

REVISTA CLÍNICA CASTELLANA

PUBLICADA POR



Andrés Bueno, V. — Bañuelos, M. — Cillerruelo, J. — Gavilán, M.
Ledo, E. — Morales, L. — Villacián, J.

y

Royo-Villanova Morales, R.
Redactor-Jefe

Andreu Urra, J.
Secretario de Redacción

AÑO I — Enero 1932 — NÚM. 1

452-c.

PUBLICACIÓN MENSUAL

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN:

NÚÑEZ DE ARCE, 4

VALLADOLID

DISPONIBLE

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

ENERO 1932

NÚM. 1

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

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

SECRETARIO DE REDACCIÓN

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

CUERPO DE REDACCIÓN

- Dr. Argüelles**, Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Casas, Profesor auxiliar 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. 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 Pública y Desinfección.

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.

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA	{ Astenol	0,012	grs.
	{ Acido glicerosfosfórico	0,046	»
	{ Acido cacodílico	0,030	»
	{ Hierro asimilable	0,002	»
	{ Glicerosfosfato estriánico	1/4	milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

DISPONIBLE

SUMARIO:

PRESENTACIÓN

ARTÍCULOS ORIGINALES

Las grandes dosis de luminal en el tratamiento de la corea, por J. M.^a Villacián.

Dos casos de cuerpo extraño en bronquios, por M. Gavilán.

CRÓNICA DERMATOLÓGICA

Sobre el prurito, por E. Ledo.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

La orientación de la Medicina en 1932, por R. Royo-Villanova y Morales.

Ante la asamblea extraordinaria de médicos rurales, por L. Sáez.
Asistencia médica rural.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por J. A. U. y F. Q.

Dermosifilografía, por E. L.

Otorinolaringología, por M. G.

Neurología y Psiquiatría, J. M. V.

Anatomía Patológica, por S.

CRÓNICA REGIONAL

› NACIONAL

› INTERNACIONAL

BIBLIOGRAFÍA

NECROLOGÍA

Los Rayos X y el Diagnóstico Anatómico confirman el poder antirraquítico del “DRYCO” Activado

que es completamente DIFERENTE de cualquier otro
alimento para niños hasta hoy ofrecido a la profesión
médica y fija una nueva era en la

ALIMENTACIÓN INFANTIL

Depositarios generales:

GIMÉNEZ-SALINAS Y C.^{NIA}

Sagués, 2 y 4.--BARCELONA

borolumyl

Único medicamento racional
y científico para combatir la

EPILEPSIA

I. BENEYTO

APARTADO 648

MADRID

PRESENTACIÓN

Al tener conocimiento de que «La Clínica Castellana», cesaba en su publicación, surgió en uno de nosotros la idea de aunar las voluntades dispersas de los médicos jóvenes, de Valladolid, que más actividad publicista han desplegado en los últimos años, y reemprender de nuevo la publicación de una Revista que, a nuestro juicio, pudiera ser el exponente de la cultura médica y clínica de los médicos, no ya sólo de Valladolid, sino de la región castellano-leonesa.

Dificultades de muy diversa índole había que vencer para llegar a realizar nuestro propósito; pero lo más importante, que era reunir el cuerpo de redactores, que con buena voluntad habían de hacer el trabajo fundamental de escribir la Revista, se pudo lograr; sintiendo en el alma que algunos no hayan aceptado la misión que de ellos se solicitó, y que otros, a los cuales, desde luego, nos habríamos dirigido solicitando su colaboración, no hayan podido ser incluidos entre los redactores; porque a alguien había que ofrecer estos puestos, y lo hemos hecho a aquellos médicos jóvenes, que por sus pocos años y muchos entusiasmos, y menos quehaceres profesionales, podían ser garantía de que escribieran para la Revista.

No se ha invitado personalmente a todos los médicos, para que fueran colaboradores de la Revista, porque ello era materialmente imposible; pero públicamente les suplicamos y rogamos, hoy, su colaboración de publicistas, y no nos hemos dirigido, tampoco, personalmente a ellos, para que figuren en el Comité directivo, por la misma razón; pero por nuestra voluntad todos los médicos de la región castellano-leonesa, figurarían a nuestro lado en el Comité directivo. No nos consideramos ni superiores, ni mejores, que nuestros colegas. Sentimos entusiasmo por nuestra región, y por divulgar, desde una tribuna única, el saber de los médicos de la región castellano-leonesa; eso es todo.

Saludamos, llenos de afecto, a la Prensa Médica española, y deseamos que nuestro esfuerzo contribuya a enaltecerla, del mismo modo que lo deseamos a la Medicina de las tierras de Castilla y de León.

Las grandes dosis de luminal en el tratamiento de la corea

por José M.^a VILLACIÁN

Del Manicomio provincial de Valladolid

Es un hecho de todos conocido el influjo inhibitor del sueño sobre los movimientos coreicos; por violentos, amplios y desordenados que sean, podrán dificultar la aparición del sueño, pero éste, una vez conseguido, determina la supresión absoluta de los mismos. Era natural que se aprovechara para el tratamiento de esta dolencia, todo lo que de una manera más o menos directa, facilita la aparición del estado hipóxico; medios higiénicos de utilidad general, como los baños tibios y el reposo en el lecho, y ciertos medicamentos de antiguo empleados, como los bromuros, cloral, etc., no deben actuar de otro modo que disminuyendo el dintel de excitabilidad de la célula nerviosa, fenómeno que, como se sabe, acompaña y aun precede al estado de sueño

Los progresos realizados en estos últimos tiempos en tres órdenes de fenómenos: fisiopatología del sueño y de sus trastornos; fisiopatología de los movimientos coreicos, y obtención por la farmacología de productos de indudable y directa acción sobre el mecanismo nervioso del sueño, probablemente sobre el mismo centro hipóxico, constituyen un haz de conocimientos, que debidamente manejados, habrían de implicar un adelanto en la terapéutica de la corea. Si a esto se añade, que el origen infeccioso de ciertas coreas no puede menos de ser admitido, simplemente basados en el comienzo, evolución febril, terminación y frecuentes complicaciones, nos encontramos en condiciones, teóricas al menos, de hacer beneficiar a los enfermos de todo este conjunto de conocimientos.

Siendo la corea, más que una enfermedad, un síndrome capaz de ser producido por muchas causas, es lógico que el tratamiento adecuado de cada caso, deba tener en cuenta, fundamentalmente, remover y hacer desaparecer, si ello es posible, la causa que la produce. Al lado de los dos grupos mejor conocidos de corea: corea aguda, o de Sydenham, y corea crónica degenerativa de Huntington, de naturaleza completamente distinta, es preciso añadir otros varios tipos de corea en los que la clínica y la anatomía patológica ponen de manifiesto lesiones no de tipo inflamatorio como en la de Sydenham, ni degenerativo como en la de Huntington, si no vascular, tumoral, etc., que tanto hacen cambiar el plan terapéutico de un determinado caso.

A pesar de ello, en muchos enfermos, bien porque la causa no sea fácilmente asequible, bien porque no se nos aparezca del todo clara, tendremos que apelar a utilizar medios cuya eficacia, no causal, es de antiguo conocida.

De vez en cuando se presentan en la práctica casos en los que han fracasado todas las normas del tratamiento clásico mejor dirigido durante un tiempo de varios meses, superior con mucho al término medio de duración de la corea aguda; u otros de movimientos coreicos tan formidablemente desordenados y violentos, que bien puede afirmarse de antemano que es preciso llevar la terapéutica a los grados más extremos de valentía, si queremos librar al paciente, no tan sólo de los peligros inherentes a toda corea grave, si no de los accidentes que pudieran derivarse de un metabolismo tan perturbado como el que debe suceder a grados tan violentos de agitación motora. A estos dos tipos pertenecen los casos que vamos a historiar, en que fué conseguido el fin que nos propusimos, empleando el luminal en altas dosis; nos animó además a ello, el conocimiento de un trabajo de Marinesco Sager y Dinischiotu (1). Haremos, a continuación de las historias clínicas, un breve resumen del estado actual de la fisiopatología de los movimientos coreicos en relación con la acción benéfica del luminal.

Observación I.—Una muchacha de quince años en cuyos antecedentes familiares no hay nada de particular, presenta en Enero de 1931 dolores discretos en las articulaciones de los miembros inferiores con ligeros edemas a continuación de una ligera angina, fiebre moderada, anorexia e insomnio, cansancio general; medicación salicilada sin reposo en cama. Disminuyen gradualmente las manifestaciones articulares, y mes y medio después del comienzo empieza a desarrollarse el cuadro típico de una corea de Sydenham que en quince días adquiere su mayor intensidad. Se la trata con salicilato sódico y urotropina intramuscular, licor de Fowler y reposo en cama; dos meses después sigue igual; asocian a esa medicación pequeñas dosis de polibromuros con el fracaso más absoluto.

En Junio vemos a la enferma por primera vez. Desde el comienzo no ha tenido ninguna fase de remisión; se deja explorar muy mal, pero podemos observar una moderada temperatura de 37,8°, taquicardia con frecuentes extrasístoles sin soplo, juntamente con un estado de nutrición verdaderamente lamentable; «habrá disminuido—dice su madre—de siete a ocho kilos». Pero lo verdaderamente alarmante está constituido por dos órdenes de fenómenos distintos: de una parte, movimientos típicamente coreicos, generalizados a todo el cuerpo y predominando en cara y miembros superiores, tan violentos, bruscos y desordenados cuya realidad es difícil figurársela, (desde la parada del tranvía a nuestra consulta, es decir, en un trayecto de unos cincuenta metros, se hace acompañar, como cosa insólita, de un enjambre de curiosos). Se la entiende con mucha dificultad lo que habla, y sus extremidades, sobre todo manos y muñecas, presentan diversas heridas por la violencia de los movimientos. El segundo orden de los fenómenos es un estado psíquico particular: domina el cuadro, la irritabilidad, el no poderse estar quieta en ningún sitio, las frecuentes preguntas de «cómo estoy aquí», «dónde estoy», etc., con alucina-

ciones visuales (sombras que la van a coger), es decir, un estado de confusión alucinatoria, sin delirio aparente: gran midriasis que traduce, probablemente, una cierta angustia.

Como es imposible mantenerla en reposo por su intranquilidad e irritabilidad, no dudamos en provocársele artificialmente con luminal sódico al 20 por 100 en inyección intramuscular, un c. c. cada doce horas. Durante ocho días se consigue mantenerla casi todo el tiempo dormida, pero es susceptible de despertar a las excitaciones fuertes, que se aprovecha para alimentarla. A los ocho días les da miedo prolongar ese estado y suprimen las inyecciones; y así como hasta entonces se vió libre de movimientos coreicos, vuelven gradualmente a aparecer, bien que no tan intensos: entonces con veinte centigramos al día de medicamento se logran yugular definitivamente y un mes después hay que observarla atentamente para sorprender alguna contracción coreica. Más llaman la atención los síntomas mentales: se ha hecho contestona, de mal genio, ha perdido el respeto; «ligera de cascos»—dice su madre—sin perversiones sexuales; conserva un recuerdo muy borroso de su estancia anterior en la consulta. Se la prescribe arsénico, y en Septiembre está curada por completo, bien nutrida y sin lesión valvular en corazón.

Cualquiera que sea la interpretación que demos a este caso, un hecho resalta entre todos: la indudable acción beneficiosa del luminal, seguramente por el sueño que provoca. Al lado de él, es quizás interesante señalar estos otros dos: influjo más manifiesto sobre los movimientos coreicos que sobre los síntomas psíquicos, y perfecta tolerancia del organismo a dosis grandes de luminal. Este último hecho no debe sorprender a los que conocen alguna de las prácticas más en boga en psiquiatría. En efecto, el método de Kläsi o de «narcosis permanente» es de empleo corriente en el tratamiento de ciertas formas sintomáticas de la esquizofrenia y realmente, con una buena vigilancia, son escasos los percances ocurridos a enfermos que permanecen en ese estado diez o quince días; lo único que se exige es vigilar el riñón y el corazón, tomando la tensión arterial cada día para prevenir la parálisis vascular; pero si se observan bien estos extremos, no vemos inconveniente en aconsejar este tratamiento en casos análogos al descrito.

A falta de control anatómico, la discordancia entre los resultados obtenidos sobre los movimientos coreicos y sobre los síntomas mentales, no nos creemos autorizados, para explicarla, más que a insinuar una hipótesis. Si tuviéramos la seguridad de que en la corea aguda los síntomas mentales dependen de las lesiones corticales y sólo de ellas, y los movimientos coreicos de las que asientan en el cuerpo estriado, podríamos suponer —y ello corroboraría la hipótesis de von Economo (2) de la dualidad del influjo cerebral sobre el sueño —que precisamente por la acción directa del luminal sobre el centro mesencefálico del sueño y regiones vecinas, los movimientos coreicos se corrigen, persistiendo los psíquicos al no tener

efecto sobre la corticalidad; si esta hipótesis fuera cierta, tendríamos derecho a suponer también que los movimientos coreicos están más en relación con una función alterada, cualquiera que sean las lesiones que a ella conducen, que con el asiento anatómico de las mismas; pero estos extremos serán desenvueltos con mayor amplitud cuando discutamos la fisiopatología de los movimientos coreicos.

Observación II.—Hombre de cincuenta y un años, de Nava del Rey (Valladolid).

A. F. —Padre muerto a los cincuenta y tres años, hemipléjico desde dos meses antes. Madre con disartria y torpeza al andar. Un hermano, de seis, muerto de tuberculosis; dos de pequeños y otra de sobrepardo; el otro que vive está bien. Seis hijos que viven: su mujer murió de sobrepardo hace quince años; no tuvo abortos.

A. P.—Anginas. Catarros con frecuencia. Gripe en la epidemia del 18, con delirio grave. No paludismo ni sífilis. Bebedor de antiguo fuma poco.

E. A.—Bruscamente, durante una discusión, el 31-3-31 sintió entumecimientos en la pierna y muñeca derechas: se encuentra igual al día siguiente. El 2 de Abril, al coger la cuchara para comer y llevársela a la boca, aparecieron unos movimientos involuntarios y bruscos en la mano derecha, que el mismo día se extienden a la pierna homóloga. Rápidamente van aumentando en intensidad y el 6, o sea cuatro días después que comenzaron los movimientos anormales, le veo: no ha dormido; no fiebre, ningún dolor de cabeza, resto normal.

Las contracciones musculares son de tipo coreico, estando localizadas exclusivamente en el lado derecho. Como en el caso anterior, también enormemente violentas y acompañadas de un estado de agitación interior, que no le permite mantenerse quieto mucho tiempo en una misma situación. Sudores profusos en ambos lados. No fiebre. Abolición de reflejos rotulianos. Hipotonía en el lado afecto. Pereza pupilar bilateral a la luz y a la acomodación. $M_x = 15$. $M_n = 8$ (Pachón). Wasserman, Meinicke y Kahn en sangre; negativas.

Luminal sódico, cuarenta centigramos en dos veces en inyección intramuscular; a esta medicación se asocia un preparado que contiene yodo y arsénico, dos miligramos diarios de atropina, reposo en cama, alimentación líquida y semilíquida con restricción de proteínas procurando que mueva bien el vientre

A los quince días, pasados en estado vecino al sueño, fácilmente convertido en vigilia por repetidas y suaves excitaciones, nos escribe su médico de cabecera (1) que «han cedido considerablemente los movimientos coreicos, manteniéndose el estado general bastante satisfactorio.» Diez

(1) Agradecemos vivamente al Dr. Carlos Pino las noticias que nos ha proporcionado y el interés demostrado en el tratamiento de este enfermo.

días más tarde el enfermo estaba curado; durante ellos, se le suprimió el luminal continuando con lo demás.

Por la edad del paciente, ausencia absoluta de signos de infección, comienzo brusco y antecedentes alcohólicos, con escasa resistencia de su sistema nervioso, como lo demuestra el cuadro delirante gripal, sospechamos que la lesión hubo de hacerse rápidamente, tal vez de naturaleza hemorrágica por arteritis. Aunque los caracteres de la hemicoorea, por su violencia y desorden extremado, hagan de él un caso de «hemibalismo», nos libramos muy bien de localizar la lesión en el *cuerpo de Luys*, pues aunque ese síntoma se ha dado como característico del «síndrome del cuerpo de Luys», Jacob (3), Calligaris (4), Lhermitte (5), Kroll (6), más recientemente Poppi (7), ponen en duda la existencia de tal síndrome, basándose en que existen casos de lesión exclusiva y completa del cuerpo de Luys sin hiperquinesia, mientras que existen casos de hemibalismo sin lesiones en el mencionado cuerpo. En todos los casos de hemibalismo, según el mismo autor, las lesiones son más difusas y afectan a partes distintas del sistema extrapiramidal, principalmente al sistema cerebelo-rubro-talámico.

Lo que sí tenemos derecho a afirmar es que el influjo del tratamiento, (y no dudamos en admitir que su mayor parte ha sido debido al luminal), ha sido aún más evidente si cabe que en el caso anterior.

(La naturaleza hemorrágica de la lesión causante de los trastornos coreicos de este caso, no puede desecharse sin más ni más: 1.º porque los síntomas consecutivos a un foco hemorrágico en el cerebro, no son sólo debidos a la misma hemorragia, sino a las lesiones de vecindad, principalmente edematosas que le acompañan los primeros días, y 2.º porque un foco pequeño de hemorragia, al reabsorberse el edema que le rodea, puede quedar sin síntomas clínicos que le traduzcan, en virtud de las múltiples suplencias funcionales que en el cerebro como en cualquier otro órgano se establecen y cada vez vamos conociendo mejor.)

Preguntar el mecanismo por el cual el luminal atenúa y suprime los movimientos coreicos, es tentar a descubrir, siquiera sea someramente, el estado actual de la fisiopatología de la corea. Lo haremos con la mayor brevedad posible, dejando el problema, lo advertimos de antemano, lleno de lagunas que las investigaciones posteriores se encargarán de llenar.

Cuando (no hace todavía veinte años) empezó a descorrerse el velo que ocultaba las funciones del cuerpo estriado, una nueva luz vino a derramarse sobre multitud de estados patológicos que, considerados unos como neuróticos y otros de naturaleza orgánica probable, permanecían por completo ignoradas las lesiones que les acompañaban.

Así, recorriendo a grandes rasgos la historia de esta cuestión, fueron referidos los síntomas de la enfermedad de Parkinson y síndromes parkinsonianos a las lesiones del globus pálidus del núcleo lenticular, o «páleo-estriatum» y los movimientos coreicos a las del putamen y núcleo

caudal, es decir, al «neo-estriatum». Las del globus pálidus producirían fundamentalmente rigidez con hipoquinesia (síndrome hipertónico-hipoquimétrico) y las del segundo, movimientos involuntarios con hipotonía (síndrome hipotónico-hiperquinético). La literatura, al parecer demostrativa, ha adquirido tal volumen, que necesitaríamos muchas páginas para comentarla en detalle.

