

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

COMITÉ DIRECTIVO

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

REDACTOR JEFE

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. E. Salazar, de la Maternidad de Pamplona.
Dr. Suárez, Profesor auxiliar de Histoquímica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Vidal Jordana, Catedrático de Clínica Pediátrica, de la Facultad de Medicina.
Dr. de la Villa, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villegas, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. Zapatero, Profesor auxiliar de Higiene 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.

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de los

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

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

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA | Astenol 0,012 grs.
| Acido glicerosofórico 0,046 »
| Acido cacodílico 0,030 »
| Hierro asimilable 0,002 »
| Glicerosofato estrícnico 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

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Las alteraciones buco-dentarias y las intervenciones odontológicas en la mujer embarazada, por el doctor Alfredo Echavarría.

Algunas consideraciones deducidas de nuestra práctica sobre la frenicectomía, por el doctor A. Villacián.

CRÓNICA QUIRÚRGICA

El panadizo y su tratamiento, por el doctor Rafael Argüelles.

ACADEMIAS

Instituto Rubio. Sesión del 14 de Enero de 1932.

REVISTA DE REVISTAS

Anatomía, por J. Orts.

Anatomía patológica, por Suárez.

Medicina interna, por J. Andreu Urra.

Pediatría, por E. Salazar.

Neurología y Psiquiatría, por J. M. Villacián.

Obstetricia, por Villegas.

Terapéutica, por J. Calvo Melendro.

Higiene, por E. Zapatero.

Otorinolaringología, por M. Gavilán.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

Comentarios al proyecto de reforma de la Ley de Accidentes del Trabajo, por el doctor Vicente de Andrés Bueno.

La Asamblea de Inspectores municipales de Sanidad, por Lorenzo Sáez.

Los problemas médicos y la política.

CRÓNICA REGIONAL

» NACIONAL

» INTERNACIONAL

BIBLIOGRAFÍA.—En esta Sección nos ocuparemos de las obras cuyos autores remitan dos ejemplares a esta Redacción.

DISPONIBLE

DISPONIBLE

Las alteraciones buco-dentarias y las intervenciones odontológicas en la mujer embarazada

por el Doctor Alfredo ECHAVARRÍA, Médico-Dentista

Del Hospital de Duro-Felguera

Uno de los problemas que constantemente se nos presenta en nuestra clínica es el relacionado con las alteraciones buco-dentarias durante el embarazo, estado de lactancia y períodos de reglas, ya que la resistencia general del organismo, y por lo tanto de la boca, en estos estados es menor.

Normalmente, aunque los cuidados de la boca sean escasos o nulos, las defensas naturales del organismo pueden hacer que no se produzcan las enfermedades bucales, pero cuando la salud general se debilita, como ocurre durante el embarazo y períodos de reglas, las defensas bucales disminuyen a la par que las del organismo, pues además de que a consecuencia de la autointoxicación gravídica la nutrición de los tejidos bucales queda perturbada, la saliva se torna ácida y esta acidez, aumentada además por los productos ácidos de elaboración microbiana y por las fermentaciones de los alimentos, hace que se modifique el medio bucal y quede, por lo tanto, la boca en condiciones de que puedan producirse diversas alteraciones.

El tanto por ciento de estas alteraciones es mayor de lo que a primera vista parece, toda vez que en el curso del embarazo los vómitos, por su acidez—aparte de otros factores—, aumentan el medio ácido y pueden contribuir a la producción de parte de estos trastornos.

Es muy frecuente en el vulgo, y aun entre los médicos no especializados en estas cuestiones, creer que las intervenciones odontológicas en estos casos no deben hacerse, o los más admiten que debe intervenir únicamente para calmar el síntoma dolor, no admitiendo la extracción por creerla causa de abortos u otras alteraciones que más adelante veremos.

Esto, juntamente con ser estas alteraciones buco-dentarias hasta signos que indican a la mujer en algunos casos su embarazo, es lo que nos ha inducido a ocuparnos en estas líneas de las alteraciones buco-dentarias y del riesgo que puedan tener las intervenciones odontológicas en la mujer embarazada.

En los primeros meses del embarazo y aun en la época de menstruación, aunque con menos frecuencia, la boca de algunas mujeres puede sufrir alteraciones, debidas, como decíamos antes, a la menor resistencia de la boca para luchar contra las infecciones.

De estas alteraciones la gingivitis y estomatitis suelen ser bastante frecuentes.

La época de aparición de éstas varía entre el primero y quinto mes, pero son aún mucho más frecuentes entre el tercero y cuarto, aunque hay algunos autores que creen que la presencia de estas estomatitis coinciden con la segunda mitad del embarazo.

Estas infecciones difusas de la mucosa pueden adoptar distintos tipos. Unas veces se presentan como estomatitis catarrales, y entonces sólo aparecen con la mucosa edematosa y de coloración más acentuada, teniendo en algunos casos un tinte azulado. En general estas estomatitis son poco dolorosas y van acompañadas casi siempre del olor característico de todas las estomatitis catarrales, y asientan principalmente en las encías.

Otras se presentan como estomatitis aftosas, y entonces son las vesículas seguidas de ulceraciones superficiales, pero en escaso número, lo que las caracteriza presentándose entonces en labios y fondo de vestíbulo.

Estas pueden ser algo más dolorosas, y tanto éstas como las anteriores preséntanse algunas veces coincidiendo con un ptialismo acentuado.

Otra forma de gingivitis suele aparecer también en la mujer embarazada, y es la atrófica, pero desde luego es mucho más rara que las anteriores.

Algunos autores señalan también la aparición de encías que sangran con facilidad, coincidiendo con la regla, y la aparición de epulis y tumores fungosos de encía, de consistencia blanda pero sangrantes, coincidiendo con los primeros meses del embarazo y que desaparecen después del parto.

El ptialismo es frecuente, asimismo en estos primeros meses, y permite en algunos casos descubrir un embarazo.

Recasens cita, en su obra de Obstetricia, casos de ptialismo tan acentuado que influyeron sobre el estado general, siendo en algunos casos de embarazo la cantidad de saliva segregada diariamente de más de dos litros.

La causa probable de estos ptialismos es debida a alteraciones nerviosas, debidas a la autointoxicación gravídica, aunque algunos sostienen otras teorías.

La saliva tiene cambios en su composición química, y de alcalina se transforma en ácida; esto sería debido, según el doctor Wolf (1), a la disminución de las sales de cal por ser depositadas éstas en la placenta por la sangre, que lleva disueltas estas sales procedentes de la asimilación alimenticia, con lo cual las sales de cal restantes en la saliva no serían suficientes para neutralizar la acción de los ácidos producidos por las fermentaciones de los alimentos y por las elaboraciones microbianas,

(1) Wolfó Nijshrs, *L' Odontologia*, Septiembre 1926.

quedando en la boca un medio ácido muy apropiado para que en él se desenvuelvan las afecciones buco-dentarias.

Las odontalgias son otras de las alteraciones que pueden presentarse en las embarazadas, y algunas de ellas padecen éstas en todos los embarazos durante los tres o cuatro primeros meses, siendo rebeldes a los tratamientos pero que sirven a la mujer embarazada para darse cuenta de su embarazo, pues, como dice Capurron, en ellas se manifiesta de esta forma.

Comienzan éstas, unas veces, por un dolor intenso por irritación refleja y debido seguramente a la influencia de la autointoxicación gravídica, ya que no existe lesión alguna en los dientes, y siendo este dolor algunas veces tan intenso que suele ir acompañado de alteraciones del estado general y, en algunos casos, hasta producir aborto.

Estos dolores, por lo general, se extienden por toda la mandíbula y raramente se suelen localizar en un diente determinado; existiendo, por el contrario, otras odontalgias debidas a caries pero que por encontrarse éstas en el cuello de los dientes o en sitios difíciles de descubrir aun a una exploración detenida, son consideradas por los no muy expertos como odontalgias esenciales aunque en realidad no son sino debidas a las caries que en estos períodos son tan frecuentes, viendo en ellos, junto a caries de formación reciente, otras antiguas cuya evolución se intensifica hasta tal punto que en tiempo relativamente corto acaba con la destrucción de la mayoría de las coronas de los dientes.

Aparecen en los tres o cuatro primeros meses del embarazo y el dolor, aunque difícil de localizar, se limita a un grupo determinado de dientes.

Estas odontalgias debidas a caries difíciles de explorar, son las alteraciones que con más frecuencia hemos encontrado en nuestra consulta en las mujeres embarazadas, juntamente con las producidas por raíces o dientes con caries extensas.

Todas estas alteraciones pueden ocasionar graves daños si no son tratadas a tiempo, toda vez que originan alteraciones en el estado general ya perturbado por la gestación. Entre éstas las alteraciones o perturbaciones de la alimentación, tan fundamental para el desarrollo del nuevo ser, y las perturbaciones nerviosas son las más importantes, pues pueden repercutir sobre el feto y producir alteraciones en la gestación.

Para explicar la frecuencia de estas caries durante el embarazo, llamadas por algunos «caries obstétricas», se han expuesto multitud de teorías, algunas de las cuales resumiremos en este trabajo.

De los elementos minerales que forman el organismo, la cal es el más importante, y en forma de fosfato de cal se encuentra en tres combinaciones: fosfato ácido o monocalcico, fosfato neutro o bicalcico y fosfato tricalcico, que es el que principalmente entra en la formación de los dientes y huesos.

Pues bien, para algunos autores, como Gouthelet, Bar y Donat, la aparición de las caries en el embarazo sería debido a la disminución del índice calcáreo de los dientes en este período por ceder parte de estas sales para la formación del esqueleto del feto.

Según el doctor Wolf, el cual no desecha esta opinión o teoría, la cantidad de sales que pierde el diente durante el embarazo no puede ser grande desde el momento que su constitución histológica hace que esta pérdida sea casi imposible, toda vez que la dentina tiene poca comunicación con la corriente sanguínea; no obstante, es lo cierto que existe una disminución de éstas.

La alimentación normalmente suministra a la madre los elementos necesarios para ella y para el nuevo sér, con lo cual la cantidad de sales que tendría que tomar de los tejidos quedará forzosamente disminuída, ya que la cantidad de sales minerales excretadas durante el embarazo son mucho menos abundantes que las ingeridas, puesto que cierta cantidad de ellas se retiene para la formación de tejidos.

Otros atribuyen a la saliva la producción de las caries.

En la saliva normal entran en gran proporción las sales de cal y tienen por fin neutralizar la acidez producida por las fermentaciones alimenticias.

Esta proporción de sales disminuye, como hemos dicho, por el embarazo y, por lo tanto, disminuyendo la cantidad de sales calcáreas aumenta la acidez de éstas y predispone la boca para las caries.

Además de esto los vómitos en el curso del embarazo, por su acidez, así como ciertas dispepsias en las que hay regurgitaciones ácidas aumentan el medio ácido bucal, favoreciendo la formación de placas gelatinosas por la precipitación de la mucina, desempeñando gran papel en la formación de las caries.

Otra teoría explica la producción o formación de las caries y estomatopatías por la autointoxicación gravídica, y actualmente se hacen estudios sobre la acción de un carbohidrato fermentable.

A nuestro juicio, el coincidir las estomatopatías y caries obstétricas con los primeros meses del embarazo puede darnos alguna luz en esta cuestión, toda vez que la disminución del índice calcáreo es aún escasa y, a pesar de esto, aparecen dichas alteraciones.

En cambio la acidez de la saliva, tan acentuada en los primeros meses (pues ya Ely de 87 mujeres la encontró en 67) y aumentada por los vómitos ácidos, nos hace sospechar que éste sea el principal factor que interviene en la producción de éstas.

Todas estas alteraciones son las que hacen que muchas mujeres se presenten en nuestras consultas preguntándonos siempre si su estado nos impedirá hacer intervenciones odontológicas. Nosotros deberemos, pues, difundir en ellas la idea de que toda mujer, al darse cuenta de su embarazo, debe acudir al odontólogo para proceder a la limpieza de su boca o, al menos, al tratamiento de su boca y dientes si estuviesen aún con caries

incipientes, pues los dolores, insomnios y perturbaciones en el mecanismo de nutrición o toda infección propagada al organismo puede ser perjudicial no sólo para ella sino para el nuevo sér.

Si por descuido de la mujer embarazada ésta abandona su boca y aparecen las alteraciones antes estudiadas, el tratamiento de éstas se impone sin peligro para ambos.

Trataremos las estomatopatías cuidando la limpieza de la boca, la cual se hará diariamente y detenidamente por medio del cepillo y colutorios y aplicando toques de nitrato de plata en solución fenicada si ésta fuese aftosa.

Combatiremos el ptialismo gravídico por medio de laxantes y atropina a la dosis de medio miligramo por día, según Auvard.

Disminuiremos la acidez de la saliva con leche de magnesia y haciendo los buches y tomas por la noche, puesto que la acción de la abrasión de la saliva durante el sueño, debida a la inmovilidad de las mandíbulas, es mayor.

El doctor Wolf recomienda hacer el tratamiento en forma de buches al acostarse para alcalinizar de momento el medio bucal y, además, porque pegándose a los dientes los envuelve con una cutícula que la saliva no puede atravesar.

Recomienda esta leche para tomarla al interior, también por la noche, para neutralizar la hiperacidez intestinal y como laxante suave ya que suele haber normalmente estreñimiento, y finalmente se aconseja su empleo después de los vómitos.

El tratamiento de las odontalgias le hacemos tratando las caries, siempre que esto sea posible, aplicando en los casos de dentina hipersensible esencias volátiles y obturando provisionalmente.

En los casos de caries extensas con destrucción de la mayor parte de las coronas o en los dientes con complicaciones, o caries difíciles de tratar en estos estados, o cuando nos encontramos con raíces, nos veremos obligados a la extracción, siendo un perjuicio el considerar lo contrario toda vez que en este período existe ya una autointoxicación permanente y será, por lo tanto, conveniente no añadir las que puedan producir estos dientes.

Sobre esta cuestión se han expuesto también muchas teorías, y al lado de los que aconsejan la extracción se encuentran otras opiniones que, a nuestro juicio, no merecen ser consideradas, puesto que los peligros que pueda acarrear una extracción son todos ellos insignificantes. Estos accidentes los estudia Max Fildemans (1) en cuatro grupos: traumatismos, infecciones, hemorragias, anestésias.

El traumatismo es, desde luego, el mayor de todos los riesgos por la posible interrupción del embarazo, pero como es de suponer éste es tan insignificante que rara vez podrá producirnoslo.

(1) Max Fildemans, *La Odontología*. Diciembre 1926.

La infección, otro de los accidentes que se pueden presentar, será también de los que no nos preocupen puesto que la infección producida por el diente o raíz sería, sin ninguna duda, como ya expusimos en otro trabajo (1), mucho mayor que la que pueda producirse a consecuencia de la extracción.

La hemorragia será también fácil de cohibir, aun cuando estén más predispuestas las mujeres embarazadas a tenerlas, por la intervención; y, por último, la anestesia no parece ser serio inconveniente para la extracción, aun cuando deba hacerse ésta con tiento, teniendo en cuenta la susceptibilidad de la mujer y preguntando antes si tuvo abortos.

Nosotros vemos en la anestesia otro inconveniente, pero que tampoco impide las extracciones, y es que disminuye las reservas alcalinas, y como éstas son tan necesarias en las embarazadas es conveniente ser cautos en la cantidad de anestésico empleado, evitando por lo tanto una nueva pérdida de cal y administrando, por el contrario, éstas para que el organismo las fije reparando las pérdidas, siendo conveniente emplear la opoterapia para estimular las glándulas de secreción interna, que presiden el metabolismo del calcio.



Algunas consideraciones deducidas de nuestra práctica sobre la frenicectomía

por el doctor A. VILLACIÁN

Médico del Hospital civil de Vitoria

Desde que Stuertz, médico de Viena, en la primera década del presente siglo, practica la simple sección del nervio frénico para la curación de las cavernas tuberculosas de la base, hasta la actualidad, esta intervención ha sido objeto de acogidas entusiastas, de olvidos inmerecidos y de aplicaciones poco precisadas. Sauerbruch, Schpelmann, Groetze, practican la simple sección del frénico; Blanco Rivero realiza la misma intervención en un caso de hepatoptosis según idea sugerida por el profesor Novoa Santos. Posteriormente Félix de Zurich, convencido de los resultados mediocres que la simple sección del frénico proporcionaba, practicó el arrancamiento del cabo periférico, con lo que la regeneración nerviosa no tenía lugar y por lo tanto el restablecimiento de la función diafragmática no se verificaba.

La exéresis del frénico trae como primera consecuencia, la inmoviliza-

(1) Alfredo Echavarría, *Odontología clínica*. Octubre 1927.

ción del hemidiafragma correspondiente, siempre que éste no reciba más inervación motriz que la del frénico, una vez arrancado éste por debajo de su anastómosis con el subclavio, o de frénicos accesorios.

El segundo fenómeno, posterior, aunque inmediato a la inmovilidad diafragmática, es la pérdida de la tonicidad del lado inmóvil y por consiguiente su ascenso en la cavidad torácica, produciéndose una notable reducción de la misma, que puede llegar según Bremer a un tercio o un cuarto de la primitiva. Este ascenso diafragmático que se continúa por un tiempo muy variable después de la misma, hasta conseguir un límite no precisado que es el que más objetiva la realización de la frenicectomía, le hemos visto nosotros realizado en la casi totalidad de nuestros casos, en los primeros días siguientes a la intervención, cuando todavía el enfermo es portador de los agrafes de sutura, estimando que en muchos de ellos era ya tan manifiesto, que posteriormente no se ha conseguido una mayor elevación; la curiosidad nos ha hecho observar a todos nuestros enfermos radioscópicamente en los primeros días, en busca siempre de lo que afirmamos y en convencimiento de que lo resecaado era efectivamente el frénico.

Si bien es verdad que los beneficios que de la frenicectomía derivan, no son proporcionales al mayor o menor ascenso diafragmático, guardan entre sí un paralelismo tan evidente, como con la desaparición de los fenómenos de auscultación. Paralizado el diafragma y perdida su tonicidad, está enteramente sometido a las influencias que recibe del lado torácico y del lado abdominal.

Del lado torácico, la acción retráctil de las partes sanas en el pulmón afectado a consecuencia de su elasticidad, y la retractilidad del tejido enfermo y de cicatrización, factor muy variable supeditado especialmente a la naturaleza anatomopatológica predominante de las lesiones, a su antigüedad y a su extensión, regulan su ascenso. Es por esta actividad retráctil de los tejidos, por lo que sus indicaciones más manifiestas son las formas fibrosas puras o de predominio fibroso, siempre que no muy envejecidas, hayan creado fuertes y extensas adherencias que hayan modificado la simetría interna visceral y la externa torácica. La naturaleza fibrosa con tendencia a las desviaciones costales, mediastínicas, siempre que sean en su iniciación, son formas electivas, favoreciendo la retracción de los tejidos, no produciéndola y dejando en libre juego la actividad retráctil de la lesión. La extensión lesional así como su antigüedad, son factores decisivos para sus resultados, ya que cuando aquella es local y circunscrita, quedan tejidos sanos en abundancia con gran avidez para poner en juego su elasticidad.

