias mitrales, bronquiectasias, neumoconiosis, algunos casos aislados de parásitos intestinales (oxiuros), quiste hidatídico, etc.

B I B L I O G R A F I A

MICHEL LEON KINDBERG y LUCIEN BRUMT.—Societe D'etudes Scientifiques. 8-2-1936.

J. BELOT y G. PEUTEUIL.—Press. Medicale. 25-4-1936.

M. A. FEIL.—Press. Medicale. 6-5-1936.

ARNOUL (E).—Press. Medicale, 12-1929.

POLICARD.—Press. Medicale. 10-32.

POLICARD.—Societe D'etudes de Tuberculose. 13-1-1934.

ALBERT GIRAUD.—Precis de Phtisiologie. 1933.

GARDNER.—Am. Rev. Tub. 1920.

FISHBERG.—Pulmonary Tuberculosis, 1932.

- POTTENGER.—Tuberculosis in the child and the Adult. 1934.
 J. EARLE ASH.—Jour. Am. Med. Assn. 1915.
 JEX BLAKE.—British Med. Jour. 1920.
 MCCRAE y FUNK.—Ibid. 1919.
 HOLLO.—Beitr. z. Klin. Tbk. 1929, 45.
 BOHME.—Zur Kenntnis der Röntgebildes der Laungenanthracose Fotsch. a. d. Röntgenstrahlen. Pd. XXIX. G. III, 301.
 W. NEUMANN.—Clínica de la tuberculosis pulmonar del adulto. 1934.
 SIMON y REDEKER.—Tuberculosis infantil. 1932.
 J. y F. KLEMPERER.—Tratado completo de la Clínica moderna, I y Tm. 1935.
 DIEZ FERNANDEZ.—La tuberculosis pulmonar. 1935.
 JIMENEZ DIAZ.—Lecciones de Patología médica. T. I. 1935.
 VERDES MONTENEGRO.—Tuberculosis pulmonar. 1929.
 RAPADO POZAS.—Medicina Ibera. 1-4-1933.
 DIEZ FERNANDEZ y NORBERTO G. DE VEGA.—Prog. de la Clinic., núm. 265, año 1934.
 EIZAGUIRE (E.).—Tuberculosis pulmonar. 1931.

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
V
E
L
E
Z

ZINCOL.—Específico de todas las enfermedades de la piel.

COMPOSICIÓN:	Ictiol.....	2 gs.
	Extracto Hamamelis....	250 >
	Borato sódico.....	0,25 >
	Oxido zinc.....	33 >
	Bálsamo del Perú.....	8 >
	Excipiente graso.....	100 >

CLORAMINOL.—Pomada antiséptica a la cloramina T, insustituible en toda clase de heridas.

COMPOSICIÓN:	Cloramina T....	1,50 gs.
	Excipiente apropiado....	98,50 cs.

PEPTOVEL.—Jarabe de efetonina, calcio y gomenol. *Anti-congestivo, expectorante y antiséptico.*

COMPOSICIÓN POR CUCHARADA DE 15 GRAMOS....	Calcio-Yon, en combinación orgánica.....	0,073 gs.
	Efetomina.....	0,010 >
	Gomenol.....	0,100 >
	Benzoato sódico.....	0,400 >
	Cloruro amónico.....	0,125 >
	Alcaloides estabilizados contenidos en la cantidad de ipecacuana.....	0,020 >
	Elixir pectoral aromático C. S., para completar....	15,000 >

GUAYACOROL.—Solución oleosa antitóxica, inyectable, niños y adultos.

COMPOSICIÓN:	Colesterina.....	0,4 gs.
	Gomenol.....	0,12 >
	Cacodilato de Guayacol. 0,2 >	
	Eucaliptol.....	0,3 >
	Alcanfor.....	0,10 >
	Éter sulfúrico.....	0,10 >
	Y aceite de olivas, lavado y esterilizado, hasta completar 1 c. c., en ampollas de 1 y 2 1/2 c. c.	

Muestras y literatura: JOSÉ VÉLEZ.-Oropesa (Toledo)

ELIXIR RECA

clorhidropéptico

Clorhídrico, pepsina, B O L D O ,
CONDURANGO, etc.

INDICACIONES

Anaclorhídria, Hipoclorhídria,
Aquilía gástrica, Litiasis biliar
con anaclorhídria, Convalecencias,
Anorexia, Diarreas crónicas, etc.

DOSIS

Una copita o cucharada al comienzo o final
de las comidas.

Niños, cucharaditas.

Sabor delicioso.

ORTHOMIL JIMÉNEZ

solución

Salicilato sódico purísimo
en asociación alcalina y
diurética.

DOS GRAMOS POR
CUCHARADA GRANDE

INDICACIONES

Reumatismo articular
agudo.

Perfecta tolerancia.

LABORATORIO CÁNTABRO - Apartado 222 - SANTANDER

CLÍNICA UNIVERSITARIA DEL PROF. MORALES APARICIO

Dos casos^a de equinocosis subcutánea

por A. ALLUÉ HORNA, profesor ayudante de Clases prácticas

La publicación de casos como los que motivan este artículo, es debida a que en Castilla la Vieja no se pueden leer estas comunicaciones en Sociedad científica alguna para conocimiento de los que a diario sentimos el afán de renovar conceptos, adquirir enseñanzas o divulgar modestas observaciones. Fuera de las sesiones privadas que se realizan en nuestra escuela de Medicina, no existen, activamente, reuniones de este tipo. Permítaseme, pues, esta nota clínica, con el ánimo de que ella sirva para conocimiento de todos y como exponente de nuestras actividades universitarias.

La localización de los quistes hidatídicos en el tejido celular subcutáneo no es frecuente, pues en diversas estadísticas por nosotros manejadas y de todos conocidas, como por ejemplo la de Ivanissevich, hecha en 1933 y que cuenta 464 quistes hidatídicos, de los cuales 10 tuvieron localización en tejidos celulares, ocupan un mayor número los quistes de hígado, los de pulmón, cerebro, músculos, etc., para ocupar uno de los lugares menos frecuentes, como hemos visto, la localización que estudiamos.

Es cierto que muchas veces (las más) se trata de resiembras «in situ» de quistes hidatídicos de otros órganos al ser intervenidos, es decir, casos análogos al que presenta el doctor Lozano de un enfermo con una siembra equinocócica de seis pequeños quistes en la cicatriz operatoria y partes vecinas del tejido céluo-grasoso; así ocurre en uno de nuestros casos, pero el otro se trata de un primitivo y al parecer único quiste de localización axilar, y que al ser intervenido se encuentra con la sorpresa de que se trata de un quiste hidatídico.

Se trata de la enferma A. N., de 25 años, casada, natural de Castilla, y que vive en el campo. Sus padres viven y están sanos, y de tres hermanos que eran, uno murió al parecer de invaginación intestinal. La anamnesis personal sólo relata una tifoidea a los diez años. En cuanto al proceso actual, que comenzó ocho meses antes del ingreso en la clínica, se inició notando una tumoración del tamaño de una nuez en región dorso-lumbar al nivel de los canales vertebrales, indolora y sin ningún síntoma propio de la inflamación; dicha tumoración no ha influido en nada sobre el estado general. Sin otra sintomatología, pero aumentando constantemente de tamaño, continúa la evolución hasta el ingreso en el hospital. Por entonces, objetivamente, y en la zona antedicha, se aprecia una tumoración del tamaño de la cabeza de un feto; a la palpación se aprecia sensación fluctuante del líquido a tensión; límites bien definidos e indoloros. Restos de aparatos y sistemas normales.