Circunscribiéndonos tan sólo a lo referente a la corea, podríamos señalar muchas observaciones que al parecer corroboran tal manera de pensar, pero cuando se medita un poco sobre los hallazgos anatómo-patológicos y se trata de ponerles en relación con los síntomas aparecidos en vida, las dudas surgen a cada paso.

En primer lugar, las lesiones en la corea aguda tienen un carácter, el de la difusión, que hace difícil poder referir un síntoma a tal o cual lesión.

Probablemente, los síntomas psíquicos están bajo la dependencia de las lesiones corticales, y los motores de las del cuerpo estriado. Pero, por una parte, cada vez se va conociendo mejor el influjo que sobre el psiquismo elevado, principalmente sobre la afectividad y tono sentimental, tienen las lesiones de los ganglios centrales, y por otra, las lesiones extracorticales se extienden siempre a regiones distintas del cuerpo estriado, sobre todo al tronco cerebral, Lhermitte y Pagniez (8). Con lesiones tan difusas es muy difícil hallar la relación causal de lesión a síntoma.

Más circunscritas son las lesiones en la corea de Huntington³ (9) y por eso con mayor verosimilitud se han atribuido los síntomas mentales de la misma a lesiones corticales, y los movimientos coreicos a lesiones estriadas, pero éstas no suelen estar limitadas al núcleo caudal y al putamen, pues se afecta con mucha frecuencia el globus pálidus, haces cerebelosos y talámicos, sin que puedan aquéllos referirse netamente a alteraciones estriadas; así ha sucedido en tres casos estudiados por Bellavitis (10).

En segundo lugar, se han descrito varios casos de lesiones evidentes en cuerpo estriado sin síntomas coreicos. Un trabajo de los más importantes en este sentido es el de Berluchi (11), que en cincuenta y cinco casos de enfermedades diversas (infecciones, intoxicaciones, senilidad, arterio-esclerosis) en que ha encontrado lesiones en el cuerpo estriado no han ido seguidas de los síntomas a ellas corrientemente atribuidos.

Además, experimentalmente ya se sabía que lesiones que no alcanzan al cuerpo estriado, son capaces de producir el síndrome coreico. Lafora (12) ha visto, que «la lesión del pedúnculo cerebeloso superior produce constantemente hemicorea homolateral o contralateral, según la localización más o menos anterior de la lesión (entrecruzamiento al llegar al núcleo rojo)—de cusación de Wernekink—. Corresponde esta forma de Coreia con la que los clínicos alemanes han denominado «corea del pedúnculo cerebeloso superior» (Bindearm-chorea de Bonhoeffer). Y así como nadie pone hoy en duda la existencia de esta corea de origen cere-

beloso, desde las observaciones de Beriel hay que admitir también otra corea de origen frontal producida por lesiones de este lóbulo. Es decir, que la clínica, por los síntomas acompañatorios, y la anatomía patológica, han aislado hasta ahora tres clases de corea: por lesión estriada, cerebelloso y cortical.

Con tal diversidad de lesiones y como consecuencia de las otras consideraciones que hasta ahora llevamos señaladas, no puede extrañar a nadie que el problema fisiopatológico de los movimientos coreicos no esté, ni mucho menos, resuelto,

Se pensó al principio, siguiendo a O. y C. Vogt, Kleist von Ecónomo, los cuales se basaron en los fenómenos de «liberación del control» sobre los que tanto insistió H. Jackson, que el «neo-estriatum» (segmento putánico-caudado) controla y domina, desde los puntos de vista onto y filogenéticos, al «globus pálidus» o «paleo-estriatum», por lo que la destrucción del neo estriatum libera del control al pálido, que dirige los movimientos automáticos y asociados, y producirá por consiguiente movimientos desordenados, del tipo de la corea o atetosis, según la edad—continúan los autores citados—del sujeto afecto.

Opiniones análogas a ésta, cuyas pequeñas variantes no es del caso detallar, sostienen O Foerster (13), Stertz, Ramsay Hunt, Lewy, Jakob, Claude y Lhermitte (14).

Sin embargo, la autoridad de Kinnier Wilson (15), neurólogo a quien tanto debe la patología del cuerpo estriado, se rebela contra la hipótesis del origen estriado de la corea. «Asignar—dice—el temblor y coreo-atetosis a lesiones destructivas del cuerpo estriado, es, no solamente imposible, sino absurdo.» Ve, en los movimientos coreicos, una finalidad, y el trastorno coreico, por consiguiente «se manifiesta por la vía piramidal córtico-espinal.» La prueba de ello es que cuando las fibras de proyección córtico-ponto-bulbo-espinales están interesadas por una lesión en foco, o mejor, cuando se practica la exéresis del origen de esta vía a nivel de la corteza, se suprime la gesticulación desordenada de la corea.

No puede, pues, negarse el papel que la vía piramidal juega en el mecanismo de la corea; pero es preciso guardarse de exagerarle, porque los trabajos de Foerster han demostrado que la desaparición de la corea es sólo aparente, puesto que el desorden muscular está enmascarado por la contractura subsiguiente a la lesión piramidal; basta liberar al sujeto de su contractura por la sección de las raíces posteriores, para que reaparezcan los movimientos coreicos.

Para Wilson (Mayendorf se ha adherido a su tesis) la corea sería debida a una falta de regulación de la actividad de la corteza motora rolándica consecutiva a la alteración material de la circunvolución post-central (parietal ascendente) hacia la cual convergen las sensibilidades somáticas y más particularmente las propioceptivas. En último resultado, para que

se produzca la corea, la corteza cerebral debe tener conservada su actividad sobre los centros inferiores.

De todas estas discusiones se puede deducir una consecuencia de alto interés en el estado actual de la neuropatología que podríamos sintetizar en esta frase: «para la producción de un síndrome coreico, no es absolutamente necesaria una localización estricta de la lesión.»

El interés de esta conclusión se acrecienta mucho más, cuando se considera que una afirmación equivalente sirve para otros muchos síndromes neurológicos. La doctrina clásica de la afasia está hoy en revisión precisamente porque se ha llegado a una conclusión análoga; y lo mismo podríamos decir de la «hipertonía plástica» o síndrome de «rigidez», que referida al principio a lesiones exclusivas del paleo-estriatum, se ha visto después que con integridad de esta región, se producía rigidez por lesiones del núcleo rojo, sustancia de Schemering, etc.; y más recientemente ha estudiado Guillain (16 y 17) varios casos de rigidez con lesión en el sistema olivo-ponto-cerebeloso o en la región de la oliva bulbar exclusivamente.

En otro orden de conocimientos, se sabe, por ejemplo, que una ataxia debida a lesiones experimentales de un hemisferio cerebeloso desaparece con el tiempo, bajo la influencia sin duda de suplencias de la corteza cerebral, puesto que reaparece cuando se lesiona o se practica la ablación de esas mismas zonas cerebrales.

Es en virtud de estas sinergias, de estas verdaderas suplencias que en el encéfalo ocurren como en la mayoría de los demás órganos, que se está en derecho de suscribir hoy la afirmación que hace un momento hacíamos resaltar.

Por eso, Spatz ha podido sostener que es imposible atribuir a una lesión de un solo sistema un síntoma determinado. En realidad cada manifestación está bajo la dependencia de un conjunto lesional. Además, nosotros debemos tener en cuenta mucho más que hasta ahora—añade—, el período de la enfermedad, o sea, la edad del proceso morboso, los antecedentes patológicos, así como la constitución del sujeto. Es decir, que debemos siempre valorar ante un síntoma dado, si fuésemos a buscar su explicación fisiopatológica, un conjunto de «factores humorales» en los que encontraremos la razón de lo que pudiera parecernos anómalo: ¿cómo no atribuir a estos factores humorales, variables de un momento a otro, la inestabilidad emotiva de los coreicos, su irritabilidad, y el acrecentamiento del desorden muscular bajo el efecto de la emoción?

La corea, por consiguiente, no hay que considerarla como algo en inmediata y única dependencia de algo estático, si no más bien, como el efecto de la perturbación de una función a la que se adscriben varios sistemas cuyas acciones tienden a regularse, modificarse y aun suplirse en determinados momentos y condiciones. Podríamos encontrar una comparación, en lo que sucede ordinariamente con el metabolismo de los car-

bohidratos, regido por órganos distintos e influjos variables en multitud de circunstancias.

¿Cómo explicar, a la luz de estos conocimientos la acción del luminal sobre la corea? En la rana dormida por la acción luminal, una inyección de cloruro cálcico la despierta, mientras que en la desprovista experimentalmente de corteza cerebral dejando intacto el cerebro intermedio, la acción del luminal se hace más intensa; en virtud de estas experiencias, Pick deduce que el luminal tiene una acción, no sobre la corteza, sino sobre el metencéfalo.

Por otra parte, estudiando la acción del luminal sobre el medio humoral, se ve que provoca una modificación del pH en el sentido de la acidez, que conduce a un cambio en la concentración del calcio ionizable según la fórmula de Takahashi:

$$Ca = K \frac{H}{Co_3 H H P O}$$

es decir, a un aumento de los iones Ca cuya acción inhibitoria sobre el diencéfalo es conocida desde los trabajos de Demole, Cloetta y Thomann. Así se produce un estado parecido al sueño, el cual, a pesar de no haberse dicho la última palabra sobre el mismo, no es más que la expresión de una inhibición diencefálica que se extiende hacia el telencéfalo y el mesencéfalo.

Por la acción del luminal producimos: 1.º una disminución de las excitaciones propioceptivas aumentando el dintel de excitabilidad nerviosa por el aumento de la concentración de Ca ionizable; y 2.º por su acción directa de inhibición sobre el páleo-estriatum, suprimimos la ausencia de la inhibición normal sobre éste del neo-estriatum. Obtenemos así el bloqueo de las vías extrapiramidales y forzamos a las excitaciones aferentes a tomar, para llegar a los cuernos anteriores, la vía normal o piramidal. Finalmente, a las formaciones celulares del diencéfalo se las pone en estado de reposo, condición necesaria para la reparación de sus lesiones: por este título, el luminal no es solamente un agente terapéutico sintomático, sino propiamente curativo.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

1. **Marinesco, Sager et Dinischiotu.**—Sur le traitement de la chorée par le luminal, etc. *Ann. de Medecine*, t. 27, núm. 3, 1930.
2. **Ecónomo.**—Discussion du rapport sur le sommeil normal et pathologique par Lhermitte et Tournay. *Rev. neurologique*, t. 1, núm. 6, 1927.
3. **Jacob.**—Die extrapyramidalen Erkrankungen. Julius Springer, Berlin, 1925.
4. **Calligaris.**—Il sistema motorie extrapiramidale. Milán, 1927.
5. **Lhermitte.**—Le syndrome du corps de Luys. *L'encéphale*, núm. 3, 1928.
6. **Kroll.**—Los síndromes neuropatológicos, M. Uson. Barcelona, 1930.
7. **Poppi.** Existe una síndrome del corpo di Luys? *Riv. di pat. nerv. e ment.* Vol. 35, fasc. 3, 1930.
8. **Lhermitte et Pagniez.**—Anatomie et physiologie pathologique de la chorée de Sydenham. *L'encéphale*, núm. 1, 1930.
9. **Ch. B. Dunlap.**—Pathologic Changes in Huntington's chorea. *Arch. of Neur. and Psych.* Vol. 17, núm. 6, 1927.

10. **Bellavitis.** — Contributto all'anatomia patológica delle coree croniche. Riv. di pat. nerv. e ment. Vol. 53, fasc. 3. 1928.
11. **Berlucchi.** — Modificazioni del quadro histológico del corpo striato in soggetti morti di malattie varie. Rev. di pat. nerv. e ment. Vol. 53, fasc. 1. 1930.
12. **Lafora.** — Corea y atetosis experimental. Libro en honor de Ramón y Cajal. Madrid. 1922.
13. **Foerster.** — Zur Analyse und Pathophysiologie der striaren Bewegunstörungen. Zeitsch. f. d. ges. neur. und. Psych. Vol. 75. 1921.
14. **Claude. Lhermitte et Meignant.** — Le syndrome de rigidité postchoreique avec demence. L'encéphale, núm. 6-7. 1930.
15. **K. Wilson.** — Modern problems in Neurology. New-York. 1929.
16. **Guillain. Mathieu et Bertrand.** — Etude anatomo-clinique sur deux cas d'atrophie olivo-ponto-cerebelleuse avec rigidité. Etudes Neurologiques, troisième serie. Masson. Paris.
17. **Guillain. Mathieu et Bertrand.** — La rigidité d'origine olivaire, etc. Ann. de Médecine, t. 25, núm. 5. 1929.



Dos casos de cuerpo extraño en bronquios

por M. GAVILÁN

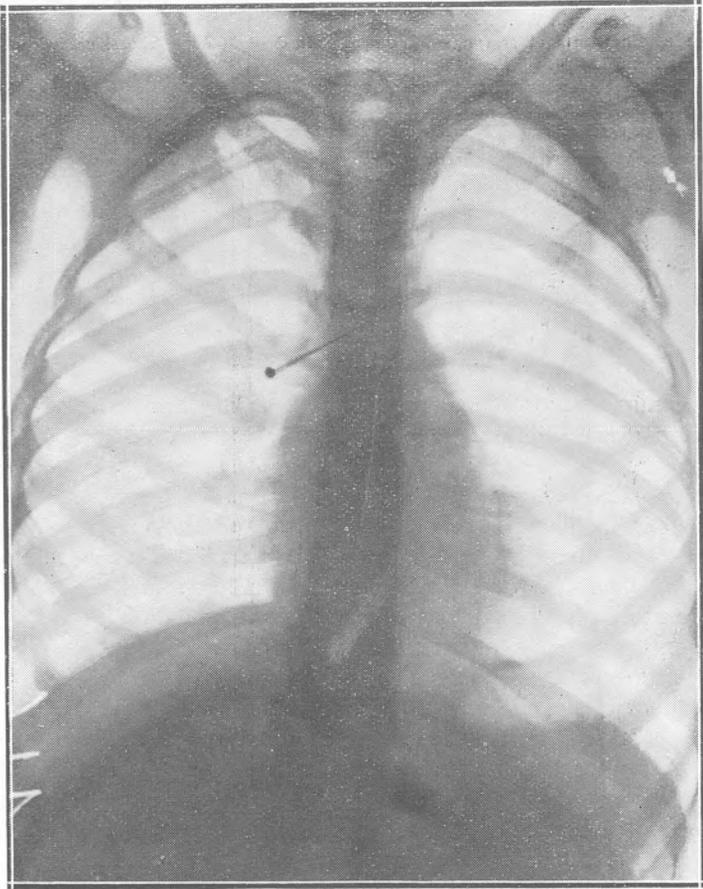
Profesor de Otorinolaringología

En el número correspondiente al mes de Septiembre de 1930 de *La Clínica Castellana*, publiqué un caso de alfiler de cabeza negra alojado en bronquio derecho, y extraído por broncoscopia superior, en una niña de cuatro años de edad. Un año después, y también procedente como el anterior de la clínica del profesor Vidal Jordana, recibo un enfermo de nueve años que hace dos días se ha tragado un alfiler de cabeza negra, y que por radiografía se comprueba que está situado en el bronquio derecho. Los fenómenos que acompañaron a su penetración fueron poco alarmantes, casi exclusivamente un acceso de tos. Esa tos continuó, sin ir acompañada de expectoración, y era el único síntoma que presentaba el enfermo cuando vino a mi consulta.

Estos datos confirman lo que decía en mi citada publicación acerca de la etiología, la localización y la sintomatología de los cuerpos extraños bronquiales, y que creo innecesario repetir. Sin embargo, conviene insistir en los escasos síntomas que dan estos cuerpos y que, por otra parte, tanto alarman a los que rodean a sus portadores. A decir verdad, tan pocos eran los síntomas que en este caso se hubiera ignorado la existencia del cuerpo extraño, sin la propia confesión del sujeto, porque nadie había presenciado el momento de su penetración.

Lo más interesante del caso en estudio es la posición, casi horizontal, del alfiler y el problema mecánico que se presentaba para su extracción broncoscópica. Como se ve en la radiografía anteroposterior, la punta del alfiler está a la izquierda de la línea media, lo que me hacía pensar que no estuviera libre en la luz del bronquio, sino clavado en su pared mediasfínica y alojada su cabeza en una rama bronquial de lóbulo medio. Es preciso hacer notar que las dificultades que siempre ofrecen para su extracción los cuerpos extraños bronquiales, son mayores cuando, como ocurre

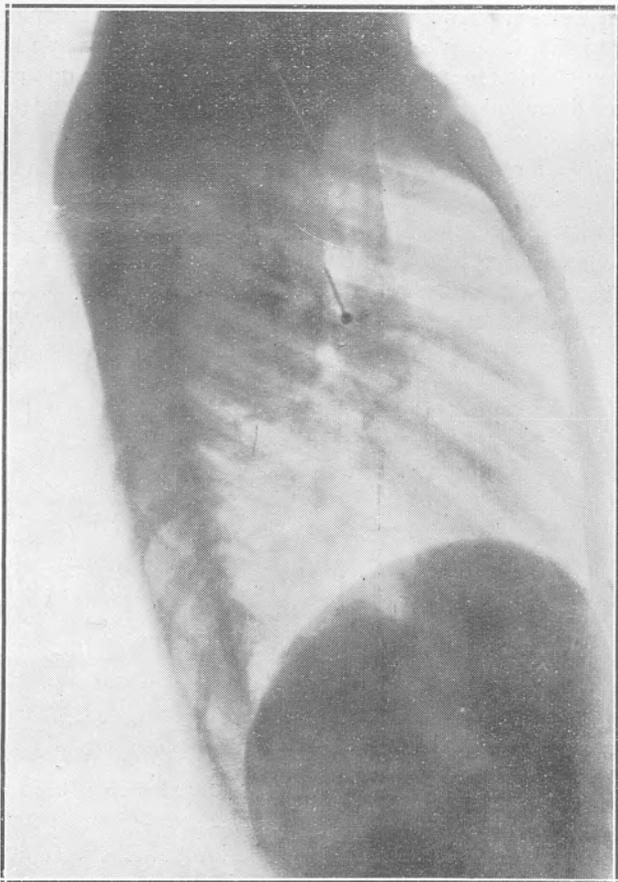
en los niños, hay que emplear tubos broncoscópicos de pequeño calibre, por los que sólo pasan ciertos terminales de las pinzas extractoras, no siempre las que más convienen a cada caso particular.