Del lado abdominal, el diafragma inmóvil está sometido a las modificaciones que en su estatismo producen los cambios de presión que el diafragma móvil imprime a las vísceras preferentemente huecas del abdomen en el libre juego inspiratorio y espiratorio del mismo; es por este solo influjo abdominal sobre la elevación diafragmática, como influye la cura

postural de decúbito sobre el lado intervenido y como nosotros podemos acentuarla por la comprensión con vendaje abdominal en espiración forzada.

Sabido es, que uno de los signos que evidencian la supresión de la función del frénico, es el signo o fenómeno de Kiembok, en virtud del cual el diafragma del lado paralizado sube o permanece inmóvil en el momento inspiratorio, mientras que el del lado sano desciende en el mismo momento, constituyendo el bien denominado fenómeno del balancín. Es lógica suposición que este descenso diafragmático en el lado sano empuja las vísceras abdominales en el mismo sentido y que este aumento de la presión intra-abdominal, será compensado por un ascenso visceral en el lado enfermo con lo que el empuje diafragmático se realiza. Este empuje diafragmático en el lado paralizado por las vísceras abdominales, podemos nosotros aumentarle por un sencillo mecanismo de comprensión del abdomen por medio de un vendaje en espiración forzada, que impida el abombamiento de la pared abdominal anterior por la proyección visceral en el momento inspiratorio, con lo que el empuje de ella ha de hacerse más manifiesto sobre el hemidiafragma paralizado, puesto que suprimiendo o disminuyendo la proyección anterior de la pared abdominal por el vendaje, la acción impelente de las vísceras ha de hacerse más activa sobre el lado inmóvil, ya que las paredes posterior e inferior del abdomen son prácticamente inextensibles.

Este mecanismo auxiliar de la elevación diafragmática, le hemos puesto en juego dos veces, para conseguir colapsos cavitarios del vértice pulmonar, cuando éste se hacía lento y creíamos fracasado nuestro intento, habiéndonos convencido de su eficacia y habiéndola indudablemente acelerado, acción que muchas veces hemos de poner en práctica para conseguir el efecto que con la frenicectomía nos propusiéramos.

Si tratáramos de precisar cuándo creemos indicada la frenicectomía, no nos atreveríamos a ser tan poco explícitos y tan imprecisos como los que afirman que cuando el neumotórax es impracticable o es ineficaz; es hacer una generalización caprichosa a nuestro juicio, subordinándola a los fracasos del neumo, cuando creemos que la frenicectomía tiene sus indicaciones precisadas y concretas, muy superior al neumo en estos casos.

No creemos como indicación ideal de la misma, las lesiones basales, aunque estimamos que las lesiones mejoran visiblemente; esta es también la opinión del doctor Tapia Martínez, del Hospital Nacional de enfermedades infecciosas.

Son acaso más electivas de la frenicectomía, las cavernas solitarias del vértice, cuando la infiltración pericavitaria no es muy pronunciada, es decir de preferencia en las formas jóvenes; cuando a la cavidad apical se agrega lesión en el resto del campo pulmonar de predominio fibroso, el éxito no es tan rápido pero es el proceder más seguro para el colapso cavitario.

En la tuberculosis pleuro-pulmonar d'emblee acompañada de exudado

pleural una vez reabsorbido éste y con poca tendencia sinfisaria, siempre que las lesiones pulmonares permanezcan circunscritas a la base.

En estos casos creemos que la frenicectomía cumple un papel de eficacia insuperable comparada con otros procedimientos actuales.

Papel más secundario aunque coadyuvante de la curación de las lesiones, son los casos de neumo parcial con adherencias a la base, en las sínfisis pleurales consecutivas a exudados por neumotórax, cuando quiera finalizarse o interrumpirse un neumo por imposibilidad de continuarlo, especialmente si éste ha sido parcial, y en muchos casos finalmente de hemoptisis recidivantes.

Bajo estos puntos de vista, la frenicectomía completa la pequeña cirugía de la tuberculosis pulmonar relegada hasta ahora al neumotórax, pero ni éste sustituye a aquélla en sus indicaciones, ni aquélla a éste, pues ambos métodos tienen efectos de prioridad en casos determinados. Tiene ésta la enorme ventaja sobre el neumo de sus rápidos efectos, no exponer al enfermo en un plazo largo a la tortura de las punciones y al peligro que éstas acarrearán, el de su economía y sobre todo, el actuar sobre un grupo importante de lesiones en las que el neumotórax o es impracticable o es ineficaz.

Para establecer el porqué de los buenos efectos que la frenicectomía produce, se tropieza con las mismas dificultades que para explicar la beneficiosa acción del neumotórax. Lassar y Max, estiman que el efecto beneficioso, es debido a la supresión de las fibras simpáticas que acompañan al frénico y a la consiguiente acción trófica; un efecto colapsante es innegable, aunque aquel sea exiguo en las lesiones apicales donde las lesiones ulceradas obtienen sus mayores beneficios; la acción retrayente del tejido pulmonar conseguida por la supresión de la función diafragmática, unida al reposo de las partes enfermas y a la influencia estenosante sobre los vasos pulmonares en especial del hileo, podría explicar sus rápidos efectos; es posible que su acción beneficiosa sea debida a la combinación de estos procederes señalados.

Raras veces se practica la exéresis bilateral del frénico; fué Jehn el que durante la gran guerra practicó la doble neurotomía con objeto de evitar el espasmo diafragmático violento, en un caso de tétanos grave, y hacer posible el buen efecto de la respiración artificial; posteriormente Schumann realiza la misma intervención con ocasión de un caso semejante; Brunner, Kroh, Sauerbruch, Baer, realizan la misma intervención en lesiones tuberculosas; Curti y Pigler hacen un estudio más extenso de sus indicaciones. La escasez de casos en que ésta es practicada hace que no se conozcan bien sus indicaciones, aparte de que los ensayos experimentales en animales han sido seguidos casi siempre de éxito mortal. Sin embargo en el hombre, la encefalitis letárgica nos ha mostrado casos de parálisis diafragmática bilateral perfectamente compatibles con la vida; este hecho y el de ser muy soporta-

ble una existencia ulterior, nos hace recogerla y ser un punto de mira para el porvenir.

Nosotros hemos realizado en el último año, 21 frenicectomías en nuestro servicio de hombres, 17 en casos de tuberculosis y los restantes en abscesos de pulmón; de nuestros 17 intervenidos por tuberculosis, 7 han sido dados de alta por curación clínica que persiste en la actualidad según observación que continuamos en nuestra policlínica, 3 mejoran visiblemente abrigando la esperanza de que se ha de conseguir su curación en un plazo no muy lejano, por ser la intervención de fecha no muy remota; 4 se encuentran muy mejorados habiéndose hecho dos abacilíferos de una manera constante y de los dos restantes, en uno de ellos creemos que su supervivencia y la cohibición de las hemoptisis frecuentes, son debidas a ella y en el otro, bacilar de una manera inconstante, han mejorado sus lesiones pulmonares y laríngeas de una manera notable; de los 3 restantes, en 2 el estado es estacionario y en el otro, practicada por exudado total a consecuencia del neumotórax, no creemos que haya influido en nada en su buena situación actual.

De entre los curados, destacan por curiosidad los dos siguientes casos que vamos a señalar:

T. L., de 23 años, natural de Verantevilla (Alava) soltero, de profesión obrero del campo, ingresa en nuestro servicio el 22-7-1930.

No hay antecedentes que señalen el ambiente familiar ni tara alguna y los personales carecen de todo interés.

A raíz de su licenciamiento como militar hace 17 meses, nota tos frecuente con expectoración, que en diversas ocasiones ha sido hemoptoica, ligera disnea, sudores nocturnos, fiebre vespertina, pérdida de apetito y de peso. Explorado presenta: crepitantes medianos en la base del hemitórax izquierdo con alguna sibilancia, consonantes medianos, soplo de carácter anfórico con broncofonía intensa y pectoriloquia áfona; febrícula constante sin taquicardia; regular estado nutritivo con relación a su talla, expectora 20 veces en 24 horas con dos bacilos por campo microscópico; la R. de F. es de 37°. Radiográficamente engrosamiento del hileo derecho y cavidad grande en base izquierda próxima a la zona cardíaca (caso primero R. I.). Frenicectomizado el 2-8-1930 sin accidente alguno; a los 6 días en radioscopia, inmovilidad total del hemidiafragma izquierdo y buen ascenso del mismo; excelente curso, desaparece la febrícula a los 8 días de intervenido aunque ya se iniciaba su descenso; la expectoración va reduciéndose notablemente, el estado general muy mejorado, la R. de F. es de 18 horas; la radiografía segunda evidencia el cierre de la cavidad; no tiene sintomatología clínica apreciable, ni expectora, pesa 71 kilos, siendo dado de alta el 13-8-1931; en la actualidad continúa en estado inmejorable.

El otro caso de larga fecha de enfermedad aunque con vida de trabajo no interrumpida, presenta a su ingreso un cuadro grave.

D. V., de 38 años, casado, obrero, natural de Laguardia (Alava) y reside en Vitoria; ingresa en nuestro servicio el 15-6-1931. No hay ambiente de tuber-

culosis en sus familiares; tiene tres hijos sanos. En antecedentes personales nada que señalar.

Desde hace seis meses catarro que no cuida, con desnutrición y pérdida de apetito; hace 18 días, esputos hemoptoicos a pesar de lo cual no guarda cama ni reposo; el día 12 punta de costado izquierdo exagerada por la respiración y por la tos.

Subjetivamente presenta el dolor en el costado izquierdo con los caracteres señalados y sudores nocturnos. Da la sensación de un hombre de más edad que la que en realidad posee; pesa 50 kilos para 1 metro 64 centímetros de talla. Crepitaciones finas y respiración prolongada en zona de Chauvet izquierda; roces pleurales en la base y ligera disminución del murmullo vesicular en el mismo lado; febrícula, expectora 34 veces al día; la R. de F. es de 50'; tiene dos bacilos por campo microscópico. Radiográficamente callosidades en ambos hileos y en parte alta del derecho, y ligero agrisamiento del hemicampo izquierdo, con predominio y acentuación de las sombras bronco-vasculares (caso segundo R. I.); a los ocho días de su ingreso se le practica la frenicectomía izquierda con gran elevación febril hasta 39'5° que remite lentamente quedándose apirético a los once días de intervenido; al sexto día de practicado el arrancamiento del frénico, hemidiafragma izquierdo totalmente inmóvil con buen ascenso no consiguiéndose mayor en los meses posteriores (R. II.).

Es dado de alta el 17 de Noviembre, con algún crujido inconstante en base izquierda; estado general inmejorable, pesa 62 kilos; en repetidos exámenes no se han observado bacilos expectorando tres veces al día; la R. de F. es de cuatro horas.

Entre los curados figura también el caso siguiente: S. B., de 22 años, natural de Villarreal (Alava), soltero, obrero, ingresa en nuestro servicio el 15-8-1931.

Sin antecedentes familiares que señalar.

Sarampión en la infancia.

Hace seis meses comienzo insidioso con catarro, algo de dolor en el costado derecho y alguna destemplanza vespertina; como se encuentra en situación militar es hospitalizado durante tres meses, al cabo de los cuales consigue una licencia de dos meses causando nueva hospitalización al cabo de los mismos, por no encontrarse totalmente restablecido; hace quince días hemoptisis ligera.

Tos frecuente aunque con expectoración rara. Buen estado general, apirético.

Retraso inspiratorio de todo el hemitórax derecho, ligera submacidez en la parte posterior del mismo, excepto en el lóbulo superior con algo de refuerzo vibratorio a palpación; ligera disminución del murmullo vesicular desde punta de omoplato hasta la base, con crujidos estertores en el mismo; algo de broncofonía; en repetidos exámenes de laboratorio no se observan bacilos de Koch; la R. de F. es de una hora. Radiográficamente

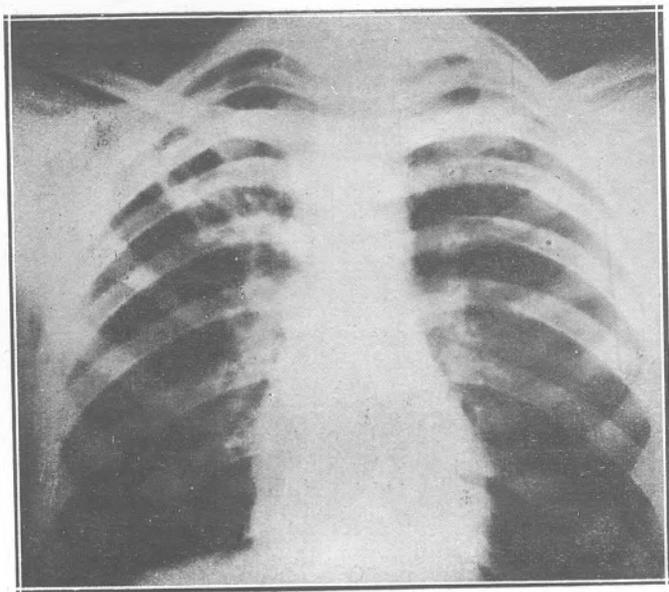
y en examen radioscópico, notable disminución de la movilidad del hemidiafragma derecho con deformidad del mismo y pellizcamiento de la bóveda por adherencia a pared costal; seno opaco; opacidad bastante densa en el lóbulo inferior que corresponde a una infiltración pulmonar secundaria (caso 3.º R. I).

Frenicectomia el 9 de Noviembre con excelente curso postoperatorio; inmovilidad y buen ascenso diafragmático en los primeros días de la operación; a los 20 días de practicada, la R. de F. es de 12 horas con 30'; no tiene síndrome clínico de auscultación, ni percusivo; la imagen radiográfica ha variado totalmente, aclarándose notablemente el hemicampo derecho y desapareciendo la opacidad del seno costo-diafragmático. (R. II).

El siguiente caso revela bien la superioridad de la frenicectomia sobre neumotórax en caso de caverna solitaria del vértice.

J. A., de 29 años, soltero, natural de Vitoria, de profesión mecánico; ingresa en nuestro servicio el 17 de Marzo de 1930.

Ningún antecedente familiar que señalar.



R. I

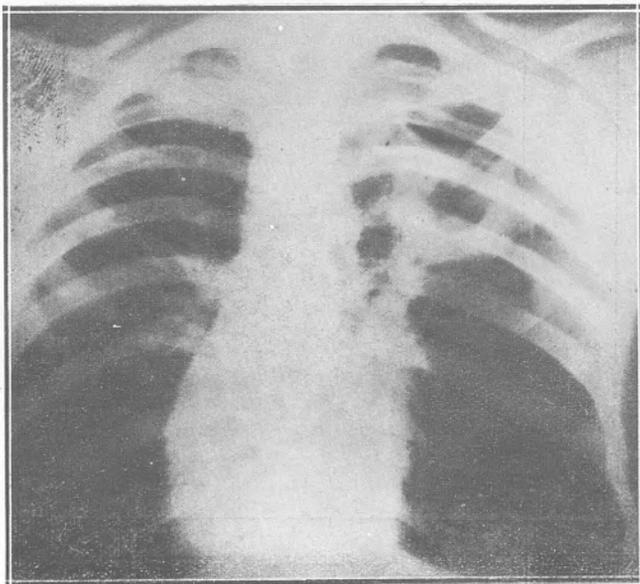
Sarampión en la infancia; con frecuencia catarros sin importancia.

En Junio de 1929 hemoptisis pequeña guardando cama durante quince días; después bien hasta el mes de Marzo siguiente que contrae fuerte catarro.

A su ingreso mucha tos, expectora 50 veces en 24 horas; pesa 57 kilos, talla 1 m. 66 cms., perímetro torácico 88 cms., t. a. mx 12, mn. 6. (Vaquez)

Ligera disminución de la expansión inspiratoria del hemitórax derecho; cruídos secos e inspiratorios en ambos hileos pulmonares, disminución del murmullo vesicular en región infraclavicular derecha y de las vibraciones auscultadas. Radiológicamente opacidad ligera en vértice derecho con cavidad bien apreciable, hilios grandes en ambos lados (caso 4.º R. I.); la R. de F. 35', numerosos bacilos de Koch.

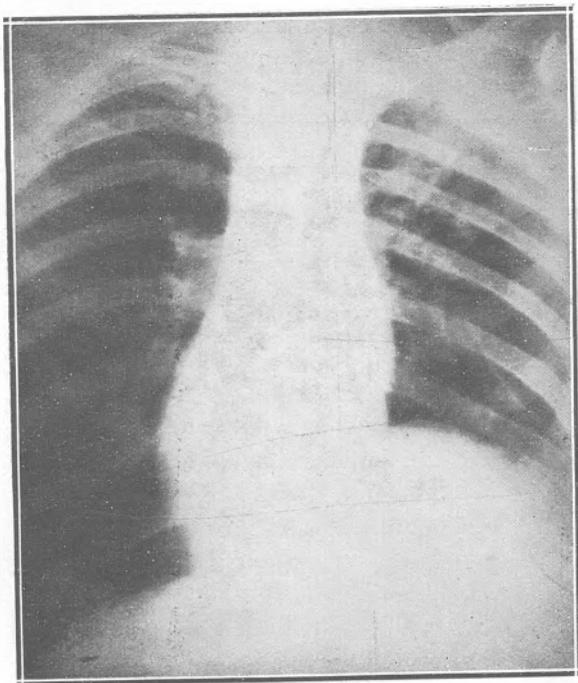
Se le practica neumo derecho, que es bien tolerado, inyectándole 4.300 centímetros cúbicos de aire; el estado general mejora, la R. de F., se ententece alcanzando 4 horas y 18 minutos; continúan observándose bacilos en abundancia; clínicamente carece de sintomatología fuera de la que el neumotórax produce; radiográficamente persiste la misma imagen, la cavidad se ha agrandado y hecho más manifiesta por adherencia lineal de la parte superexterna de la misma, al mismo lado del vértice torácico. (R. II.)