Se verifica una punción exploradora que da como resultado un líquido transparente e incoloro característico (agua de roca) en cantidad de diez centímetros cúbicos. A continuación, una reacción de Cassoni, da resultado positivo (+ + +).

Se intervino, y tras la marsupialización del quiste, el cual se encuentra en plena masa muscular, se extrae la germinal completa, estableciéndose un drenaje con tubo de goma que más tarde es sustituido por uno de gasa. Después de un mes de cura se da el alta.

En el mes de Septiembre de 1935 se presenta nuevamente en nuestra consulta, exhibiendo a la altura de la cicatriz una nueva tumoración, la cual es más pequeña y algo más difusa, pero de análoga evolución y sintomatología que la anterior. Se verifica una nueva reacción de Cassoni, que resulta ser positiva (+ +), y se decide intervenir nuevamente.

La cicatriz anterior es correcta, el plano subcutáneo corresponde a un tejido cicatricial lardáceo e inmediatamente debajo se encuentra la pared fuertemente engrosada de un quiste hidatídico, difícil de disecar, pero que se extirpa como un tumor maligno y se sutura la herida sin drenaje.

La evolución, ambas veces, es clara, y el diagnóstico fácil, pues dada la sintomatología, no se podía pensar en una oxifluencia póstica; sin embargo, una punción, inocua en todos los casos y proceder indicado en una oxifluencia sería la aclaración del diagnóstico, toda vez que aun siendo blanca dicha punción nos orientaría en un sentido tumoral.

Hemos de justificar la punción en el caso de un quiste hidatídico, pues no ofrecía serio peligro, ya que no se encontraba en ninguna cavidad, y el remoto peligro de una siembra o de una reacción anafiláctica serían fáciles de resolver. Por lo que respecta a la segunda tumoración, en la cicatriz anterior, era ya bastante lógico pensar en la siembra («in situ»), pero también, dada la mayor difusión en forma de la tumoración y su propagación más próxima a la columna vertebral, se podría pensar que se tratase de un verdadero absceso frío equinocócico, como a veces han registrado autores como Chaussier en 1807, y Ollivier d'Angere en 1824, los cuales entonces creían que la equinocosis raquídea era debida a propagación de quistes de las zonas vecinas. En aquella tesis de principio del siglo pasado se decía literalmente: «dos acefacolitos, nacidos de un quiste extra-óseo, penetraban en el raquis por el agujero de conjunción.» Y una cosa análoga decía en 1876 Bellencontre. Pero el doctor Dévé, en una comunicación a la Société de Biologie de París, afirma y documenta que la hidatidosis raquídea es primitiva, y los quistes peri-raquidianos son verdaderas oxifluencias hidatídicas. Por ello, cae por tierra la suposición de que en nuestro caso hubiera podido haber propagación alguna al raquis del primitivo quiste, y se trataba tan sólo de una siembra cicatricial.

Nuestro segundo enfermo, A. P., de 48 años, casado, natural de Medina del Campo y obrero agrícola. Sin ningún antecedente familiar de importancia y habiendo padecido viruela a los 12 años y a los 38 neumonía.

El proceso actual comenzó dos meses antes de presentarse en nuestro departamento, apreciando una tumoración del tamaño aproximado de un huevo de paloma, localizada en la región escápulo-axilar, ligeramente dolorosa al tacto y que no le causaba otras molestias. Esta tumoración fué creciendo de una manera progresiva, hasta alcanzar el tamaño de una naranja, aunque algo difuso e irregular, por lo que decide su ingreso en el hospital.

Observamos en él un buen estado de nutrición y piel y mucosas regularmente coloreadas. Por inspección se aprecia la tumoración antedicha sin cambio alguno de coloración de la piel; por palpación se nota una consistencia quística pseudo-fluctuante, con una sensación algo pastosa. Se decide incindir la tumoración, y nos encontramos con la sorpresa de ver fluir abundante cantidad de sero-pus, en el que sobrenada abundante número de vesículas hidatídicas. La germinal es imposible reconocerla, y se extraen tanto en la operación como en curas sucesivas trozos indudables de dicha membrana. Drenaje adecuado, que es mantenido durante quince días, y se practica en días alternos lavados con clorina «Hayen». Se va reduciendo la cavidad y terminando la supuración, para al cabo de 28 días ser dado de alta el enfermo sin ningún trastorno.

* * *

Ya decíamos en un trabajo sobre equinocosis, publicado en 1933, y al hablar de las nuevas teorías de localización del embrión hexacanto, que el día en que el número de localizaciones pulmonares se equilibra con el de localizaciones hepáticas del quiste hidatídico, se habría dado un fuerte golpe a la teoría que asigna el papel de filtro al hígado. Hoy, tan sólo después de algo más de dos años y sin necesidad de movernos de nuestra nación, encontramos estadísticas para todos los gustos. Tengo a la vista la conferencia del doctor Calvo Melendro, pronunciada a los internos de nuestra Facultad, y en ella expuso cómo en su estadística era ya superior el número de quistes hidatídicos de pulmón que los de hígado. Yo opino, sin por ello quitar fuerza a los hechos del citado autor, que quizá se va demasiado de prisa en el afán de echar por tierra la primitiva teoría. Parece natural que en una clínica internista se vean más casos de quiste de pulmón, porque el enfermo que se queja de tos, expectoración o hemoptisis acude a aquellos departamentos. Refuerza sus opiniones con las del doctor Olivares, que desde luego acepto; pero permítaseme decir que desde la publicación del artículo a que antes me refiero hasta hoy, se han registrado en nuestro departamento más de una veintena de quistes de diversas localizaciones, incluida la hepática, por ningún caso de localización pulmonar, aunque tengo noticia de que han existido en el departamento de Patología Médica, que es quien suele enviar al cirujano más casos varios, los cuales curaron por vómica.

No intento con estos datos, más que lo dicho antes, indicar que se va

muy de prisa a dar fuerza a la actual teoría de la localización selectiva del equinococo; sin embargo, lo mismo que decía por aquellos días en que comenzó a conocerse aquella teoría, soy partidario en todo de ella, no tanto así en lo que se refiere a la superficialidad de los quistes, y esta opinión puede ser leída en el artículo de referencia (1). Quizá no hayamos registrado en nuestro departamento casos en que el equinococo haya atravesado la barrera hepática para localizarse en pulmón, pero sin embargo ha aumentado la frecuencia de la localización en sitios que supone haber necesitado atravesar la doble barrera hepato-pulmonar.

Localizaciones óseas registramos tres; en próstata, una; en músculos, tres; en tejido celular, tres, y además un gran quiste abdominal que después de vaciado con el aspirador y al ser agrandado aquel orificio para marsupializar, nos encontramos con que es toda la cavidad abdominal la que pertenece al quiste, y se encuentra un esbozo de membrana hidatídica tapizando el peritoneo y enviando prolongaciones a las vísceras, como si toda la serosa fuese la membrana quística, y con un repliegue sesil que se fijaba profundamente en el mesenterio. Hubiéramos creído que era una ascitis cuyo líquido era hidatídico, pero nunca hubo fenómenos enafiláticos ni en la laparotomía apareció discontinua aquella membrana, que pudiera indicar depender de un quiste visceral roto en peritoneo. Estas notas de localizaciones diversas pertenecen a nuestra clínica y a algún otro caso registrado en otro departamento.