Radiografía anteroposterior. Alfiler de cabeza de cristal alojado en un bronquio del lóbulo medio del pulmón derecho. Nótese que la punta del alfiler cruza por debajo de la zona cara de la tráquea y se halla clavado, como es consiguiente, en la pared bronquial, debajo del espolón traqueal.

Intervención.—ANESTESIA. Soy partidario de evitar, siempre que sea posible, el empleo de la anestesia general en las broncoscopias, pero precisamente a la edad de este niño ni es posible una buena sujeción para hacerla sin anestesia, ni la toleran con anestesia local; además la posición del alfiler, que nos hacía presumir una extracción laboriosa, justificaba sobradamente el empleo de la anestesia general.

En efecto, una vez introducido el broncoscopio, como es natural por vía *peroral*, apareció ante mi vista el alfiler, pero no por su punta sino por el cuerpo. Todos mis esfuerzos para cambiar su posición y colocar la

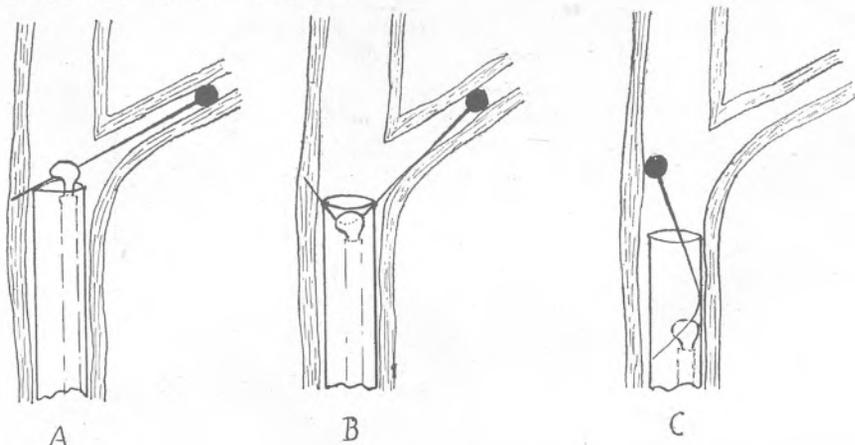


Radiografía lateral. No tan demostrativa como la anterior, el alfiler aparece más corto por su orientación, su posición confirma los datos obtenidos con la anterior.

punta en la luz del tubo fueron inútiles; el alfiler, sujeto al parecer por sus extremos, no cambiaba de posición ante ningún recurso. Hay que tener en cuenta que trabajaba con el tubo broncoscópico de Brünings, cuya sección distal es perpendicular a su eje, disposición que no se presta, al contrario de lo que ocurre con los tubos de Ch. Jackson, para facilitar el desclavamiento de la punta de los alfileres. Pero aun así no es ésta la primera oca-

sión en que elijo el instrumental de Brünings, ante el pequeño calibre que ofrecen los tubos de Ch. Jackson y que, en mi concepto, es un serio inconveniente para las delicadas maniobras de extracción; quizá sea por la fuerza de la costumbre y porque perdura en mí la influencia del aprendizaje con material alemán, pues no hay que negar que los instrumentos del profesor de Filadelfia tienen a su favor bastantes ventajas, que yo reconozco, y soy por eso el primero en intentar su aplicación siempre que puedo.

Ante las dificultades enumeradas y con los medios materiales a mi alcance, tuve que solucionar el problema llevando el tubo broncoscópico hasta ponerlo en contacto con el alfiler y, previa una buena presa del mismo, con la pinza de bocados curvados lateralmente hice una fuerte tracción y el alfiler, doblado contra el orificio del tubo, salió, por qué no decirlo, con gran sorpresa por mi parte que no contaba con la potencia y seguridad que desde ahora puedo decir que ofrecen la pinza citada y el mango de Tilley, por mí empleados.



Esquema que representa las fases de la extracción del alfiler tal como se hizo en el caso que estudiamos.

La intervención duró unos diez y ocho minutos. El curso postoperatorio transcurrió sin el menor incidente, no hubo ninguna protesta por parte de sus vías respiratorias y sólo por precaución tuve al niño hospitalizado tres días.

Esta descripción fiel y sincera de la intervención, parecerá a primera vista brutal y expuesta a serios traumatismos o desgarros en una región tan delicada y llena de peligros como es el árbol bronquial. Ya lo dice Chevalier Jackson en su tratado de endoscopia: «Una tracción con la pinza sobre la parte media del alfiler ha sido la causa de que la punta haya acarreado una perforación, lo cual aumenta considerablemente las dificultades de extracción y, en algunos casos, ha tenido consecuencias fatales.» Y yo lo recordaba, pero mi maniobra, puesta en práctica después del fracaso de

los medios también por él aconsejados y de los que en el momento me sugería la necesidad de improvisar, estaba basada en el poder de la pinza, pero también en la protección del bronquio contra el posible desgarro o perforación, por la contrapresión del tubo broncoscópico fijado fuertemente desde el momento en que iniciaba la tracción.

Es indudable que este proceder hubiera fracasado si el alfiler hubiese tenido mejor temple; yo mismo he tratado de repetir la maniobra con el mismo instrumental y distintos alfileres, y no he conseguido doblarlos si estaban bien templados, como ocurre generalmente con los alfileres de cabeza de cristal. Posiblemente de haber tenido a mi disposición la pinza de Casselberry para la sección broncoscópica de alfileres o el instrumento de Yankauer destinado a torcer los alfileres no templados, se hubiera simplificado la intervención, pero siempre habría que descontar la dificultad que supone trabajar con estos instrumentos que, por su volumen, llenan por completo la luz del tubo (cuando el calibre de éste permite su empleo) e impiden ver lo que se hace.

Otro caso de cuerpo extraño bronquial que merece ser relatado, aunque por su naturaleza se ve con más frecuencia, es el siguiente:

Trátase de un niño de dos años (D. Z.) procedente de Sieteiglesias, que dos días antes se tragó una alubia o judía de tamaño regular. Inmediatamente tuvo un fuerte acceso de sofocación que repitió varias veces, acompañado de náuseas, durante hora y media. Desde entonces la tos siguió con violencia, pero no se alteró su estado general. El examen radiográfico no demuestra nada, como era de esperar en este caso. Por auscultación se podía notar una ligera disminución del murmullo vesicular en el pulmón derecho, más apreciable en la comparación con el izquierdo.

Broncoscopia superior, *peroral, sin anestesia.*

La alubia, que como he dicho llevaba ya dos días en el árbol respiratorio, llenaba completamente la luz del bronquio derecho un poco más abajo de su origen; se había hinchado por la maceración sufrida de las secreciones bronquiales y su consistencia normal estaba muy disminuída.

El pequeño calibre del tubo que hube de emplear, me impidió hacer uso de la pinza de Killian, fenestrada y especial para cuerpos friables como las alubias, pero demasiado voluminosa para un niño de dos años. Por este motivo hice la extracción con una pinza de garfios, la menos adecuada para esta clase de cuerpos, lo cual dió motivo a que saliera en tres o cuatro fragmentos. Aun así la maniobra duró poco tiempo, unos doce minutos, y fué seguida de un curso postoperatorio bueno, sin otro síntoma que una ligera afonía.

Creo superfluo insistir con más detalles tratándose de un asunto ya muy debatido, y puesto que mi propósito es únicamente añadir dos casos más a la literatura de los cuerpos extraños bronquiales.

SOBRE EL PRURITO

por Eduardo LEDO

El prurito, esa sensación dolorosa especial del tegumento cutáneo que incita, invenciblemente al rascado, cuando objetivamente no va acompañado de lesiones de la piel, plantea arduos problemas no sólo a los médicos generales, poco familiarizados con la dermatología, sino también a los especialistas, que, naturalmente, no pueden soslayar las dificultades que entraña un diagnóstico etiológico y patogénico.

Es frecuente que al médico general se presente un enfermo adulto padeciendo un prurito intenso, generalizado, respetando tal vez alguna región del cuerpo, que evoluciona paroxísticamente y se acentúa en la cama, aparecido sobre una piel objetivamente sana.

Es corriente que este enfermo refiera ha sido tratado infructuosamente por las más variadas medicaciones.

Ante un caso semejante el médico debe tener presente las variadas causas que pueden originar este estado y, serenamente, pasarlas en revista por orden de frecuencia.

Si el *dermatólogo* debe ser ante todo *médico*, es lógico que el *médico general* piense en *médico* tan pronto como pueda eliminar de las presuntas causas aquéllas que son netamente dermatológicas.

Es decir: ante un prurito generalizado aparecido súbitamente, se pensará en primer lugar en una afección parasitaria. Una observación atenta puede eliminar una sarna o una pediculosis del cuerpo, sin olvidar que otros parásitos accidentales (pulgas, orugas, etc.) pueden provocar un prurito.

Pero el enfermo supuesto para los fines de esta crónica es un adulto indemne de toda afección parasitaria externa. Ni en la superficie de su piel ha sido posible demostrar la existencia de lesiones discretísimas, propias a la sarna, ni en sus ropas se encuentran otros parásitos.

¿De dónde deriva su prurito?

Con la amplia e inexacta etiqueta de pruritos autotóxicos, se abarcan numerosas causas que vamos a tratar de esquematizar.

La intoxicación puede derivar del aparato digestivo: una masticación defectuosa, por taquifagia, puede hacer empuce defectuosamente la digestión de los alimentos, sin contar que el régimen alimenticio puede ser inadecuado por abuso de sustancias de difícil digestión o excitantes, ricas en toxinas, etc. A veces la alimentación es en apariencia inocente, pero no se olvide que las sustancias más banales pueden sensibilizar el organismo de un sujeto. Los estudios modernos, de los americanos especialmente,

han puesto de manifiesto la existencia de múltiples sustancias capaces de sensibilizar un organismo entre los alimentos más sencillos.

Y al hablar de las sustancias que, por ingestión, pueden determinar el prurito, no es posible olvidar que medicamentos usuales son capaces de comportarse como pruriégenos por intoxicación (antipirina, belladona, morfina, ioduros, etc.) y que el café y el té suelen encontrarse entre las causas posibles, solos o coadyuvando en los predispuestos por otras causas.

En enfermos de gastritis o en aquellos con ptosis, dilatación, de evacuación tardía, no es excepcional encontrar pruritos.

Pero es ciertamente en los grandes o pequeños estreñidos en los que los fenómenos de autointoxicación son más marcados y el prurito forma en el cortejo de los síntomas habituales.

El círculo vicioso que se determinó: estreñimiento como causa o como efecto de una ligera insuficiencia hepática, agravándola desde luego, viciando la nutrición, en una palabra, y repercutiendo sobre sí mismo por intermedio del hígado que al funcionar peor acentúa el estreñimiento, es sin duda una de las preocupaciones primordiales que experimentamos ante un prurítico.

El éstasis intestinal, las fermentaciones intestinales, infecciones lates del tubo digestivo en toda su longitud desde la boca (piorrea, caries) hasta el recto, deben ser despistadas. Igualmente pensar en parásitos intestinales.

Volviendo al hígado, conocido de todos los médicos es el prurito de los ictericos. Parece ser que los ácidos biliares son los causantes del prurito de los ictericos (aunque Espinger no ha conseguido resultado en los ictericos a los que inyectara ácidos biliares). Una retención biliar ligera, la más leve colemia, puede determinar picor. No olvidemos que para Hernando el prurito tiene valor diagnóstico para diferenciar una ictericia mecánica de una hemolítica, y que podría utilizarse para el diagnóstico retrospectivo de un cólico hepático.

Si volvemos la vista al páncreas, vemos que por un insuficiente poder de sus fermentos, puede ser defectuosa la degradación de las moléculas alimenticias, y con esto volvemos al terreno de la anafilaxia...

En la sangre de algunos enfermos afectados de prurito sin lesiones, pueden encontrarse cifras sensiblemente normales de glucosa, pero no resistir a la prueba de la glucemia alimenticia. Si examinando la sangre en ayunas encontramos un tanto por mil normal y luego administramos 50 gramos de glucosa pura en solución en 100 gramos de agua, y hacemos tomas sucesivas con intervalos de media hora, los resultados obtenidos pueden darnos una curva de valores ascendentes.

En estos enfermos el prurito suele ser la resultante, sin síntoma más, tal vez único, que un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono.

En los diabéticos el prurito es un síntoma banal y, sin embargo, ¡cuán-

tas diabetes han sido despistadas por dermatólogos que actuaban en *médico* cuando el médico de cabecera se obstinaba en actuar en *dermatólogo*, tratando una pretendida dermatosis!

Detrás de un prurito tenaz puede descubrirse una amenaza de uremia. Puede ocurrir que un examen somero de orina, al no ofrecer albúmina, y una presión arterial poco desviada de lo normal, alejen del clínico la idea de una insuficiencia renal. Y, sin embargo, qué sobresalto al descubrir que ese prurito traduce la existencia de elevadas cifras de urea en sangre.

Prurito «a temporadas» presentan los llamados artríticos. Alternativas de gota y crisis de picor, y a veces también de asma, conocen todos los médicos.

Una insuficiencia respiratoria, meramente mecánica, puede ser origen de un prurito.

Por disfunción de ovario, hipoovarismo de la pubertad o de la menopausia, alguna vez vemos aparecer y sostenerse prurito. Nosotros poseemos una historia interesantísima de una enferma castrada por rayos X, para la cual la crisis de picor de los períodos de descanso de la medicación ovárica eran días o semanas agotadoras. Durante el embarazo también se observa, a veces.

Y en la enfermedad de Basedow, como consecuencia de graves trastornos suprarrenales, y otros varios casos en los que se comprueban alteraciones pluriglandulares, puede ser el prurito motivo de que el enfermo acuda al médico.

En nuestra región, en donde abunda el ganado infectado de quiste hidatídico y las vísceras infectadas se arrojan a la calle para que las coman los perros, es natural se piense en la posibilidad de un quiste hidatídico. El diagnóstico clínico no es siempre fácil; radiografías desconcertantes conocemos todos, pero aún puede pedirse al laboratorio una reacción de Weinberg, etc.

Un caso grave puede ocultarse tras un prurito que no muestra clara su etiología. Pruritos intensos, paroxísticos, han sido los *avant-coureurs* de una tabes más de una vez.

Un sujeto que pase de los 45 años y presente crisis tenaces de prurito debe ser estudiado minuciosamente. Un cáncer de hígado, un cáncer de estómago puede traducirse por un prurito inexplicable.

Por varias manos competentísimas, y en repetidas ocasiones, pasó hace poco un próximo pariente de un querido compañero. Aparentemente se agotaron los recursos diagnósticos (diversas investigaciones en sangre) y terapéuticos (hasta irradiación de bazo y también de cadena simpática lumbar) Inmediatamente después de esto fué visto por nosotros en unión de su pariente, estimando se trataba de un cáncer de estómago con metástasis hepática y juzgando que la evolución sería rapidísima, y así ha sucedido ya que sobrevivió poco más de dos meses.

No creemos exista un especialista de práctica regular que no pueda aportar varios casos análogos.

El prurito puede preceder a la aparición de eflorescencias diversas (que en ningún caso deben confundirse con las lesiones secundarias traumáticas por las rascaduras y la reacción de la piel ante esta agresión: liquenificación, etc.)

Un prurito sin lesión cutánea o acompañado de lesiones discretas puede preludear un micosis fungoide mortal, y se comprende la importancia del diagnóstico por el pronóstico que comporta.

Numerosas leucemias y pseudoleucemias se inician por una explosión de prurito que crece casi sin interrupción y, mostrándose tenaz ante todos los tratamientos, extenua al enfermo antes de lo que podría hacerlo su enfermedad.

Las escasas probabilidades de éxito terapéutico de algunos de estos casos pueden perderse en el tiempo en que se ensayan pomadas, baños, lociones, depurativos...

Es, en resumen, de lo simple a lo complicado, de lo banal a lo grave, como debe procederse para el diagnóstico de una afección pruriginosa generalizada, sin lesiones o con ellas.

El médico debe pensar desde la acción que pueda ejercer una muda interior de lana en los primeros días invernales, o en la nocividad de las aguas muy calcáreas y las jabonaduras exageradas (Pear's eruption), hasta en una leucemia mortal, o en un cáncer visceral. Para el diagnóstico de muchos de estos estados es indispensable recurrir a procedimientos fuera del alcance de la mayoría de los prácticos (rayos X para el quiste hidatídico o tumores viscerales no fácilmente demostrables; reacciones de fijación; exámenes hematológicos: dosados de urea o glucosa, fórmulas sanguíneas, etc.; análisis simultáneo de orina y sangre, a veces en serie para despistar estados diabetoides o urémicos, alteraciones hemáticas graves), pero esto no quiere decir que el médico, por carecer de preparación e instrumental para ello, ha de renunciar a proseguir sus investigaciones clínicas hasta llegar a obtener un cierto grado de certidumbre sobre la posibilidad de esta o aquella etiología para el prurito sin lesiones o con lesiones, secundarias o no, que resiste a todos los tratamientos y desespera al enfermo y al médico.

Las aportaciones que en los últimos treinta años hicieron el laboratorio y la radiología son inestimables, pero es preciso volver a cultivar la clínica para lograr el máximo fruto de estos adelantos.



MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

La orientación de la Medicina en 1932

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

En 1931, los progresos técnicos de la Medicina fueron enormes. Como siempre—dada la particular actividad a que se refiere—sus adelantos, dejaron atrás a todos los de las demás ciencias. Los métodos de diagnóstico siguieron revolucionando la ciencia, multiplicándose notablemente hasta hacer casi despreciables las posibilidades de error. Surgieron nuevas conquistas de la higiene pública y privada, que en adelante disminuirán el número y el peligro de las más terribles epidemias. La terapéutica se enriqueció con nuevos recursos específicos, químicos, físicos, orgánicos, psicológicos, vacunales, sueroterápicos, etc., etc., que anulan la gravedad de muchas enfermedades. Nuevas doctrinas arrinconaron teorías que parecían fundamentales e incontrovertibles. Los progresos del arte de curar, simplificando métodos, unificando doctrinas, condensando experiencias, poniendo al alcance de todos—de médicos y de enfermos—remedios hasta el momento peligrosísimos y drogas hasta entonces costosas, han prolongado nuestras esperanzas de vivir y han aumentado nuestros recursos para triunfar de la implacable. Las gentes tienen mayor fe en la Medicina.

Cabe, por lo tanto, esperar que muchas enfermedades consideradas como incurables en el año que acaba de morir, tal vez no lo sean ya en el año que nace: alcoholismo, cáncer, sífilis, tuberculosis, he aquí los puntos cardinales de la actividad médica en 1931; esperemos que en 1932 aparezcan los remedios heroicos que concluyan definitivamente con sus terribles estragos. En una palabra, durante el año que nos deja, el término incurabilidad sigue perdiendo terreno en el vocabulario de la Naturaleza.