R. II

En vista de que a pesar del neumo total éste es insuficiente y no sólo no colapsa la cavidad sino que la exagera, se le practica la frenicectomía el 13 de Marzo de 1931 previo espaciamiento de las punciones e introducción de menor cantidad de aire. Existe un éxtasis venoso muy intenso en todos los vasos de la región del cuello en el lado operado, que nos hace proceder con mucha lentitud y cuidado; al mes y medio de practicada sin

suspender totalmente el neumo pero sumamente reducido, la cavidad ha disminuído a la mitad de su tamaño, el hemidiafragma derecho está totalmente inmóvil y ha ascendido, la expectoración se ha reducido pero continúa constantemente bacilífero; en vista de esto, se le suspenden completamente las punciones desde el mes de Junio; en Octubre la cavidad sigue manifiesta y del mismo tamaño, procuramos aumentar la actividad retráctil pulmonar y favorecer el ascenso diafragmático mediante vendaje abdominal en espiración forzada, consiguiendo el colapso casi total de la cavidad (R. III). Totalmente abacilífero en diferentes exámenes; la R. de F. es de 30 horas.



R. III

Es bien visible que la acción de la frenicectomía en este caso, es muy superior al neumotórax que no hacía sino exagerar la excavación con todos los peligros inherentes a su persistencia; la acción colapsante del neumotórax obrando en dirección de fuera a dentro, bien opuesta a la de la adherencia y obrando ambas fuerzas en los extremos del diámetro de la cavidad, explican los perniciosos efectos del colapso. La frenicectomía colapsa la caverna por acción retrayente de los tejidos pericavitarios según fuerza que obra en la dirección de todos los radios de la misma,

ya que la infiltración pericavitaria no muy intensa no impide la retracción de los tejidos.

El siguiente caso incluido entre los mejorados, señala otro de los buenos efectos de la frenicectomía y de sus indicaciones, en casos de hemoptisis recidivantes que no pueden someterse a la terapéutica del neumotórax por impracticable y que la intensidad de ellas aparte de la siembra que muchas veces producen, comprometen la vida del enfermo.

S. G., de 21 años, soltero, labrador, de Lecínena (Alava); ingresa en nuestro servicio el 10 de Noviembre de 1927.

En sus antecedentes familiares figuran cuatro hermanos fallecidos sin causa que él conozca.

El enfermo ha padecido gripe benigna en 1918; un proceso tifoideo hace dos años, parotiditis con orquitis bilateral y una salud general muy deficiente.

En Octubre de 1926, hemoptisis que no cuida; en Abril del año siguiente nueva hemoptisis guardando cama durante tres meses; después ingresa en nuestro servicio.

Tos frecuente y a veces hemoptoica con dolor en el costado derecho, disnea de ejercicio y hasta cuando habla, astenia general manifiesta.

Sujeto desnutrido con hábito francamente asténico; pesa 48 kilos para una talla de 1 m. 71 cms.; perímetro torácico 79 cms.; t. a. mx. 10 mn. 7 (Vaquez).

Disminución de la amplitud respiratoria en el hemitórax derecho y aproximación costal en la base del mismo; estrechamiento de ambas charreteras más manifiesta la derecha. Crujidos secos en la parte posterior y superior del hemicampo izquierdo; superepitantes gruesos en los dos tercios superiores del derecho, soplo anfórico y demás signos cavitarios en zona infraclavicular derecha; expectora 50 veces en 24 horas, con numerosos bacilos; R. de F. una hora. Radiológicamente presenta, disminución de la movilidad del hemidiafragma derecho y disminución de la movilidad costal en la misma base; notable desviación mediastinal hacia el lado derecho; infiltración en todo el lóbulo superior derecho con excavación grande en la parte media de la zona infraclavicular, otra del mismo tamaño próxima al hileo derecho; hileo izquierdo algo densificado con velo manifiesto en vértice que no aclara con la tos ni con los movimientos respiratorios (caso 5.º R. I.).

En vista de su diseminación y de la gravedad que ésta presenta, nos abstenemos de toda terapéutica activa. Evoluciona de un modo apirético pero con estado semejante al señalado, desnutrido, con expectoración abundante y bacilífera, extraordinariamente inapetente; con inusitada frecuencia presenta hemoptisis, algunas abundantes, siempre frías, que acentúan su empobrecimiento orgánico y le deprimen psíquicamente. Las lesiones del lado izquierdo mejoran clínica y radiológicamente, en vista de lo cual decidimos practicar la frenicectomía el 24 de Julio de 1930; rápido ascenso

diafragmático con total inmovilidad del mismo, completa desaparición de la imagen cavitaria hiliar y reducción hasta casi extinción de la infraclavicular (R. II.). Clínicamente gorgoteos en zona de Chauvet derecha, crepitantes medianos en toda la parte posterior del mismo campo; broncofonía intensa en zona interescapulo-vertebral derecha y en zona de Chauvet; gorgoteos en zona infraclavicular derecha. El estado general ha mejorado, habiendo engordado seis kilos; la R. de F. es de 4 horas y 30 minutos, expectora seis veces al día y en dos exámenes que se le han practicado con homogeneización previa, no se han observado bacilos de Koch. Desde que la frenicectomía fué practicada hasta la actualidad, no ha tenido más que una leve hemoptisis cuando antes de la misma, no transcurrían dos meses, sin que esta inquietud nos atemorizase sobre su resultado.

No cabe duda que en este caso fibro-ulceroso grave, ella ha ventilado la vida del enfermo y que en la actualidad aunque no abrigamos totalmente esperanzas sobre su curación, ha conseguido un tal alivio que de continuar así, podrá permitir la salida del enfermo y la actividad sedentaria que un cambio de oficio le proporcione, sin el peligro evidente y sin el gravamen social que de no haberse practicado representaría en la actualidad, caso de que sobreviviera, que lo estimamos difícil. (1)

Vitoria, 29 de Diciembre de 1931.



(1) El lector observará que las radiografías II y III están invertidas. En prensa ya este número y por no demorar su salida no se renovan, ya que no se altera su interpretación.

El panadizo y su tratamiento

por el doctor Rafael ARGÜELLES

Catedrático de Cirugía en la Facultad de Medicina de Valladolid

El panadizo es una afección muy frecuente. Muy circunscrita, muy localizada en su comienzo, con aspecto de lesión benigna, que fácilmente podrá ser vencida, se le concede poca importancia y es mal atendida, con remedios caseros o con intervenciones de pequeña cirugía. Y sin embargo, si se consultaran las estadísticas, se verían cuantas inutilidades han derivado de panadizos tratados de modo inconveniente. Son innumerables las rigideces y contracturas invencibles, que quedan como secuelas de estas afecciones; en otros casos, la amputación de un dedo o de la mano es el resultado fatal de un panadizo que fué descuidado o que no se trató debidamente.

El panadizo es la infección flemonosa de los dedos y se observa de preferencia en las personas que, por su profesión, se inferen pequeñas heridas en los dedos, con astillas, espinas de pescado, afileres, instrumentos de trabajo, etc. En los médicos o personal subalterno, los panadizos que se producen por la inoculación con productos sépticos, en las autopsias u operaciones, son especialmente graves, pues se deben a gérmenes cuya virulencia se ha exaltado por el paso por otro individuo. Infecciones repetidas confieren sin duda, un cierto grado de inmunidad.

No todos los individuos padecen por igual de panadizos, aunque la exposición sea la misma. En general, puede decirse que los organismos sufren con tanta mayor facilidad una infección, cuanto peor esté irrigado un órgano. Pero el curso de una infección depende, además, de otros factores, fundamentalmente de la constitución de la piel y del tejido celular. Una de las características de la inflamación es la imbibición de agua, el hinchamiento de la materia colágena del tejido conjuntivo. En los individuos de tejido conjuntivo flojo, de piel fina, que se desliza fácilmente sobre los planos profundos, la tensión de los tejidos en el foco inflamatorio se difunde rápida y fácilmente en los territorios vecinos, que compensan la presión del tejido inflamado, y estos medios físicos de defensa anulan así la infección, y la necrosis, que sería su consecuencia. En los dedos, el panadizo se localiza en la cara palmar, no sólo porque en ésta las lesiones son más frecuentes, sino porque la piel de la región dorsal es más fina y distensible. Por eso los panadizos son especialmente graves en los sujetos de piel callosa, dura, inextensible, en los que el hinchamiento coloideo del foco inflamatorio no puede compensarse por la rápida difusión en tejidos vecinos de floja consistencia. La acción curativa de la incisión en el panadizo

consiste en que rebaja la tensión del foco inflamatorio comprimido por la piel dura, inextensible. La incisión da al tejido capacidad de hinchamiento y ceden el dolor y los síntomas generales.

Los panadizos superficiales, epidérmicos y subcutáneos, se originan por inoculación directa. Los más profundos pueden ser producidos bien directamente, o por propagación secundaria desde el foco superficial. El panadizo superficial en sí, no reviste importancia alguna. Pero con frecuencia la infección se propaga a mayor o menor distancia, al hueso, a las articulaciones, a las vainas sinoviales y estas complicaciones son las que dan al panadizo su carácter de infección temible.

El panadizo más frecuente es el de las «falanges terminales». En un principio, cuando es subcutáneo, se acusa por malestar y fiebre y signos locales muy típicos, como son la dureza del pulpejo, en el que desaparece la pseudofluctuación normal y sobre todo «el dolor». La gran riqueza de las yemas de los dedos en fibras sensitivas, comprimidas en el foco inflamatorio, explica en parte la agudeza de los dolores en cuya génesis intervienen también procesos fisicoquímicos, que acompañan a toda inflamación, como son las variaciones de la presión osmótica, el aumento de la acidez local y sobre todo la mayor concentración del ion potásico, que liberan las células del territorio inflamado y que actúa como excitante de las terminaciones sensibles.

Este dolor es a veces pulsátil. Cada latido cardíaco, cada dilatación de las pequeñas arterias del dedo, excita este dolor, tan agudo, que no deja dormir a los enfermos. Este dolor pulsátil se debe a que la presión de los tejidos iguala a la presión arterial. En estas condiciones la pared arterial, colocada entre dos presiones iguales, está relajada y la dilatación de la arteria y por lo tanto la compresión de los tejidos limítrofes se realiza en el sístole en su máxima amplitud.

La exploración del lugar que corresponde al foco del pus, se hace con el pico de la sonda. De este modo puede descubrirse un punto en el que el dolor es máximo. También puede emplearse la transluminación en la cámara oscura, viéndose en el fondo rosado del pulpejo, una mancha más oscura, que corresponde al pequeño absceso. Solamente en casos avanzados o en sujetos de piel más fina se formará un absceso con clara fluctuación, recubierto de piel blanquecina y adelgazada.

La íntima unión del tejido celular al periostio explica la frecuencia con que la infección subcutánea se propaga al hueso. El pus despegando el periostio, se insinúa entre éste y el hueso, comprime o trombosa los vasos nutricios y conduce así a una necrosis de la falange. Esta necrosis casi siempre queda limitada a la extremidad distal. En la extremidad proximal, el periostio no se despegando del hueso y no hay necrosis o ésta es mucho más tardía.

En el panadizo óseo se acentúa la intensidad del dolor y el dedo se mantiene en ligera flexión. En los panadizos subcutáneos, operados por incisiones insuficientes, la propagación de la infección al hueso se acusa por el

aumento del pus, que se hace más espeso y de mal olor, y en la exploración con la sonda se toca el hueso denudado.

Predominan en el panadizo óseo las lesiones destructivas sobre las formativas. En la radiografía la destrucción de hueso se observa ya al final de la segunda semana. La parte proximal resiste más, pues el periostio no se despega fácilmente y esta región queda nutrida con los pequeños vasos capsulares; pero en la zona distal la destrucción del hueso es a veces completa y en la radiografía se observan sólo pequeños secuestros, destinados a ser extraídos o que se eliminarán tras una larga supuración.

La propagación de la infección a la articulación se traduce en una tumefacción que abarca todo el contorno articular. La movilidad pasiva de la articulación es muy dolorosa.

En las «falanges proximales», el panadizo amenaza con propagarse a la vaina tendinosa. La infección de esta vaina se produce a veces directamente, cuando el agente infectante ha penetrado hasta su cavidad. Pero otras veces, a consecuencia de un panadizo subcutáneo se infecta secundariamente la vaina tendinosa, propagándose la infección a la profundidad por la vía linfática.

La disposición de las vainas sinoviales no es igual en todos los dedos. En los dedos centrales, 2.º, 3.º y 4.º, la vaina se extiende desde la base de la tercera falange, hasta el primer surco transversal de la mano. (Fig. 1.^a). En cambio, en el pulgar y en el meñique, la vaina tendinosa continúa hasta por encima de la muñeca. En el pulgar, la vaina sinovial envuelve sólo el tendón flexor largo de este dedo pero en el meñique, la vaina, que en un principio envolvía los tendones flexores de este dedo, en la muñeca se ensancha y abarca también los restantes tendones flexores, excepto el del pulgar.

La infección de la vaina tendinosa se propaga rápidamente en toda su longitud. El pus la distiende, comprime los tendones, estrangula y trombosa los finos vasos nutricios del mesotendón. Dada la escasa vascularización de los tendones se comprende que el menor obstáculo a su irrigación conduzca pronto a la necrosis. Los tendones están pues seriamente amenazados en el flemón de la vaina; pero además, la infección no queda localizada en la vaina tendinosa, sino que tiende a propagarse.

En los dedos 2.º, 3.º y 4.º, el pus puede terminar por abrirse paso a la superficie, constituyéndose una o más fistulas, por las que se eliminan los restos esfacelados de los tendones. O bien, el pus rompe el extremo superior de la vaina y se difunde por los espacios celulares entre los tendones flexores y los músculos interóseos, originándose el flemón de la palma de la mano.

En las vainas sinoviales de los dedos primero y quinto, la infección se propaga hasta por encima de la muñeca. El fondo de saco superior de la sinovial es distendido por el pus, y si se rompe, la infección invade los espacios celulares del antebrazo, entre los tendones flexores y el pronador

cuadrado, de donde puede propagarse, invadiendo el antebrazo, como flemón difuso, de grave pronóstico. A veces, ambas sinoviales, del pulgar y del meñique, comunican, o se establece una comunicación secundaria y la infección de una vaina se corre a la otra, dando lugar al flemón en Y.

«Clínicamente» se caracteriza el panadizo de las vainas sinoviales por la gran intensidad de los síntomas generales, la tumefacción y el rubor en el trayecto de la vaina, el edema de la región dorsal, el dolor intenso, la posición de los dedos en semiflexión, que adopta el enfermo para rebajar la dolorosa tensión de los tejidos inflamados. Esta posición en semiflexión es irreductible, y al querer corregirla, el enfermo experimenta un dolor vivísimo.

En el «tratamiento» de los panadizos, es preciso tener en cuenta que tenemos que ver con un organismo extraordinariamente complejo, con innumerables tendones, nervios, articulaciones, de un mecanismo tan fino y delicado, que la menor lesión puede perjudicar el juego armónico de este «admirable compás de cinco puntas». Todo proceso inflamatorio de la mano corre el peligro de propagarse a las articulaciones, al hueso, a las vainas



Fig. 1.ª Disposición de las vainas sinoviales.

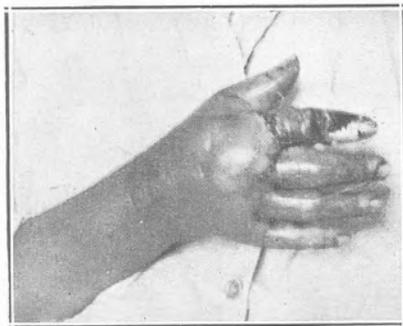


Fig. 2.ª Panadizo tratado con cataplasmas.



Fig. 3.ª Las incisiones en las distintas variedades de panadizo.

tendinosas ocasionando trastornos, que si bien muchas veces pueden no amenazar la vida, en la mayoría de los casos dejarán como residuo incapacidades, a veces completas. De aquí la necesidad de instituir cuanto antes un tratamiento eficaz. Todos los medios, como los fomentos, las cataplasmas «maduran» la inflamación, pero casi siempre a costa de lesiones irreparables. Con frecuencia vemos enfermos que han sido tratados con estos medios (Fig. 2.ª) o con intervenciones quirúrgicas incompletas, que no pueden detener los avances de la infección, y cuyo fin es muchas veces la pérdida de algún dedo o de la mano. Muchos de estos casos desgraciados derivan de la creencia de que el panadizo es una afección que se cura con

una pequeña intervención, para la que no se requiere preparación quirúrgica alguna. Y nada más falso. Precisamente la mano, por su complejidad anatómica, exige que para intervenir en ella se conozcan a fondo sus detalles, para poder buscar con seguridad los lugares donde se colecciona el pus y evitar la herida de vasos y sobre todo de nervios, cuya lesión puede ser más desastrosa que el panadizo mismo.

El panadizo no tiene más tratamiento que el quirúrgico, y éste descansa en dos principios fundamentales: anestesia completa de la región e isquemia.

En las falanges distales la isquemia se hace con un tubo de goma que comprime su base y la anestesia por la inyección circular con novocaina; pero en las demás falanges y en la palma de la mano y muñeca, la anestesia preferible será la etérea y la isquemia se hará con la venda de Esmarch colocada en el brazo.

Varían las incisiones según la localización y extensión de los panadizos. Para los que asientan en la primera falange se ha generalizado la incisión en herradura (Fig. 3.^a). De este modo se separan dos colgajos, uno anterior y otro posterior, se descubre fácilmente el foco de supuración y en los casos en que la infección haya invadido el hueso se hace cómodamente su revisión y la extirpación subperiórtica de su porción distal, aunque hay casos en los que es necesario extirpar totalmente la falange.

En los panadizos de las vainas tendinosas la intervención cuidará de realizar el drenaje más completo posible del pus y al mismo tiempo proteger al tendón de futuras adherencias. Ya decíamos que estos órganos por su escasa vascularización pronto se necrosan, muchas veces a pesar de intervenir precozmente. Por eso los resultados de las intervenciones en el panadizo de las vainas dejan bastante que desear. Y eso que realmente sólo se juzga teniendo a la vista las pocas estadísticas publicadas, en las que sin duda la intervención fué correcta y precoz.

Pero aunque el tendón no se necrose le amenaza el peligro de las adherencias a que tan expuesto está el tendón, sobre todo a su paso por el estuche óseo fibroso de los dedos. Y un tendón que adquiere adherencias firmes con los órganos vecinos es un tendón prácticamente inútil. Por esto las incisiones para desaguar las vainas se practican de modo que la cicatriz resultante no se adhiera al tendón e imposibilite su deslizamiento y se hacen laterales (Fig. 3.^a) y no centrales, siguiendo la línea media, que ocasionarían la hernia del tendón y su soldadura a la cicatriz.

El flemón de la palma se abre con incisiones que siguen la dirección de los músculos lumbricales, (Fig. 3.^a) pues es a lo largo de estos músculos como se realiza la propagación a la región palmar, en los panadizos de las primeras falanges.