En nuestro segundo enfermo, y para terminar, la localización primitivamente subcutánea puede ser debida al arrastre por medio de la circulación general hasta aquel lugar del embrión hexacanto; a la vez puede tratarse de la penetración directa por la piel, como ocurre en otras parasitosis, y que hoy se admite como posible por diversos autores, entre los que destacan helmintólogos como Fulleborn. La infección secundaria del quiste es fácil de comprender, y de ahí la sintomatología que presentaba el enfermo.

(1) Equinococosis. «Revista Clínica Castellana», año 1933. L. García Cabello, A. Allué Horna.

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

(Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAIRO)

COMPOSICION: MALTÁ IRRADIADA con longitud de onda precisa - Exig de hígados frescos de ternero - Lodo naciente (metodo BLAUDIN y COURTOT) - FOSFORO - CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado

VITAMINAS A y D, más elementos sales asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco
PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAIRO

HEPATORRADIL

SANATORIO PSIQUIÁTRICO DE VARONES (Palencia)

DIRECTOR: DR. VELA DEL CAMPO

La malarización terapéutica por vía raquídea

por

MARIANO GÓRRIZ y PEDRO MARTÍNEZ

Exdirector

Jefe de Sección

A partir de la comunicación de Ottorino Rossi, publicada en 1932, en la que da cuenta de la posibilidad de realizar inoculaciones de malaria experimental por inyección endorraquídea de sangre con parásitos, esta técnica fué utilizada por varios autores de la escuela italiana. A ello contribuyó las experiencias de Mariotti, Sciuti y Ascione sobre el pretendido ultravirus palúdico, casi simultáneos al trabajo de Rossi.

La comprobación del virus palúdico desvió la atención de los investigadores sobre el trabajo de Rossi, en el que casi se limita a dar cuenta de la posibilidad de la inoculación de la malaria por inyección intrarraquídea. Poco después, Andrea Mari, aporta su experiencia en 9 casos. Más tarde Mariotti y Sciuti, en un nuevo trabajo sobre la inoculación con el llamado ultravirus, afirman que sería posible, mediante la inoculación seriada endorraquídea obtener una cepa neurotrópa, cuyas propiedades treponemícidas serían mayores.

La técnica de la malarioterapia intrarraquídea plantea algunos problemas clínicos y parasitológicos todavía no enteramente resueltos. Nos referimos exclusivamente a la inoculación de sangre parasitada y paranada al ultravirus de Mariotti y Ascione. Por un lado, nos encontramos con las características clínicas de la infección; de otro, aspectos de fisiología y fisiopatología de liquor y cuestiones parasitológicas referentes a las modificaciones morfológicas del plasmodium vivax durante su permanencia en las cavidades subaracnoideas.

Aquí sólo examinaremos el aspecto clínico de la malarización raquídea, dando cuenta de algunas experiencias que hemos realizado encaminadas a aclarar ciertos puntos dudosos. Las consideraciones sobre la morfología de parásito y la reacción celular originada en el líquido, las reservamos para comunicarlas en otro lugar.

Hemos tratado 42 enfermos, cuyos diagnósticos son: parálisis general progresiva, 20; esquizofrenias, 11; oligofrenias, 6; psicosis maniaco-depresiva, 1. En 37 enfermos, la inoculación ha sido realizada mediante punción lumbar, siguiendo las precauciones recomendadas por Rossi para eliminar en lo posible la introducción por otra vía. Para ello se extraen previamente unos cuantos c. c. de liquor, que se recogen asépticamente, se inyecta la sangre infectante (0,5 c. c.) y se reinyecta después el líquido, sacando rápi-

damente el trocar y manteniendo al enfermo algún tiempo en decúbito prono. La semilla utilizada fué un plasmodium vivax, bien estudiado parasitológicamente y empleado en nuestra experiencia.

La inyección intrarraquídea de sangre provoca en el 24,5 por 100 de nuestros enfermos una reacción meníngea discreta, que alcanza una elevación febril de 38 a 38,5 C a las 10 o 12 horas, y que desaparece al tercer día, reacción independiente de la dosis de sangre inyectada y de la psicosis.

Para extremar el rigor de la vía de inoculación, evitando la fistulización de la raquicentesis, que hace poco eficaces las precauciones recomendadas por Ross, hemos empleado también la vía cisternal, modificando al propio tiempo la técnica original. En lugar de utilizar sangre total, empleamos hematíes maláricas, cuidadosamente lavados con suero fisiológico para eliminar el plasma y concentrados, de tal manera que basten 2 décimas de c. c. para obtener inoculaciones positivas. Los resultados de esta técnica no han podido ser más satisfactorios, pues todos los casos mostraron una inoculación positiva, con la ventaja de no provocar el menor síndrome meníngeo reaccional.

El período de incubación es variable. El más breve ha sido de 5 días en un paralítico, y el más largo de 19 en una esquizofrenia en estado final. En el siguiente cuadro puede estudiarse los diversos períodos de incubación:

DÍAS DE INCUBACIÓN	DIAGNÓSTICOS			
	ESQUIZOFRENIA	P. G. P.	OLIGOFRENIA	PSI. MAN-DEP
De 1 a 4	0	0	0	0
De 5 a 9	3	17	2	0
De 10 a 14	8	2	2	1
De 15 a 19	1	0	0	0
Negativos	0	1	3	0

De su examen vemos que 7 de nuestros casos se han mostrado refractarios a la inoculación, o sea un 16,6 por 100. De ellos 6 eran malarizados por primera vez y uno por segunda. En la esquizofrenia y oligofrenia es donde más frecuente se han mostrado las inoculaciones negativas. Dos enfermos anteriormente malarizados por vía venosa se han infectado por vía raquídea. No hemos tenido ocasión de comprobar la posibilidad de lograr una inoculación raquídea positiva en algún caso en que hubiera fracasado por las vías subcutánea, intramuscular o intravenosa. No se ha encontrado ninguna relación entre los grupos sanguíneos del donante y receptor y el período de incubación. El porcentaje de fracasos es aproximadamente igual al obtenido simultáneamente con la inoculación por las vías habituales y con la misma cepa.

Un hecho interesante de nuestra experiencia es el referente al tiempo de incubación. En tanto, Andrea Mari en sus 4 casos de parálisis y 5 de esquizofrenia, halla un tiempo de incubación mucho más largo en los parálisis que en los esquizofrénicos (aproximadamente el doble); basta examinar el cuadro antes expuesto, para conocer que en nuestro material ha sucedido precisamente lo contrario. El máximo de incubaciones breves lo encontramos justamente en la parálisis general (17 casos entre los 5 y 9 días), en tanto que en la esquizofrenia este máximo (8 casos) está entre los 10 a 14 días de incubación.