No obstante —por otro lado—, hay que reconocer también que el mayor enemigo de la Medicina moderna está constituido por su propio perfeccionamiento, por los mismos progresos de la ciencia que se verifican a saltos, sin dar apenas tiempo para registrar las nuevas adquisiciones. A pesar de sus conquistas técnicas, la Medicina en 1931 ha continuado saturándose de casuismo y de insensateces de pensamiento, y lo que es peor y más lamentable, sigue como en años anteriores totalmente desprovista de espíritu. El laboratorio y la biblioteca siguen privando en el estudio de la Medicina. A esos lugares se va llevando en fragmentos, en moléculas, en átomos, la personalidad de los enfermos, creyendo que allí, a fuerza de desintegración, de experiencias múltiples, de ensayos terapéuticos, sin orden ni concierto, pueden resolverse todos los arduos problemas de la patología humana, sin tener apenas en cuenta la cabecera del lecho donde

se sufre, ni las inclinaciones, ni las pasiones, ni las idiosincrasias del sér humano que padece.

En este abuso del tecnicismo y del estudio, radica precisamente la honda tragedia del médico moderno. En la oposición manifiesta que tiene lugar entre su cultura (?) científica y su actuación profesional. No comprenden que hay que ser muy diferente en el laboratorio o en la mesa de estudio, que junto a la cabecera del enfermo. La mayor parte de nuestros flamantes doctores no han logrado salvar esta discordancia que todos llevan consigo y que sólo muy pocos logran resolver acertadamente. Los médicos modernos no tienen puntos de vista de conjunto y desprecian las generalizaciones, porque obstruido el espíritu por la burda sistematización de los hechos y de los conocimientos inmediatamente útiles, son incapaces de las amplias y generosas síntesis. Sus actividades, sólo intelectuales en apariencia, se desenvuelven únicamente en un utilitarismo inmediato, difícil de concebir por espíritus inteligentes y selectos. Por lo general, los estudios que emprenden ya no tienen como fin adquirir la masa de conocimientos que confiere esa cultura que siempre debe tener el médico, proponiéndose exclusivamente almacenar las nociones precisas, indispensables para el ejercicio mecánico de la profesión.

En 1931, los progresos técnicos de la Medicina han contribuido notablemente a disciplinar la mecánica científica y esa mecanización es la que ahora rige el arte de curar. Pues bien, ese mecanismo exuberante—característico de todas las actividades actuales—no hace más que preparar la estupidez de la Medicina del porvenir. Si en 1932 la actividad del materialismo científico sigue progresando en la misma dirección, pronto entraremos en una fase—ya iniciada—del arte de curar, en la que predominarán la incoherencia y la contradicción.

Afortunadamente, durante el año que acaba de morir, parece apuntar un enérgico movimiento de protesta contra la invasión maquinista en la ciencia actual, tendiéndose a orientar la ciencia y el arte médico hacia un criterio filosófico natural de la vida, que no debe confundirse con aquellas gratuitas disquisiciones imaginativas, exclusivamente metafísicas, que caracterizaron el pensamiento de la Medicina en épocas todavía no muy lejanas.

El sentido de esta rebelión es el siguiente: En la anterior revolución intelectual—la del siglo XV—la sabiduría se rebeló contra el espíritu, iniciándose la conquista de la materia, con el fin de extender el bienestar físico y material de la especie humana; en la lucha triunfó al fin esta última; es decir, el interés inmediato, que ha continuado imponiéndose sin contemplaciones hasta nuestros días. Pero ahora el progreso de la materia y la decadencia del espíritu han llegado a tales límites, que conviene, si no frenar y paralizar totalmente aquélla, exaltar notablemente éste hasta equipararlos por lo menos.

Esta es la doctrina más trascendental, iniciada en la ciencia médica

durante el año 1931. Según ella, los galenos actuales se han enriquecido notablemente de técnica, pero su educación cultural deja bastante que desear, o en términos más claros, resulta lamentable. El nuevo humanismo que renace habrá, pues, de consistir en hacer que la educación cultural alcance a la instrucción científica, para que luego ésta se constituya con carácter dominante. Tal debe ser la nueva revolución científica, profesional y artística de la Medicina de 1932; al espíritu sobre la materia. Y que la revolución espiritual de hoy prepare la revolución positiva de mañana; es decir, una revolución análoga a la del siglo XV, y así sucesivamente. Tales revoluciones—cultural y científica—al sucederse, son las que imponen y consagran definitivamente los auténticos progresos de la cultura y de la ciencia.

En el crítico momento actual, de decadencia, ya llevamos muchos años de rebelión realista; hora es ya de que la rebelión espiritual se alce contra el caos realista. Que como decía Goethe todos los períodos de prosperidad ascendente fueron creyentes, y todos los descendentes descreídos.

La aspiración de nuestra ciencia en 1932 habrá de encaminarse, sobre todo, hacia la reconquista del «alma» de la Medicina. Esa alma que viene anunciada en la moderna biología, por el vitalismo que emerge nuevamente, devolviéndonos muchas cosas que los abusos del laboratorio habían relegado, casi definitivamente, al olvido; tales como el problema de la inmortalidad con Vexküel y la cuestión del libre albedrío con Driesch. Al entrar en el año nuevo de la ciencia, pongamos los médicos a contribución todas nuestras fuerzas, para mejorar el lamentable estado actual de nuestra experiencia, y que de una Medicina inerte florezca una nueva Medicina animada y viva.

En el nuevo año, cada vez se oirá gritar con mayor clamor y fuerza: «¡Volvamos a Hipócrates!» Sí, volvamos a la medicina hipocrática, al viejo principio de la unidad funcional, al principio inmortal de la unidad vital del organismo, del *consensus partium*, que olvidado ya, resurge ahora potente en virtud de los nuevos estudios de la escuela constitucionalista, que con tanto éxito se van afirmando en la medicina práctica contemporánea, proclamando rotundamente la ley pitagórica del número y de la armonía en los dominios de la biología humana.

Volvamos a Hipócrates, el padre de la Medicina, que no tenía ningún laboratorio, y en cambio disponía de gran experiencia, de gran sentido filosófico, de capacidad para sentir y para amar al enfermo. «El amor al hombre—decía Hipócrates—es la fuente del verdadero amor al arte.»

Como en el mundo nuestro nada se crea ni nada se destruye, el sentido de la nueva Medicina en 1932 habrá de comprenderse como una especie de retorno a lo viejo. Nada de nuevos hechos, ni de nuevas ideas, ni de nuevos programas, sino programas, ideas y hechos viejos, muy viejos, pero hasta el límite humano nada más; antiguos, muy antiguos, de sentido profundo inmanente, pero fuera de las viejas formas consideradas

hoy día como clásicas; o sea, bajo expresiones distintas de las actuales, según una nueva concepción de la ciencia que habrá de expresarse por un ajustamiento interior más exacto, bajo una disposición moral más noble, con un nivel de ser más alto, hacia una vida intensa más honda en una existencia de cultura más amplia...



Ante la Asamblea extraordinaria de médicos rurales

(COMENTARIOS RURALES)

por Lorenzo SÁEZ

Inspector municipal de Sanidad de Iscar

Escribimos estas cuartillas la víspera del comienzo de una Asamblea extraordinaria de médicos titulares. Nuestra clase atraviesa momentos críticos por la desorientación que reina en dirigentes y dirigidos. Nacida la Asociación del entusiasmo y sacrificio de los titulares del distrito de Medina del Campo; protegida en los comienzos del régimen dictatorial por el doctor Murillo, dándola carácter oficial y consiguiendo para la clase médica rural mejoras que quizá no hayan sido lo suficientemente agradecidas, sufrió rudo golpe al salir de la Dirección general de Sanidad el que con tanta justicia se le ha llamado padre espiritual de los médicos titulares. Durante su actuación se publicó el Reglamento de Sanidad Municipal, unánimemente alabado en España y en el extranjero; se aumentaron las dotaciones de las plazas de titulares y se gratificó con un mínimo de un diez por ciento de las consignaciones de éstas, la Inspección Municipal de Sanidad. Hizo Murillo lo posible por conseguir la suprema aspiración de los médicos titulares, el pase al Estado; pero sus esfuerzos se estrellaron con la obstinación de Calvo Sotelo en no querer comprender la influencia que en la Sanidad tiene que el Inspector municipal no dependa de las autoridades locales.

Sería prolijo enumerar, y nos llevaría a dar mucha extensión a este escrito, la serie de incidencias y vicisitudes por que ha pasado la Asociación hasta el cambio de régimen. Unas favorables, otras adversas, produjeron alternativas de esperanza y desilusión en el ánimo de los titulares, y si en algunos momentos el decaimiento parecía invadir el espíritu de la clase, el esfuerzo y el entusiasmo de nuestros directivos volvían a despertar las energías, conseguían renacer las ilusiones y la Asociación se mostró fuerte y pujante a la venida de la República. La conmoción que la nueva forma de Gobierno produjo en la vida del país, repercutió en los médicos rurales; algunos de nuestros compañeros fueron atropellados, pero las

enérgicas disposiciones de la Dirección general de Sanidad determinaron una rápida vuelta a la normalidad. Las conquistas anteriores son mantenidas íntegramente; se disipa la incertidumbre; renace la tranquilidad; Angel Sanmiguel, el entusiasta, el batallador, vuelve a la presidencia del Comité; más de cincuenta compañeros van a las Cortes constituyentes y forman un bloque médico que nos ofrece su apoyo; en los programas de los partidos políticos figura la Sanidad como función del Estado; el ambiente no puede ser más prometedor, pero ..

El debate parlamentario sobre los artículos de la Constitución que a la Sanidad afectan nos es adverso. Dos ilustres compañeros, Juarros y Sánchez Covisa, defienden con brío y entusiasmo nuestros intereses en un ambiente de incomprensión y de compromiso políticos; la batalla se pierde en una sesión permanente, en medio del cansancio y la indiferencia de la Cámara. Nuestro presidente permanece largas horas contemplando el descalabro y abandona el Congreso dolorido y amargado, pero no vencido; aún tiene esperanzas, aún sueña, hasta que la muerte traidora nos le arrebató cuando más falta hacía. Su elocuencia, su nobleza, su lealtad, vencían a los enemigos más encarnizados; era bueno y desinteresado; su fortuna económica la quebrantó por defender los intereses de sus compañeros. Lloremos todos pérdida tan irreparable.

En estas circunstancias, y con las promesas vagas de que en la ley de Sanidad tendrán cabida nuestras peticiones, vamos a celebrar la Asamblea en una tensión de ánimo como si nos jugáramos la última carta. No hay que desesperanzar; tengamos fe en nuestros gobernantes y en nosotros, a pesar de que el porvenir está lleno de interrogaciones. Las circunstancias políticas, sociales y económicas por que atraviesa el país, no son propicias para conseguir nuestra suprema aspiración, a no ser por la conveniencia de recordar a los jefes políticos sus promesas y por mantener el entusiasmo y la confianza de la clase, juzgaría la celebración de la Asamblea, en estos momentos, completamente inoportuna. Las Cortes constituyentes tienen una vida limitada, y en ellas no se discutirá la ley de Sanidad, es fácil que gastemos la pólvora en salvas, pero siempre es conveniente que estemos alerta.

Ni optimista ni pesimista salgo para la Asamblea. El momento es de serenidad, de una gran serenidad por parte de todos, con el fin de que no se malogre lo que tanto trabajo y dinero nos ha costado conseguir. Es preciso ahora, más que nunca, mantenernos en estrecha unión. Esta era la obsesión constante de Angel Sanmiguel. El mejor tributo que podemos rendir a su memoria, es cumplir lo que siempre fué tema principal de sus predicaciones: UNIÓN.

Veremos qué pasa en Madrid. En el próximo número procuraré dar cuenta a nuestros lectores del ambiente y acuerdos de la Asamblea, Mucho me temo que mi torpe pluma no sepa recoger con fidelidad el espíritu de los asambleístas, pero a vuestra benevolencia, queridos compañeros rurales,

me encomiendo y, confiado en ella, seguiré en esta REVISTA CLÍNICA CASTELLANA informando y comentando los problemas que nos afectan. Necesito vuestra ayuda para cumplir esta misión con que me honra el Comité directivo de esta REVISTA y que, agradecido, acepto; porque si a todos nos es necesario conocer la renovación y progreso de la ciencia médica, es imprescindible particularmente a los jóvenes orientarles en la lucha que en el medio rural han de sostener con la incultura y la ingratitud.

Un fuerte abrazo, compañeros mártires.



Asistencia médica rural

(Texto definitivo de las conclusiones adoptadas por el Consejo general de la Asociación Profesional Internacional de Médicos.)—A. P. I. M.

1.—En su más amplio sentido, la asistencia médica eficaz designa un servicio médico, de tal manera organizado que ponga a disposición de la población, todos los recursos de la Medicina moderna, encaminados a preservar la salud y tratar las enfermedades, en sus primeras fases.

2.—Con objeto de proporcionar una asistencia médica eficaz a la población rural, la A. P. I. M., cree que el número de personas susceptibles de ser cuidadas por un médico, no debe pasar de 2.000, entendiéndose que a medida que progresa la organización sanitaria y aumenten las necesidades de la población, el número puede descender hasta 1.000.

3. Sería de desear que el número y la repartición de farmacéuticos y médicos-farmacéuticos en las regiones rurales, sea tal, que todas las prescripciones puedan ser rápidamente proporcionadas a la población.

4.—Esta asistencia médica, necesita igualmente un personal auxiliar técnico o —en su defecto y provisionalmente— personas provistas de un minimum de formación técnica. Pero es indispensable que este personal auxiliar se abstenga absolutamente de toda intervención médica, y que toda su actuación sea en todo caso dirigida por un médico.

5.—Es de desear que hasta en los más pequeños núcleos de población rural, exista siempre una persona capaz de prestar los primeros socorros y de asegurar la ejecución de las prescripciones ordenadas por el médico.

6.—Las poblaciones y los médicos rurales, deberán estar en condiciones de utilizar los servicios de centros de diagnóstico y de tratamientos especiales, siendo únicamente utilizados, cuando los requiera el médico de cabecera, en los casos que no existan médicos especialistas en la región. Estos centros estarán convenientemente dotados de material y personal especializado.

Estos servicios, estarán en constante comunicación con el médico al cual informarán del resultado de los exámenes del curso del tratamiento. Recíprocamente es deber del médico conservar la misma estrecha relación con estos servicios, por el interés mismo de los enfermos.

7.—La asistencia médica rural implica igualmente facilidades de hospitalización en establecimientos adecuados, dotados convenientemente. Habrá un establecimiento hospitalario por cada 20.000 ó 30.000 habitantes, y una organización racional de dos camas por cada 1.000 habitantes. Cada establecimiento no tendrá menos de cincuenta camas.

A disposición de médicos y enfermos, habrá siempre medios de comunicación permanente (telégrafo, teléfono, etc.) y medios constantes de transporte, con objeto de permitir una rápida hospitalización en los casos de urgencia.

8.—La Asistencia médica rural debe utilizar los servicios de laboratorio. Los análisis y exámenes más sencillos podrán ser efectuados en los laboratorios de los hospitales. Los más complejos (bacteriológicos, anato-mo-patológicos, serológicos, etc.) se enviarán a los grandes laboratorios especialmente dispuestos.

9.—La asistencia médica rural, requerirá el auxilio de los médicos especialistas. El especialista estará en constante comunicación con el médico de cabecera informándole del resultado de los exámenes, del tratamiento y de sus consecuencias.

10.—*Medios de realización* —La realización eficaz de una asistencia médica rural, exige la colaboración de las autoridades sanitarias y benéficas, del cuerpo médico, de las sociedades de seguros médicos, de las cooperativas sanitarias, de las organizaciones privadas, etc., etc.

Sólo con la armónica colaboración de todas estas instituciones, organismos, voluntades, y siguiendo un programa, que ellas establecerán de acuerdo, podrá acometerse el complejo, mas no insoluble problema de la Asistencia médica rural.

11.—Los grupos médicos profesionales que constituyen la A. P. I. M. están dispuestos a prestar su cordial y activa colaboración a esta obra tan importante y necesaria para el mejoramiento de la salud pública.



MEDICINA INTERNA

J. FELSEN.—**Oxigenación intestinal en la colitis ulcerosa idiopática.** *Archives of Internal Medicine.* November 1931. P. 786.

Los favorables resultados obtenidos por el autor desde hace tres años en la colitis ulcerosa no específica tratada con irrigaciones de líquidos oxidantes le han llevado a introducir directamente oxígeno puro en el intestino de los pacientes con colitis ulcerosa. Ha estudiado hasta ahora 117 casos, que ha seguido después de tres a veintiocho meses. El diagnóstico lo establece clínicamente y después de eliminar bacteriológica y serológicamente la existencia de una colitis ulcerosa específica.

El autor sigue la siguiente técnica: inyecciones en el recto de 250 c. c. de oxígeno, repetidas siete veces desde las ocho de la mañana hasta las nueve de la noche, con lo que se inyecta en total de 1.750 c. c. a 2.000 c. c. Los efectos de esta terapéutica se observan en los casos favorables, ya a los dos o siete días, otras veces más tarde. El tratamiento hay que continuarlo hasta que desaparezcan los síntomas. Los efectos benéficos, los achaca el autor a la acción del oxígeno sobre la flora intestinal y a su acción sobre la pared intestinal.

En otros casos tratados como control con nitrógeno y anhídrido carbónico no se ha obtenido mejoría.

G. MELDOLESI.—**La función menstrual en la enfermedad de Flajam Basedow.** *Il Policlinico. Sez. med.* Diciembre 1931. P. 620.

De 56 casos de esta enfermedad ha encontrado el autor en el 76 por 100 disturbios varios de la función menstrual y en el 24 por 100 una función normal en calidad, cantidad y ritmo. Entre las enfermas con irregularidades de su función menstrual 64 por 100 habían reglado con anterioridad normalmente, un 36 por 100 presentaban ya irregularidades antes de la aparición de la enfermedad de Basedow.

Para el autor no hay relación entre la gravedad de la enfermedad y la frecuencia o intensidad de los trastornos menstruales.

En las enfermas de Basedow se presenta durante el período premenstrual un aumento del metabolismo basal, de la hipersensibilidad a la adrenalina y de la escasa tolerancia para los hidratos del carbono; en cambio durante el período menstrual propiamente dicho una disminución de los anteriores fenómenos.

J. THOMPSON STEVENS.—**Los Rayos X y el Radio en el bocio tóxico y en el hipertiroidismo.** *The Journal of Am. Med. Ass.* Diciembre 1931, núm. 23. Pág. 1.689.