En los panadizos sinoviales de los dedos extremos, 1.^o y 5.^o, la intervención es más complicada, y comprende tres partes, una en el dedo, otra en la palma y otra en el antebrazo. Para la vaina cubital o vaina del meñique,

en el dedo se hacen las incisiones laterales, interrumpidas por un puente cutáneo que evita la cicatriz retráctil. En la región palmar la incisión va siguiendo el borde de la eminencia hipotenar hasta el ligamento anular del carpo en su parte media. El drenaje del fondo de saco superior de esta vaina se hace por una incisión en el borde interno de la parte inferior del antebrazo y penetrando por la cara posterior del cubital anterior para llegar al espacio comprendido entre los tendones flexores y el pronador cuadrado.

La vaina radial o vaina del pulgar se drena con incisiones laterales en la primera falange. En la palma, la incisión sigue el borde interno de la eminencia tenar; pero se detiene antes de llegar al ligamento anterior del carpo (unos 2 $\frac{1}{2}$ cm.) para no herir la rama motora del mediano destinada a los músculos cortos del pulgar. El drenaje del fondo de saco superior se hace por una incisión que sigue el borde radial del antebrazo para alcanzar el espacio mencionado. Tanto en una vaina como en otra nos guiaremos para abrir el fondo de saco superior por una pinza introducida por la incisión palmar.

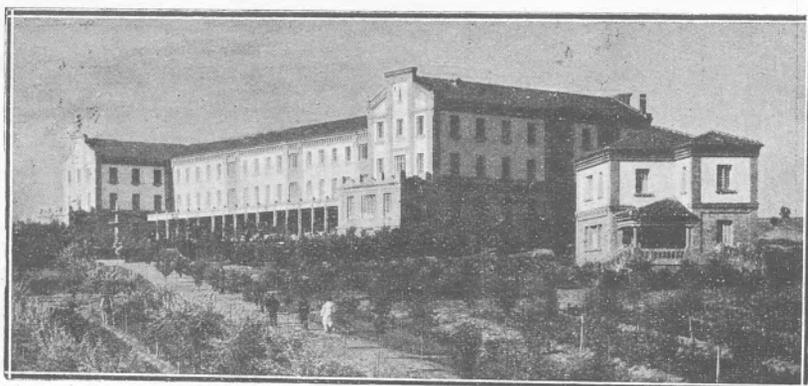
De poco serviría el tratamiento quirúrgico si no fuese seguido de un adecuado «tratamiento postoperatorio».

Es una regla general que en toda afección que amenace con rigideces, contracturas o anquilosis, se colocará desde el primer momento el órgano interesado en una posición, en la cual, de producirse estas rigideces, el trastorno funcional sea mínimo. En la mano, practicada la operación se colocarán en las heridas drenajes con mechas de gasa empapadas en vaselina y se fijará luego, en una férula, en la llamada «posición de función», o sea, los dedos en semiflexión, el pulgar en oposición y la muñeca en extensión. En esta posición, aunque la aquilosis se produzca, aún son posibles movimientos debidos a los pequeños músculos de la mano, suficientes para que esta ejerza su función principal de prensión. Compárese la utilidad de una mano en esta posición favorable con otra en la que la muñeca ha quedado en extensión, igual que los dedos y el pulgar no se oponen a los dedos restantes, sino que está en adducción, adosado al índice. Una mano en esta posición es absolutamente inútil. Por eso nos esforzaremos en conseguir desde un primer momento esta posición ventajosa, teniendo siempre muy presente que cuando hay flemón de la vaina el tendón está casi sin excepción condenado a la necrosis y que los resultados funcionales dependen exclusivamente de las buenas condiciones en que coloquemos la mano para aprovechar los músculos que quedan útiles.

La posición de función se establecerá pues desde el primer momento, aprovechando los cambios de apósito para realizar movimientos, pasivos primero y activos más tarde, como procedimiento el más eficaz, de profilaxia de las adherencias de los tendones, teniendo muy en cuenta que aunque la infección afecte principalmente a un solo dedo, los dedos vecinos parti-

cipan más o menos en el proceso y por eso no serán descuidados en este tratamiento de movilización.

En un principio la colocación de la mano en la posición de función no ofrece dificultades. Cuando se acude tardíamente y ya la mano adopta una actitud viciosa, su reducción, no es fácil y se hará con medidas correctoras progresivas, empleando férulas con dispositivos de tracción continua, no cejando hasta conseguir esta posición favorable, la única que devuelve al miembro parte de su capacidad funcional.



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

BARDANOL

**Elixir de Bardana
y estaño eléctrico**

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

- 1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.
- 2.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis angiolitiasis (con preferencia en caso de cólico hepático).
- 3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.
- 4.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

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

Instituto Rubio.—Sesión del 14 de Enero de 1932

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR LOPEZ DORIGA.—Presenta una enferma de 23 años, casada. Menarquia a los 15 años, siempre bien reglada.

A los 16 años, padece un derrame pleural de naturaleza serosa, según dice.

Hace tres años abortó de tres meses. Desde entonces dolores en las fosas iliacas y región lumbo-sacra que fué haciéndose cada vez más intenso y se presentó fiebre que fué en aumento, por lo que en Octubre de 1929, ingresó en el servicio del doctor Botín. Se comprueba una colección purulenta retro-uterina y anexitis bilateral. Por colpotomía posterior se da salida a una gran colección, drenando la cavidad.

Desaparece la fiebre y la enferma muy mejorada, es dada de alta, sometiéndola a tratamiento médico.

En el mes de Noviembre pasado, se presentó, acusando grandes dolores. Como la exploración era muy difícil por el intenso dolor que provocaba, se hizo bajo anestesia, encontrando útero pequeño en anteflexión forzada y una gran cantidad de masas tumorales que engloban los anexos y ocupan toda la pelvis, siendo mayores en el lado derecho. La herida de la colpotomía continúa abierta y a través de ella se prolapsan en la vagina excrecencias tumorales del tamaño de huevos de gallina, blandas, desiguales, que se desmoronan con el dedo, pero sin sangrar, a pesar de repetidos reconocimientos.

Expulsa por dicha herida una pequeña cantidad de excremento líquido, haciendo deposiciones normales. Esta fístula estercorácea no existía hace dos años, cuando fué dada de alta.

Se ha desnutrido mucho en esta última temporada y tiene algunas décimas por las tardes.

Expulsa por dicha herida una pequeña cantidad de excremento líquido.

Unos trozos de los tumores que salían por la vagina fueron enviados al laboratorio para su análisis histológico. El doctor Rodríguez Illera, informa se trata de una lesión intersticial. Proceso inflamatorio con algunos granulomas miliares que pudieran ser tuberculosos, si bien no encontró bacilo de Koch en ellos.

Ya por la historia expuesta y la larga duración de este proceso, deseamos se tratara de proceso sarcomatoso o epitelial maligno y creyó se trataba de una tuberculosis genito-peritoneal de forma tumoral.

Aunque cree no está indicada la intervención, sino un tratamiento médico, a base de reposo, aireación, helioterapia, sales de cal, etc., etc., solicita la opinión de los compañeros.

Intervienen los doctores YAGUE y PALLARES, haciendo algunas consideraciones acerca del caso, estando conformes con el diagnóstico y mostrándose decididos partidarios del tratamiento médico.

DOCTOR BOTIN.—Operó esta enferma hace dos años por colpotomía posterior para vaciar una colección retro-uterina. La enferma, estaba muy intoxicada, y con un estado general deplorable, se repuso y la perdió de vista hasta hoy.

Hizo un reconocimiento incompleto por tener el vientre muy dolorido, no pudiendo darse cuenta de las cosas, tanto es así, que la primera impresión fué que las masas que hacían relieve en la vagina salían por el cuello del útero y que se trataba de un sarcoma, chocándonos extraordinariamente que al reconocimiento «no sangraran» aquellas fungosidades. Bajo anestesia, vió que la matriz, de tamaño más bien pequeño, estaba rechazada detrás del pubis cabalgando sobre una masa tumoral que llenaba la pequeña pelvis, llegando hasta el Douglas. La consistencia de los tumores era desigual, más bien dura, con abultamientos y depresiones, inmovilidad absoluta, sin poder delimitarlos por la infiltración de tejidos ambientes. Los nódulos excrecentes que hacían hernia en la vagina saliendo por la abertura colpotómica, eran de la misma naturaleza del tumor pelviano.

Por la historia relatada y el informe del laboratorio, el juicio formado de la génesis y naturaleza de este proceso es el siguiente:

De las tres formas de peritonitis tuberculosa de origen genital que conocemos, nos hallamos en este caso frente a la forma de tuberculosis peritoneal caracterizada por formarse dentro de la cavidad, tumoraciones múltiples, de gran volumen, que a veces se han tomado por sarcomas, hasta que el laboratorio ha aclarado su origen inflamatorio, de marcha crónica y casi siempre de naturaleza fímica.

El bacilo tuberculoso invade por propagación de los órganos genitales la serosa y el tejido conjuntivo pelviano. Este reacciona a su estímulo, determinando su hiperplasia y ya por su poca virulencia, o por haberse ésta atenuado, toda vez que el tejido pélvico celular no es terreno abonado para el desarrollo del bacilo de Koch, no se produce como en otras regiones, un proceso rápido de caseificación, de ulceración, sino que su acción es irritante y da lugar a estas tumoraciones hipertróficas conjuntivas.

Desde luego que este proceso debió tener su principio en una lesión aneja y probablemente, recordando el absceso que operamos por la vagina, en un absceso frío de trompas, bilateral, como son casi siempre estos abscesos tuberculosos. La generación del proceso, invadió el tejido conjuntivo de la pelvis provocando reacciones conjuntivas hiperplásticas, formándose verdaderos tuberculomas. Alguna de estas tumoraciones, se insinuó en la herida colpotómica, aún no cerrada, ensanchó la abertura y por ella se prolapsaron otros nódulos en la vagina, que por no estar ulcerados no sangraban al tacto.

El tratamiento no puede ser quirúrgico.

DOCTORES FERNANDO y CESAR BERTRAN.—Presentan una enferma de nariz cóncava, que se ha intervenido por vía endonasal para modificar su deformidad sin dejar cicatriz visible. Para ello se ha seguido la técnica del Profesor Joseph, con las modificaciones de Villar Sancho, que la hacen completamente aséptica, rodeándola del mayor número de seguridades para evitar la infección postrespiratoria.

Reducen a dos grupos las sustancias utilizadas en la prótesis nasal: a) huesos y cartílagos; b) marfil y caucho vulcanizado. El primero, tiene como única ventaja la tolerancia con que los resisten los tejidos, pero entre otros muchos inconvenientes tienen la facilidad de reabsorberse, lo que hace nulos los efectos de la operación, al cabo de cierto tiempo. Joseph utiliza el marfil como material protésico, que reúne las ventajas de ser susceptible de una desin-

fección perfecta, fácilmente modelable y no reabsorberse. Por último, Ruiz Zorrilla, usa el caucho vulcanizado, que reúne el máximo de ventajas, ya que por su consistencia es mucho más fácil de modelar que el marfil, pudiéndosele dar toda clase de formas, se esteriliza perfectamente por ebullición y una vez introducido en los tejidos es aprisionado por ellos y no se desliza en el dorso de la nariz, como a veces sucede con el marfil y por último es perfectamente tolerado.

El doctor Bascones, sabiamente aconsejado por el doctor Landete, procedió a sacar un molde de la deformación, y a hacer sobre él, la pieza de caucho que habíamos de utilizar después.

De otra parte nos inclinamos, como Villar Sancho a emplear la vía ennasal por la gran ventaja de no dejar cicatriz externa visible.

Bajo anestesia local con novocaina al 1 %, fuertemente adrenalinada, se incide la mucosa nasal en el punto de elección labrando un túnel hacia el dorso de la nariz, con un despegador romo. Hecho esto se procede a introducir la pieza de caucho y a adaptarla al dorso nasal; se dan dos puntos de sutura con catgut fino en la mucosa de la nariz y se hace un taponamiento con gasa yodofórmica, colocando además un vendaje compresivo sobre la nariz, operación ésta que nos lleva algo de tiempo por no ser fácil sostener el apósito, hasta que ideamos una pinza que sujeta perfectamente sin producir molestias a la enferma.

El curso post-operatorio ha sido normal. El primer día hubo gran reacción inflamatoria de los tejidos, reacción que ha comenzado a ceder y que terminará por desaparecer en unos días. La enferma, no obstante existir todavía algo de reacción, queda con una nariz casi perfecta, sin señal alguna de haber sido sometida a operación.

El **DOCTOR VALLS MARIN**, presenta un enfermo de 15 años, que hace tres meses estando durmiendo, sintió un dolor en el codo derecho que le despertó, encontrándose con que no podía hacer movimientos con el brazo. Este le quedó en semipronación y con un ángulo de flexión que no llegaba al recto.

Por una radiografía que llevaba el enfermo se veía la cabeza del radio luxada hacia delante y adentro formando un tope que limitaba la flexión del antebrazo sobre el húmero.

Bajo anestesia se intentó la reducción, con pocas esperanzas de éxito, porque en la radiografía se veía la cabeza radial deformada y suponía que caso que se pudiese llegar a la reducción, la contención sería difícil. Tras varios intentos se llegó casi a la reducción, pero la mejora que se obtenía, se perdía al menor movimiento. De todos modos, aunque se ganó mucho en flexión, ésta no llegó a ser completa.

En vista de esto se le intervino para extirpar la cabeza del radio y quitar el obstáculo que representaba para la movilidad del brazo sobre todo a los movimientos de flexión.

Por ser la luxación anterior, hubo que abordar la cabeza radial por esta vía, aprovechando el espacio entre el supinador largo y el bíceps braquial, reclinando hacia afuera el nervio radial y hacia adentro la humeral en su bifurcación. La resección de la cabeza se hizo con escoplo.

Una vez extirpada, el brazo se pudo llevar fácilmente a flexión completa.

DR. B. de M.

OXIDAL

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

ES UN VERDADERO RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

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

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

Aglicolo Diabetes y glicosurias.
En frascos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

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

ANATOMÍA

JEAN CABANAC.—El simpático cervico-torácico. Tesis de Montpellier, 1931.

El autor hace un estudio anatómico del Simpático cervico-torácico, basado en observaciones personales, y expone un proyecto de sistematización del simpático visceral, basado en una ley que llama de «agrupación en centros topográficos y funcionales».

Al principio grupos de células salidas del neuro-eje, acompañando los pares raquídeos, se separan de los mismos y constituyen a los lados de la columna vertebral, tantos ganglios latero-vertebrales como nervios raquídeos, pero estos ganglios, tienden a fusionarse para formar centros topográficos, cuando de ellos depende la inervación de un mismo grupo de órganos.

El ganglio cervical superior, que representa la fusión de tres ganglios, es un centro topográfico y funcional para la cabeza y la parte superior del cuello, pues aunque se ve salir de él, el nervio cardiaco superior, como las investigaciones de Danielopolu han demostrado, se trata de una vía nerviosa que atraviesa el ganglio cervical superior sin interrumpirse en el mismo.

El ganglio cervical medio es un centro vaso-motor faringo-laringeo, su ablación provoca según Leriche, una vaso-dilatación de la base de la lengua y de la faringe, tan intensa que se produce un fuerte edema.

El ganglio cervical inferior es el centro simpático del mediastino anterior, su resección produce trastornos graves del ritmo cardiaco y lesiones importantes del miocardio. Por la destrucción de sus fibras pulmonares produce el edema agudo de pulmón, del que murieron la mayor parte de operados de Jonnesco a consecuencia de la extirpación del ganglio estrellado.

Los ganglios tercero y cuarto dorsales, son el centro simpático mediastinal posterior.

Los ganglios dorsales inferiores representan el origen de los espláncnicos abdominales.

El ganglio cervical inferior hemos visto que inerva el mediastino anterior, mientras que el mediastino posterior está inervado por el simpático torácico, esto es debido a que los órganos del mediastino anterior (pulmones inclusive) derivan de la región cervical. Las fibras cardiacas son aceleradoras, pero sólo existen en el nervio cardiaco inferior, así se explica que los anginosos a los que se han extirpado los dos primeros ganglios cervicales, no presenten lesiones miocárdicas, los dos primeros nervios cardiacos contienen sólo fibras centripetas, reunidas en ciertos mamíferos como el conejo, constituyen el nervio de Cyon.

De los ganglios lumbares parten fibras que descienden hacia los órganos de la pelvis, formando los llamados por Delmas, espláncnicos pelvianos, estos nervios pueden descender formando un plexo (es el plexo hipogástrico de Hovelacque) o bien reunirse en la línea media formando el nervio presacro de Latarget.

En este nervio se encuentran las fibras sensitivas del útero, como lo prueba la eficacia de su resección (operación de Cotte) en los síndromes dolorosos uterinos. También contiene fibras para la vagina y vejiga de la orina.

Termina el autor diciendo que a la inervación segmentaria simpática, se pone la inervación parasimpática, no metamérica sino longitudinal, y que se extiende a todo lo largo del tubo digestivo, y no solo hasta la válvula iliocecal como han pretendido algunos.

F. ORTS.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

BENECHÉ DE MORBURG: Sobre un caso de fragilidad anormal de los tejidos (hipofibrosis universalis.) Centralblatt für. Path. Anatomie. Bd 57. núm. 5. Diciembre 1931.

El autor presenta el estudio y reflexiones que sobre él hace, de un caso de tal naturaleza observada entre unas 15.000 autopsias que ha hecho.

Clínicamente se trataba de una enferma que después de haber pasado una tifoidea ingresó en la clínica médica, con un cuadro doloroso de vientre e ictericia que la duraron seis semanas, y en que por presentar sangre en las heces y jugo gástrico, se la diagnosticó de úlcus gástrico, siendo la enferma trasladada a la clínica quirúrgica porque el tratamiento médico fué ineficaz.

El cirujano no pudo comprobar el úlcus pues sólo encontró un estómago muy dilatado, en cambio le llamó la atención, la gran fragilidad que tenía el epiplón mayor cuando se le cogía con la mano, observando que éste al mismo tiempo presentaba fáciles hemorragias.

La enferma falleció dos o tres días después de la operación por hemorragia peritoneal intensa.

El autor después de exponer un extenso protocolo de autopsia de dicho caso, en el que hace constar la fácil desgarrabilidad de unos órganos, las rupturas espontáneas de otros, y la facilidad con que son seccionados los que normalmente oponen gran resistencia como los cartílagos costales, hace una evocación de los datos histológicos (pues no se habían archivado) afirmando la normalidad de todos los parenquimas, y encontrando en cambio como base de esta fragilidad tisular una disminución en la cantidad de material colágeno en las estructuras estudiadas.

Distingue este caso que él presenta, de los estudiados durante la guerra del 14 al 18 sobre sujetos muertos de inanición crónica (en la que se hallaban parecidas alteraciones anatómicas), pues el sujeto autopsiado presentaba un estado de nutrición bastante bueno.