Estas diferencias, que al igual de las encontradas cuando se utilizan otras vías, dependen de diversos factores, no bien especificados todavía (número de parásitos, pretendidos fenómenos inmunitarios, etc.), están indudablemente condicionados—cuando de la inoculación endorraquídea se trata—a las condiciones anatómicas de la barrera hematoencefálica. Es indudable que una barrera lesionada permitirá más fácilmente el paso de los parásitos a través de ella. Así se demuestra sin duda alguna, en nuestro material. Andrea Mari explicaba el hecho paradójico de un tiempo de incubación mayor en los casos de barrera indemne, suponiendo que la reacción inflamatoria provocada por la inyección endorraquídea de sangre sería más intensa en los sujetos con barrera sin lesión anatómica y con un cociente de permeabilidad normal (esquizofrenia), que en aquellos otros en los que fenómenos inflamatorios provocan una disminución marcada de la misma (parálisis general), como consecuencia del proceso meningoencefálico difuso. La intervención de fenómenos de orden inmunitario que coadyuvasen a establecer estas diferencias, y que Mari analiza con escepticismo, deben rotundamente rechazarse.

Con el fin de comprobar de un modo experimental la modificación que produce en la barrera hematoencefálica la inyección intrarraquídea de sangre y decidir con ello si era posible mantener la hipótesis de Andrea Mari, a pesar de nuestra experiencia contraria a ella, hemos realizado determinaciones del cociente de permeabilidad, utilizando el método de Walter, en en-

CESARKIN

PRECIO: 6 PESETAS

Tónico en forma granulada de aspecto y sabor grato; compuesto de arsénico, fósforo, calcio, estricnina, quina y vitaminas

MUESTRAS Y LITERATURA:

A. MARTÍN MATEO

Santiago, n.º 41 - VALLADOLID

fermos afectos de parálisis general y de esquizofrenia. Aunque todavía no podemos establecer conclusiones definitivas, sí puede decirse de un modo rotundo que la inyección intrarraquídea de sangre, parasitada o no, produce una disminución considerable del cociente de permeabilidad, que desciende a cifras de 1,7 a 2,1, del mismo modo en sujetos de permeabilidad inicial alta o normal (esquizofrénicos), que en aquellos en los que el cociente era primitivamente bajo. La inyección de sangre total produce, al parecer, un descenso mayor que la de hematíes lavados.

Estas experiencias nos confirman la alteración constante e intensa de la barrera hematoencefálica por la inoculación intrarraquídea y su aparente intervención en el tiempo de incubación, aunque no pueda establecerse un estrecho paralelismo entre ambas. Pero son concluyentes en cambio para rechazar totalmente la hipótesis de Andrea Mari, mostrando al mismo tiempo la ventaja que significa utilizar los hematíes lavados y la vía intracisternal, por disminuir la reacción meníngea provocada.

Los caracteres clínicos del paludismo terapéutico conferido por vía raquídea no difieren de los que muestra por inoculación venosa o subcutánea. La curva febril obtenida no ha discrepado ni en ciclo ni en intensidad de la conseguida en otros enfermos malarizados con igual cepa y por otras vías. No hemos observado accidentes durante la fiebre ni tampoco hemos tenido complicaciones hepatorenales, de intestino o de bazo.

La sensibilidad de la infección a la quinina no ha mostrado tampoco diferencias. Puede realizarse el método de la infección atenuada, y en un caso en que desapareció la fiebre a la primera dosis refracta de quinina, fué posible su reanudación utilizando la adrenalina.

La inoculación intrarraquídea de paludismo tiene un valor teórico-práctico, al demostrar la posibilidad (siguiendo una técnica rigurosa) del paso de un parásito a través de la barrera hematoencefálica hasta la sangre circulante. Mas la originalidad de la técnica y la novedad de los problemas anatómicos y fisiopatológicos que plantea es muy limitada, si pensamos que hace 35 años Spina describió el paso a la sangre periférica de micetos de levadura inyectados en los espacios subaracnoideos lumbares, y que Bieling y Weichbrodt, hace más de dos lustros, comprobaron el paso de gérmenes patógenos del aire inyectados a un paralítico por la misma vía. Carecen de todo valor las objeciones que Rossi ha hecho a estas experiencias, imputándolas el defecto de provocar alteraciones mecánicas en la barrera hematoencefálica, por el considerable aumento de presión del líquido provocado por la inyección, en las experiencias de Spina, y la facilidad de errores originados por la difusión extraordinaria de los gérmenes del aire, en las de Bieling y Weichbrodt. Inocular por vía endorraquídea sin producir modificaciones de la barrera hematoencefálica, es un problema técnico de difícil solución, y como anteriormente hemos visto en nuestras experiencias, no es precisamente lo que sucede siguiendo la técnica de Rossi, ni aun siquie-

ra modificándola con el empleo de la vía cisternal y los hemates lavados, como hemos realizado nosotros.

El valor clínico del método tendría su origen en la suposición de algunos autores de ser posible obtener mediante la inoculación raquídea en serie un virus o semilla malárica, como quieren Mariotti y Sciuti, de propiedades eminentemente neurotropas, y con ello aumentar sus virtudes treponemicidas. La confirmación de tal aserto sólo puede realizarse de una manera clínica. Teóricamente no creemos que pueda sostenerse la idea de la obtención de una cepa malárica eminentemente neurotrópa, puesto que basta pensar que ni la inoculación raquídea, ni la cerebral, ensayada y calurosamente recomendada por Dugosté, consiguen otra cosa que la penetración del parásito en los capilares y su paso a la sangre circulante, en lugares del sistema nervioso central, distintos a los del tejido celular subcutáneo o muscular, pero en modo alguno cabe lógicamente suponer en una modificación vital del plasmodium por colonización en el tejido nervioso. Los mismos Mariotti y Sciuti hablan de la conveniencia de reavivar la cepa cambiando frecuentemente la vía de inoculación, lo que sin duda modificaría su pretendido neurotropismo. Tampoco Pisani y Sinis Calchi aducen argumentos convincentes para aceptar el neurotropismo.

Tan sólo los resultados clínicos podrían resolver esta cuestión. Esto es

TIROIDES

LEO



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

Actividad terapéutica siempre constante.

N.º 1 equivale a 0,1 mg. de tiroxina
 N.º 2 — 0,2 — —
 N.º 3 — 0,4 — —

Conservación indefinida.



COMERCIAL IBERO DANESA, S. A.

Sarriá, 7 LABORATORIO «LEOBYL» Barcelona. (Sarriá)

lo que Dugosté hace al mostrar entusiásticamente los excelentes resultados obtenidos en su material. Pero el método clínico tampoco puede resolver el problema.

Los resultados obtenidos en nuestro material no discrepan «grosso modo» de los logrados con la técnica habitual de la malarización terapéutica. No hacemos su exposición por juzgar, en primer término, escaso nuestro material y además por creer que el método estadístico apenas si es útil para deducir la eficacia comparativa de dos terapéuticas, en tanto el material clínico utilizado no se estudie con criterio diferente del sustentado actualmente.

En efecto, en los primeros tiempos era precisa la exposición meramente estadística de los resultados de la malarioterapia, pero actualmente esto carece de todo valor. Hay que lograr la superación del primitivo empirismo y rechazar la simple calificación clínica del estadio de la enfermedad, cuando se refiere a la parálisis general, determinando rigurosamente, en la medida que los métodos actuales de exploración lo permiten, la fase anatomopatológica del proceso paralítico, pero además determinar asimismo los factores biológicos y constitucionales de cada caso, cuya influencia en la constelación pronóstica es indudable. Tan sólo entonces, con un material clínico y biológicamente unitario, tendrá un verdadero valor el análisis estadístico y el método clínico en el examen de la eficacia de las diversas terapéuticas en la parálisis.