Primeramente hace un breve resumen literario de esta cuestión. El autor ha estudiado 325 pacientes afectos de diferentes tipos de bocio.

En 270 fueron seguidos perfectamente todos los detalles del tratamiento. De éstos, 243 fueron curados con radioterapia, de los otros 27, un 4 por 100 mejoró, otro 4 por 100 permaneció igual y sólo 1 por 100 murió.

Considera un caso como curado cuando el pulso vuelve a lo normal, ganan el peso perdido, desaparece el temblor y el tumor firoideo y el metabolismo basal regresa a lo normal.

De todo ello deduce que este método de tratamiento no es inferior a ningún otro y con él se logran curaciones en un 85-90 por 100 de los casos.

L. DAVIS, H. HAVEN and J. EMMET.—**Efectos de los anestésicos espinales sobre la médula y sus meninges.** *The Journal of the Am. Med. Ass.* Diciembre 1931. P. 1 781.

Los autores estudian experimentalmente en perros este problema y llegan a las conclusiones siguientes. Todas las soluciones anestésicas empleadas actualmente por vía lumbar son mielolíticas y hemolíticas y pueden por tanto destruir la mielina de las fibras nerviosas y la membrana de los hematíes.

Después de la inyección intrarraquídea de variados anestésicos en perros han observado los siguientes cambios anatomopatológicos: 1.º Una reacción inflamatoria de grado variable de los leptomeninges. 2.º Cambios en las células ganglionares análogos a los que se presentan en las degeneraciones Walerianas retrógradas. 3.º Aumento del volumen y fragmentación de los cilindro-ejes. 4.º Signos de degeneración en las diversas cadenas espinales.

Las alteraciones de las células y cordones de la médula no se observaban en los perros tres meses después de la anestesia, en cambio las alteraciones en las leptomeninges persistían.

Los autores piensan extender estos estudios a la clínica humana, tanto desde el punto de vista anatomopatológico como clínico.

M. BRULÉ ET R. O. BARBAT.—**Alcohol y sífilis en la génesis de las cirrosis.** *La Presse Médicale.* Diciembre 1931. P. 1.903.

Los autores pasan revista primeramente en su trabajo a los argumentos de índole serológico, terapéutico y anatomopatológico que se han aportado para demostrar el papel de la sífilis en la génesis de las cirrosis. Personalmente han estudiado 53 casos de cirrosis ascitógenas, atróficas e hipertróficas. En todos ellos practicaron las reacciones de Warsermann, Vacobsthal y Hecht.

De los 53, 6 presentaban una reacción de fijación positiva y 4 eran sífilíticos antiguos con serología negativa. La sífilis se descubría por tanto en un 20 por 100 de los casos, que es el tanto por ciento que encuentran los autores en el total de sus enfermos. Por el contrario encuentran alcoholismo en el 86 por 100 de los casos. De los 10 sífilíticos, 8 eran además grandes alcohólicos.

No comparten la idea de Letulle de la frecuencia de las lesiones peritoneales sifilíticas en las cirrosis. Tampoco dan el valor que atribuye Grenet a las infiltraciones linfocitarias que se encuentran en hígado como características de la sífilis, pues los autores las encuentran también en cirrosis no sifilíticas.

Los resultados beneficiosos que a veces se logran en el tratamiento de las cirrosis con los medicamentos antilúéticos lo atribuyen los autores sobre todo al efecto diurético del mercurio.

J. ANDREU URRÁ.

ANSELMINO, K. J. Y F. HOFFMANN.—La hormona del lóbulo anterior de la hipófisis con influencia en el metabolismo de las grasas. Klin. Wschr. 26-XII-1931, pág. 2.380.

Mediante un procedimiento original de extracción han obtenido los autores un extracto del lóbulo anterior hipofisario de gran actividad en el metabolismo de las grasas, cuya dosificación realizan empleando como test la acción que tiene dicho extracto sobre la concentración sanguínea de cuerpos cetónicos en ratas machos adultas, que se eleva, alcanzando un máximo al cabo de dos horas después de la inyección. Dicha hormona metabólica coincide en sus propiedades físicas y químicas con el Prolan, pero no hay identidad entre ambas como lo demuestra el hecho de que 10 unidades rata de Prolan comercial equivalen en su acción metabólica a 3 miligramos de lóbulo anterior seco, y 60 miligramos de éste despliegan en la prueba de Ascheim-Zondek una acción equivalente a una unidad-rata; se pueden separar ambas hormonas mediante la absorción por carbón animal. En diversas experiencias demuestran los autores la influencia reguladora en el recambio de las grasas, la acción hiperacetoneante a expensas de una activa desintegración grasa con producción principalmente de ácido beta-oxibutírico, su influencia deprimente del metabolismo basal, y su acción reforzadora de la acción dinámica específica. Finalmente, atribuyen gran importancia a trastornos de la secreción de la hormona metabólica en la fisiología patológica del síndrome adiposo-genital, obesidades endógenas y por castración, con puntos de vista a la terapéutica. Suponen también que los vómitos acetónicos de los niños y la hyperemesis gravidarum dependen de un estado de hiperfuncionamiento del lóbulo anterior de la hipófisis con producción exagerada de hormona catabolizadora de grasa.

HORSTER, H.—Investigaciones bacteriológicas y serológicas en la tuberculosis y en las afecciones "reumáticas". Klin Wschr, 26-XII-1931, pág. 2.389.

El hemocultivo por el procedimiento de Leowenstein no ha dado resultado positivo en ninguno de los casos examinados, a saber: 83 enfermos de tuberculosis pulmonar abierta y febril, 2 de tuberculosis miliar y 9 de

reumatismo poliarticular agudo; estos resultados no pueden explicarse por defecto de la técnica empleada, ya que ésta se ajustó siempre a las indicaciones de Leowenstein quien personalmente adiestró a Horster en la práctica de su método. El autor ha ensayado la reacción de precipitación de Lehmann-Facius y Leschke en 600 enfermos, obteniendo resultados que acreditan su gran utilidad en clínica, pues permite el diagnóstico exacto en algunos casos dudosos. 200 pruebas de control con enfermos de sistema nervioso, tumores, pulmonía, gripe y otras muchas enfermedades infecciosas resultó siempre negativa dicha reacción de precipitación; en cambio fué positiva en 16 de 23 enfermos de poliartritis aguda y subaguda, lo cual apoya la creencia de que en muchos enfermos de reumatismo poliarticular desempeña la tuberculosis un importante papel, siendo el ataque de reumatismo consecuencia de una reacción entre antígenos y anticuerpos, que se produce, como ha expuesto recientemente Bieling, cuando en un enfermo de tuberculosis curado o de escasa actividad, y menos frecuentemente en otras infecciones, pasa al torrente circulatorio suficiente cantidad del microbio correspondiente, bacilo de Koch, estreptococo, etc.

MARCHIONINI, A.—Valor de las reacciones coloidales del líquido céfalorraquídeo para el diagnóstico diferencial de las afecciones sífilíticas del sistema nervioso central. *Klin. Wschr.* 26-XII-1931, pág. 2393.

De los resultados obtenidos con el empleo sistemático de las reacciones del oro coloidal y del mástic en 2.000 enfermos deduce el autor que las reacciones coloidales no representan un progreso esencial en el diagnóstico recíproco de las afecciones neurosífilíticas y que ha sido muy exagerada su importancia a este respecto. Sólo 57 por 100 de los paralíticos dieron curva característica, en 28 por 100 era ésta de tipo tabético, y en el 15 por 100 restante, de sífilis cerebroespinal. De los tabéticos solamente 36 por 100 reaccionaron con curvas específicas, 24 por 100 eran de parálisis y 40 por 100 de sífilis. Con mayor frecuencia, 66 por 100, se obtuvieron resultados concordantes en la sífilis cerebroespinal; 20 por 100 y 14 por 100 dieron respectivamente curvas de tabes y de parálisis. La gran ventaja de las reacciones coloidales radica en su mayor sensibilidad con respecto a la de Wassermann, que se manifiesta en las tres formas de sífilis; así, el 4 por 100 de 105 paralíticos con Lange y Kafka positivos dieron Wassermann negativo en líquido. Lo mismo ocurrió en 6 por 100 de 89 tabéticos y en 38 por 100 de 138 enfermos de sífilis cerebroespinal. Pero desde el punto de vista del diagnóstico diferencial el autor considera muy superior otro método: la reacción de fijación del complemento con extractos de cerebro colesternados, y sobre este punto anuncia la próxima aparición de otro artículo.

F. QUEROL.

DERMOSIFILIOGRAFÍA

G. BELGODERE: **El erisipeloide. Transmisión al hombre del mal rojo del cerdo** (con una observación personal). *Ann. de Dermatologie et de Syphiliographie*, VII serie, T. II, número 12, Diciembre 1931, página 1241.

El mal rojo del cerdo puede transmitirse al hombre. Estos hechos son conocidos casi exclusivamente por veterinarios y dermatólogos. Por cierto que lo son de modo muy imperfecto, pues escaseando las publicaciones, aun entre los mismos dermatólogos, es el erisipeloide de Rosenbach afección poco conocida.

Estas consideraciones mueven a Belgodere a hacer, con motivo de un caso personal, una revista general sobre el E. de R., la única que hoy día existe en lengua francesa.

El erisipeloide es una enfermedad cutánea debida a la inoculación sobre la cara dorsal de la mano (lo más frecuentemente) de un bacilo especial llamado el bacilo del mal rojo del cerdo, porque es el agente patógeno de esta última enfermedad, pero este bacilo parece ser muy abundante en la naturaleza viviendo saprofiticamente sobre las más variadas sustancias de origen animal y sobre otros animales distintos del cerdo, pareciendo que su contacto es suficiente para ocasionar el contagio.

El hombre presenta un terreno menos favorable que el cerdo para la evolución de la enfermedad. Pero es preciso distinguir los contagios ocasionados por la manipulación de carnes infectadas (en las que el bacilo ha podido perder parte de su virulencia) de aquellos otros en que la transmisión se verificó por contagio directamente del cerdo enfermo al hombre. En la literatura alemana se registran casos de veterinarios muertos por septicemias graves. Y es en Alemania donde mayor número de casos han sido descritos. Generalmente el erisipeloide se presenta como complicación de pequeñas heridas de las manos producidas manejando carnes, pieles, etc. (carniceros, matarifes, veterinarios, etc.), pero también se ha descrito el E. en pescadores, vendedores de pescados, empleados de granja, traficantes en pieles de conejo, curtidores, etc.

Después de un período de incubación variable, desde unas horas a dos días, sobreviene la tumefacción de la región infectada, el dorso de la mano se abomba, los dedos adquieren un aspecto fusiforme, raramente se propaga a la cara palmar, aunque se mencionan casos de propagación al antebrazo, brazo y aun la cara. Un eritema característico, más marcado a nivel de los bordes, palideciendo en dirección a la lesión inicial, lugar algunas veces ocupado en este estadio por una pústula de contenido hemorrágico. Cuando la reacción es muy intensa, sobre la placa erisipeloide se esfiman algunas vesículas y, en grado extremo, hasta flictenas.

Con alguna frecuencia, como complicación importante, una o más

articulaciones falángicas son asiento de tumefacción dolorosa y la piel que la recubre se pone manifestamente roja, caliente y edematosa: es la artritis que Axhausen encuentra en el 75 por 100 de los casos. La duración del período de estado es de una decena de días, a partir de este momento puede retroceder, o después de forzada la barrera linfática (es preciso diferenciar las adenitis por infección secundaria) pueden manifestarse los síntomas de la invasión generalizada: cansancio, escalofríos, fiebre elevada, sudores fríos, profusos, cefalea. Excepcionalmente se ha comprobado una meningitis. En el líquido céfalo raquídeo extraído por punción se comprobó, en examen directo y en cultivos, la existencia del bacilo del mal rojo del cerdo (Dumont y Cotoni).

El diagnóstico debe establecerse con la erisipela (fiebre más elevada y escalofríos más típicos, lesiones más extensivas, reborde erisipelatoso más neto, etc.), la linfangitis vulgar, tal vez con el eritema poliformo (?). El color rojo escarlata de los tegumentos contorneando la herida, el tono *vinoso* del borde del edema. No es ni un simple eritema, ni existe el reborde de la erisipela. La certidumbre, ya que el diagnóstico clínico no tiene más que un valor relativo, la dará el estudio bacteriológico completo (investigación directa y por medio de cultivos, inoculaciones, mejor seguidas de retrocultivos), la investigación de precipitinas, reacción de aglutinación, desviación del complemento y prueba de la alergia cutánea (investigaciones estas últimas que aún no han dado resultados indiscutibles).

El tratamiento, según las reglas de Schrapf y Fouquet será:

a) *durante el período de incubación* sobre la herida sospechosa verter algunas gotas de suero de Leclairché, aplicando, durante dos o tres días, compresas empapadas en este suero.

b) *durante el período de invasión local*, inyección de suero en los contornos del foco.

c) *en el período de invasión generalizada*, inyección masiva de suero bajo la piel del abdomen (en veterinaria la dosis empleada es de 10 cc. por 50 kilogramos), unos 20 cc. para 65 kilogramos de peso, repetida si es preciso. Gestewitz recomienda el suero sólo en aplicación local, a causa de accidentes séricos posibles.

Sigue a este trabajo una abundante bibliografía francesa, alemana, inglesa, americana, italiana y escandinava.

Nota del traductor.—El mal rojo del cerdo no es raro en Castilla; ignoramos hoy la extensión que esta enfermedad alcanzará en regiones en las que la especie porcina es más abundante y constituye una de las riquezas del país. En Castilla la Vieja existe, de hecho, el erisipeloide; por cierto que sólo en el primer caso que creemos haber visto (diagnóstico *a posteriori*, pues fué observado en vida de nuestro padre y en su clínica), podía establecerse la relación entre el hombre y el cerdo enfermo del mal rojo; de los otros tres enfermos, en uno no se encontraba antecedente de

contacto sospechoso, la herida inicial derivaba de una pedrada; de los otros dos, vistos en el transcurso del pasado año de 1931, uno, propietario de una vaquería en el campo, se había erosionado el dorso de la mano con unas zarzas dos días antes de reducir un prolapso de útero en una vaca afectada de aborto contagioso (?); el último, dueño de un taller de carretería, se hirió manejando un tablero de un carro que reparaba en su taller. La procedencia de los enfermos era, para el primero, Palazuelo de Vedija, de esta provincia, pueblo de negociantes en cerdos; el segundo procedía de la provincia de Burgos; y los últimos, de Paredes de Nava (Palencia), en donde fué visto por nuestros compañeros los doctores Cantero y González Blanco, y de las Cabañas de Castilla (Palencia), respectivamente. Ambos presentaron fenómenos generales marcados que llegaron a preocuparnos por tener presente los casos graves que registra la literatura, y que consultamos para su estudio. Desgraciadamente nos faltan datos bacteriológicos (el examen directo de la serosidad de una vesicopústula y de sangre obtenida por escarificación en el borde de la zona vinosa fueron negativos). Para su tratamiento empleamos con éxito inyecciones intravenosas de citrato de cobre, alternadas con otras de yodasepíne. Como tratamiento local, una crema a base de sulfato de cobre y sulfato de cinc, al uno por 300, y vendaje ligeramente compresivo con elevación del miembro.

En la literatura española sólo encontramos, en una rápida rebusca, un trabajo de nuestro paisano y amigo el distinguido Inspector provincial de Sanidad de Santander, doctor G. Clavero del Campo (*Revista Médica de Santander*, número 8, Julio 1931), en el que relata una epidemia que tuvo ocasión de asistir en Malva (Zamora), con tres casos de erisipeloide, y otro más de Nava del Rey (Valladolid).

Parece indudable, como dice Belgodere, es por desconocer la existencia de la enfermedad por lo que pasa desapercibida. El médico general la confunde con una erisipela más o menos anormal; al especialista no llegan muchos casos, y sólo después de llamada la atención en este sentido puede hacer el diagnóstico clínico, que no tiene grandes dificultades. En nuestro caso fué un trabajo del profesor Dubreuilh publicado en el tiempo en que asistíamos a su clínica, lo que nos hizo recelar de aquel primer enfermo visto con nuestro padre.

P. CHEVALIER: **La tuberculosis adquirida de los sífilíticos**, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1931. Cuaderno 15.º, art. 30.010.

La sífilis puede favorecer la evolución de la tuberculosis de modo directo o indirecto. Como complicación de una sífilis reciente, en sujetos jóvenes, revistiendo en su comienzo una forma de tifo-bacilosis, o bajo

forma úlcero-caseosa, como sucede frecuentemente en sujetos de edad madura.

Es preciso vigilar muy de cerca el tratamiento de estos sifilíticos-tuberculosos. Chevalier se abstiene de tratar los enfermos febriles y proscribire los derivados arsenobenzólicos. La evolución de la tuberculosis, en los sifilíticos antiguos es más rápida que de ordinario por ser enfermos poliesclerosos en estado de menor resistencia.

CARLE: Treinta años después... o la vida de un sifilítico. *Annales des Maladies vénériennes*, año XXVI, número 6, Junio 1931, pág. 407.

De 1910 a 1920 ha visto y tratado Carle 415 enfermos, que luego ha visto de nuevo de 1920 a 1930. Entre estos 415 enfermos ha comprobado lesiones ciertamente sifilíticas en 154, en 143 casos podía darse de lado el factor sífilis para las afecciones que presentaban sus enfermos, podía creerse obraba la sífilis como causa predisponente en 51 casos. Además observó tres reinfecciones.

El estudio de esta interesante estadística, le muestra la disminución (en un 17,5 por 100) de lesiones ulcerosas y gomas de todas clases, con relación a la estadística del profesor Fournier.

Pero encuentra 80 casos de lesiones nerviosas entre 154 enfermos (cerca del 50 por 100). Comparando sus datos con los de Fournier (30 por 100) no cree exista un verdadero aumento ya que incluye accidentes que no eran considerados como de etiología sifilítica en la época de Fournier; las lesiones cardio-aórticas, que parecen más numerosas, le merecen igual consideración. Carle deduce la necesidad de un tratamiento mercurial casi crónico.

LEDO.



OTORINOLARINGOLOGÍA

A G. TAPIA: **Amígdalas y reumatismo** (nota previa). *Revista española y americana de Laringología, Otología y Rinología*. Abril 1931.

En esta nota previa resume el autor el resultado de su experiencia sobre el detenido estudio que viene haciendo hace dos años de un gran número de enfermos de reumatismo, de endocarditis, de nefritis, etc., de origen amigdalár.

Hace un breve relato histórico del asunto y termina diciendo que en la actualidad, en vista de la existencia de un foco infeccioso en relación con el reumatismo, se ha abierto un interesante capítulo de patología médica bajo el nombre de infección focal, en el que en España se han destacado Maraón, Tapia Martínez, Jiménez Díaz, Márquez y otros muchos.