Para él esta excesiva fragilidad es una incógnita, pero ella se basa sobre una hipoplaxia de todas las partes que constituyen estromos (en la piel el estromo apenas era manifiesto, igualmente en el tejido adiposo, así como en el bazo, hígado, riñones, etc., los vasos eran igualmente muy frágiles, y ello explica el porqué los frecuentes hematemesis, así como la gran dilatación gastro-duodenal que presentaba en vida el sujeto, por disminución del conectivo de esta viscera.

El autor no obstante el buen estado de nutrición del cadáver, le dió la impresión de ser afecto por un proceso patológico de índole constitucional, y en tal sentido trata de relacionar este proceso con otros de natura-

leza constitucional como p. ej.: el albinismo, la falta de pigmentación cutánea, etc., en que no obstante quedar hipoplásico un determinado producto tisular, de manera constitucional, el resto de la economía aparece perfectamente normal. Y de la misma manera, que se invocan en tales casos, influencias químicas y a la vez hormonales por perturbaciones en el equilibrio no endocrino, igualmente considera el autor este factor que acabamos de citar como de posible relación causal con el proceso de hipoplasia del material colágeno.

SUÁREZ.

MEDICINA INTERNA

J. POLEVSKI.—Carcinoma primario de pulmón. «Archives of Internal Medicine». Vol. 48, núm. 6, pág. 1.126, Enero 1932.

El autor hace algunas consideraciones al principio sobre la dificultad que para el práctico tiene hacer un diagnóstico de cáncer de pulmón. Menciona algunas estadísticas que prueban cómo muchos cánceres de pulmón llegan a la autopsia sin diagnosticar y menciona también la mayor frecuencia de esta enfermedad, no porque se la diagnostique mejor, sino porque cree que en realidad ha aumentado el cáncer de pulmón.

La historia de los enfermos con cáncer de pulmón es breve, de algunos meses a dos años. Al comienzo tuvieron un ataque de bronquitis o una neumonía y desde entonces no quedaron ya bien. En otros casos los síntomas son más insidiosos. El dolor es de los síntomas más frecuentes y que más llaman la atención del enfermo. La hemorragia no es muy frecuente. La disnea es con el dolor el síntoma más frecuente. Estos datos en un enfermo en la edad del cáncer y con historia negativa anterior del pulmón, nos debe hacer sospechar el cáncer.

Los signos físicos característicos, son: posición alta del diafragma en el lado afecto, respiración paradójica del diafragma, movimiento péndulo del corazón y unión de una zona de matidez infraclavicular con la matidez cardiaca.

Con todos estos datos, el examen en la pantalla radioscópica y la radiografía, deciden el diagnóstico. La broncoscopia y la biopsia son muy pocas veces necesarias para hacer el diagnóstico.

Refiere seis casos.

M. P. SCHULTZ.—El uso de la amidopirina o piramidón en la fiebre reumática. «Archives of Internal Medicine». Vol. 48, núm. 6, pág. 1.138, Enero 1932.

El primero que usó el piramidón en el tratamiento del reumatismo poliarticular agudo fué Roth en 1897. Permaneció después su uso en olvido y de nuevo ha sido introducido en la terapéutica de esta enfermedad por Schottmüller en 1927 y 1929.

Las dosis empleadas por los diferentes autores han sido variables, las primeras dosis fueron de 1-2 y rara vez 3 gramos diarios. Müller daba 4-6 gramos diarios durante varios meses. Schottmüller encuentra que tres gramos diarios

es la máxima dosis terapéutica que se puede sostener durante meses sin peligro.

El autor ha tratado con esta droga durante doce meses, treinta y dos casos de reumatismo poliarticular agudo. La dosis fué calculada, individualmente teniendo en cuenta la intensidad de los síntomas y empezando por 0'60 gramos de piramidón diariamente hasta 1-2 gramos en los casos agudos. En las fases crónicas y subagudas de la enfermedad mayores dosis, de 0'9-2 gramos diarios.

Los efectos fueron hacer desaparecer la fiebre, los dolores y la exudación. Cree el autor especialmente indicado el piramidón en enfermos con intolerancia para el salicilato. El autor pasa también revista ligeramente en un trabajo a los efectos logrados con la droga en el tratamiento en la fiebre tifoidea, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.

EDGAR MAYER.—Dieta con restricción de sal. «The Journal of the Am. Med. Ass.». Vol. 97, núm. 26, pág. 1.935, Diciembre 1931.

Llama la atención de la medicina actual la aplicación de la dietética al tratamiento de enfermedades cutáneas, disturbios del simpático y tuberculosis avanzada. Harvey y Howe demuestran experimentalmente que una dieta rica en proteínas acelera y favorece el crecimiento de los fibroblastos y como consecuencia la curación de las heridas. Kugelman y Samuel encuentran que una dieta abundante en proteínas aumenta la coagulabilidad de la sangre. Schade modifica la reacción actual de la sangre con dietas ácidas o alcalinas y Herrmannsdorfer descubre que una dieta ácida disminuye la secreción de las heridas y favorece su cicatrización. Efectos contrarios produce una dieta alcalina. Sauerbruch demuestra cómo una dieta ácida favorece la leucocitosis y modifica el reparto iónico de los tejidos.

Gerson, Sauerbruch y Herrmannsdorfer han instituido una dieta para el tratamiento de la tuberculosis cuyos fundamentos son los siguientes: exclusión completa del cloruro sódico, sustituyéndolo con una mezcla de sales minerales rica en calcio y pobre en sodio, una gran cantidad en la dieta de vegetales frescos y cocidos, restricción muy grande de las carnes (Herrmannsdorfer y Sauerbruch dan 600 gramos por semana y Gerson mucho menos), poca cantidad de agua que la sustituyen con jugos de frutas y vegetales, pocos hidratos de carbono y muchas grasas y proteínas.

Esta dieta para el tratamiento de la tuberculosis ha sido entusiásticamente defendida y vigorosamente atacada.

J. ANDREU URRÁ.

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

PEDIATRIA

W. EMANUEL.—Sobre la existencia de nicotina en la leche de mujer después de fumar. «Zeitschrift für Kinderheilkunde», Tomo 52, cuad. 1, pág. 41.

Antes de pasar al objeto principal de su trabajo, menciona brevemente el autor, las sustancias que pasan de la sangre materna a la leche, tales como determinados medicamentos y las vitaminas.

También recuerda que la cafeína y el alcohol pasan a la leche después de la ingestión de los medios en que se contienen y menciona una vez más el influjo desfavorable del alcohol sobre el organismo del lactante, así como recuerda que según Schilf y Wohinz pasaría a la leche el 1 % de la cafeína ingerida por la madre aunque se advierte que no ejercería acción nociva sobre el lactante, puesto que éste soporta, relativamente altas dosis de la misma.

Respecto a la nicotina, W. E. establece las siguientes conclusiones después de describir la técnica para determinar la presencia de la nicotina en la orina y en la leche de la madre, así como el origen seguido en sus ensayos.

Efectuados en diez amas, se encuentra:

1. En ocho de ellas se pudo demostrar el paso de la nicotina a la leche después de fumar siete cigarrillos o más.

2. En relación al tiempo, la eliminación por la orina y por la leche parece ser igual: es decir, la mayor cantidad pasa a las 4 o 5 horas de haber fumado.

3. Siempre se comprobó que pasa más nicotina a la orina que a la leche.

4. La ingestión de leche que contenía nicotina no tuvo acción sobre el lactante, sólo en dos niños se presentó una anomalía pasajera de las deposiciones, las cuales no pueden ser con seguridad atribuidas a una actuación de la nicotina.

5. No se pudo establecer un influjo desfavorable sobre la capacidad de lactar.

6. Según estas investigaciones, puede esperarse que solamente en el abuso del tabaco pueden pasar tales cantidades de nicotina (más de 15 cigarrillos por día) que ejerza un perjuicio sobre el lactante.

E. SALAZAR.

BRONQUITIS **PULMO-HIDRATOL** **TUBERCULOSIS**
CATARROS **G R I P P E**

INYECTABLE INDOLORO

NIÑOS ADULTOS

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

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

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

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

A. ANDRESEN.—**Jaqueca.** «Medical Times and Long Island medical Journal». Vol. LIX, núm. 12, Diciembre 1931.

Admite dos tipos clínicos de jaqueca, según que acompañe a otros procesos o constituya ella sola toda la enfermedad. En sus 90 casos, encuentra que 33 habían sido operados por procesos abdominales diversos (apéndice, vejiga de la bilis, úlcera péptica, etc.), sin influencia sobre la jaqueca. Cree que son factores alérgicos los que producen el cuadro clínico, estudiando detenidamente los fenómenos que acompañan al dolor de cabeza y encontrando en ellos semejanza muy estrecha con los característicos de los estados alérgicos. Se encuentran también con mucha frecuencia lesiones evidentes del tubo gastrointestinal, sobre todo úlcera gástrica, colecistitis, apendicitis crónica, colitis, estreñimiento crónico, aquilia, etc., pero lo más frecuente es hallar una infección focal latente. En este sentido dirige el tratamiento que revisa en sus dos aspectos: terapéutica del ataque y de la condición que la produce. Para el diagnóstico concede mucha importancia a la historia alérgica, tanto en el mismo paciente como en sus familiares: sólo en doce de sus casos, encontró la jaqueca como el único síntoma de la enfermedad; en los restantes, abundaban las manifestaciones alérgicas, en ellos mismos o en sus parientes.

C.-J. URECHIA.—**Las psicosis reaccionales.** «L'Encéphale». Año XXVI, núm. 8, Septiembre-October 1931.

Es un capítulo de la psiquiatría poco estudiado científicamente, pues los tratados clásicos apenas le hacen referencia. Bien conocidos los trastornos nerviosos aparecidos después de choques emotivos, bruscos y violentos, como guerras, cataclismos, accidentes ferroviarios, naufragios, catástrofes mineras, lo son bastante menos los consecutivos a choques menos violentos, que son los que interesan al autor, y están constituidos por decepciones, disgustos de larga duración, pérdidas económicas, de situación social, de una persona querida, conflictos con el medio ambiente, amores contrariados, conflictos sexuales, etc. En un momento dado, los individuos que los sufren reaccionan haciendo una neurosis o una psicosis, bastando un motivo fútil para hacer desbordar el vaso lleno de contrariedades y de sufrimientos.

Son esos motivos a los que las familias y el mismo enfermo en otras ocasiones conceden un valor que realmente no tienen, pero que no hay que despreciar en la circunstancia que nos ocupa. Las causas psicógenas de estas reacciones psíquicas, afectan casi siempre a predispuestos por herencia, por temperamento o por constitución.

La herencia se encuentra en el 50-70 % de los casos. Tienen tendencias impulsivas, labilidad emotiva, desigualdad del carácter, susceptibilidad, irritabilidad; son sospechosos o egoístas, la ciclotimia y la esquizoidia son causas favorecedoras. De tipo pánico o displásico con pequeñas anomalías glandulares, infantilismo, hipotiroidismo, trastornos neurovegetativos. En estos sujetos sin tara hereditaria, se encuentra una educación defectuosa, viciosa, propicia a la fijación de la líbido en el estado infantil de la sexualidad.

Los cuadros clínicos son muy variados: estudia detenidamente la depresión reaccional, la melancolía reaccional, el estupor, las formas maníacas, el síndrome ansioso, la confusión mental y los estados esquizofrénicos o esquizomaniacos reaccionales, señalando la dificultad de su diagnóstico diferencial con la locura maniaco-depresiva, esquizofrenia y confusiones mentales no reaccionales.

Diez y siete observaciones muy bien estudiadas completan el trabajo.

J. M. VILLACIÁN.

OBSTETRICIA

J. HOFSTEIN ET PETREQUIN.— De la influencia del régimen declorurado sobre el parto. «Ginécologie et Obstétrique». Tome XXIV, núm. 2, Août 1931, pág. 133.

Los autores dicen que durante el año que han estado en la sala de partos, han quedado asombrados de la facilidad con que parían algunas mujeres, que por cualquier motivo se las había sometido a un régimen sin sal en la Clínica algunas semanas antes del término. El período de dilatación era muy rápido, no pasando de 4 horas 30 minutos, sin incidente alguno, parían tan rápida y felizmente, que las mujeres les quedaban agradecidas.

Los autores, reproducen 4 casos que han sido el punto de partida de este trabajo. Estas cuatro mujeres sometidas a régimen declorurado, parieron muy rápidamente. ¿Se trata de pura coincidencia o bien el régimen tiene influencia sobre la marcha del parto?

Como la literatura no cita nada relacionado con la acción del «Cl» o del «Na» sobre la contracción uterina, pensaron que sería interesante dosificar el «Cl» en el suero de la mujer en parto, para ver si hay una diferencia en la marcha del mismo, correspondiendo a una diferencia en la tasa de «Cl» sérico.

Parece ser por las cifras obtenidas, que no hay una relación entre la tasa de la cloremia y la marcha del parto. Solamente en 2 casos se ha observado cloremia elevada correspondiendo con partos largos y penosos, y un caso de tara sérica de «Cl» baja con parto rápido y fácil.

Las experiencias del laboratorio no dieron resultados precisos, y entonces pensaron que era preciso examinar un nuevo punto de vista clínico, para descubrir la causa de la influencia del régimen declorurado sobre el trabajo del parto. Para ello, los autores, sometieron a régimen declorurado a 7 mujeres que llegaron a la clínica algunas semanas antes del parto. En todos estos casos se ha dosificado el «Cl» sérico y la reserva alcalina. El «Cl» se ha encontrado siempre normal.

Estos siete casos, las mujeres correspondientes parieron rápidamente y con pocos dolores.

¿Por qué mecanismo obraría el régimen declorurado? Una acción iónica del «Cl» o del «Na» sobre el útero no parece probable.

CEREGUMIL

Alimento vegetaria-
no completo.

Cualquiera que sea el mecanismo, los hechos aportados merecen continuar experimentándose.

A los autores se les ha ocurrido hacer en lo sucesivo la contraprueba, es decir, dar una alimentación muy salada por ver si la hipercloruración provoca un aumento del trabajo; pero esto es una cosa incómoda y que puede ser peligrosa y hasta funesta.

MAX CHEVAL.—Indicaciones y técnicas de la episiotomía. «Bull. Soc. Obstétrique et de Gynécologie», núm. 9, Noviembre 1931, pág. 751.

Dada la frecuencia de los desgarros de periné (20 a 65 %) y sus consecuencias, el autor piensa que la mayor parte de los tratados de obstetricia no dedican a la cuestión de la episiotomía, toda la importancia que se merece.

Es la integridad de la musculatura perineal la que debe ser conservada después del parto, pues, se puede perder su integridad por rotura o distensión, sin que ni la mucosa vaginal, ni la piel del periné, muestren la menor alteración.

La técnica de la episiotomía ha evolucionado: las incisiones medias están abandonadas hoy día; las incisiones laterales (únicas o múltiples) no serán eficaces, más que cuando sean lo bastante largas para aliviar la musculatura.

El autor, sección horizontalmente hacia el inquilón, la piel, mucosa, músculos y aponeurosis. Esta incisión, que después del alumbramiento se presenta siguiendo una dirección oblicua de delante a atrás y de dentro a fuera; es hecha en la unión del tercio medio y del tercio posterior. No perjudica ni a las glándulas de Bartholino, ni a los cuerpos cavernosos del clítoris, y es notablemente privada de sangre.

La reparación se hace por una sutura en masa, con crin de Florencia.

Los resultados son excelentes: curación por primera intención en todos los casos. Se presenta atrofia parcial del bulbecavernoso del lado operado en el 3,4 % de los casos.

VILLEGAS.

TERAPÉUTICA

DR. G. ROESLER.—El tratamiento de perturbaciones vegetativo-endocrinas con calcio y vitamina O. D. «Fortschritte der Therapie». Núm. 24, 25 Diciembre 1931.

Las particulares relaciones entre calcio y ergosterina irradiados, sugieren al autor la idea de tratar las enfermedades del sistema endocrino-vegetativo (las cuales ya habían sido tratadas anteriormente con preparados de calcio) con la asociación calcio-vigantol. Se trata en general de enfermedades con labilidad vegetativa como tirotoxicosis, enfermedades alérgicas, neurastenia, etcétera.

La eficacia del tratamiento, considera el autor que se puede determinar por la reacción leucocitaria mejor que por las dosificaciones de calcio en el suero sanguíneo.

El tratamiento consiste en la administración de gluconato cálcico 2-3 veces por semana (en estados agudos diariamente) en inyección intramuscu-

lar o intravenosa. según las posibilidades, al mismo tiempo, 2-3 comprimidos de Vigantol diarios (hasta 10 unidades clínicas). La cura dura cuatro semanas, próximamente, rara vez seis, y se repite según las necesidades. Nunca fueron observados perjuicios por el Vigantol o el calcio.

Las observaciones del autor se refieren a 70 casos cuya evolución ha seguido durante dos años y medio. De 16 enfermos de Basedow tratados se logró curación o mejoría muy apreciable en 10, los 6 restantes apenas fueron influidos, estos últimos eran enfermos de un cuadro clínico rápidamente progresivo y también resistentes a la radioterapia. Entre los curados se encontró algún caso con anterioridad refractario a los rayos X. El éxito se apreció claramente en los síntomas subjetivos. Aumentos de 2-4 kilos durante la cura fueron frecuentes. Muy llamativos fueron los éxitos en el asma bronquial. En urticaria, edema de Quincke, bronquitis eosinofila, el autor no vió ningún fracaso. Dos enfermos de tetania paratireopriva fueron rápida y prontamente mejorados.

El terreno más apropiado para este tratamiento son las múltiples manifestaciones de los asténicos y estigmatizados de sistema nervioso vegetativo con más o menos hipertiroidismo o señales de insuficiencia del lóbulo posterior de la hipófisis. Compara el autor el mecanismo de acción de este tratamiento con los corrientemente empleados en las enfermedades anteriormente citadas y acentúa que la dietoterapia, climatoterapia y terapéutica por radiaciones obran por un mecanismo muy parecido al preconizado por el autor.

J. CALVO MELENDRO.

HIGIENE

S. F. JAMES.—La quimio-profilaxis de la malaria. «Off. Int. d'Hyg. Publ.», Diciembre 1931, pág. 2.174.

Las experiencias han demostrado que ciertas preparaciones, tomadas en dosis apropiadas por personas en buena salud, antes y después de la picadura del mosquito infectante, poseen indudablemente la propiedad de evitar la infección. Estas experiencias se han realizado administrando la substancia a experimentar, en una o en dos dosis, el día antes de la infección y una nueva dosis el mismo día de ésta, un poco antes de infectar al sujeto. Después de una corta espera, para tener la seguridad de que el medicamento circula en la sangre, es expuesto el sujeto a la picadura de 5 o 6 mosquitos infectados. Uno de estos mosquitos es disecado en seguida para comprobar la existencia en sus glándulas salivares, de esporozoitos móviles que son inyectados al sujeto, con una jeringa hipodérmica, por vía intravenosa. Durante 3 o 4 días seguidos se administra la misma dosis.