Si la teoría del neurotropismo de la semilla malárica es difícilmente aceptable, y las características clínicas del paludismo raquídeo no difieren de la malaria provocada por inoculación siguiendo las vías habituales, no encontramos en realidad ninguna ventaja en utilizar la técnica de la malarioterapia raquídea que, por otro lado, somete a los enfermos al riesgo de una infección meníngea por un descuido de asepsia durante la inoculación.

BIBLIOGRAFIA

- ASCIONE y MARIOTTI.—Atti R. Acc. Scienze Med. Chir. di Napoli. Año 86. 1932, y Riv. di Mal. XI, fasc. 4, 1932.
- BIELING y WEICHBRODT.—Arch. f. Psych, 65, 1922.
- BIELING y WEICHBRODT.—Deutsch. mediz. Woch., 1925.
- DÚCOSTE.—Bull. Ac. de Med. 12-IV-1932.
- MARI.—Riv. Pat. Ner. Ment., vol. XL, 1932.
- MARIOTTI y SCIUTI.—Ospedale Psichiatrico, vol. I, 1933.
- PISANI y SINIS CALCHI.—Ospedale Psichiatrico, vol. I, 1933.
- ROSSI.—Riv. Pat. Ner. Ment. 39, 1932.
- SPINA.—Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol, 33, 1901.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander

VACUNAS LETI

VACUNAS PER-OS LETI

Vacunas en forma líquida que se administran por vía gástrica.

ANTITÍFICA PREVENTIVA
ANTIMALTENSE

LISINAS LETI

Vacunas que se administran por vía gástrica, compuestas de gérmenes, antiviruses y bacteriófagos.

EBERTLISINA
COLILISINA
ESTAFILOLISINA

NEOVACUNAS LETI

Vacunas conservadas en polvo que se administran por vía hipodérmica.

ANTICATARRAL
(curativa y preventiva)
ANTIGONOCOCCICA
ANTIPIOGENA
ANTIRREUMÁTICA
ANTICOQUELUCHOSA
ANTITÍFICA PREVENTIVA

Laboratorio Experimental de Terapéutica Inmunógena

Director: Dr. PEDRO DOMINGO

Agencia en Valladolid: JOSÉ MARÍA REVUELTO - Apartado de Correos 41

PETEÍNA *Schering*

Vacuna desintoxicada para el tratamiento específico de la tos ferina

Curación por 4 inyecciones aplicadas en una semana

El tratamiento específico eficaz de la tos ferina es sólo posible mediante el empleo de una vacuna altamente concentrada. Condición indispensable para ello es que se separen del cuerpo bacilar las sustancias tóxicas (endotoxinas). Esta vacuna se ha logrado por primera vez en la Peteína, que contiene 50.000 millones de bacilos pertussis (Bordet-Gengou), cantidad que no había sido nunca alcanzada, sin que las inyecciones produzcan reacciones locales o generales.

Productos Químicos Schering S. A. Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona.



ENVASE ORIGINAL:

Frasquito de 2½ c. c.
(50.000 millones de gérmenes Bordet-Gengou) suficiente para las 4 inyecciones que comprenden una cura.

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA

TONICO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

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

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

Forensías de trabajo ^(*)

por los doctores

LEOPOLDO LÓPEZ GÓMEZ y VICENTE DE ANDRÉS BUENO

I

El peritaje médico en las cuestiones derivadas de la aplicación de las leyes de accidentes del trabajo, ofrece una modalidad especial que debemos atender muy particularmente, teniendo en cuenta los intereses que se ventilan en estas cuestiones: de una parte, los derechos del obrero, que hemos de amparar dentro de la medida justa, de otra, los patronales o de las Compañías o Mutualidades a cuyo cargo corra el riesgo, intereses estos de particulares o entidades responsables derivados de la obligación legal que tienen de reparar el daño sufrido por el obrero, como responsables que son del riesgo que la ley señala.

Hemos dicho que estos peritajes ofrecen una modalidad especial, porque es en la medicina legal de los accidentes del trabajo donde se da con mayor frecuencia el caso de que los peritos médicos no pueden la mayoría de las veces presentar como garantía de su pericia otra cosa que el título profesional de médicos; examinad otras intervenciones médicas ante los Tribunales de Justicia y veréis cómo las acusaciones o las defensas buscan para los peritajes, a médicos legistas, a médicos forenses, a cirujanos cuando es un asunto de Cirugía el que ha de debatirse, a tocólogos o ginecólogos si la causa o pleito guarda relación con aquellas especialidades, a psiquiatras cuando se pretende demostrar la inculpabilidad del acusado, y otros casos que podríamos citar y que están en la mente de todos.

Pero, en las materias de Medicina del trabajo, ¿qué sucede? Pues que se cree a todo médico capacitado para valorar una incapacidad, para establecer o negar la existencia de un accidente, para definir la responsabilidad patronal en casos de dudosa resolución; si la cuestión quedase reducida a esto, no tendría gran transcendencia, pero sucede que se dan en gran número los médicos que faltándoles mucho para ser expertos, careciendo de la pericia necesaria, aceptan y se comprometen a acudir ante el Tribunal, o, lo más frecuente, expresan en un informe o certificado ya afirmaciones categóricas o bien insinuaciones o probabilidades que, sin base para una resolución clara y firme, dejan en la duda que ha de inclinar al sentenciador del iado a que le decidan otros datos con que pueda contar.

Por tal modo de proceder, vemos cómo en algunos juicios ante los Tribunales industriales, en los que haya peritajes médicos por las dos partes,

(*) III Ponencia oficial a la II Asamblea de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo. Valencia, Enero 1936.

defienden los peritos a veces criterios diametralmente opuestos, con lo que nada gana el prestigio de la clase y se desacredita el valor de la prueba pericial.

Vamos con esta ponencia a procurar resolver el actual estado de cosas y ver de conseguir que no sucedan, exponiendo previamente el estado actual de la cuestión.

II

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

Muy a pesar nuestro, puesto que de compañeros se trata, tendremos muchas veces que dejar de plantear el asunto objetivamente y apuntar de modo directo a las causas, señalando los orígenes del mal, y sus consecuencias, a las cuales antes hemos aludido.

El procedimiento de selección de la persona para el cargo de médico de una empresa, Mutuality o Compañía aseguradora, o simplemente la designación ocasional para un peritaje, así como también la aceptación del elegido, constituyen las causas principales de lo que, suavemente, podremos llamar irregularidades en los peritajes médicos por cuestiones del trabajo.

La costumbre tan arraigada de que el director, inspector, agente o representante de una Compañía de seguros de accidentes designe a cualquier médico sin otro título que el profesional ni otros méritos que una amistad entrañable o una eficacísima recomendación, así como la exigencia impuesta por algunos patronos que al serles ofrecido el seguro de accidentes ponen como condición para firmar la póliza, el nombramiento de su médico de cabecera o de un facultativo de su amistad y confianza para médico de la Compañía aseguradora, nos han llevado, en unión de otras causas, al actual estado de cosas.