Los hallazgos bacteriológicos han hecho suponer a algunos que el reumatismo poliarticular agudo es una enfermedad producida por un agente específico; en realidad hasta ahora no puede afirmarse la existencia de este germen. En los exudados de las anginas y en el derrame de las serosas se han encontrado los microbios más diversos: estreptococos, estafilococos blanco y dorado, diplococos, el estreptococo viridans, el hemolítico, etc.

Gräff halló el granuloma específico o nódulo de Aschoff, no sólo en el corazón, sino en todos los órganos, músculos tendinosos y en la cápsula de las amígdalas infectadas de sujetos que padecieron reumatismo poliarticular.

Por otra parte, esta lesión granulomatosa si bien puede ser considerada como específica del reumatismo, no está claro que lo sea de un agente determinado; se trataría, según Kauffman, de una inflamación hiperérgica capaz de ser producida en un animal sensibilizado a las proteínas de cualquier estreptococo

Para Jiménez Díaz las amigdalitis pueden producir reumatismo poliarticular agudo siempre que concurren las circunstancias siguientes:

- a) Cronicidad de la infección, con agudizaciones intermitentes, para que el paso repetido de los gérmenes sensibilice el organismo.
- b) Disposición individual adecuada, constitución mesenquimatosa, fórmula endocrina, etc., para que el organismo se deje sensibilizar con respuesta alérgica.

Como foco primario de cronisepticemia es, sin duda, la amigdalitis crónica el más importante y el más frecuente. Desde dicho punto ingresan los agentes en el torrente circulatorio; si pasan en escaso número o con escasa virulencia actúan, más que como infectantes, como desencadenantes alérgicos, y si pasan en mayor abundancia o con mayor virulencia obran como infectantes, produciendo verdaderas metástasis que, o se curan dejando como secuela de su paso lesiones cicatrizales (lesiones valvulares cicatrizales), o continúan activamente constituyendo un nuevo foco, punto de partida de gérmenes, al que Jiménez Díaz denomina metástasis, foco o foco secundario (lesión valvular infectada o infectante).

Las secuelas de las amigdalitis son, pues, en parte alérgicas y en parte inflamatorias.

De esto se deduce el papel preponderante que tiene la patología de las amígdalas en el desenvolvimiento del reumatismo y cuán importante es la extirpación total de las amígdalas crónicamente infectadas, para evitar la formación de focos secundarios y para curar las secuelas alérgicas.

JONATHAN ELBAZ: **Considérations sur la trachéostomie.** *Les Annales d'Otolaryngologie.* Número 3, Marzo 1931.

Describe el autor la técnica seguida por el profesor Sebilleau para realizar este tipo particular de traqueotomía, la traqueostomía o fijación de

la tráquea a la pared muscular o músculo-tegumentaria. Divide el artículo en tres partes: la primera trata de las diferentes traqueotomías y, en particular, de la traqueotomía de urgencia; la segunda comprende la técnica de la traqueostomía tal como se realiza en el servicio del Lariboisière, con algunas variedades clínicas y técnicas; y en la tercera estudia los cuidados postoperatorios médicos y quirúrgicos de los traqueotomizados, con el fin de evitar las complicaciones.

De sus conclusiones se deduce que la traqueotomía de urgencia, que es una operación difícil y emocionante, se resolverá bien cualquiera que sean sus dificultades, practicándola no como una traqueotomía punción precipitada, sino como una verdadera operación con técnica reglada, como si se tratase de una traqueotomía de oportunidad.

Se distingue su técnica de la clásica por ciertos puntos cuya importancia precisa en el curso de su exposición, y que son ante todo:

1.º *La incisión cutánea larga*, que es capital y cuya importancia domina toda la intervención. Permite descubrir fácilmente y con toda seguridad el cricoides, verdadera piedra de toque de la operación. Permite una amplia penetración hacia los órganos profundos, a los que, por decirlo así, exterioriza. En fin, permite una perfecta hemostasia.

2.º *La fijación de la tráquea a la pared*, que puede y debe ser practicada siempre. Sus inconvenientes son nulos, la herida de traqueostomía después de la curación se cierra tan bien como una herida de traqueotomía simple. Sus ventajas son inmensas: evita la supuración de la capa celular peritraqueal; evita la falsa ruta; constituye el mejor medio que poseemos para evitar, por una parte, la expulsión de la cánula fuera de la cavidad traqueal, accidente relativamente frecuente, y por otra parte la dificultad, algunas veces la imposibilidad, de la reposición de esta cánula.

3.º Finalmente, la *laringotomía intercrico-tiroidea* precederá, en los casos de extrema urgencia, a la traqueostomía, que después podrá practicarse con todo el tiempo necesario siguiendo la técnica descrita.

M. GAVILÁN.



NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRIA

V. TRONCONI: **La etiología de la esclerosis en placas. Estado actual de las investigaciones sobre la llamada «spherula insularis».** *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. Volumen 38, fascículo 2, Septiembre Octubre 1931.

En *The Lancet* del 15 Marzo 1930 la señorita K. Chevassut refiere haber descubierto el agente patógeno de la esclerosis múltiple, basada en el comportamiento de la reacción de Lange con l. c. r. de enfermos de

esclerosis en placas, y pretende haber cultivado y visto el agente etiológico. Chevassut sostiene que la curva de la reacción de Lange no depende de la existencia de globulinas sino de la causa del proceso patológico. Cultivando el l. c.^{r.} en caldo de Hartley se obtiene una notable modificación del pH, indicio de la existencia del desenvolvimiento de un proceso vital que no es otro que el agente patógeno de la esclerosis en placas. Finalmente, siguiendo una técnica especial, afirma haber visto el supuesto microorganismo, que se presenta en forma de pequeños grupos o colonias de cuerpos esféricos, muchos de los cuales poseen pequeños gránulos refringentes.

Por este aspecto de virus, Purves Stewart le ha dado el nombre de «spherula insularis», el cual preparó una vacuna con cultivo matado con fenol al 0,5 por 100 y trató numerosos enfermos de esclerosis en placas con resultados alentadores.

El autor pasa revista a las opiniones emitidas en favor de esta hipótesis, que ha sido ampliada por el estudio de las propiedades del virus del suero de los sujetos enfermos y del suero de los conejos inoculados con aquél, para deducir que el virus posee una acción hidrolítica no sólo sobre las proteínas sino sobre las grasas del sistema nervioso, que explican algunos de los conocimientos anatomopatológicos de antiguo conocidos como propios de tal enfermedad.

Investigaciones posteriores son todas contrarias a la idea de considerar la «spherula insularis» como agente específico de la esclerosis múltiple. Las investigaciones de Mollaret y Lépine sobre líquidos de enfermos, bien de esclerosis en placas o de otra enfermedad del sistema nervioso, y sobre líquidos artificialmente preparados, hacen sospechar que el presunto virus no es otra cosa que el resultado de un proceso de floculación de algunos elementos del suero, presentándose en particulares condiciones físico-químicas y sin ninguna relación con el carácter patológico del l. c. r.

Tronconi ha seguido escrupulosamente la técnica descrita por Chevassut y, como ella, ha visto los corpúsculos de aspecto morfológico igual al descrito por la autora inglesa. Pero con la misma técnica ha observado y cultivado el l. c.^{r.} de un enfermo de mielitis transversa—comprobada posteriormente por la necropsia—y ha encontrado las mismas formaciones (el autor publica dos microfotografías que demuestran su afirmación); por lo que concluye que los corpúsculos descritos por los autores ingleses no representan formas de microorganismos vivos específicos de la esclerosis en placas, sino que son productos de procesos físico-químicos no todavía aclarados en su génesis.

B. LE BOURDELLÉS: Epidemiología de la poliomielitís, según los trabajos recientes. *Le Journal de Médecine de Lyon*. Número 286, 5 Diciembre 1931.

Desde 1926 se acusa un recrudecimiento de la enfermedad, tanto en

Estados Unidos y Canadá como en diversas naciones europeas (Inglaterra, Rumania, Bélgica y Países Bajos, Alemania, Suecia y Francia —el autor no menciona los trabajos recientes de autores españoles, falto, seguramente, de la valiosa aportación bibliográfica a ella dirigida—). En 1930 se desarrolla en Francia un foco epidémico que ataca sobre todo a la región alsaciana con 405 casos de 670.900 habitantes, o sea un 60,3 por 100.000 habitantes.

El estudio de estas epidemias no ha dado lugar a ningún descubrimiento importante en el dominio bacteriológico propiamente dicho, pero sí en el terreno epidemiológico.

Los caracteres epidémicos generales han sido confirmados: pequeños grupos irregulares, influencia de las estaciones, contagiosidad y transmisibilidad. Entre las causas predisponentes el papel de la edad es esencial; en la epidemia del Bajo-Rhin la morbilidad ha sido 84 por 100 de 0 a 6 años, 11 por 100 de 6 a 14 años, y 5 por 100 por encima de 14 años; cinco casos han sido observados solamente en mayores de 21 años. Las escuelas no parecen jugar más que un papel secundario en el contagio de la poliomielititis.

La receptibilidad individual es de importancia capital. Levaditi, Schmutz y Villemin han observado en la epidemia alsaciana que los miembros de una familia en que había un caso aislado se hacían inmunes, a pesar de contactos permanentes con el enfermo. La noción de una predisposición específica se impone, cuyo mecanismo obscuro puede ser obra de los factores siguientes: permeabilidad mayor o menor de las mucosas nasofaríngea y digestiva; poder virulicida del suero, grupos sanguíneos —los del A serían muy sensibles, y los del B y C relativamente respetados—. Entran en juego también las variaciones de la virulencia microbiana y condiciones locales ligadas al terreno, asociándose a influencias meteorológicas.

Para explicar el modo de transmisión dos teorías se enfrentan: la de que el virus penetra por las vías respiratorias vehiculado por los enfermos o portadores sanos, y la de por vía digestiva vehiculado por el agua y la leche. El contagio interhumano, aun en el período de incubación, ha sido demostrado. Se ha puesto también de manifiesto la importancia de las formas abortivas y la frecuencia extrema de los portadores sanos; en una colectividad atacada por la poliomielititis, la totalidad de sus individuos se afectan, algunos sujetos presentan manifestaciones clínicas, pero en la mayoría la infección queda latente, se trata de infección «no aparente» (Ch. Nicolle). Así se explica la inmunidad de contacto de las colectividades, es decir, que una epidemia confiere inmunidad global frente a un brote posterior.

El problema de la infección por vía digestiva es estudiado: para Klign, sin agua no hay poliomielititis; los focos dependen de la presencia de un sistema acuático; se propagan siguiendo el curso de los ríos. Los trastor-

nos gastrointestinales que preceden a los nerviosos se explican lo mismo, así como la lesión, casi constante, del simpático abdominal y plexos nerviosos intestinales, con infiltración de las vainas que abocan al plexo solar.

No disponiendo de vacunación específica, la profilaxis, siguiendo las reglas clásicas, es a no olvidar. El autor insiste sobre la seroprofilaxia, y demuestra la eficacia del suero de caballo y monos inmunizados -que preparan diversos laboratorios y de eficacia curativa manifiesta-, el suero humano de convaleciente y el suero de adulto normal, propugnando por la constitución de stocks de suero de convalecientes y de antiguos poliomielíticos.

F. SEGERATH y T. WEMBER: **Modificación del tratamiento de los estados depresivos por sueño artificial prolongado.** *Deutsche medizinische Wochenschrift*. Tomo 57, número 28, 10 Julio 1931.

Desde hace algunos años se emplea la narcosis prolongada en el tratamiento de las psicosis, principalmente esquizofrénicas, utilizándose el dial, paraldehído asociado a la escopolamina, luminal, bromuros, somnifeno, avertina y pernoctón.

Los autores han empleado la asociación de dos órdenes de medicamentos: primero, somnacetina, fanodormo, adalina; segundo, luminal, veronal y somnifeno.

En general, empezaban por una inyección de pantopón-escopolamina y se continuaba cada dos o tres horas por la administración de los medicamentos mencionados.

La dosis y modos de administración varían según la gravedad del caso, el estado general del enfermo y su modo de reaccionar durante el tratamiento.

En los esquizofrénicos los resultados les han sido inconstantes; han obtenido éxito en las tres cuartas partes de los estados depresivos cíclicos, en la melancolía simple y en las depresiones de la menopausia.

La cura está contraindicada en los enfermos con lesiones cardíacas, pulmonares y renales.

Dados los peligros que pueden a veces sobrevenir, se exige una vigilancia técnica estricta y continua.

F. BAUMGARTEN: **Niños prodigios.** *Archivos de Neurobiología*. Tomo 11, número 5, Septiembre-October 1931.

Es un tema del que, científicamente, se conoce muy poco. Lombroso escribió: «toda precocidad es patológica», frase a todas luces inexacta.

Los clínicos han prestado poco interés a este asunto; Bienstock escribió en 1926 un trabajo «sobre un tumor de la glándula pineal» acerca de su hijo, músico de dotes excepcionales, que murió a los 23 años a consecuencia del tumor, título que indica que al autor le interesó más el caso

neuroológico que el psicológico; sin embargo, en vista de otros casos semejantes, relacionó etiológicamente la precocidad productiva de su hijo con su anomalía pineal.

Los psicólogos Richet y Binet estudiaron científicamente algunos casos, pero el número de estos trabajos psicológicos no guarda relación con el de niños presentados al público por su precocidad. La autora analiza los motivos responsables de ello y, ante sus casos, se ha formulado las preguntas: ¿El talento parcial impide el desarrollo de otras capacidades? ¿Marchan unidas determinadas capacidades con otras también determinadas? ¿Se excluyen algunas de ellas? ¿Corresponde el desarrollo psíquico al corporal? Sus casos son nueve: una bailarina, de ocho años; un ajedrecista, de ocho; una pianista, de seis; una virtuosa, de nueve; un violinista, de once; una violinista, de catorce: un director de orquesta, de trece; un dibujante, de diez, y un geógrafo, de seis.

Todos sintieron un gran placer en la ejecución de su arte. No conocen el azoramiento. Los músicos eran conscientes de que trabajaban para su propio mantenimiento y de sus padres y de su responsabilidad en escena, lo que le indica portador de una seriedad impropia de su niñez, contrastando con su afición a los juegos infantiles. En los de más edad aparece ya la envidia del artista.

El examen de la inteligencia dió un nivel intelectual superior al medio, pero no eran superdotados unilateralmente. En algunos niños se observaron fracasos inesperados muy curiosos: el violinista era incapaz de doblar un alambre en la forma geométrica más sencilla; el ajedrecista ignoraba la fecha, no conocía el nombre de ningún animal ni de ninguna planta, y no diferenciaba las monedas más usuales.

Físicamente el desarrollo era excelente, excepto dos en los que la desnutrición era acentuada.

La evolución de algunos de ellos, seguida durante diez años, dió un hecho interesante; la pianista de nueve años llegó a ser una artista de nombre universal; otros emprendieron un nuevo camino que les condujo al triunfo.

J. M. VILLACIÁN.



ANATOMÍA PATOLÓGICA

W. J. BOIKAN: Miocarditis perniciosa.—Virchows Archiw für Path Anatomie. 282. Bd. H. 1, at. 1931.

El autor hace un extenso estudio sobre el asunto de las miocarditis (a propósito de un caso que ha estudiado con toda clase de detalles, sobre todo en su aspecto microscópico), haciendo observar que existen una serie de procesos de esta naturaleza que no están bien determinados, pro-

poniendo el nombre de miocarditis perniciosa para algunos de ellos que quedan perfectamente definidos histológicamente. Boikan hace un estudio de las miocarditis agudas, a continuación de las formas crónicas, y por último lo que él designa como perniciosas, para resaltarlas de los dos tipos primeros; después de un breve resumen clínico pasa al estudio histológico de corazón, en que hace notar cómo los ventrículos son más afectados que las aurículas, y el ventrículo izquierdo más que el derecho y todavía dentro de éste, la parte interna de la pared ventricular, más afectada, que la externa; en general la pared ventricular es más afectada que los músculos papilares, y volumen carnosos (sistema de conducción de excitaciones) Las lesiones se inician en la parte interna de la pared cardiaca; y de aquí se extienden progresivamente hacia fuera, el tipo de lesión siendo productiva encontrándose en los focos recientes abundantes infiltrados de células redondas y plasmáticas, y en las antiguas zonas de esclerosis. La fibra cardíaca no es afectada, en primer lugar, sino secundariamente con fragmentación molecular de su protoplasma que termina por desaparecer. Ultimamente se extiende el autor en consideraciones etiológicas y termina afirmando que la miocarditis perniciosa es una entidad claramente delimitada de la otra miocarditis que su etiología es desconocida, y respecto a su expresión morfológica, se trata de una inflamación electiva de la parte muscular del corazón, con pérdida de estos elementos y producción conectiva. Esta inflamación no es limitada por el proceso de regresión de las lesiones, sino que sigue una marcha progresiva, determinando progresivamente la anulación funcional del miocardio, y de aquí el nombre de perniciosa, que el autor la ha dado. Los fenómenos clínicos de insuficiencia aparecen un estadio posterior a las alteraciones anatómicas, y la muerte sucede como consecuencia de la progresividad de las lesiones.

Si esta capacidad de las lesiones para producir la muerte puede ocurrir en los estadios agudos de la afección, es cosa no bien determinada, pues aunque se citan casos mortales de miocarditis aguda, su descripción desde el punto de vista histológico, es tan insuficiente que no se puede decir con seguridad, si tales casos corresponden a la forma perniciosa o a otros tipos distintos.



CRÓNICA REGIONAL

VALLADOLID

Dos compañeros premiados

Nuestro querido compañero de Redacción, el doctor Fernando Cuadrado, Profesor auxiliar de esta Facultad de Medicina, ha sido galardonado con el primer premio en el concurso abierto por la Academia de Medicina de Valladolid por su notable trabajo acerca del «Estado actual y orientaciones de la moderna Cirugía».

Fernando Cuadrado viene así a continuar la meritoria labor iniciada en su vida de estudiante y que es una serie ininterrumpida de triunfos, a los que cordialmente nos asociamos y que nos hacen esperar, para día no lejano, ha de llegar al puesto que merece por su laboriosidad, su cultura, su habilidad de cirujano, su modestia de estudiante y su bondad de amigo.

* * *

El Patronato del Premio Marvá ha estudiado los trabajos presentados para el Concurso sobre el tema «Estudio médico social del Convenio sobre reparación de las enfermedades profesionales, aprobado en la 7.^a reunión (Mayo-Junio de 1925) de la Conferencia Internacional del Trabajo, y examen crítico de su posible aplicación a la economía española», y ha acordado conceder un premio de mil pesetas, más cien ejemplares de la Memoria impresa, al que lleva por lema «Ramazzini, 1701». Abierta la plica resultó ser su autor don Vicente de Andrés Bueno, residente en Valladolid.