Las experiencias han recaído sobre varias preparaciones de diversas sales de quinina y sobre todo, sobre el preparado alemán «plasmocina». El resultado ha sido comprobar que la plasmocina, a una dosis no tóxica, destruye hasta las formas sexuadas del parásito de la malaria que perpetúan el ciclo vital de éste en el mosquito. Administrada a los individuos sanos, a dosis no tóxica, impide su infección y administrada a los palúdicos impide el desenvolvimiento del parásito en los mosquitos que se nutren de su sangre.

Se deduce de estas experiencias, realizadas en sujetos enfermos de parálisis general que iban a ser tratados por malarioterapia, que la quimio-profilaxis del paludismo debe jugar en la lucha contra el mismo, un papel mucho más importante que hasta ahora, ya que el ideal era poder romper la cadena epidemiológica por el eslabón de las formas sexuadas del parásito y esto ha sido lo conseguido por el autor con la plasmoguina.

E. ZAPATERO.

OTORINOLARINGOLOGÍA

H. RETROUVEY.—El examen sistemático de la laringe en los tuberculosos pulmonares.—«Revue de laryng. otol. et. rhin». Diciembre 31, 1931.

Recientemente Fontan y Despons han llamado la atención sobre la importancia del examen de las fosas nasales y del cavum en los tuberculosos pulmonares. Otro segmento de las vías respiratorias cuyo examen es también capital en el estudio de cada caso particular de tuberculosis, es la laringe, cuyo ataque por esta enfermedad agrava el pronóstico y complica la evolución de la tuberculosis pulmonar. Sería interesante practicar este examen en todo sujeto en el cual se tratara de despistar la tuberculosis, como en todo tuberculoso confirmado, desde el punto de vista del pronóstico y del tratamiento y en fin accesoriamente para tratar de aclarar algunos puntos todavía oscuros de la patogenia de la tuberculosis laríngea.

Una noción clásica y capital, es que «la intensidad de los síntomas funcionales no está regulada por la importancia de las lesiones, sino por su topografía», y esto que se olvida muchas veces es la causa de que algunos médicos y la mayoría de los enfermos no crean en la utilidad del examen laringoscópico, porque a nivel de la laringe no encuentran más que un mínimo y a veces una ausencia completa de signos funcionales y subjetivos.

Los trastornos vocales son función de las lesiones de las cuerdas, y de su motilidad; es frecuente que la laringoscopia no demuestre lesiones claramente definidas (forma miopática) y sin embargo la afonía es intensa. Por el contrario, lesiones mucho más extensas localizadas en la epiglotis y en los repliegues ariteno-epiglóticos, pero que respetan las bandas ventriculares y las cuerdas vocales, permiten una voz normal.

Cuando el diagnóstico de tuberculosis pulmonar sea dudoso, la comprobación de una lesión laríngea ligera, pero típica, como es el simple trastorno circulatorio descrito por Moure con el nombre de «píncelada aritenoidea» puede ser un punto de apoyo de gran valor, suficiente para poner en vigilancia al enfermo.

El aparato respiratorio, dice finalmente el A., es un todo que en materia de tuberculosis, es lógico que se estudie en su conjunto y con unidad de criterio.

M. GAVILÁN.

Comentarios al proyecto de reforma de la Ley de Accidentes del Trabajo

por el Dr. Vicente de ANDRÉS BUENO

Por el Consejo de Trabajo se ha publicado el proyecto de bases para la reforma que se hará en el Código del Trabajo, de la parte que se refiere a las indemnizaciones por accidente en casos de muerte o incapacidad permanente que habrán de ser sufragadas en forma de renta en virtud del Convenio de Ginebra de 1925 ya ratificado por España en Mayo de 1928 (1).

El folleto, que ha visto la luz en estos días, contiene primeramente el texto del proyecto de bases mencionado anteriormente y como antecedentes, aparecen copiados el Convenio de Ginebra, la ratificación, la Recomendación relativa al importe mínimo de las indemnizaciones y una detallada referencia de la labor llevada a cabo por la Comisión permanente del Consejo de Trabajo—información pública, informe de la asesoría y su discusión, informe del Instituto Nacional de Previsión, informe de la Comisión mixta y discusión de éste, informe sobre el seguro de accidentes del trabajo en Italia, Francia y Suiza, y aprobación de las bases—; como apéndice figuran las indemnizaciones que por muerte e incapacidades temporal y permanente se abonan en otros países y un escrito que dirigió la Asociación Técnica Aseguradora a la Subcomisión del Consejo de Trabajo que se ha ocupado de esta reforma, en defensa de la actuación de las Compañías nacionales y extranjeras que aseguran en el ramo de accidentes.

El señor Ministro del Trabajo, ha leído en las Cortes el Proyecto de bases; el folleto reseñado, ha sido repartido entre los señores diputados, la Comisión permanente de Trabajo ha acordado abrir información pública oral, y es de esperar que el proyecto de ley sea discutido muy pronto.

A la segunda información abierta esta vez en el Congreso de los diputados, seguramente acudirán las compañías aseguradoras—interesadas en que con las bases que se aprueben no resulten perjudicadas—y entidades o representaciones patronales que habrán de reproducir los argumentos expresados en la discusión del informe de la Comisión mixta del Consejo de Trabajo.

Como tienen un especial interés desde el punto de vista médico algunas de las bases, especialmente la tercera, comentaremos ésta en la parte que se refiere a la cuantía de las rentas por incapacidad permanente.

(1) «Antecedentes relativos a la reforma del libro III del Código del Trabajo». «De los accidentes del trabajo», en virtud de la ratificación del Convenio de Ginebra de 1925 y proyecto de bases para dicha reforma». Un folleto de 121 páginas. Madrid, 1932.

No es la primera vez que pretendo defender mi opinión, ante el Consejo de Trabajo; con fecha 20 de Mayo de 1929 acudí a la información pública que se abrió y allí con mi escrito expuse concretamente lo que ahora, justificándolo, reproduzco al ver redactado el proyecto de bases y la cuantía de las rentas.

Pienso, por una parte, expresar mis puntos de vista por estimarlos más beneficiosos para los obreros víctimas de accidentes y para patronos y aseguradores, así como para facilitar la marcha del cumplimiento de las obligaciones; y, por otro lado, creo que ha de convenir a los médicos que intervengan en la valoración de las incapacidades, tener en cuenta lo que en estas líneas voy a decir. He aquí las razones que me han decidido a escribir estos comentarios.

La base 3.^a del proyecto, dice:

«Las rentas debidas en caso de accidente, con arreglo a la base 1.^a—que modifica el artículo 168 del Código en el sentido de que las indemnizaciones sean alonadas en forma de renta—y al articulado 161 del Código de Trabajo, serán las que para cada situación se fijan en el cuadro siguiente:

Renta

1.º—Incapacidad permanente y absoluta para toda clase de trabajo.....	50 por 100 del salario.
2.º—Incapacidad permanente y total, pero no para todo trabajo	37,5 por 100 del salario.
3.º—Incapacidad parcial permanente para la profesión habitual	25 por 100 del salario.

Los demás apartados de esta base (4.º a 8.º) señalan las rentas en caso de muerte, del 15 al 50 por 100 según los individuos de la familia que queden y a quienes corresponda el percibo de la pensión.

Analicemos ahora los tres casos que han sido copiados más arriba.

La «incapacidad permanente y absoluta para toda clase de trabajo», se la ha señalado el 50 por 100 del salario; no hemos de entrar a hacer comentarios sobre la cuantía de esta renta—cuestión muy debatida en el Consejo de Trabajo—por no ser de nuestra competencia. Hemos de fijarnos en ella para tomarla como base de otras valoraciones; un incapacitado totalmente, que no pueda ejecutar ninguna clase de trabajos, es indemnizado con una renta igual a la mitad del salario que ganaba; a los efectos de los porcentajes, estará representada la proporción correspondiente a la incapacidad absoluta, con el 100 por 100.

Los otros dos casos, que se refieren a las «incapacidades total y parcial para la profesión habitual» creo debieran ser sustituidos refundiéndoles en un solo grupo, incapacidades parciales, es decir, incapacidades con porcentajes valorados en menos de 100. El encasillar toda variedad de incapa-

ciudades no absolutas solamente en dos grupos, no debe subsistir; si abonando suma global a los perjudicados esto no tenía gran importancia, puede tenerla para lo sucesivo cuando se indemnice por renta; perjuicios a la Caja Nacional del Seguro en unos casos, a los obreros en otros, desigualdad en los fallos por complejidad del asunto, dificultades en la revisión, abundancia de los motivos de litigio, son inconvenientes que tiene el sistema de no admitir grados intermedios de incapacidad entre los citados, y que en parte considerable no existirían recurriendo a la valoración especial para cada caso particular.

Aunque se han visto las grandes dificultades que tenía el procedimiento de valorar las incapacidades por el desnivel de salarios—la renta que debe abonarse a un incapacitado debe ser igual a la diferencia entre el salario que antes ganaba y el que después de dado de alta se le puede pagar por su trabajo—que se ha desechado por poco práctico y sustituido por el sistema de baremos, no debemos desdeñarlo, pues lo podemos utilizar como razonamiento en contra de la propuesta del proyecto; con el sistema de abonar el 25 o el 37,5 por 100, según los casos, pocas veces se podría conseguir una nivelación aproximada entre el salario y renta de una parte y el jornal del obrero antes del accidente.

Las definiciones que se dan en la ley, de esta clase de incapacidades, nos sirven también de argumento para apoyar nuestra opinión. De lo parcial dice que es «toda lesión que deja al obrero con una inutilidad que disminuya la capacidad para el trabajo a que se dedicaba al ocurrirle el accidente»; pero, no dice desde qué grado de disminución hasta cuál y así se dará el caso de que tomando al pie de la letra la actual definición de la ley se puede abonar renta de 25 por 100 del jornal a un obrero que tenga una pequeñísima disminución de capacidad para el trabajo con la que no haya disminuido la capacidad de ganancia, y que también le sea pagado el 25 por 100 a otro obrero con inutilidad para casi todos los trabajos de su misma profesión, pero, no para todos—como se definen las incapacidades totales para la profesión—ahora que con una capacidad de ganancia reducidísima que hará menguar de manera considerable el jornal que antes ganaba.

El Tribunal Supremo repetidas veces dictó sentencias en casos de reclamaciones por incapacidad permanente parcial fundándose en que «para el legislador no hay más lesiones productoras de incapacidades parciales permanentes que las definidas en el artículo 92 del Reglamento» (249 del Código), dando una pauta para la interpretación del artículo que no ha evitado la repetición de reclamaciones ni la posibilidad de que subsista el equívoco.

Vamos a comentar ahora en apoyo de nuestra tesis, algunas de las incapacidades definidas como parciales en nuestra ley.

Pérdida de la visión completa de un ojo.—El valorar esta incapacidad en la proporción que ahora lo está, resulta exagerado; en la mayor parte

de las profesiones u oficios se dará el caso de que el obrero pueda continuar percibiendo el mismo jornal que antes del accidente por ser igual su rendimiento en el trabajo; por el contrario en algunos casos de obreros con trabajos muy especializados en ciertos oficios que necesitan una visión perfecta o los de empresas de transportes—ferrocarriles, conductores de automóviles—que precisen ver señales, salvar obstáculos, etc., habrá que valorar la incapacidad con arreglo a la capacidad de ganancia que le quede con lo que alguna vez pudiera resultar bajo el porcentaje hoy asignado.

Pérdida de dedos o falanges indispensables para el trabajo.—Este apartado ha dado motivo a multitud de reclamaciones ante los tribunales; muchas son las sentencias del Supremo que podemos encontrar en la jurisprudencia. Está justificado en ciertos casos por la calidad y cantidad de las lesiones, pero, en otros, debe darse una valoración mucho menor o nula, teniendo en cuenta la profesión y la intensidad de la pérdida sufrida. Y para que se vea hasta qué extremos se puede llegar y se ha llegado en algunos casos, citaré dos: obrera que trabaja en una fábrica de jabón y fué indemnizada con un año de jornal por haber perdido la tercera falange y parte de la segunda del dedo meñique izquierdo (sentencia de 13 de Mayo de 1925) y obrero cuyo trabajo consistía en clavar tapas en los tacos que fué indemnizado por incapacidad parcial por haber perdido la tercera falange del índice izquierdo (sentencia de 12 de Junio de 1924); en contraposición con estos dos casos podría citar otros muchos en los que con lesiones de importancia muchísimo mayor, fué negada la indemnización. He aquí por qué considero indispensable para las pequeñas incapacidades comprendidas en este apartado, que se establezca una valoración especial para cada caso, partiendo del principio de la capacidad funcional, por medio del sistema de baremos y teniendo en cuenta el oficio.

Hernias de cualquier clase que sean.—Las hernias indemnizadas por renta en la cuantía establecida en la legislación actual, resultan pagadas con gran exceso en comparación de como lo son en otros países y teniendo en cuenta que la hernia en la gran mayoría de los casos no constituye por sí sola un impedimento para el trabajo; podrá ser un peligro en ciertos trabajos, será susceptible de agravarse por aumento de volumen, irreductibilidad o estrangulación, entonces está justificada la reparación si el obrero portador de la hernia tiene que cambiar de oficio o no puede ejecutar ciertos trabajos. En la forma que actualmente está establecida la reparación de la hernia por los requisitos que hay que cumplir y admitiendo solamente como indemnizable la verdadera «hernia de fuerza o hernia por accidente», debieran ser considerados con derecho a reparación, muy pocos, poquísimos casos; sin embargo, vemos en la práctica que se ha repetido con inusitada frecuencia el fallo por el Tribunal Industrial favorable al obrero portador de una hernia de debilidad aparecida durante el trabajo, por haberse cumplido el requisito de la información médica previa—practicada generalmente en forma que sólo sirve para decidir a

los profanos—y serle favorables las declaraciones de los testigos sin tener en cuenta los informes de los peritos; si esto no ha tenido gran importancia con el sistema actual, en lo sucesivo deben aquilatarse más, no solamente la predisposición y el modo de producción sino las consecuencias que la hernia puede tener para el obrero desde el punto de vista de la capacidad de ganancia, y, por esto último, debe asignárseles una reparación con pequeño porcentaje, a los casos de hernia revelada o agravada por el accidente—pero no creada por éste—que supongan un impedimento para el trabajo; así como a los casos de verdadera hernia de fuerza imponer como reparación el tratamiento radical a cargo del patrono o la indemnización para que el obrero se opere por su cuenta, o en caso de estar contraindicada la operación o el obrero negarse a ella, valorar la incapacidad en proporción justa teniendo en cuenta las especiales condiciones de edad y género de trabajo del accidentado.

Todavía podemos aducir, como argumento a favor de nuestro parecer contrario a que rígidamente se agrupen las incapacidades no absolutas solamente en dos grupos de totales y parciales para la profesión, los perjuicios que con tal sistema sufrirán algunos obreros; bien es verdad que los habrá que se beneficien con el procedimiento propuesto por cobrar algo más de lo que les correspondería con el método que proponemos, pero aun en estos casos se exponen a que llegue un momento que dejen de percibir la renta asignada porque la revisión les prive de la percepción de aquélla, si se establece que al alcanzar o aproximarse al nivel del salario anterior, cese el cobro de la indemnización. Entre los perjuicios posibles para los obreros incapacitados, debemos citar además de alguno ya mencionado anteriormente, los que tengan aquellos a quienes se haya calificado como incapacitados parcialmente y que cobrarían más renta aplicándoles los porcentajes del baremo—puesto que según la definición en la parcial se exige que «disminuya la capacidad para el trabajo» y para llegar a la siguiente hace falta que quede «una inutilidad absoluta para todos los trabajos de la misma profesión»—; es posible que estos obreros, con el sistema propuesto en la reforma, no encuentren, con el jornal que puedan ganar y la renta que perciban, la compensación que nivele el salario que tuvieron asignado con anterioridad al accidente.

Hay países como Cuba, Francia, Portugal y Uruguay, en los que abonando la renta de dos tercios del salario a la incapacidad absoluta, tienen como cifra base para la incapacidad parcial lo resultante de dividir por dos el citado salario de los dos tercios. Con el sistema propuesto en la reforma española no se hace ninguna reducción—si se compara con el que hasta ahora ha regido—y es natural que no se haga, pero debe tenerse en cuenta para el caso de que se aprueben las bases propuestas, al hacer el cuadro de valoraciones, que es imprescindible modificar. Y en el supuesto de que la base tercera fuese modificada en la forma que proponemos u otra análoga, debiera tenerse presente al hacer el baremo de todas las lesiones suscep-

tibles de producir incapacidad, si ha de tomarse como cifra tipo para establecer las pensiones, la correspondiente a la incapacidad absoluta o una reducción de ésta, pues no debemos olvidar que los incapacitados totalmente para toda profesión u oficio, se supone que nunca podrán ganar un jornal y los que tengan una incapacidad parcial, sí.

La revisión prevista en la base 4.^a ha de figurar en el texto refundido que se ha de hacer de la Ley de Accidentes del Trabajo y estará detallado el modo de llevarla a cabo en el reglamento que se publicará en el término de seis meses a partir de la promulgación de la Ley de reforma (base 18). Como que la revisión debe establecerse periódica e indefinidamente cuando la indemnización se haga en forma de renta, para cesar en el abono de ésta si desaparece la incapacidad o rebajándola si ha disminuído el impedimento permanente; debe hacerse con intervalos previamente establecidos y siempre que lo soliciten las partes interesadas: obrero o patrono, Compañía aseguradora o Caja Nacional del Seguro.

Resumiendo todo lo expuesto en líneas anteriores, diremos a manera de conclusión:

A los efectos de la indemnización que al accidentado corresponda percibir, debe haber solamente dos grupos de incapacidades permanentes: la total o absoluta para todo trabajo y la parcial.

La incapacidad total o absoluta para todo trabajo, será indemnizada con una renta igual al 50 por 100 del salario del obrero y en proporción estará representada por el 100 por 100.

Las incapacidades cuyo porcentaje asignado no llegue a 100, se considerarán como parciales. Para éstas debe desaparecer el encasillamiento en los dos grupos de totales y parciales para la profesión, y dar a cada una la valoración exacta y conveniente, para lo cual es necesario redactar un baremo lo más completo posible, con los porcentajes correspondientes a cada incapacidad.

El baremo se hará teniendo en cuenta si la cifra base es la correspondiente a la incapacidad total o absoluta íntegramente o ha de sufrir alguna reducción.

En el baremo figurarán cifras mínimas o normales, susceptibles de ser aumentadas teniendo en cuenta siempre la profesión, y para ciertos casos la edad y el sexo.