Pero si es censurable la actitud de quienes hagan la designación de incompetentes, no lo es menos la de los interesados, los que aceptan el nombramiento y se comprometen a desempeñar una plaza para la cual no están suficientemente preparados y en cuya actuación desde el punto de vista médico legal, han de tener muchos tropiezos, seguramente más que en el orden clínico, en el que podrán estar a cubierto de ruidosos fracasos, por la facilidad con que se ordena y consigue, bien el ingreso del herido en un hospital o clínica particular o bien el tratamiento operatorio necesario, por persona competente al servicio de la misma empresa.

A los médicos faltos de condiciones para intervenir en las cuestiones médico-legales de la Medicina del Trabajo, podemos dividirles en dos grandes grupos: el de los incompetentes y el de los que se prestan a defender reclamaciones abusivas o faltas de toda lógica y razón.

El grupo de incompetentes, el más numeroso, lo forman todos aquellos que, por ejemplo, faltos de base de conocimientos para calificar o valorar una incapacidad, tienen que asesorarse de un compañero; los que inter-

pretan la legislación en forma pintoresca, lo mismo para beneficiar al patrono que al obrero; quienes cuando son requeridos para informar ante un Tribunal industrial, se dejan sugestionar fácilmente por la parte que los propone; aquellos que admiten como accidente del trabajo, y extienden el certificado de baja, casos de forúnculos en los dedos, adenitis inguinales, artritis tuberculosas en evolución, orquitis fímicas ya declaradas—y muchos más que podríamos citar—por creer de buena fe que la enfermedad que presenta el obrero es debida al traumatismo que dice haber sufrido.

El segundo grupo, afortunadamente no es tan numeroso, pero perjudica más la ética profesional. Lo constituyen los que podríamos llamar, permítasenos la frase, vividores o profesionales del fraude, muchas veces más ignorantes que los del grupo anterior. Son aquellos que a sabiendas de que defienden una causa injusta, inventan enfermedades que no existen, cultivan el accidente, fomentan la simulación y demuestran si han de contender en los juicios con compañeros bien preparados, su completa ignorancia o su reprochable mala fe.

Todavía hemos de hacer mención de otros peritos ocasionales que siendo muy buenos cirujanos o excelentes especialistas, actúan alguna vez para asentir a la pretensión de un obrero o para negar a éste el derecho a ser indemnizado, y valiéndose de lo que puede pesar su nombre y su prestigio, pretenden demostrar—y a veces lo consiguen—incapacidades inexistentes o estados de normalidad para el trabajo que no deben ser admitidos. Pensamos que en tales casos debe influir la costumbre en la interpretación de lo legislado y también la facilidad que algunos tienen en dejarse sugestionar.

III

LA PRUEBA PERICIAL MEDICA EN GENERAL

Los conocimientos teóricos y la experiencia en la clínica son las bases fundamentales en las que ha de apoyarse el perito que quiera cumplir en conciencia su deber. El desconocimiento de estos factores acarrea en ocasiones situaciones tan poco airosas para el facultativo cual es, el ser enga-

HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO

CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

ñado por un simulador, papel tanto más triste cuanto mayor sea el crédito concedido a los mentidos datos anamnésicos y falsos síntomas subjetivos. Nuestro pundonor profesional y orgullo científico deben evitar situaciones de este género, exigiendo que se eleve la cultura científica del médico que actúa ante los Tribunales industriales, para que en todo momento se esté a salvo de un fraude clínico de esta índole. La elevación del nivel pericial en este sentido sería por sí misma medida profiláctica contra la simulación.

Es irrisorio que el más eminente de los médicos legistas pueda en ocasiones convencer menos a los jueces, con un luminoso, imparcial y meditado informe, fruto de ímproba labor de meses pasados en la observación, en que considere todas las circunstancias, exponga sus dudas y base a conciencia sus conclusiones, que un médico menos competente que apenas ha visto al enfermo y pertrechado de muy livianos conocimientos, cuyo informe, aunque completamente erróneo si se le considera científicamente, está redactado sin embargo con gran aplomo y desenfado, en un estilo campanudo pleno de convicción, que basta para neutralizar la austeridad científica del sabio informe del primero.

Los abogados y jueces han ignorado siempre las interioridades de nuestra profesión, y sin reparar en la enseñanza, ni en las categorías de los facultativos les ha bastado saber que tal señor está en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía, para creerle apto y conducente a su fin y le han llamado, y, lo que es peor, han fallado una sentencia de absolución o de condena, fundados tal vez en un cúmulo de errores por no decir de absurdos. Este ponerse en contacto los Tribunales con los menos instruidos médicolegalmente de la profesión, facilita el que se forme de ella un juicio desfavorable.

Estos y otros males que no señalamos son consecuencias forzosas de no haber un ramo de médicos especializados y exclusivamente destinados a resolver los problemas propuestos por los Tribunales industriales. Mientras este ramo no se organice, serán todos los esfuerzos estériles; la Administración de justicia se resentirá profundamente de esta falta y el Gobierno dejará de sentir las bendiciones de las familias a quienes pueda afectar la organización actual, si es que organización puede llamarse. Y contra este estado de cosas se levanta hoy nuestra voz en esta Asamblea, en súplica de que en lo sucesivo la peritación médica en todos sus aspectos y muy particularmente en la Medicina del trabajo, ofrezca todas las garantías que dentro de lo científico y de lo humano hoy se pueden ofrecer.

El médico tiene una actuación pericial en un todo análogo a la del testigo. Testifica *hechos científicos y técnicos*, sus consecuencias y las relaciones que encuentra entre éstas y aquéllos. Su fuerza probatoria se basa como para el testigo en la doble suposición de que no se equivoca ni quiere engañar, y el conocimiento del juez es libre en presencia de ambos, por cuanto ésta, como todas las pruebas, sólo se impone a la conciencia del

juez cuando crean en ella el íntimo convencimiento de la verdad. El término *hecho científico* sirve para designar la verdad perteneciente a las ciencias experimentales, resultante de la inducción sobre hechos particulares. Hechos *técnicos* son aquellos concretos que precisan de una preparación especial para ser percibidos.

En líneas generales puede afirmarse que los criterios de capacidad intelectual y moral tienen importancia en todo testimonio, pero el primero importa en el perito más que en el testigo común, porque a éste le basta un sentido y una inteligencia corrientes, mientras que el perito inspirará tanta más confianza cuanto mayor sea su conciencia y su talento.

El testimonio pericial hay que considerarlo también en relación con otros del mismo u otros peritos. Su concordancia aumenta la fe y su contradicción la disminuye. Si la contradicción es con un dictamen anterior no estando justificada, disminuye la fe, pero en otro caso un cambio de opinión más revela celo concienzudo que voluntad de engañar. Si la contradicción es con otro perito al referirse a hechos perceptibles por todos, inspirará la desconfianza de un testimonio común en circunstancias análogas; si se trata de hechos técnicos inspirará más fe quien haya procedido con más medios y más método, y si se trata de interpretaciones científicas pesarán las razones alegadas y el valor científico de cada una.