Reciba nuestro querido amigo y compañero, tan sabio como modesto y tan entusiasta como laborioso, nuestra admiración por su talento, nuestra alegría por su éxito y nuestro orgullo por contarle entre los directores de REVISTA CLÍNICA CASTELLANA.

PALENCIA

Una conferencia del doctor Dacio Crespo

Sobre asunto de tan palpitante actualidad como los seguros sociales, dió una interesante conferencia el día 29 del pasado mes, en el Colegio Oficial de Médicos de Palencia, el doctor Dacio Crespo, presidente del Colegio de Médicos de Zamora, vocal del Consejo general de los Colegios Médicos de España y del Consejo de Previsión Médica, y sobre todo persona muy capacitada en materia de seguros sociales.

«Algunos aspectos de los seguros sociales que interesan a los Médicos Españoles», tal fué el tema que el doctor Crespo desarrolló con gran extensión y acierto sintiendo no poder publicar más que un pequeño extracto.

Plantea el problema de los seguros sociales bajo el punto de vista exclusivamente médico, no político, puesto que el médico es un ciudadano con sus deberes y sus derechos, con su hogar, con sus necesidades eco-

nómicas, y como ciudadanos podemos meditar los problemas nacionales y defendernos si su resolución menosprecia nuestros derechos; así, como médicos y como ciudadanos españoles, estudiaremos los seguros sociales.

Define éstos en conformidad con el preámbulo de la ley francesa aprobada el 5 de Abril de 1928 al afirmar que es un acto de previsión social sostenido y protegido por el estado, señalando su finalidad y alcance.

Dice que va a limitarse a comentar los seguros de Maternidad, de Invalidez y de Enfermedad.

Comienza por el de Maternidad que es obligatorio en España desde el primero de Octubre de 1931 con la opinión en contra de la mayoría de los médicos españoles, expone sus características principales, elogia al Instituto Nacional de Previsión y a sus hombres por la buena intención que les guió aconsejando la implantación de este seguro al encontrarse con la cifra de mortalidad materna e infantil, pero que ha sido una sorpresa para los Colegios médicos su implantación por haber sido informado en contra, pues de cincuenta solamente dos contestaron afirmativamente.

Está conforme con el espíritu del seguro, hace grandes elogios de la clase médica que siempre ha prestado asistencia a las embarazadas y parurientes, muchas veces sin remuneración, manifestando que, para que este seguro sea eficaz es necesario montar clínicas bien dotadas y que los médicos estén decentemente retribuidos.

Seguro de Invalidez. Le divide en tres modalidades, de invalidez prematura, edad madura y de vejez, estudia las características de cada uno de ellos y manifiesta que deben ser los médicos los encargados de dictaminar la invalidez.

Se ocupa con extensión del seguro de enfermedad y le estudia como ciudadano y como médico, señala sus tres grandes errores: primero de precisión, segundo de pequeño riesgo y tercero de desmoralización, describe cada uno de ellos valorándolos con cifras.

Bajo el punto de vista médico, estudia sus dos aspectos, el económico y el espiritual; bajo el aspecto económico nos encontramos con una tarifa mínima, con la caja del seguro y con el consejo de administración de las cajas.

Habla del aspecto espiritual, comentando cuál sería la situación de los médicos sin independencia, sin el carácter liberal de su profesión, sujetos al capricho de los clientes y a las órdenes de las cajas aseguradoras, desaparecería el secreto profesional que forma parte de nuestro código moral y el médico viviría sin estímulo para ejercer su profesión, sin ideales y sin tener la justa recompensa de su deber ni de su trabajo.

Combate el error de los que suponen que los seguros sociales disminuyen la mortalidad y la morbilidad de los pueblos haciendo un estudio comparativo y estadístico de las naciones donde están implantados.

Finalmente habla de la necesidad de socializar la medicina por las tendencias y los avances del proletariado, aconseja la unión de todos los

médicos españoles como clase, prescindiendo de los partidos políticos; y como solución contra este grave peligro que amenaza a la clase médica española apunta la nacionalización de la Medicina, los seguros parciales, los contratos con cajas mercantiles y el ahorro individual obligatorio con fondo mutualista, que es a su juicio la más aceptable de todas las soluciones.

Al terminar el doctor Crespo su interesante y documentada conferencia es felicitado por todos los asistentes como sinceramente lo hacemos nosotros.

M. ESCOBAR.

Una lección clínica del profesor Crespo Alvarez

El notable profesor del servicio de Tisiología de la Facultad de Medicina, de Madrid, doctor Crespo Alvarez dió el día 29 de Diciembre una interesante y práctica lección clínica sobre «Pneumotórax terapéutico ambulatorio» en la sala de electroterapia del Hospital de Palencia.

La actualidad del tema y el gran relieve clínico del conferenciante fueron las causas de que la amplia sala se viera completamente llena de médicos de Palencia y su provincia, entre los que se encontraba una numerosa representación de médicos de Zamora.

Habla en primer lugar el doctor Escobar (don Marcos) para agradecer al doctor Crespo Alvarez su atención al aceptar la invitación que se le hizo para este acto, manifiesta a su vez que es un honor para los médicos de dicho centro benéfico sea una persona de tan relevantes méritos profesionales y científicos, quien inaugure con una lección clínica el servicio de Tisiología, que desde esta fecha queda establecido en este Hospital siempre abierto a los progresos de la ciencia.

A continuación hace uso de la palabra el doctor Crespo Alvarez, empieza por saludar a todos los presentes agradeciendo la deferencia que con él se ha tenido al invitarle para dar una lección clínica en este hospital.

Desarrolla con gran extensión el tema, exponiendo en primer lugar las causas de su lección, enumera los grandes éxitos obtenidos con este recurso terapéutico que hoy día ha encontrado en la práctica corriente de la Tisiología, principalmente en los dispensarios que tantos servicios prestan en la lucha antituberculosa, por lo que recomienda su difusión; señala las grandes ventajas del pneumotórax ambulatorio al permitir al pobre tuberculoso seguir su tratamiento en casa, cuando no le es posible el ingreso en un sanatorio, hoy día insuficientes por el gran número de tuberculosos que existen, describe varios modelos de aparatos, fija con gran precisión sus indicaciones recomendando principalmente su empleo en los infiltrados precoces cuando terminan por degeneración caseosa seguida de reblandecimiento y destrucción pulmonar, dando lugar a la formación de la caverna precoz, presenta numerosas radiografías muy interesantes de casos clíni-

cos tratados por él, y por último practica con gran éxito un pneumotórax en una enferma.

Al terminar tan interesante lección clínica sonó una nutrida salva de aplausos, habiendo recibido el doctor Crespo Alvarez muchas felicitaciones por su acierto en la lección del tema y en su exposición.

(Del «Boletín» del Colegio Oficial de Médicos de Palencia)

Plaza de Cirujano auxiliar

Se anuncia una plaza de Cirujano Auxiliar, de nueva creación, en el Hospital de San Bernabé y San Antolín, de Palencia. Se proveerá por concurso de méritos. Plazo un mes, que terminará el 15 de Febrero. Solicitudes, condiciones, etc., dirigirse al Patronato del mismo.

ZAMORA

Un rasgo del doctor Crespo

En el concurso abierto por la Academia de Medicina de Valladolid para premiar el trabajo acerca del «Estado actual y orientaciones de la moderna Cirugía», ha sido designado para uno de los premios el trabajo de don Dacio Crespo Alvarez, médico-director del Hospital de esta provincia.

El doctor Crespo se ha apresurado a escribir al Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid poniendo a disposición del Colegio el importe metálico del premio a fin de que se entregue al compañero con más necesidades económicas de dicha provincia.

Nos complace mucho felicitar a nuestro querido amigo y compañero de redacción por su triunfo y por el generoso rasgo que ha tenido.



CRÓNICA NACIONAL

BARCELONA

Conferencia del profesor J. Peyri sobre «Médicos filósofos y médicos artistas»

En la solemne reunión anual de las Academias barcelonesas de Buenas Letras, Ciencias y Artes, Medicina y Bellas Artes, celebrada en la ciudad condal el 14 de Diciembre de 1931, el doctor don J. Peyri leyó un notable discurso sobre este tema.

Comentó la angustia espiritual de los que viven bajo el practicismo científico y la necesidad de que se acerquen a las otras ramas de los conocimientos humanos.

Expuso los motivos por qué el médico, por defender sus inseguridades, cae en el pedantismo, y después en el infecundo escepticismo.

El médico—añadió—debe tener su filosofía, tomándola del origen de su ciencia en el diálogo griego; la lógica médica no admite otra oposición de los hechos que los mismos hechos.

Explicó la influencia de los filósofos correspondiente a los siglos XVII y XVIII, sobre la Medicina, la mala influencia al intentar los médicos aplicar los sistemas filosóficos a su arte. Los pequeños rebuscadores han sido la flor del jardín médico. En el siglo XIX se adhirió el médico al comptismo y al negativismo filosófico. El naturalismo científico llenó la filosofía del médico hasta que Pasteur deshizo el andamio del monismo. Los médicos en España fueron krausistas. Esto ha traído la inapetencia filosófica del médico, que hoy desconoce las nuevas escuelas filosóficas, y aun la Escuela Aristotélico-Fisiológica de Turró.

Y en cambio ha traído la inclinación del médico al campo del arte, de la música, de la literatura y de las artes plásticas.

Añadió el disertante que el médico humanista medieval y el físico del Renacimiento, enciclopédico, filósofo, teólogo, inadaptado, que entre nosotros tenemos tan felizmente representados por Arnau de Vilanova y Miguel Servet, se ha convertido en el día en un operario especializado que ha de emplear todo su tiempo a afinar, a perfeccionar la rama del saber que cultiva, esclavo del maquinismo, cuyo engranaje le pulveriza lo mejor de su alma.

No cabe que sea filósofo, no obstante su congénita apetencia por tales disciplinas. O recoge el sublime ascetismo de entregarse por entero al Moloch que consume lo mejor y lo más selecto de la humanidad en sacrificio del progreso científico, o se inclina hacia el Arte para buscar una compensación bendita que le embellezca la existencia.

MÁLAGA

Conferencia del profesor Marañón sobre «Sexualidad asimétrica»

En el acto de apertura del Ateneo de Ciencias, de Málaga (19 Diciembre 1931), el doctor Marañón, ha pronunciado una interesantísima conferencia sobre este tema. He aquí los principales puntos desarrollados por el gran maestro.

La sexualidad asimétrica, tan científicamente expuesta, tan hábil, tan diestramente desarrollada, es uno de los conceptos más revolucionarios de cuantos informan los principios biológicos. En esa sexualidad asimétrica se manifiesta, se consolida la ley de los sexos. El predominio de uno de ellos en el animal, en el sujeto, varón o hembra es el que fija ya el carácter del individuo. En éste se dan los dos, pero mientras uno impone sus leyes, el otro se pierde, se oculta. Mas por circunstancias patológicas puede imprimir el sello del predominio en la morfología orgánica.

La ironía chabacana, el chiste de mal gusto, acogió la teoría científica del predominio del sexo en el individuo. Hubo de manifestarse también, al ponerse en boga la cuestión, la indiferencia que mata y destruye las corrientes más originales que nos vienen de fuera. Pero el hecho es cierto, está ya perfectamente controlado, analizado. Se funda en datos científicos, genéticos, embrionarios. Procedemos de una célula inicial, que es el huevo, y éste, a su vez, procede de dos células, en las que se dan: en una, la influencia masculina; en la otra, la femenina. Todo lo posterior se halla en la fusión de esas dos células, de esos dos caracteres, que producen una célula hermafrodita. El origen nuestro, es pues, hermafrodita. Todos los elementos activos de ambos órganos, masculino y femenino, se manifiestan en el huevo a los dos o tres meses. Luego, ya adulto, se manifiesta con mayor potencia la influencia de uno de los dos elementos. Y queda definido así, por el predominio de una de las células, el carácter varonil o femenino del nuevo sér.

Corroborata la enseñanza del predominio de uno de los sexos, con experimentos realizados en diferentes animales, en los que mediante ciertas operaciones se logró la influencia del sexo contrario, manifestada en variaciones inesperadas. Por ejemplo: en un gallo, que perdió la cresta, las plumas brillantes de la cola y del cuello, el acento arrogante, el gesto retador, y hasta el canto propio del macho, y en una gallina sucedió todo lo contrario.

Así, con hechos concretos, vistos, experimentados, el gran investigador sometió a la consideración del auditorio casos y observaciones que dieron mayor fuerza a sus doctrinas.

Con respecto a las teorías del desarrollo del huevo y al predominio general del femenino, hay que señalar las causas que, durante el período de gestación, rodean al embrión. El feto, durante todo ese tiempo, se encuentra bañado por los humores de la madre, y éstos, a su vez, están im-

pregnados por las hormonas femeninas, pues es bien cierto que las hormonas femeninas influyen en el sexo. De ahí que en los niños, en las criaturas de pocos meses, se vean durante algún tiempo las formas femeninas en el pecho. Pruebas clínicas, de observación empírica, el examen realizado en numerosos individuos, hembras y varones, han asegurado, han corroborado la teoría. Apenas hay uno que presente caracteres sexuales estrictamente definidos, masculinos o femeninos. Hay niños que presentan la característica femenina, y hay mujeres que presentan la sexualidad viril.

La intersexualidad se presenta en todos los animales, en todos los seres vivos. Los caracteres sexuales son más marcados, más acentuados, en un lado que en otro. En algunos órganos se manifiesta claramente el carácter de tipo viril en un lado, y el de tipo femenino en otro. La teoría de la sexualidad, hay que dejarlo bien asentado, no se opone a la teoría humoral o endocrina.

En los insectos fué observada primeramente la sexualidad asimétrica, pero hasta hace poco no ha sido conocida en los seres superiores. Se vio que el elemento masculino predominaba en el lado derecho, y el femenino en el izquierdo. La sexualidad asimétrica en el hombre y en la mujer se refleja principalmente en las mamas. Hay una porción de estados patológicos y fisiológicos en el organismo humano que hacen que esta alteración se produzca en las mamas. Mujeres viriles en las que éste órgano no se atrofia, y hombres en los que persiste la acción femenina, con las mamas muy desarrolladas, tanto como una mujer normal.

Hay en los niños, generalmente, unos gérmenes ginecomásticos, que evidencian el aserto de la transformación en la época en que la sangre está bañada, dominada por el sexo opuesto, predominando las hormonas femeninas en un lado, en el izquierdo, y las masculinas en el derecho.

Explicó a continuación el por qué del desarrollo, más acentuado, en un lado que en otro, de algunos órganos, tanto del hombre como de la mujer, y citó casos diversos, con ejemplos debidos a los estudios y experiencias de Gil, de Bartolot, y otros. La cadera, el diámetro transversal de la escápula, están en relación íntima con la acción social del hombre y de la mujer.

Otras teorías fundamentales, otras experiencias de no menos valor científico, dieron, como final, un colofón de extraordinaria importancia a la disertación, que terminó don Gregorio Marañón con otra nueva lamentación sobre la falta de ciencia en España.

SAN SEBASTIAN

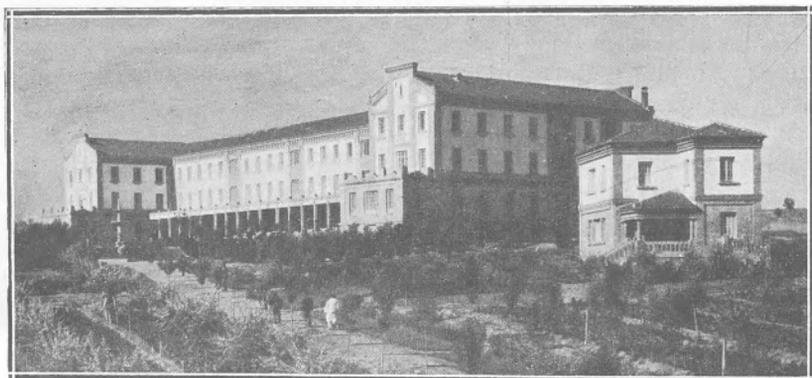
Homenaje al doctor Bequiristain

En el hospital de San Antonio Abad, se celebró el 31 de Diciembre el homenaje que sus compañeros tributaron al doctor Bequiristain, que lleva 25 años cumpliendo su ministerio con un celo y un acierto, dignos de los mayores elogios.

Hizo uso de la palabra el doctor L. Ayestarán, ofreciendo el homenaje en términos de caluroso cariño, elogiando los méritos extraordinarios del doctor Beguiristain, su continuado trabajo y los éxitos brillantes alcanzados en la profesión.

Hablaron después el doctor Alzúa, por los médicos antiguos que han compartido con el homenajeado las tareas profesionales. El doctor Bergareche en nombre del Colegio Médico saludó al señor Beguiristain dedicando a su ciencia y a su actuación frases de justo elogio.

Por último, el alcalde señor Sasiain se unió al homenaje en nombre de San Sebastián, que tantos beneficios debe al doctor Beguiristain.



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios -:- PALENCIA

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

CRÓNICA INTERNACIONAL

ESTADOS UNIDOS

El cáncer aumenta

Según resulta de las estadísticas de una gran compañía de seguros, de los Estados Unidos, en la primera mitad del año 1931 ha podido comprobarse un terrorífico aumento del número de defunciones por cáncer.

Las citadas estadísticas abarcan ante todo los obreros de la industria. Mientras que en la primera mitad del pasado año 1930 por cada 100 000 obreros ocurrían 77 casos de muerte a causa del cáncer, esa cifra ha subido a 83 en el semestre correspondiente a 1931. De la comparación con otras estadísticas, no hechas tan concienzudamente, referentes a otras categorías de personas, resulta que la tendencia creciente de los casos mortales de cáncer puede ser considerada como fenómeno general. En cambio, en algunas zonas de los Estados Unidos, sobre todo en los estados de la periferia occidental, se ha operado una disminución de los casos de muerte por cáncer.

De las estadísticas de la compañía de seguros resulta una singular coincidencia entre los casos mortales de cáncer y la epidemia de la influenza, que fué muy grande en el primer trimestre del año que ha finalizado. Mientras la epidemia de influenza no sólo aumentó de número de casos mortales por cáncer, sino también el de aquellos debidos a enfermedades crónicas. De otro lado, no puede atribuirse a la influenza los fallecimientos ocurridos por cáncer en el segundo trimestre, pues en ese período de tiempo la epidemia ya había desaparecido.

La lucha contra la difteria

El departamento de Sanidad de Nueva York ha decidido acabar con la difteria. ¿Cómo, y con qué medios, y hasta qué punto? Por de pronto el citado departamento resolvió dividir sus esfuerzos en dos direcciones, en la inmediata atención a los ya enfermos y en la más amplia previsión para los, afortunadamente, todavía no atacados.

Para los atacados de difteria, el aludido departamento dispone de un centenar de médicos (solamente en la ciudad de Nueva York) dispuesto a prestar su asistencia gratuita y con la mayor urgencia concebible y deseable, ya que unas horas de retraso en acudir al enfermo pueden ser fatales. Mientras, el departamento procura por múltiples medios convencer a los padres de que deben vacunar preventivamente a todos sus hijos mayores de nueve meses y menores de cinco años. Cuarenta clínicas se han abierto especialmente para este servicio municipal. Acerca del mismo se hace la propaganda debida en periódicos, folletos profusamente repartidos, anuncios en los periódicos, etc., etc. Lo importante es que la gente se entere.

Se divulga cuanto se puede la diferencia que existe entre el tratamiento de la antitoxina, que sólo se emplea con los ya atacados por la difteria y que, aunque curativo, no inmuniza más que por corto tiempo, y el tratamiento de la toxina antitoxina (o tratamiento de Schick), que ahora se usa como garantía de permanente inmunidad.

La mayoría de los profesionales considera la prueba de Schick como el único procedimiento para la absoluta determinación de si un niño es o no propenso a la difteria. Y, naturalmente, ante la posibilidad de que pudiera adquirir ésta, lo que se desea es hacerlo inmune. Por eso el departamento de Sanidad neoyorkino aconseja y ofrece gratuitamente la vacuna aludida.

El doctor Park, uno de los que con mayor fe se dedicaron a arrebatar víctimas a la difteria, dice que el 86 por 100 de las personas mayores de diecisiete años es inmune a esta enfermedad. Por esta razón las madres, al dar vida a sus hijos inyectándoles su propia sangre, los dan a luz casi con el mismo grado de inmunidad. Es decir, que en el momento del nacimiento aproximadamente un 84 por 100 de los niños es inmune a la difteria.

Pero esa inmunidad, afortunadamente, no dura. A los tres meses de edad el 28 por 100 de esos niños deja de ser inmune. A los seis meses el 56. Y entre los nueve y diez meses el 93 por 100 está propicio a contraer la difteria! En esa edad está el punto más alto del peligro. Después se vuelve a la inmunidad, aunque muy lentamente. A los tres años el 83 por 100 es susceptible de adquirir la difteria. A los cinco, el 61. A los siete, el 50. A los ocho es ya inmune el 57. A los diez, el 68. A los doce el 77. A los catorce, el 88.

Así, pues, debe aconsejarse, si se quiere eliminar la difteria, que a todo niño se le someta al tratamiento antes de que cumpla el año. Es sencillísimo, y no hay en ello ningún peligro. En los Estados Unidos está dando resultados admirables.

PARIS

Los ciegos podrán leer perfectamente

Los ciegos podrán leer. He aquí una buena obra, una herencia bienhechora con que se despide el tan malaventurado 1931. Los ciegos podrán leer con la misma amplitud, aunque con la misma imperfección, con que los sordomudos logran hablar y logran entender o descifrar los movimientos de labios de quien habla. Pero el aprendizaje del ciego va a ser más sencillo. El sistema Braille permite a los ciegos leer, pero en libros especiales, de prolija labor, que restringen el número de libros legibles. Mas en cuanto se generalice el invento francés de M. Thomas, los ciegos continuarán, es cierto, privados de la belleza de la luz, mas podrán leer exactamente lo mismo que los que ven cualquier libro, cualquier periódico, estas mismas líneas anuncio del invento, si llegan a sus manos. La lectura sólo exigirá que las letras sean negras y estén impresas sobre blanco. El aparato del

fotoelectrógrafo es un bureau pequeño, el texto se coloca sobre una plancha móvil, que se sitúa bajo un proyector. Con su mano izquierda el ciego mueve una manivela, coloca las líneas bajo el proyector. En cuanto los rayos luminosos alcanzan una letra, ésta aparece en relieve punteado, pero en su propia forma, grabada sobre un receptor que el ciego toca con el índice de la mano derecha.

L'Echo de Paris, al dar cuenta del invento, publica la opinión de M. Gerandin, director de «Quinze-Vingt», institución bienhechora del ciego, opinión francamente favorable a la trascendencia del invento. «susceptible, dice, de realizar una revolución en el mundo de los ciegos.» Invento humanitario, más simpático que tantos otros que siendo geniales pueden producir grandes daños aplicados con intenciones destructoras.

El ingeniero Thomas, herido en la guerra, conoció durante seis meses los sufrimientos angustiosos de no ver. En estos momentos de ceguera no desesperó, sino que hizo un voto, se prometió a sí mismo que en caso de recobrar la vista se dedicaría toda la vida a aliviar la desgracia de los que viven materialmente en la noche oscura. Recobró la vista y durante doce años él y su esposa han dado sus horas y sus escasas economías, que por cierto ya se han esfumado, a construir un aparato que realizara el principio científico que M. Thomas había concebido. Muchas veces se creyeron ya a dos pasos del éxito y otras tantas sintieron la amargura del fracaso, ya que no la de la decepción. Hoy madame Thomas, tras tal cúmulo de fatigas y vigillias, tiene una salud precaria, pero siente el gozo de haber hecho un bien a un mundo de desgraciados.

Un caso extraordinario de doble personalidad

M. Marinesco, médico parisiense, ha presentado ante la Academia de Medicina (15 de Diciembre de 1931) un caso muy extraordinario y curioso de doble personalidad. Mademoiselle P. M., joven licenciada en letras, de aventajada inteligencia, sufrió una punción pleural en el curso de una tentativa de pneumotórax terapéutico. El análisis más minucioso no reveló ninguna enfermedad de importancia en el aparato respiratorio. Pero después de la punción caía la enferma en un profundo y duradero letargo que duró unas seis horas.

Volvió a la vida como una persona que hubiese sido transportada a un país totalmente desconocido. No podía entender ni hablar, una palabra en idioma francés, el suyo propio, que antes del sueño escribía literariamente y en el que se expresaba con elocuencia. Tampoco acertaba a servirse de los objetos más usuales. Parecía que todo cuanto le rodeaba le era extraño y que se hallaba en un mundo desconocido.

Lo que más asombró a los sabios reunidos en la Academia fué la afirmación del doctor Marinesco y de los varios testigos que presentó de que Mademoiselle, P. M. se había convertido en una consumada políglota:

hablaba perfectamente doce lenguas extranjeras y las escribía. Un dato originalísimo: para escribir usaba la mano izquierda, y, en general, se había vuelto zurda.

Fué preciso comenzar por reeducarla como si se tratara de un niño.

Se trató de enseñarle de nuevo el francés, y está aprendiéndolo, lo mismo que estudia la aritmética elemental, después de haber dominado las matemáticas.

La Academia de Medicina no acierta a comprender este problema, que califica de «personalidad subconsciente», habiendo designado un Comité para que estudie el caso y especialmente dictamine sobre la rapidez con que la memoria de Mademoiselle P. M. olvidó el francés y aprendió, en cambio, doce idiomas que le eran absolutamente extraños.

La Película Eastman "Dupli-Tized" para Rayos X

(de doble emulsión)

permite al radiólogo obtener el máximo de
resultados



Pida folleto explicativo, a

KODAK, S. A.

Puerta del Sol, 4

MADRID

Moderna cirugía oculística en las vías lagrimales de excreción. Tesis de Doctorado, por FERNANDO GONZÁLEZ VÉLEZ

El culto médico leonés doctor G. Vélez ha publicado la brillante tesis sostenida en la Universidad Central, y que mereció ser galardonada con la nota de sobresaliente por tribunal tan alto como el integrado por los doctores Recasens, Márquez, Jiménez-Díaz e Hidruegas.

El autor expone con una honradez meridiana, avalada con la presentación de sesenta y cuatro intervenciones quirúrgicas, un tema oftalmológico tan sugestivo como interesante, cual es el tratamiento de las vías lagrimales de excreción por la dacriocistorrinostomía.

Divide su trabajo en cuatro capítulos. En el primero hace historia del tema hasta el día, siguiendo con la exposición del tratamiento conservador. Se ocupa seguidamente de la dilatación gradual y progresiva del conducto nasal con las sondas de Bowman, y dando detalles técnicos muy importantes acerca de la estrictorotomía. Describe el tratamiento de la dacriocistitis crónica por la extirpación del saco lagrimal, con sus diferentes técnicas, y haciendo gala de su ingenio, con el que explica algunos hechos fisiológicos, llega al tratamiento quirúrgico actual, dacriocistorrinostomía, no sin describir las fases por que esta intervención ha pasado hasta llegar al procedimiento de Dupuy-Dutemps y Bourget.

En el trabajo del doctor González Vélez hallará el lector, muy bien expuestos, ordenados cronológicamente y con todo esmero, los diferentes medios operatorios empleados en la actualidad para curar quirúrgicamente la dacriocistitis crónica.

Expone el procedimiento seguido por él y da a conocer dos instrumentos—de gran utilidad en esta intervención—ideados por el oftalmólogo de esta REVISTA, nuestro compañero doctor Cilleruelo; una aguja para suturar los planos mucocmosos y una espátula protectora del saco lagrimal.

Las indicaciones y contraindicaciones de la dacriocistorrinostomía ocupan todo el capítulo tercero.

De alto valor científico es todo el capítulo cuarto, con las estadísticas de los autores que a estas cuestiones se han dedicado, terminándole con la suya, que consta de 64 casos con el siguiente porcentaje:

Curaciones totales	51 (51 por 100)
Fracasos.....	30 (40 por 100)

Unas líneas con los resultados totales obtenidos, completan la documentada tesis del doctor G. Vélez, llegando a conclusiones muy interesantes, que se separan completamente de lo publicado hasta el día.

1.^a Una buena práctica aconseja intentar un tratamiento conservador en los enfermos afectos de dacriocistitis crónica

2.^a La extirpación del saco se impone como operación previa en las intervenciones oculares.

3.^a Asimismo debe procederse a la extirpación en las dacriocistitis tuberculosas y en las neoplasias del saco.

4.^a Esta intervención radical debe llevarse también a cabo en las dacriocistitis

(1) En esta Sección nos ocuparemos de las obras cuyos autores remitan dos ejemplares a esta Redacción.

con inflamaciones agudas repetidas, en las fistulizadas y, con mayor razón, en las complicadas con periostitis.

5.^a La dacriocistorrinostomía es una intervención meticulosa, pacienzuda, agotadora para el cirujano, pero de ejecución fácil.

6.^a El éxito de la operación depende de hacer una buena coaptación de las mucosas del saco y pituitaria.

7.^a Damos preferencia, por ser la más racional, a la técnica de Dupuy-Dutemps y Bourget.

8.^a En las personas que por su edad no pueda emplearse anestesia local, debe procederse a la extirpación.

9.^a Por parte de la mucosa nasal la dacriocistorrinostomía está contraindicada en los casos de neoplasia, en las tuberculosis de pituitaria y en todos los estados flogósicos agudos.

10.^a Todos los procesos crónicos como el ocaña, la rinolitiasis, etc., contraindican formalmente la intervención, así como las desviaciones grandes del tabique.

11.^a Para practicar la dacriocistorrinostomía, es necesario que las partes altas de las vías excretoras sean permeables y tengan una disposición anatómica normal.

12.^a No puede procederse a tal intervención cuando nos encontramos con sacos pequeños, llenos de trabéculas y que tienen por lo tanto poca luz.

13.^a Los casos de brotes agudos y repetidos que dejan el saco con paredes friables, no son susceptibles de esta operación.

14.^a La presencia de células etmoidales en abundancia, no tanto por el estado en que aparece la mucosa subyacente como por la distancia que queda entre saco y pituitaria, debe hacernos rectificar nuestro propósito terminando con la extirpación.

Es, en resumen, la notable publicación digna de ser leída por entero; en ella el doctor G. Vélez muestra sus vastos conocimientos en la especialidad y, al poner al día tan importante cuestión de la ciencia oculística, presta gran servicio a los estudiosos y prácticos, ya que en ella encontrarán, junto a la exposición de la bibliografía mundial, gran acopio de ideas personales fruto de una meritoria y paciente labor.

Por todo ello, desde nuestras columnas felicitamos al antiguo alumno de esta Universidad doctor G. Vélez, quien modestamente continúa su meritoria labor en la titular de Santa Marina del Rey (León), haciendo votos por su pronto y pleno triunfo.

*



GUSTAVO LE BON

El 14 de Diciembre de 1931, a los 91 años de edad, falleció el ilustre médico francés Gustavo Le Bon en su residencia de «La Coquette», en el departamento del Marne.

Gustavo Le Bon representaba, desde que se definió su vigorosa personalidad con la publicación de sus primeros libros, la fe del hombre del siglo XIX en la conquista de la ciencia. Profesaba esa fe el gran divulgador —porque es en realidad lo que fué Gustavo Le Bon— con un ardimiento que confinaba en el misticismo. Era médico. Se dedicó, en el comienzo de su incesante actividad intelectual, a experiencias de laboratorio, a investigaciones de fisiología y de psicología, al examen de doctrinas antropológicas que lo llevaron a ensanchar su curiosidad y buscar en la historia y en los estudios etnográficos, los fundamentos de sus ideas de sociólogo. Pertenecía al grupo de sabios y de pensadores que se propusieron vincular el adelanto científico con el régimen de la sociedad. Gustavo Le Bon, sin aceptar una estructura política determinada, ni ser partidario de una organización social definida, creía en el gradual advenimiento de una era en que el progreso del raciocinio, traído por la difusión de su cultura, encaminaría a la humanidad hacia formas nuevas de consorcio. Puede decirse que su esfuerzo gigantesco de estudioso se cifra en el deseo indirecto de esa demostración. Su inteligencia y su capacidad de producción, indudablemente asombrosa, se orientaron hacia las civilizaciones antiguas. Querían reconstruir los diferentes esquemas de la civilización, para documentar con sus leyes y probar sus quebradizos itinerarios los designios presumibles de la humanidad. El hombre, como célula de los núcleos societarios, le preocupó en sus diversos climas y medios históricos, y de este modo intentó reconstruir, despojándolo de la profusión de mitos y de las interpretaciones hereditarias de la leyenda y de la religión, su ruta a través de las edades. Ha creado así, con un don evidente de claridad y de método, resúmenes de lo que debiéramos llamar de historia «desdogmatizada» y «despoetizada», sin dejar de ser a la vez un intérprete sereno de la influencia ejercida por esos factores, siempre activos, en el desarrollo de las formaciones raciales y nacionales, Gustavo Le Bon escribió con ese criterio y, con una información densa, precisa, libros que se leen aún hoy con provecho sobre las civilizaciones primitivas del Oriente—Egipto, Asiria, Jüdea—; uno sobre los árabes, sobre la India, los monumentos de la India, y una excelente y accesible explicación de los poemas teogónicos hindúes. Pero la obra suya que ha circulado más y ha influido con más fuerza en su momento es «La psicología de las multitudes», y la que expresa mejor su tendencia individual y su pensamiento filosófico es «La

evolución de los pueblos». Ningún problema de nuestra época se ha sustraído a su interés. Desde las cuestiones económicas, aisladas en formas concretas, las cuestiones que derivan de las orientaciones políticas con relación a las teorías de reforma, hasta los aspectos de la vida, constantemente modificada en sus manifestaciones externas por el concurso de la técnica, le dieron lugar a comentarios y en trabajos orgánicos. Y, como todos los que participaron de su optimismo o compartían su sonriente esperanza, la realidad lo desconcertó con su prueba contradictoria. Si la guerra de 1914 fué para Gustavo Le Bon un motivo de profundo desengaño, el desequilibrio que sobrevino con la paz lo condujo a una posición de melancólico pesimismo. La humanidad, como algunos ejemplares representativos de especies evolucionadas, había dado, a su juicio, un salto hacia atrás, que se denunciaba en la anarquía espiritual y en las perturbaciones de los sistemas de economía. El quebranto del ritmo, que debía llevar con lentitud paulatina al individuo a normas superiores, significó para Le Bon, como para los críticos que tienen un punto de vista opuesto — Spengler y Berdiaeff, por ejemplo —, un obscurecimiento que acercaba al mundo a una repetición de la Edad Media, o sea a la crisis de las ideas occidentales. El predominio económico de los Estados Unidos, como fenómeno que dirigía a las masas contemporáneas a aspiraciones absorbentes de triunfo material, y los sucesos políticos que atestiguaban una alteración de los principios estables de la democracia, y se traducían en el éxito de la dictadura en Italia, en España y en Rusia, le proporcionaron elementos para afirmar que nos hallábamos en una declinación sombría. ¿Desvanecían esos acontecimientos, cuyo análisis practicó frecuentemente, su antigua fe en la ciencia, y lo avecinaba, como a otros filósofos, a ideales menos concretos? No hemos de suponerlo, Gustavo Le Bon veía en el renacimiento espiritualista un testimonio más de lo que denominó «el momentáneo descenso del sentido histórico», sin desconfiar de que el «determinismo histórico» conducirá, tarde o temprano, a la familia humana a recuperar el paso perdido. Con ello especificamos también la modalidad mental de Le Bon. Le Bon, hombre de una sorprendente abundancia de saber, de versación científica, como únicamente lograron acumular algunos maestros [europeos del siglo pasado — Renan, Taine, Brandes— carecía de sensibilidad religiosa, no ya para ser un creyente, sino para comprender un proceso religioso. Y así como en ciencia, basta saber describir el universo, en filosofía es necesario interpretarlo y situar al hombre en la interpretación, sin desconocer la importancia de ninguna de las agitaciones que lo nublan o lo engrandecen. Por esto Le Bon ha limitado un poco la sublime aventura del hombre y ha trazado su epopeya, circunscribiéndola más a su territorio que a su alma. Es posible que insígenes sociólogos actuales no tengan la disminución que advertimos en Gustavo Le Bon. Es seguro, en cambio, que les faltan sus méritos. Era un trabajador extraordinario, generoso para pensar, amplio para imaginar lo que el destino le

negó ver en la realización. Generaciones enteras estudiaron en libros de Le Bon, se familiarizaron en sus páginas con el conocimiento de sus inmensas sinopsis. Aun los que critican sus hipótesis admiran su obra vasta, como lo admiran sus auditorios cuando hablaba en París o en Bruselas, y aparecía en la tribuna con la serenidad del sabio y el fervor de un profeta. En su cabellera desordenada caída sobre su frente espaciosa, en su barba revuelta y larga, en su ademán pausado, se saludaba a una de las últimas figuras del fecundo e intenso siglo XIX. Gustavo Le Bon nació en 1841.



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