Es conveniente que se fije el mínimo indemnizable, en virtud de lo cual carecerán de derecho a renta las pequeñas incapacidades cuyo porcentaje no sobrepase el límite que se establezca—podría ser el 10 por 100.

La revisión debe establecerse periódica e indefinidamente, para cesar en el abono de la renta si desaparece la incapacidad o rebajar aquélla si ha disminuído el impedimento permanente.



COMENTARIOS RURALES

LA ASAMBLEA

por Lorenzo SÁEZ, Inspector municipal de Sanidad de Iscar

Los días 11 y 12 del pasado mes de Enero se celebró en el Palacio del Senado, la primera Asamblea libre de la Asociación de Inspectores municipales de Sanidad, pues aunque el propósito era celebrar el día 12 la de representantes provinciales, se acordó considerar como agregados de su provincia a todos los asistentes, para que tuvieran voz y las sesiones del segundo día fueran continuación de las anteriores.

La concurrencia muy numerosa. En el ánimo de dirigentes y dirigidos flotaba la duda, pero en medio de ella el ambiente era sereno, de confianza mutua, enérgico a la vez. Cuando Osorio abre la sesión, pasa por la mente de todos el recuerdo de una figura; la emoción es grande y el Presidente la recoge dedicando sentidas frases a la memoria de Angel Sanmiguel. Pronto se manifiesta el espíritu de los asambleístas, en el que se refleja el pensar y el sentir de la clase: energía, estrecha unión, serenidad, nada de radicalismos ni disensiones. Las aisladas voces disonantes, son ahogadas por la protesta general. El instinto de conservación mantiene a todos unidos; no hay más que un pensamiento, sostener la Asociación como es, oficial y obligatoria. El criterio manifestado por algunos en la anterior Asamblea y en la Prensa profesional, preconizando la Asociación libre, o el ingreso en las organizaciones obreras, ha sido rectificado noblemente y nadie discutió la conveniencia de seguir unidos dentro de nuestra Asociación convencidos de que la defensa de nuestros intereses, no debe encomendarse a manos ajenas. Por otra parte, en las actuales circunstancias, dar a nuestra Asociación un apellido político, a más de ser estéril, encerraría el peligro de una división profunda y permanente. El carácter apolítico e independiente que la Asamblea ha dado a la Asociación, es el baluarte más fuerte de su sostenimiento y la nota más viril y destacada.

La Asamblea comenzó la labor, reuniéndose las comisiones encargadas de redactar las ponencias. Su labor fué meritoria. Los asambleístas discuten serenamente las aspiraciones y peticiones del Cuerpo, manteniéndose la discusión en tono elevado y cordial, sin personalismos. La gente joven está en guardia para impedir maniobras de encubramiento; hay que hablar claro y decir las cosas como se sienten; mala jornada para el politiquero.

Las conclusiones del primer día son las siguientes:

ASPIRACIONES.—Que los médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad sean funcionarios delegados del Estado, e ínterin esto se consigue,

sean las Delegaciones de Hacienda las encargadas de pagar a los titulares sus haberes, incautándose de las cantidades que los Ayuntamientos tienen obligación de consignar para tales fines.

Promulgación de una Ley que afecte y reglamente el trabajo médico, de acuerdo con el primer artículo de la Constitución.

Restablecimiento de las oposiciones para el ingreso en el Cuerpo, ante Tribunal único y con plazas determinadas.

Limitación del número de alumnos de ingreso en las Facultades de Medicina, en relación con la capacidad docente de las mismas.

Que al redactarse los futuros proyectos de ley de Sanidad y parte sanitaria de la Ley municipal sea oída la Asociación de Inspectores municipales de Sanidad.

Que los Ayuntamientos que no tengan confeccionado el Reglamento de funcionarios técnicos, equiparen a los médicos, respecto a quinuenios y derechos pasivos, con los Secretarios y demás funcionarios municipales.

Que la dependencia de los médicos titulares sea exclusivamente de la Dirección general de Sanidad.

TACTICA SOCIETARIA.—Cuando fracasen los medios legales para alcanzar los objetivos que la dignidad de la clase reclama, la Asociación se enfrentará con el poder público, declarando la huelga general del Cuerpo para todos los servicios oficiales. La paralización de servicios no afectará a la asistencia de los enfermos, para los que la clase médica guardará siempre su máxima consideración. La tensión e intensidad de la huelga será graduada por los organismos directivos de la Asociación.

ASOCIACION.—La Asociación será nacional, oficial, obligatoria, apolítica e independiente. Tendrá intervención directa en la tramitación y provisión de vacantes y en todas las trasgresiones de ley que afecten a la profesión médica y a la Sanidad. Los opositores o concursantes a plazas vacantes, habrán de acreditar tener cumplidos sus deberes de asociados.

Las Juntas provinciales pasarán anualmente listas de los asociados morosos a las Delegaciones de Hacienda respectivas, para el recargo en un 25 por 100 de su contribución industrial.

ATROPELLOS.—Sin perjuicio de acudir a la vía legal, tan pronto se tenga noticia de algún atropello, el Presidente distrital reunirá a los compañeros del mismo y se informará ampliamente de los hechos. Si de la información resulta ser cierto el atropello, se trasladará al pueblo donde el caso ocurrió y entrevistándose con los causantes, autoridades o no, exigirá de ellos las satisfacciones correspondientes y la retractación o anulación según los casos, de lo ocurrido. Si la solución fuera negativa declarar el boicot al pueblo, al Ayuntamiento o a quien proceda, extendiéndolo asimismo al compañero que se preste a ser esquirolo, como también a la familia de éste.

VACANTES.—Que el número y categoría de las plazas sea el consig-

nado en la nueva clasificación; debiendo continuar en vigor el R. D. y O. de 3 de Agosto y 11 de Noviembre de 1930, con las modificaciones siguientes:

a) Tramitación y resolución de los concursos por la Dirección general de Sanidad y por los organismos directamente dependientes de ella.

b) Nombramiento y separación por el Ministerio de Gobernación (Dirección general de Sanidad).

c) Publicación de los anuncios y fallos de los concursos en la «Gaceta de Madrid».

d) Supresión del turno de oposición en la provisión de las plazas.

e) Inclusión de las plazas de capitales de provincias en las disposiciones legales citadas.

f) Reglamentación de las plazas afectas al servicio benéfico-sanitario municipal que menciona el párrafo 5.º del artículo 73 del Reglamento de Sanidad municipal.

PARO FORZOSO.—Que por la Asociación Nacional del Cuerpo se organice el censo de parados dispuestos a ocupar plazas de titulares y un servicio de interinidades y sustituciones, bajo las bases siguientes:

A) Prelación en el Escalafón previa inscripción en las listas de cada provincia.

B) Señalamiento a cada provincia de un número fijo de sustitutos e interinos.

C) Prohibición a los inscritos en el servicio, para desempeñar con carácter definitivo el partido interinado, a no ser que reglamentariamente le correspondiera ocupar.

D) Que se establezcan sanciones a los que ocupen plazas en propiedad o interinamente vulnerando los reglamentos vigentes y las normas que se dicten.

E) Que la Asociación tome la iniciativa para convocar una conferencia de los organismos interesados (claustros de las Facultades de Medicina, Asociaciones escolares, Consejo general de Colegios médicos, etc.) para estudiar y fijar las normas generales sobre la limitación de alumnos en las Facultades de Medicina.

SEGUROS SOCIALES.—El seguro social debe establecerse de acuerdo con la representación total de la clase médica. En el seguro de accidentes del trabajo agrícola no debe excluirse la obligación del patrono o entidad aseguradora de abonar al médico sus honorarios. Reglamentación de los honorarios a percibir por los médicos de las mutualidades o sociedades de accidentes del trabajo.

Sólo nos queda para dar por terminada la labor del primer día, reseñar ligeramente el homenaje que los asambleístas tributaron a los ilustres compañeros Juarros y Sánchez Covisa, defensores en las Cortes Constituyentes de las aspiraciones de la clase médica rural. Previamente invitados, fueron recibidos con una ovación clamorosa de la Asamblea. A instancia de los presentes se sumaron al homenaje el doctor Iranzo, de Teruel, asam-

bleísta y diputado constituyente y otro compañero rural que también lo es.

Tanto Juarros como Covisa pronunciaron elocuentes discursos, en los que resaltó su cariño por nuestros asuntos y el firme propósito de insistir en sus peticiones, lamentando que las Cortes no den la importancia que tienen a los problemas sanitarios y el factor tan importante que en la solución de los mismos juega el Inspector municipal de Sanidad. Fueron despedidos con las mismas ovaciones que recibieron a su entrada en la Asamblea.

La sesión matutina del día 12, se concretó a la aprobación de las conclusiones acordadas el día anterior; a dar un voto de confianza al Comité ejecutivo para gestionar del Gobierno en forma respetuosa y enérgica, la consecución del programa mínimo de aspiraciones. Si trascurrido el plazo de un mes el resultado de la gestión fuese nulo o adverso, el Comité consultará a la clase y en vista del resultado del plebiscito acordará la táctica societaria a seguir. También se acordó que el Comité se ponga al habla con el Consejo general de Colegios médicos para la reglamentación de la iguala y que se funde una asesoría técnica para defender gratuitamente los pleitos de los titulares.

La sesión de la tarde comenzó con la velada necrológica a Sanmiguel. Asistieron los hermanos del difunto y el Presidente del Colegio médico de Madrid. Osorio pronunció un discurso lleno de emoción y sentimiento; Ayerra leyó un soneto de Cesáreo del Río y otros oradores pronunciaron también palabras en las que se encomiaron las virtudes y dotes del que tanto se sacrificó por la clase; pero la nota emocionante la dió el doctor Hinojar, que en brillantes párrafos describió la grandeza de alma de Sanmiguel y la generosidad que siempre presidió sus actos. Tal emoción puso en sus palabras, que las lágrimas no sólo inundaron sus ojos teniendo que suspender el discurso, sino que todos los presentes llorábamos al mismo tiempo que el doctor Hinojar. Terminó la velada con unas palabras y unas lágrimas del hermano de Sanmiguel agradeciendo en nombre de la familia el homenaje que le dedicaba la clase médica rural.

Se procedió después a la elección de representante en el Comité, de la región centro, resultando elegido Santiago Torres Alonso.

Por aclamación se nombró Presidente del Comité, en la vacante de Sanmiguel, a Antonio Osorio, que venía desempeñando el cargo de Vicepresidente. Tanto el nombramiento de Torres como el de Osorio, han sido un acierto más de la Asamblea.

Terminó ésta con la lectura de un escrito en el que representantes de las regiones aragonesa y castellana, solicitaban que los compañeros catalanes aclarasen su actitud respecto a la Asociación y su criterio sanitario. El señor Canal, asistente a la Asamblea, en la que oficialmente no estaba representada ninguna de las provincias catalanas, manifestó que los catalanes siguen y seguirán dentro de la Asociación y respecto a la Sanidad, consideran que debe ser función del Estado.

No quiero molestar más la atención de los lectores y quedaremos para el próximo número, la impresión personal que me ha causado la Asamblea y unos comentarios sobre el porvenir de nuestras aspiraciones. Por su importancia dedicaremos también en el próximo artículo unos párrafos al asunto catalán.



Los problemas médicos y la política

El pasado día 27, en el Colegio de Médicos de Granada, dió una conferencia sobre tan interesante tema el doctor César Juarros.

Según el ilustre psiquiatra, el momento político de España es muy difícil; el colectivismo va a suceder al individualismo y es interesante que esta evolución se realice sin menoscabo de los intereses del país. Y la sanidad, que es uno de sus puntales más sólidos, no lleva camino de ser encauzada. Pues la ley de Sanidad que había de ser incluida entre las leyes complementarias ha sido escamoteada. Y no sólo no hay presupuesto para Sanidad, sino que hay una cierta hostilidad hacia los médicos que hace que sean mal acogidas sus iniciativas.

Que la clase médica se encuentra en un estado harto precario lo prueba que hay compañeros los cuales han de acogerse a oficios manuales para poder vivir. Y las razones son obvias puesto que en Madrid hay tantos médicos como en Suiza y esto da lugar a una competencia desastrosa y una depreciación de la mercancía. Además de esto, las gentes que engrosaban las filas del Derecho, se han sumado a la Medicina. Se debe este fenómeno a algunos espejismos tales como «que siempre había enfermos» y las fabulosas—e hipotéticas—ganancias de la Medicina.

¿Remedios? Limitar el número de estudiantes es medida antidemocrática, y en otro lugar, evitar que de las Facultades salgan los insuficientemente preparados.

Pero esto también depende de que no es lo mismo ser profesor que maestro. Los profesores que sepan enseñar y logren formar un espíritu de clase es algo que entraña serias dificultades. Y es tanto más doloroso que esto no se logre cuanto que los estudiantes hoy tienen una curiosidad de que en otros tiempos se carecía. Hoy, forman Ateneos, dan conferencias, etc.

Además la gente tiene antipatía a los médicos porque éstos no pueden vencer la ley biológica de morir. No se dan cuenta de que sostenemos seres enclenques que dificultan la selección natural.

Pero además los pobres creen que su salud no se recobra por su carencia de fortuna. Esto dió lugar a un intento de socialización de la medicina, que naturalmente, no prosperó.

La tercera razón psicológica es que los médicos somos testigos de claudicaciones orgánicas. Y sabemos del miedo de los hombres valerosos frente a una enfermedad grave. Añádase a que los médicos leen y viajan más que otros intelectuales y se tendrá la razón de estas antipatías.

Cuando pedí el certificado prematrimonial y el delito sanitario, fuí acogido en plena Cámara con risas, pateos y otras manifestaciones incultas.

Igual ha sucedido con la propuesta de abolir los reglamentos de la prostitución. Tal es el ambiente de la Cámara.

Pero sucede por otra parte, que la totalidad de los médicos (53 hay en la Cámara), hállanse divididos y sometidos a disciplina férrea de partido que les imposibilita unirse para sacar adelante alguna propuesta, esencialmente médica.

* * *

El problema es mucho más grave porque pendiente la aprobación de los Estatutos regionales, y haciendo la Sanidad función de la región, las titulares serán desempeñadas por médicos regionales, aumentando los que hoy las desempeñan, el número de los sin trabajo.

Sucede por otra parte, que no se han visto los efectos beneficiosos de la revolución. El caciquismo subsiste y los gobernadores van a las provincias sola y exclusivamente a fomentar los partidos y a perjudicar a sus enemigos políticos.

Pero el cacique, no es más que un señor sediento de mando arbitrario y uno de sus mayores enemigos es el médico titular. Desde el momento que éste sea independiente, como lo es el maestro, que ya es pagado por el Estado, se podrá hacer sanidad seriamente.

Y la preponderancia de partido hace que se pospongan los técnicos, y así son nombrados ministros que ignoran totalmente las disciplinas de su departamento: un maestro en Agricultura y un farmacéutico en Marina.

Por eso, porque el pago de los titulares por el Estado, ha de enemistar a los gobernantes con el cacique, es por lo que se dificulta esta solución.

Otra razón es que resultaría muy caro. Razón pueril, pues lo mismo cuesta que pague el Ayuntamiento o el Estado.

No es sólo esto; sino que debe ser creado el cuerpo de Sanidad, pues actualmente no se puede realizar labor de inspección ya que si el titular así lo hace se enemista con el cacique y pierde igualas. Dicen que tal solución sería muy cara, y es verdad; pero téngase en cuenta, que mejorada la Sanidad el rendimiento que darían los hombres sería muy superior, y múltiples ejemplos así lo prueban.

Hay muchos errores y uno de ellos es que el abaratamiento de la medicina perjudicará considerablemente al enfermo.

La artesanización de la Medicina dará lugar a un aumento de la mortalidad pues el médico trabajará más, no estudiará los casos y la labor será más inferior. En las naciones en que se ha establecido el seguro de enfermedad, la mortalidad ha aumentado considerablemente.

Pero no es sólo esto, sino que las sociedades igualatorias dan lugar a que se hagan asistencias e intervenciones quirúrgicas a gentes que pueden perfectamente pagar a los médicos.

En los medios políticos se desoye a los técnicos y no se les da importancia. Un gobernante me decía que los médicos también son caciques; en efecto, es así, porque es preciso acomodarse al medio, así como el camello y el lagarto tienen el color del medio en que viven. Mimetismo se llama este fenómeno.

¿Soluciones? En primer lugar decir valientemente a las gentes los males a que se exponen; y en segundo lugar hacer un partido de clase. Asistimos a una lucha social y es pueril pensar que no vayan a triunfar los de abajo. Pero frente a esta fuerza lo que hay que hacer no es oponer un dique, sino crear canales que encaucen esta fuerza.

Los proletarios tienen una organización perfecta, y en cambio la clase media—que es la más fuerte por calidad y cantidad—y en la que figuran los médicos, carece de organización. Y nada representan los escasos elementos aislados que se encuentran en el Parlamento.

No hay tampoco que fiarse mucho del Mesianismo; no hay que esperar todo de un profeta, porque en muchos casos éstos sólo hacen medrar y favorecerse a sí mismos.



MANUEL ALVAREZ

+ * *

MATERIAL CIENTÍFICO

+ * *

Mayor, 76

MADRID

CRONICA REGIONAL

VALLADOLID

ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA

Sesión inaugural del curso académico.—Discurso del doctor Durruti Saracho

El pasado día 31 y con asistencia de las autoridades, se celebró en el local de la Academia, la apertura del curso académico.

El académico Secretario de la Corporación doctor B. Sierra Rodríguez, procedió a la lectura de la Memoria actual, en la que dió cuenta de los proyectos de la Academia para el año 1932, entre los que destacan un ciclo de conferencias a cargo de distinguidos compañeros.

Al levantarse el doctor Durruti Saracho, fué saludado con una cariñosa ovación.

Después de unas palabras preliminares, en las que bosquejó la historia del curioso fenómeno de la bacteriofagia de d'Hérelle, estudió con gran competencia y sólida documentación los caracteres y desarrollo del bacteriófago, comentando las opiniones encontradas de Tivort y de d'Hérelle.

Analiza luego las tendencias de los diferentes investigadores a interpretar el fenómeno de d'Hérelle, por intervención de un principio inerte, o la de aquellos que creen derivan de un factor con los atributos de la materia viviente.

Como médico en ejercicio, considerando utilísimas las aplicaciones terapéuticas y profilácticas, estudia las posibilidades de la fagoterapia.

Explica cómo viviendo el bacteriófago habitualmente en el intestino, en el momento de hallarse en contacto con una bacteria sensible que allí penetra, pueden ocurrir los siguientes casos: a) si todas las condiciones de medio y raza son favorables al bacteriófago, su virulencia para la bacteria aumentará con tal rapidez que la bacteria será aniquilada antes de producir el menor trastorno; b) cuando las condiciones sean menos favorables, la virulencia tardará algo más en aparecer dando lugar a que la enfermedad se inicie, pero para terminar rápidamente; c) si aun tarda más en incrementarse, la enfermedad adquiere más desarrollo, siguiendo su marcha hasta el momento en que el bacteriófago adquiera el máximo de potencialidad y la enfermedad termina; d) en el caso de un bacteriófago inerte o de una bacteria muy resistente, la enfermedad alcanza todo su apogeo y puede ocasionar la muerte.

Cuando las bacterias sensibles no están en el intestino, el bacteriófago actúa sobre ellas, porque pasa a la circulación y llega a los tejidos donde aquellas puedan vivir, desarrollándose la bacteriofagia bajo idénticas normas.

Ambos casos están perfectamente comprobados.

Aplicaciones terapéuticas interesantes de este estudio han sido en primer lugar la disenteria bacilar, siendo el tratamiento verdadera comprobación del diagnóstico.

En la peste bubónica, de empleo reducido, los resultados han sido favorables.

De acción variable en tifoideas y paratíficas; no obstante aconseja su empleo.

Análogamente en afecciones causadas por el colibacilo, alternan éxitos y fracasos.

En las estafilococias, los trabajos de Gratia con su bacteriófago polivalente han hecho útil su empleo.

Poco es lo conseguido en estreptococias, y en estudio está la aplicación en el tratamiento del cólera.

Al terminar su discurso el doctor Durruti Saracho, fué muy felicitado por cuantos asistieron al acto.

Trés conferencias del doctor Ortiz Picón, sobre «División celular».

Invitado por la Facultad de Medicina, el doctor Ortiz Picón, del Instituto del Cáncer de Madrid, pronunció en el salón de actos del Colegio de Médicos, tres conferencias sobre «División celular» los días 18, 19 y 20 de Enero.

En la primera de ellas, la morfología de los distintos tipos de partición de las células y su mecanismo, fueron analizadas a lo largo de la disertación con la maestría de quien ha dedicado largas horas de trabajo al estudio de tan importante fenómeno biológico. Numerosas proyecciones hicieron ameno y comprensible el estudio de todos los complejos detalles que modernamente han alcanzado una interpretación científica de la más alta importancia.

Versó la segunda conferencia sobre «Causas determinantes y condicionantes de la división celular». Se ocupó magistralmente en esta lección de citología de los factores que intervienen en la división de las células, analizando minuciosamente el papel que en este fenómeno representan las diversas estructuras celulares y especialmente el centrórama, cuyo enorme interés biológico se refleja en el resultado de sus alteraciones experimentales.

La influencia que la composición química y condiciones físicas de los orgánitos celulares ejercen en las células en división, fué analizada desde el punto de vista de los trabajos personales del conferenciante, quien dió una visión muy exacta del problema.

Otro de los temas tratados, que alcanza modernamente una significación de extraordinaria importancia, fué el estudio de las diversas causas de mitosis. Las clasificó en internas y externas, según su origen, ocupándose de la teoría de la relación nucleoplásmica de Hertwig, entre las primeras, y de la influencia hormonal de Haberlandt y de los rayos mitogénéticos de Guzwitjeh, entre las segundas.

En la última conferencia, puso de relieve el disertante el resultado de una paciente labor de investigación personal cuyo interés culmina en las modificaciones que experimentan las células tumorales durante la mitosis. Del problema citológico del origen del cáncer, hizo el doctor Ortiz Picón magistral crítica, explicando los diversos puntos que afectan las conclusiones publicadas en sus trabajos, apoyando sus argumentos en multitud de dibujos y microfotografías a cual más bellas e interesantes.

Felicitamos al doctor Ortiz Picón, a la Facultad de Medicina y en particular al profesor Costero, organizador de estas conferencias.

Cursillo de Psiquiatría

El día 13 de Febrero dió comienzo en la Universidad el cursillo de psiquiatría que ha de desarrollar en los días sucesivos, el doctor José María Villacián. El culto médico del Manicomio Provincial, fué presentado al auditorio por el profesor Bañuelos, quien en breves palabras comentó la personalidad y méritos del conferenciante, a quien le esperaba verle no tardando ocupando una Cátedra de Psiquiatría, que al igual que existe en el extranjero, se tiene solicitada del Ministerio de Instrucción Pública su creación. A continuación el doctor Villacián disertó, con la competencia y documentación en él habituales, sobre «Psiquiatría general. Causas de las enfermedades mentales», dando así brillante comienzo a sus conferencias.

Las demás conferencias versarán sobre los siguientes temas:

2.^a Sintomatología general de las enfermedades mentales. Funciones centrípetas. Funciones de elaboración. Funciones centrífugas. Exploración.—3.^a El diagnóstico psiquiátrico. Tipología de Kretschmer aplicada a la patología mental. Diagnóstico polidimensional y análisis estructural de las psicosis.—4.^a Psiquiatría especial. Estudio clínico del síndrome confesional.—5.^a Alcohólico crónico. Morfinismo y cocaínismo.—6.^a Psicosis sífilíticas. Parálisis general.—7.^a Psicosis sífilíticas distintas de la parálisis general.—8.^a Secuelas mentales de la encefalitis epidémica. Idem de otras neuropatías (corea, esclerosis múltiple, tumor cerebral, traumatismos cerebrales, etc.).—9.^a Trastornos mentales en los epilépticos.—10. Psicosis del climaterio. Demencia vascular. Demencia senil.—11. Psicosis maníaco-depresiva.—12. Paranoia.—13. Esquizofrenias.—14. Parafrenias.—15. Psicopatía constitucional.—16. Detenciones del desarrollo psíquico.—17. Condiciones mínimas que debe reunir un manicomio para que cumpla los fines que hoy se le deben exigir.

La Academia Nacional de Medicina premia al doctor E. Zapatero

Con gran satisfacción registramos este triunfo de nuestro compañero de Redacción, el Profesor auxiliar de esta Facultad, doctor E. Zapatero.

El trabajo que ha merecido esta distinción tiene por título «Estudio epidemiológico de la parálisis infantil».

El triunfo de E. Zapatero es motivo para que al enviarle un abrazo cordial le renovemos nuestra admiración y amistad.

LEON

Rasgo del doctor Vicente Mangas

El radiólogo del Hospital de San Antonio de esta ciudad, actuó generosamente como donante de sangre en el servicio del doctor Hurtado, salvando así la vida a un recién operado de gastroenterostomía.

Nos felicitamos de tener compañeros que con tan noble conducta honran nuestra profesión.

CRÓNICA NACIONAL

CADIZ

Comentarios sobre algunos premios Nobel de Medicina

El día 22 de Enero fué inaugurado el curso de conferencias organizado por la Sección de Medicina del Ateneo Gaditano con una interesantísima conferencia del Profesor auxiliar de aquella Facultad de Medicina, doctor P. Rodríguez Sabalette.

Hizo historia de la creación de estos premios y analizó los trabajos de los investigadores médicos que habían merecido este preciado galardón.

Soló a un español: Ramón y Cajal le fué otorgado el premio Nobel 1906.

LA CORUÑA

Una conferencia del doctor Rodríguez Cadarso sobre «Injertos humanos»

El sábado 2 de Enero de 1932, pronunció en el Circo su anunciada conferencia el rector de la Universidad compostelana y diputado a Cortes por La Coruña don A. Rodríguez Cadarso.

En brillantes párrafos y amenizando el tema con curiosos casos acontecidos, habló de las posibilidades de llegar a la reconstrucción del cuerpo humano. Estudió el tema a través de la Historia y de la Literatura y dijo que actualmente los cirujanos realizan injertos de todas clases. Se extendió en consideraciones sobre la cirugía estética, resaltando su importancia social y añadió que en términos generales, es realmente prodigioso lo que se ha logrado en esta materia. Dijo que hoy día se realizan injertos de vasos, de piel, de nervios, de vasos y hasta del cerebro.

Hizo después referencia al papel importante que en el organismo desempeñan las glándulas de secreción interna y aludió a las teorías de Voronoff, manifestando que es innegable que en el sistema se ha llegado a la realidad, pero que no puede asegurarse por ahora su perdurabilidad.

Después de citar varios casos curiosos, dijo que el problema fundamental, tal como él lo plantea, es saber si puede llegarse a la utilización de los órganos de personas fallecidas. Apoyó su tesis con el hecho de que la muerte no se produce de una manera total y que determinados órganos y tejidos subsisten más tiempo que otros y terminó afirmando que para que esto pueda ser una realidad, es necesario antes establecer la fraternidad química de los individuos.

LA LINEA

Curiosísimo caso clínico

En el Hospital municipal, por el médico don Ricardo González, fué practicada una operación a una enferma de 37 años, extrayéndosele un feto erapiopago toracopago, que tiene una cabeza, cuatro orejas, dos ojos, dos bocas, completas y unidas, cabello negro, una nariz (parte inferior con tres ventanillas), una barba, cuatro hombros, cuatro brazos, cuatro piernas, dos caderas. El aspecto de la piel es normal, estando el feto con vida, que se extinguió a las dos horas.

MALAGA

El día 2 de Enero en el Ateneo de Ciencias Médicas de Málaga, el doctor Teófilo Hernando desarrolló una interesantísima conferencia sobre «Ictericia y anemias hemolíticas».

VALENCIA

La lucha antituberculosa

Formando parte del cursillo de conferencias organizado por el Ateneo Mercantil, pronunció el 11 de Enero una sobre este tema el que fué hasta hace poco gobernador civil de esta ciudad, don Francisco Rubio.

El conferenciante explicó detalladamente la importancia que la lucha contra la terrible enfermedad de la tuberculosis debe revestir, y para hacerlo resaltar dió notas estadísticas de los estragos funestos que en el mundo entero produce la peste blanca, y las medidas profilácticas y curativas que todos los países ponen en práctica para reducir sus efectos, consignando fuertes cantidades en los presupuestos y acudiendo al mismo tiempo a la caridad particular para realizar una labor conjunta. Invitó a todos a poner de su parte un pequeño esfuerzo y a contribuir económicamente, para lo cual nada más oportuno que realizar el módico sacrificio de comprar el sello antituberculoso. Animando a las autoridades a proteger la recaudación.

ZARAGOZA

Tratamiento de las heridas (Conferencia por el profesor Estella)

El 23 de Enero, el profesor Estella, catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza, pronunció una conferencia sobre este tema:

Dijo que de todos los problemas que plantea la patología aguda, es el más importante el del tratamiento de las heridas.

Combate, por equivocada, la antigua clasificación de las heridas en infectadas y asépticas. Todos los traumatismos abiertos están potencialmente infectados. Estudió detenidamente en las heridas la necrosis, la infección y la intoxicación.

Extiéndese en disquisiciones sobre la acción proteolítica del proceso necrótico en los traumatismos abiertos.

Al tratar de la infección recalca que el que ésta domine más o menos depende de la cantidad y condición de los gérmenes y de la naturaleza del terreno.

La intoxicación es obra de las toxinas de la herida.

La mejor solución terapéutica en todo traumatismo abierto, es convertir la herida accidental en herida operatoria. Esto se consigue muchas veces con la resección de la zona lesionada. Luego se sutura, para que la herida cicatrice de primera intención, evitando así la lenta cicatrización espontánea, que deja una huella grande de aspecto antiestético.

Pasadas veinticuatro horas de producirse la herida, la resección está contraindicada. Esto es lo que podemos llamar una circunstancia de tiempo.

También hay circunstancias de herido: un albuminúrico, un alcohólico, pueden contraindicar una resección de tejidos.

Tampoco conviene olvidar aquellos casos en que falta vitalidad local, por haberse lesionado grandes vasos sanguíneos, que privan de riego a una región.

Habló después el doctor Estella de la diversidad de gérmenes que infectan las heridas. El más terrible de ellos es el estreptococo, de potencia tan enorme, que aun en los tejidos más vigorosos sigue viviendo, multiplicándose y extendiendo su acción maléfica.

La presencia del estreptococo es una contraindicación para la resección y sutura de las heridas.

Para el tratamiento de las heridas hay que tener también en cuenta el factor cirujano. La resección de una herida no está al alcance de todos. Se necesita mucha pericia. Más que para realizar bastantes operaciones clásicas. Hay que tener grandes conocimientos de anatomía topográfica. No todos los que se dedican a operar pueden considerarse como verdaderos cirujanos.

Existe otro método de tratamiento no tan positivo, pero sí algo eficaz: resecar los tejidos más inmediatos y hacer una cura corriente. Si en las primeras cuarenta y ocho horas no se presenta infección, se sutura. Si la infección se hace ostensible, se espera a que cese y luego se cierra.

En cirugía rural no puede intentarse la sutura más que cuando la herida es pequeña y radica en territorio de poco peligro. En los otros casos, se debe limitar el médico a extraer los cuerpos extraños, desbridar y cortar tejidos lesionados, sin vascularización. Luego se trata la herida por los métodos corrientes.

Combate el doctor Estella el antiguo y hoy desacreditado tratamiento antiséptico. No hay antisépticos que realmente lo sean, pues al ponerse en contacto con los productos de desintegración orgánica pierden sus propiedades beneficiosas y a veces hasta se convierten en algo nocivo para la herida y por ende para el enfermo.

Del líquido de Carrel considera más positiva su acción «mecánica» que la biológica. El líquido de Carrel al renovarse constantemente en el terreno herido, realiza un continuo «barrido», a todas luces beneficioso.

Describe también la medicación local a base de eucalipto y gomenol.

Trata luego con gran competencia del proceso gangrenoso y precisa los casos en que está indicada la amputación.

Ataca a los que tienen la costumbre de renovar los apósitos con gran frecuencia; (aún existe quien levanta las curas una o dos veces al día). El cambio exagerado de curas provoca arrancamientos que se traducen en desvitalización de los tejidos.

El doctor Estella termina su hermosa lección estudiando los antiviruses y los bacteriófagos, declarándose más partidario de los primeros que de los últimos.

Trata de las observaciones de Couvelaise, Levysolal, Brouet, controladas por Besredka, y tiene unas palabras despectivas hacia los que «fabrican» antiviruses sin tener la suficiente preparación para tan delicados procedimientos.

PARIS

El nuevo pabellón de Tuberculosis en el Instituto Pasteur

La extensión creciente de los diversos servicios que, en el Instituto Pasteur, se ocupan de investigaciones sobre la tuberculosis han hecho necesaria la construcción de un pabellón independiente que agrupe todos los servicios. Se han invertido en la construcción 10 millones de francos (8 del Instituto y 2 del Estado).

El magnífico edificio consta de tres pisos sobre la calle Falguière y cinco sobre los jardines del Instituto. Están completamente separados, por una parte, los servicios del B. C. G. y por otra los de investigaciones sobre las diversas tuberculosis.

El primer piso está dedicado a la vacuna B. C. G. y es el jefe del servicio M. Guérin. El segundo está afecto por completo a laboratorios de investigaciones sobre tuberculosis, dos de los cuales están dedicados al estudio de los elementos filtrantes del bacilo tuberculoso; es el jefe el doctor J. Valtis. Ambos pisos tienen laboratorios destinados a los médicos extranjeros que acuden a trabajar en tan atrayentes cuestiones. El tercer piso está dedicado por completo a la química, quimioterapia y anatomía patológica de la tuberculosis.

En el entresuelo están las salas de autopsias de animales, una de radiología experimental también para animales y una gran sala destinada a jaulas de animales inoculados y, por último, las salas de máquinas, calderas, etc.

Tiene, pues el profesor Calmette y su brillante escuela, lo que constituía para ellos una necesidad y para Francia un orgullo, pues no cabe duda que con la construcción de tal pabellón, se ha puesto un jalón más para la solución del problema de la tuberculosis.

BERLIN

La curación de la apendicitis sin operación

Según el profesor Hilgermann, médico de la Oficina de Higiene de Landsberg, la apendicitis podrá ser curada en el porvenir sin necesidad de operación.

Partiendo del principio de que esta enfermedad no es provocada por un bacilo particular, sino por bacilos que pueden ser de naturaleza diferente, el profesor Hilgermann ha establecido que si hasta el presente no ha sido posible encontrar un suero único contra la apendicitis, puede curarse esta enfermedad inyectando a los afectados por ella un suero apropiado a la naturaleza del bacilo que provocó la infección.

Lo principal es establecer en cada caso la naturaleza exacta del bacilo que produjo la enfermedad. Luego todo se reduciría a practicar una inyección de suero apropiado.

Así, el suero antidiftérico podrá servir, por ejemplo, para combatir una apendicitis provocada por el bacilo de la difteria.

El profesor Hilgermann ha tratado con éxito este procedimiento en más de trescientos enfermos (¿N. de R.).

LONDRES

Grave epidemia de gripe (Enero, 1932)

Las autoridades sanitarias se preocupan seriamente de la epidemia gripal que se ha extendido por todo el Reino Unido y especialmente en Londres. Durante la última semana de Enero, el número de víctimas fué de 240. Los hospitales están completamente llenos de enfermos; y lo mismo ocurre en los servicios de asistencia pública.

NUEVA ORLEANS

Descubrimiento del microbio de la parálisis infantil

El doctor Everson, de la Escuela de Medicina de la Universidad de California, y el doctor Mosman, ayudante de Laboratorio del Hospital de San Francisco, han anunciado en sesión solemne de la Sociedad para el progreso de las Ciencias, que habían logrado aislar el microbio de la parálisis infantil.

Este microbio, durante su mayor virulencia, se aloja en el cerebro de los enfermos, y no es posible descubrirle en ese instante aun con los más potentes microscopios. Únicamente después de algunas semanas es cuando es identificado y aislado en cultivos.

Se ha hecho la experiencia con un mono, y al ser aislado el microbio se convirtió en virus filtrante en los comienzos de la enfermedad.

Los dos médicos han declarado que estudian actualmente la fabricación de un suero.

ESTADOS UNIDOS

Identificación dactiloscópica de los recién nacidos

Los norteamericanos piensan utilizar esa rama de la antropometría como documento de estado civil. Más de 3.000 niños se pierden todos los años en los Estados Unidos. Si ha habido raptó o sustitución, la identificación es imposible cuando la víctima es encontrada algunos años más tarde.

En una fecha próxima, la ley americana impondrá la toma de huellas dactilares—manos o pies—de los recién nacidos, tanto de los venidos al mundo en casa de sus padres como en los establecimiento de maternidad.

BRASIL

Dificultades para la elaboración de contra-venenos

En el Instituto Butantan, de San Paulo, que es el mayor criadero de serpientes del mundo, la existencia en serpientes ha disminuido en tal forma, que sólo pueden realizarse muy limitados experimentos. También ha disminuido mucho el embarque de contra-venenos. El director del Instituto ha lanzado un grito de alarma a los jefes de las instituciones agrícolas, geográficas y biológicas del Brasil, pidiendo urgentes entregas de serpientes venenosas y no venenosas.