IV

EL VALOR DE LOS PERITAJES MEDICOS EN CUESTIONES DEL TRABAJO

El peritaje médico por reclamaciones que tienen su origen en la aplicación de la ley de accidentes del trabajo, es de interés extraordinario, y, si bien su valor no es absoluto, puesto que quien ha de decir la última palabra será el Tribunal sentenciador, debe reconocerse que sólo el médico perito, el experto en cuestiones del trabajo, es quien está capacitado para valorar una incapacidad, encontrar la justificación de una baja por accidente, descubrir la simulación o denegar el derecho a la reparación cuando se trate de una enfermedad no producida por accidente del trabajo.

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

Los peritajes médicos ante los Tribunales Industriales—próximos a ser sustituidos—o ante el Juzgado, suelen ser motivados por reclamaciones de los obreros, bien porque no se crean curados y se nieguen a firmar el alta que les presenta el médico, bien porque piensen que les queda una incapacidad permanente, o en mayor grado que la apreciada por el facultativo, o bien porque deseen que se les reconozca como consecuencia del trabajo una enfermedad que padezcan.

Las de mayor importancia, y también de mayor dificultad muchas veces, son las intervenciones periciales por valoración de los trastornos permanentes: la calificación de las incapacidades que conceden derecho a renta.

Si la ley española tuviera como base de reparación la invalidez física, sería muy sencillo aplicar el coeficiente preciso tomando las cifras correspondientes de uno de los baremos conocidos; pero la ley española establece para la reparación la inutilidad profesional teniendo en cuenta la capacidad de ganancia del obrero, como puede deducirse fácilmente del concepto y detalle expresados en los artículos 13, 14 y 15 del Reglamento, para las incapacidades parcial, total y absoluta, y en uno de los párrafos del 27 cuando dice: «En caso de incapacidad para la profesión habitual, si el obrero llegare a percibir salario que, sumado a la renta, sea igual o mayor que el que cobraba al ocurrir el accidente, cesará en el percibo de la diferencia, recuperando esta parte de la renta si dejare de percibir tal cuantía de salario.»

Por lo tanto, para señalar la existencia de una incapacidad, es necesario establecer la relación entre la enfermedad, defecto o deformidad que queden con carácter de permanencia—por no ser posible la mejoría o modificación favorable—con la profesión que ejercía el obrero en el momento de ocurrirle el accidente, a los efectos de la posibilidad de un rendimiento en su trabajo—normal o disminuído—que le permita ganar el mismo jornal, o que le impida percibir el salario que tenía asignado por ser aquel rendimiento nulo o disminuído en grado diverso. ¿Y quién mejor que el médico perito podrá ilustrar al Juez o Tribunal? ¿En qué podrán basarse éstos para dictar su fallo sino en el juicio que el caso merezca al médico experto?

El perito médico especializado en cuestiones del trabajo, será quien mejor podrá descubrir la simulación o exageración de trastornos que impidan o dificulten el trabajo, cuando existan; viendo, en ciertos casos, las posibilidades de mejoría en la capacidad productiva del obrero, por readaptación funcional o reeducación profesional, señalará la oportunidad del alta o continuación del tratamiento; y, finalmente, el médico perito del trabajo habrá de ser quien pueda conocer y emitir un juicio cierto, sobre la posible utilización del obrero portador de una lesión permanente, teniendo en cuenta, por un lado, las posibilidades funcionales del organismo de aquél, y, por otro, las que sean necesarias para el desarrollo de la labor con un rendimiento normal.

Por lo tanto, el peritaje médico en cuestiones del trabajo ha de tener un gran valor si se lleva a cabo por personas expertas; será una garantía para

los juzgadores que los informes médicos que escuchen tengan una base justa, científica y desapasionada, no con el criterio absurdo, ilógico y anticientífico de los de algunos peritos ocasionales o improvisados, o de los que mercantilizan el título profesional y se avienen a defender lo que se les propone aunque sea contra toda razón y justicia.

No hemos de terminar este apartado sin salir al paso de la interpretación que puede darse, y se ha dado, a la apreciación que el Tribunal Supremo ha hecho, en algunas sentencias, del valor de la prueba pericial médica en la calificación de incapacidades. Dice, por ejemplo, el más alto Tribunal de la Nación: La apreciación de la clase de incapacidad es «cuestión jurídica que sale fuera de la órbita del informe pericial». (Sentencia de 8 de Octubre de 1931). «En ningún concepto pueden estimarse los dictámenes facultativos como constitutivos de una declaración específica de la clase de incapacidad resultante.» (Sentencia de 19 de Diciembre de 1932). «El dictamen pericial médico es sólo un elemento de información técnica.» (Sentencia de 25 de Marzo de 1933). Conformes en un todo con el contenido de estas sentencias, y otras muchas que podríamos citar, puesto que éste es el espíritu y la letra de las leyes y códigos para todas las pruebas periciales, pero, lo que no podemos admitir es que se diga: «La calificación de incapacidad no es función médica, sino jurídica.» «Es un grave error creer que la función asesora del facultativo se extiende a calificar la incapacidad a los efectos legales, determinando si es parcial o total», «...el médico ha venido actuando con extralimitación de sus propias funciones.» «El error, muy extendido en España, de atribuir al médico competencia para calificar la clase de incapacidad...» (García Ormaechea. «La incapacidad permanente por accidente del trabajo» y «Jurisprudencia sobre accidentes del trabajo»).

Pero, ¿es que hemos de esperar al dar el alta a un obrero, con incapacidad, a que ésta la determine el juez aunque el interesado esté conforme?, ¿es que no dispone otra cosa la legislación?, ¿no supone todo esto un desconocimiento palmario de la técnica usual y corriente en los casos normales?

En cuanto a la competencia de los médicos, sólo hemos de decir que si repasamos la literatura sobre cuestiones del trabajo que se relacionan con la Medicina, más concretamente, con las incapacidades, encontraremos nombres como Liniger, Zollinger, Ciampolini, Oller, Imbert y muchos más que podríamos citar, pero, ¡qué pocos Adriens Sachet hallaríamos en nuestra búsqueda!

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VAGOTONIL

Extracto de BELLADONA; LUMINAL. (En grageas de 4 a 12 diarias).

Extracto OVARICO total. (TIPO); Extracto de VALERIANA;

DEL DOCTOR GRAÑO

V

PERITOS TITULADOS

Necesidad de título para actuaciones periciales.—Un diploma o título acreditativo de conocimientos de Medicina del Trabajo, debiera ser indispensable para poder optar a todos los cargos en cuyo desempeño fueran necesarios conocimientos sobre la clínica y la Medicina Legal de los accidentes y las enfermedades profesionales; tal título podría ser el de Médico del trabajo, establecido ya en nuestra Asociación, u otro análogo, para justificar méritos que garantizasen el normal desarrollo de las actividades del profesional—en los cargos de médico de fábrica, empresas industriales, Compañías y Mutualidades, etc.—tratando las lesiones, vigilando la higiene y seguridad del trabajo, redactando documentos, informando verbalmente, en una palabra, cumpliendo con la perfección posible todo cuanto se refiere a la patología, a la higiene y a la medicina legal de las lesiones por accidentes del trabajo.

Pero no queremos dar tanta extensión al cargo, desde el limitado punto de vista que ocupa nuestra atención; proponemos solamente que se pueda disponer de peritos titulados—forenses del trabajo se les podría llamar si esta denominación no diera lugar al equívoco—peritos con garantía de competencia cierta y rectitud y ecuanimidad supuestas, para informar en las vistas de reclamaciones, resolver la discordia si no existiese unanimidad entre los médicos del obrero y del patrono, y asesorar a las autoridades y organismos que soliciten su concurso.

Procedimiento ideal sería el que se legislase no admitir en la prueba pericial médica por cuestiones del trabajo, más que a peritos titulados, a forenses del trabajo, pero esto no creemos que se consiga fácilmente. Ahora bien, pensamos que sería una garantía para los juzgadores, que los informes médicos sean dados en tales casos por peritos con competencia reconocida oficialmente y, si no siempre, para dejar en libertad a las partes de que presenten la prueba que estimen conveniente, deberá exigirse la actuación del perito titulado en las cuestiones que vamos a mencionar.

Las Delegaciones del Trabajo en las capitales de provincia, deben tener un asesor médico, que será un perito titulado, médico del trabajo o forense del trabajo. Para poder resolver con rapidez sobre reclamaciones de los obreros—para establecer la existencia de incapacidad temporal, por ejemplo—el Delegado del Trabajo debe asesorarse de un perito titulado; en las capitales donde residan los inspectores médicos de la Caja Nacional, el asesoramiento pueden hacerlo éstos.

Para los casos de disconformidad por disentir el obrero de que se le dé el alta o con la calificación de la incapacidad, previstos en los artículos 70 y 71 del Reglamento para la industria, puede establecerse que el dictamen que dirima la discordia entre los médicos de ambas partes, lo extienda un

perito titulado o forense del trabajo en lugar del subdelegado de Medicina o la Academia de Medicina más próxima.

En la información médica por hernias descrita en los artículos 18 y 19 del Reglamento, debe legislarse que además de los peritos del patrono y del obrero, asistirá otro designado por el Delegado del Trabajo o por el Alcalde, según los casos, que necesariamente será perito titulado o forense del trabajo.

En las vistas ante el Juzgado o Tribunales Industriales, serán preferidos los peritos titulados, en las localidades donde existan, y siempre que los Jueces o Presidentes de Tribunales hagan por sí designación especial, recaerá el nombramiento en un forense del trabajo.

Cómo debe adquirirse el título o diploma de forense del trabajo.—Es natural que solamente deben llegar a estar en posesión del título o diploma, quienes demuestren, o hayan demostrado, conocimientos suficientes para alcanzarlo.

Por lo tanto, al principio, cuando se creen tales plazas, podrán solicitar y obtener dicho título o diploma los médicos del trabajo, quienes hayan asistido a cursos especiales y hecho al final de ellos prueba de suficiencia, los cirujanos traumatólogos que hayan tenido suficientes intervenciones ante los Tribunales y cuantos profesionales puedan demostrar por su actuación en el transcurso de los años, publicaciones y otros méritos justificativos a juicio del organismo encargado de la expedición de los títulos, que pudiera ser esta Sociedad Española de Medicina del Trabajo, que se hallan en condiciones de desempeñar un puesto de tal naturaleza con las debidas garantías.

Después para lo sucesivo, se organizarán cursos especiales en las Facultades de Medicina, Clínica del Trabajo y en las localidades que, careciendo de aquellos centros, constituyan núcleos de importancia industrial, donde por personal competente se darán las enseñanzas teórico-prácticas necesarias para alcanzar el título o diploma, después de someter a los aspirantes a ejercicios o exámenes con arreglo a un programa único.

La Sociedad Española de Medicina del Trabajo, o el organismo encargado de la expedición de los títulos, tendrán también la facultad de no conceder



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÍÑO
FORMULA

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

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

aquéllos o retirar la posesión de los mismos a quienes no se conduzcan dentro de las normas de moralidad y decoro profesional que debe presidir nuestros actos cuando, como sucede en las actuaciones médico-legales por cuestiones del trabajo, se pone en nuestras manos la defensa de intereses muy respetables.

* * *

Hemos advertido el mal e indicado el remedio, y para que surta los efectos deseados en el ideario expuesto hace falta que el Cuerpo facultativo que se cree asegure el porvenir de los que a él se dediquen. Cuando estos médicos se vean con un carácter profesional considerado, cuando cuenten con unos ingresos decorosos, seguramente que lo más distinguido de la profesión se apresurará a ingresar en el mismo y con ello ganará en primer lugar la Administración de justicia, porque los Tribunales serán servidos por profesionales ilustrados que ejercerán sus cometido con entera solvencia y probidad, y en segundo lugar, la profesión, porque se abrirá a los jóvenes que salen del templo de Esculapio una nueva senda por donde puede alcanzarse una posición social estimable.

¡Quiera Dios que, cuando nos volvamos a reunir, podamos congratularnos de los buenos efectos de la creación de las forensías del trabajo!

VI

CONCLUSIONES

- 1.^a Los peritajes médicos en cuestiones del trabajo ofrecen una modalidad especial, para la que hace falta una cierta competencia.
- 2.^a Esta competencia sólo puede tenerla el perito médico especializado en cuestiones de Medicina del Trabajo en su aspecto clínico como legal.
- 3.^a La especialización indicada debe estar avalada por la creación de un título o diploma acreditativo de conocimientos de Medicina del Trabajo.
- 4.^a Estos titulados médicos peritos del trabajo o forenses del trabajo, serían los que de un modo casi exclusivo intervendrían en la prueba pericial médica por cuestiones derivadas de la aplicación de las leyes de accidentes del trabajo.
- 5.^a Para otras actuaciones profesionales de la Medicina del Trabajo, debe establecerse, por lo menos, la necesidad de posesión del mencionado título, para quienes no hayan adquirido el de Médico del Trabajo.

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Pantopon "Roche"

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

Digalene "Roche"

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

Productos "Roche", S. A.

Barcelona
Caspe, 26

Madrid
Santa Engracia, 4

León
Avenida de Méjico, 4

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

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

Especialidades VIAN - Laboratorio Químico Biológico

Doctor B. ROIG PERELLÓ - San Pablo, 33 - Barcelona

Fermentos lácticos VIAN.—Caja de 12 tubos. Cada tubo de 2 c. c. contiene 500 millones de bacilos lácticos y búlgaros seleccionados, puros y vivos.

INDICACIONES: Gastroenteritis, diarrea verde de los niños, enterocolitis tifoideas, cirrosis hepáticas, trastornos nerviosos de origen intestinal, artritis, dermatosis, etc., etc.

Tubercularsyl VIAN. (*Arseno-tuberculina*).—Asociación de arsénico orgánico y tuberculina mediante preparación especial, con la cual se obtiene una acción antitóxica superior a la tuberculina.

INDICACIONES: En casos de tuberculosis quirúrgicas, fibrosas y pulmonares de primer grado, escrofulismo y bronquitis crónicas.

Ovolarsyl VIAN.

INDICACIONES: Anemia, neurastenia, agotamiento por surmenage, clorosis, linfatismo, convalecencias y en todos los estados en que precise una medicación enérgica y de resultados positivos.

FÓRMULA.	}	Lecitina de huevo..	0.10
		Colesterina	0.05
		Caodilato sódico.	0.10
		Suero isotónico ...	1 cc.

Ampollas de 1 1/2 cc. y 5 cc.

Bacteriófagos VIAN.—Antifético, Anticolibacilar, Antiestáfilo-Estreptocócico.

USO: Vía hipodérmica y gástrica.

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS DEFGCHOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona