

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

JUNIO 1932

NÚM. 6

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

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 Urrea,
Prof. de la F. de Medicina.

CUERPO DE REDACCIÓN

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

REDACTORES-DELEGADOS

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

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 estriánico 1[4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

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

Dosificada a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

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

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Tratamiento de las úlceras de pierna*, por el doctor Eduardo Ledo.
¿Eclampsia?, por el doctor Colmeiro Laforet.
Los resultados del régimen higiénico-dietético en medio sanatorial, en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por el doctor Arróspide.
El Sanatorio de la Fuenfria, por L.
Sesiones Clínicas del Instituto Rubio, por el Dr. B. de M.
El cultivo del bacilo de Hansen, por L.

REVISTA DE REVISTAS

- Medicina interna*, por Querol.
Neurología y Psiquiatría, por J. M. Villacián.
Obstetricia y Ginecología, por Villegas.
Radioterapia, por C. Martín.
Dermatología, por Ledo.

BIBLIOGRAFÍA, por los doctores Barrio de Medina y J. M.^a Villacián.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

- Cursillo sobre Aplicación a la Agricultura de la Ley de Accidentes del Trabajo*, por los doctores Royo-Villanova y Morales y de Andrés Bueno.
Hacia el Seguro de enfermedad.
El régimen de balnearios.
Asamblea de Clases Sanitarias.
Asociación de Médicos titulares.

CRÓNICA REGIONAL

CRÓNICA NACIONAL

CRÓNICA INTERNACIONAL

Proyecto de Ley sobre provisión de vacantes y pago de las titulares.

CONGRESOS, CURSOS, ETC.

VACANTES

NECROLOGÍA

Colaboradores del primer semestre

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

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -

A. GAMIR.-Valencia

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

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

3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

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

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

Tratamiento de las úlceras de pierna

por el doctor Eduardo LEDO

El profesor Sézary (1), en un reciente artículo, comenta cómo las úlceras de pierna, que tienen reputación de ser frecuentemente incurables, pueden ser en realidad cicatrizadas fácilmente mediante un tratamiento simple, inspirado únicamente en la etiología de la afección.

Vamos a comentar este trabajo, que nos brinda ocasión, para que de nuevo expongamos nuestra convicción de que en el estado actual de nuestros recursos terapéuticos, la lámina de plomo, según preconizaba nuestro padre, con las variaciones introducidas por nosotros, es el tratamiento por excelencia, de las úlceras de pierna.

En sujetos de no importa qué edad, portadores de varices más o menos marcadas, o que anteriormente sufrieron una flebitis, la circulación de retorno se halla comprometida, y es natural que en estos sujetos, la más pequeña solución de continuidad de su tegumento, pueda, por su nutrición viciosa, ser de más difícil reparación.

Un traumatismo banal; la rotura de una variz; una agresión microbiana (proceso eczematiforme (2), elemento de ectima, forúnculo, etc.), rompen la continuidad de la piel y la escasa tendencia a la reparación, facilita la infección.

El más leve rasguño sobre una pierna varicosa, puede abrir la historia de una o varias ulceraciones tórpidas, que persistirán durante años.

Un proceso eczematiforme, traumatizado por las rascaduras, da origen a exulceraciones que poco más tarde ascienden jerárquicamente, constituyendo úlceras.

Cuando la infección no es lo primitivo, poco tarda en sumarse al traumatismo simple. De los numerosos microbios que pululan en la úlcera de pierna, es al estreptococo, que situamos en plano preferente. Sabouraud definió la úlcera como «un chancro estreptocócico crónico», y un poco rutinariamente le seguimos. Sea como fuere, no es este el momento de revisar la bacteriología de la úlcera de pierna, si bien lo consideramos útil.

En la etiología de la úlcera por varices, dos factores entran en juego: terreno y microbio o microbios. El terreno es una piel mal nutrida, unos tejidos de difícil irrigación sanguínea por el éxtasis varicoso (mas los trastornos tróficos por las alteraciones neuro-vasculares en los casos algo avanzados). El microbio preponderante, parece ser el estreptococo. Com-

(1) A. Sézary. — Le traitement des ulcères de jambe. — «La Presse Medicale» n.º 42. 25 Mai 1932, page 844.

(2) Al considerar como producto de una agresión microbiana un proceso eczematiforme lo hacemos bajo la idea de que las lesiones eczematoides que observamos en los miembros inferiores son posiblemente de naturaleza piocócica en un 95 por 100 de los casos.

batiendo estos factores, alteración circulatoria e infección, lucharemos eficazmente y lograremos la cicatrización de las úlceras de pierna (1).

Nuestro acuerdo con el profesor Sézary, es perfecto en cuanto al fin, pero en cuanto a los medios, tenemos la pretensión de creer estamos nosotros más cerca de la verdad.

Para combatir los disturbios circulatorios de la extremidad enferma, considera el reposo en cama como medio heroico y poco sirve que lo atenúe en el mismo párrafo (2), si renglones más abajo dice debe ser precisamente en la cama y no en una chaise-longue, ya que de ésta «es demasiado fácil levantarse». Este reposo preconizado por Sézary, debe durar hasta la cicatrización de la úlcera. Sólo en el caso de ser absolutamente imposible practicar, «se podrá ensayar un vendaje fuertemente compresivo, aplicando preferentemente una placa metálica en la región en que asienta la úlcera.»

Pues bien, nosotros no sólo no consideramos el reposo en cama necesario, sino que deliberadamente prescindimos de él en nuestros enfermos, como durante treinta años prescindió nuestro padre. El método ambulatorio con vendaje fuertemente compresivo (siempre con lámina de plomo), sustituye con ventaja a los movimientos de flexión y extensión de los pies y de los dedos, recomendados por Sézary; la activación de la circulación de los miembros inferiores por la marcha, es una noción fisiológica que no puede desdeñarse.

Con un vendaje compresivo correctamente aplicado, la marcha moderada es utilísima; más aún, necesaria. Así, nosotros aconsejamos el movimiento en contraposición con el clásico reposo. Generalmente, los tratamientos ambulatorios realizados con la bota de cola de cinc de Unna, o con la crema de Viena, terminan por ser abandonados, instituyendo en su lugar el reposo con el miembro elevado. Algo instructivos son los casos, en que hay que cortar apresuradamente el vendaje ante unos dolores intensos, una elevación térmica, etc.

Para Sézary, la desinfección de la úlcera es tan importante como la normalización de la circulación de retorno.

Nosotros desde hace algún tiempo la dedicamos gran atención, pero algunos centenares de enfermos curados por nuestro padre, sin recurrir a los antisépticos, muestra que es posible fiar en las defensas naturales (3).

Después de la publicación de nuestra Tesis, al iniciar un somero estudio de la bacteriología de la úlcera varicosa, creímos útil estudiar asimismo

(1) ¿Será necesario decir, que es preciso distinguir las ulceraciones varicosas de las sífilíticas, tuberculosas o micóticas? Lesiones de esta variada etiología pueden asentar sobre un miembro varicoso, sin duda, pero no hemos de ocuparnos ahora de ellas puesto que seguimos el curso del trabajo de Sézary.

(2) «Pour améliorer les troubles circulatoires veineux, le repos au lit est le moyen héroïque, presque nécessaires».

«Le malade demeurera complètement étendu en permanence, de préférence dans son lit, car d'une chaise longue il est beaucoup trop facile de se lever». Sézary. — Loc. cit.

(3) Nuestro padre pensaba que la lámina poseía acción antiséptica por los sulfuros formados en contacto con las secreciones de la úlcera.

la acción de los diversos cuerpos reputados antisépticos. En el Congreso de Copenhague (1), señalamos el poder del Irianol, y sobre todo los bellos resultados obtenidos con el kristal-violet y el verde brillante, entonces también hacíamos resaltar la acción del alcohol iodado al centésimo. Buscando en otra dirección, ensayamos los filtrados de vacunas, siempre en forma líquida y los otros procedimientos de vacunación, el de Poincloux incluido, sin olvidar los bacteriófagos.

Es para nosotros un hecho incontrovertible, que las úlceras varicosas pueden curar y curan de hecho, bajo la acción de la placa de plomo, sin necesidad de una desinfección frecuente de su superficie. Algún toque con una solución de nitrato de plata o de fenol Beboeuff, de vez en cuando, una solución de nitrato de plata o de fenol Boboeuff, de vez en cuando, era lo que hacía nuestro padre siempre, al levantar la cura un lavado con agua hervida, bastante caliente por cierto. Sus enfermos curaban en plazos muy parecidos a los que nosotros logramos hoy. Casi podríamos decir que la única diferencia es la mayor rapidez con que llegamos a la granulación, después el proceso de cicatrización se desenvuelve en tiempo semejante.

Al prestar atención al factor microbiano, no fiamos todo en la desinfección de la úlcera, como se desprende de lo expuesto más arriba, pero, al marchar al compás de los tiempos, vemos en ello un factor que puede activar la curación de nuestros enfermos, y que desde luego hace menos desagradable el momento de levantar la cura anterior. Sigue siendo para nosotros lo esencial, la lámina de plomo, perfectamente aplicada, y el vendaje compresivo, que desde la raíz de los dedos remonte a la rodilla.

De todos los antisépticos ensayados, el alcohol iodo-salicilado, según la fórmula

Alcohol de 90°.....	100 cc.
Iodo metalódico.....	1,0 gr.
Acido salicílico.....	1,0 gr.

es el que más nos satisface. La úlcera se limpia con bastante rapidez, y si la piel circunvecina es asiento de un proceso eczematoide, también la fricción con el alcohol iodado es beneficiosa, si bien debe ser seguida por la aplicación de una tenue capa de

Ictiol.....	1 gr.	
Oxido de cinc.....	} aa. 8 gr.	
Polvo de talco.....		
Vaselina filante.....		
Lanolina.....		

pudiendo añadirse días más tarde, alquitrán de hulla lavado, en la misma proporción que el ictiol.

Pero esto sólo para curar el brote eczematoide. Para la úlcera, el iodo cuando convenga, y siempre la lámina de plomo. Deliberadamente hemos

(1) Comptes-rendus du VIII^e Congrès Intern. de Dermat. et de Syphiliographie, Copenhague 1930. Pág. 835.

prescindido del lavado que tan profusamente hacía nuestro padre. A veces sólo limpiamos la úlcera ejerciendo una suave presión con unas compresas de gasa estéril, sin frotar.

Sólo en casos de abundante supuración, hacemos lo mismo con las compresas empapadas en agua hervida caliente.

Transcribimos a continuación unos cuadros ya publicados, en los que se expresan nuestros resultados:

Durée du traitement	Ulcères variqueux depuis																																					
	Semaines					Mois										Ans																						
	1-3	4	6	2	2½	3	3½	4	5	5½	6	6½	7	7½	8	9	12	1½	2	2½	3	3½	4	4½	5	6	7	8	10	11	12	13	16	17	18	20	24	25
4-10	9	5	1	2	2		1			1					1										1												1	
11-20	12	6	4	9	3	4		3	3	4		1		4	3	8	1	2		1				2	1	1	1										1	
21-30	8	8	3	5	1	4		1	1	1	5	2	2	1	3	1	5	2	7			1	2	1		1									1	1		
31-40	5	3	2	2	4		3	2		4	1					1	2				1	1		1	1	1	1	1							1	1		
41-50	1		2	4		1		1	1							2	1	1					1	1	3								1	1		1		
51-60		1		1		1					1					1	1						1	1	1	1	1	1									1	
61-70										1												1		1														
71-80																																						
81-90																																						1
Plus de 90						1		1									1							1	1													
Gueres	35	21	12	26	7	15	1	9	9	1	14	3	3	1	7	4	19	4	13	1	1	2	5	2	6	7	2	1	3	1	1	1	1	1	2	4	1	
Echecs					1					1																												
Total	35	21	12	27	7	15	1	9	9	1	15	3	3	1	7	4	19	4	13	1	1	2	5	2	6	7	2	1	3	1	1	1	1	2	4	1		

Días de tratamiento	N.º de casos	
4—10	22	8,80 por 100
11—20	74	29,60 »
21—30	68	27,20 »
31—40	36	14,40 »
41—50	21	8,40 »
51—60	11	4,40 »
61—70	6	2,40 »
71—80	3	1,20 »
81—90	2	0,80 »
Más de 90	5	2,00 »
Fracasos (1)	2	0,80 »
	250	100,00

La lámina de plomo continúa siendo el tratamiento ideal de las úlceras de pierna, y por sí sola logra la curación de aquellas úlceras varicosas inveteradas que, asentando sobre un miembro elefantíaco y presentando espesos bordes callosos, resisten, en opinión de Sézary, a todos los tratamientos (2). Pero estamos autorizados para hacer notar que no basamos nuestra opinión en unos pocos enfermos seleccionados, sino en los resultados logrados en varios centenares de enfermos, procedentes de todos los estratos

(1) Pasaron a manos del cirujano para ser operados (lesiones óseas).

(2) «Seuls, les ulcères invétérés, fortement calleux, compliqués d'éléphantiasis, sont rebelles. Ils résistent d'ailleurs a tous les traitements quels qu'il soient. Cet échec se conçoit aisément, car, dans ces cas, les membres ont des lésions tissulaires telles que toute réparation est vraiment impossible». Sézary.—Loc. cit.

sociales, de todas las edades. El profesor Sézary pensará con nosotros sin duda, que nuestros 32 enfermos que, según el cuadro inserto más arriba, eran portadores de sus úlceras desde 5 hasta 25 años, ofrecerían el cuadro de una ulceración átona, de bordes más o menos espesados, fuertemente infectada tal vez. Pues bien, nótese que de estos 32 enfermos, 12 curaron en plazo inferior a 1 mes; a los 60 días estaban curados 29 y que los 3 restantes en plazos no muy lejanos curaron también.

La lámina de plomo es, pues, el tratamiento por excelencia de las úlceras por varices. Bajo la acción de la placa de plomo, la úlcera, antes muy dolorosa, se hace soportable, siendo la sedación del dolor efecto inmediato de la primera cura; los bordes se funden, el fondo se limpia y pronto aparece la granulación, la cicatrización se realiza en plazo más breve que con ningún otro procedimiento. La cicatriz es tan perfecta que nuestro padre imaginó podía prestar el plomo buenos servicios sobre otras pérdidas de sustancia y obtuvo cicatrices lisas, blandas y flexibles. La cicatriz obtenida bajo la lámina de plomo, en un miembro varicoso, es poco tiempo más tarde casi imposible de distinguir del resto del tegumento, y a esto achacamos el escaso número de recidivas observado (2,8 por 100).

El vendaje compresivo, cuidadosamente aplicado, es insustituible. Con un buen vendaje, nuestros enfermos andan, a veces kilómetros y desempeñan sus ocupaciones, no siempre fáciles. (Nuestro padre ha relatado el caso de un cargador de la Estación que continuó desempeñando su puesto, llegando a cargar sobre sus hombros pesos superiores a 80 kilogramos, y esto durante el curso del tratamiento).

Bajo el punto de vista económico, ¿no es interesante para nuestros centros de Beneficencia, liberar las camas que durante meses ocupan los ulcerosos de pierna? Tres o cuatro curas a la semana, valen menos que esas prolongadas estancias, y el enfermo, obrero, no abandona su trabajo, creando una nueva carga para la Beneficencia con las necesidades de una familia a la que le falta el jornal del padre.

Y estas son las razones, que apoyadas en una experiencia de más de treinta años, justifican el que al comentar el trabajo de personalidad tan destacada como el profesor Sézary, le haga notar que no a título de ensayo, y en caso de absoluta imposibilidad de emplear otro procedimiento, sino sistemáticamente y hasta triunfar o fracasar, debe usarse «el vendaje fuertemente compresivo con una placa metálica aplicada sobre la región ulcerada». El vendaje será nuestra venda de lienzo, aplicada desde la raíz de los dedos hasta por debajo de la rodilla; la placa, la lámina de plomo, que ya empieza a ser reconocida como elemento utilísimo (1) adaptada a la úlcera según hemos expuesto en diversos trabajos.

(1) L. Isaak, recientemente (Dermat. Wochenschrift, n.º 22, 30 Mayo 1931, pág. 807) preconiza la aplicación de una lámina de plata con la que dice haber obtenido buenos resultados. Las condiciones de maleabilidad, etc., aparte de su baratura, hacen del plomo el metal ideal para este uso.

No se olvide que la placa se recorta conforme avanza la cicatrización.

¿Eclampsia?

COMENTARIOS A UN TRABAJO DE SAM. CLASON

por el doctor Carlos COLMEIRO LAFORET

(La Coruña)

Recientemente Clason (1) en un interesante trabajo, ha hecho notar la superlativa importancia que tiene el poder precisar el diagnóstico diferencial entre la intoxicación por el salvarsán y la eclampsia. Expone tres casos en los que la etiología de los ataques convulsivos es verdaderamente difícil de precisar, y ello le da motivo para hacer interesantes consideraciones.

Es evidente que la cuestión tiene, a más de un indudable interés teórico, gran importancia práctica, pues el tratamiento, semejante en algunos puntos, varía según se trate de eclampsia o de una intoxicación exógena. Hemos tenido ocasión de observar y tratar recientemente un caso de eclampsia, en el cual, los ataques convulsivos fueron desencadenados por la inyección de una sal de bismuto (protóxido de bismuto alcanforado, en suspensión oleosa), y por la analogía que presenta con los casos descritos por Clason, creemos que debe ser publicado, pues no conocemos observaciones de casos semejantes

La historia clínica de nuestro caso, es la siguiente:

M. S., de 24 años, primípara.—Viene a la consulta el 6-2-1932. Antecedentes hereditarios: padre desconocido, madre con Wassermann fuertemente positivo y Khan positivo. No hay en la familia antecedentes de deformidades, partos gemelares ni tuberculosis. Marido: tuvo sífilis, fué mal tratado, y actualmente da Wassermann fuertemente positivo y Kahn positivo.

La paciente no tuvo raquitismo y menstrua regularmente desde los 11 años; tipo 28/4. Estatura 160 cm. Peso 85 kgr. Corazón y pulmón sin particularidad. Edemas en ambas piernas. Presión sanguínea 150/80 mm. Hg. (Recklinghausen). Temperatura 36,4. En orina: albúmina 1,0 gr. por mil (Esbach), glucosa no tiene. En sangre: Wassermann positivo (débil) y Kahn positivo

Última menstruación el 27 de Mayo de 1931. Al principio del embarazo vómitos matutinos. No recuerda cuándo sintió los primeros movimientos fetales. Exploración del vientre: estrías pocas, útero desviado a la derecha, fondo en reborde costal, circunferencia máxima del abdomen 93 cm., feto en situación longitudinal, presentación cabeza, latido fetal 140 por minuto, fácil de oír, especialmente por debajo y a la derecha del ombligo. Genitales externos ni inflamados ni edematosos. Periné mediano. La pelvis media: dist. sup. 25 cm.; dist. bers. 28 cm.; dist. btr. 32 cm.; conj. ext. 19,5.

La enferma se queja de palpitaciones, moscas volantes y dolor de estó-

magó. Se establece el diagnóstico de: embarazo en noveno mes, complicado por un estado de preeclampsia y sífilis. Se advierte a la paciente y a su familia, el grave riesgo que corre si no se somete inmediatamente a tratamiento, y se le propone ingresar en nuestro servicio hospitalario, a lo cual se niegan. Se le entrega entonces, un plan dietético para tratamiento preventivo de la eclampsia y se la envía a un venereólogo por si juzga conveniente tratarla.

Ocho días después le inyectan, a las diez de la mañana en intramuscular, 0,12 gr. de protóxido de bismuto alcanforado en suspensión oleosa (equivale a 0,10 gr. de bismuto metal). Al día siguiente a las diez y seis horas, o sea pasadas treinta de la inyección de bismuto, tiene un ataque convulsivo. Cuando llegamos a verla, tenemos ocasión de presenciar el cuarto ataque, que le dura cincuenta segundos. En el intervalo de los ataques no ha recobrado el conocimiento y la trasladamos a la Maternidad, en donde es ingresada con el diagnóstico de coma eclámptico, a las diez y siete horas 30 minutos. Explorada a su ingreso, se anotan los siguientes datos: presión sanguínea 160/90 mm. Hg.; pulso 120; respiraciones nueve por minuto; la pupila reacciona a la luz; intensa cianosis; por auscultación parece apreciarse ligero edema pulmonar. Se obtienen por cateterismo 85 gr. de orina, en la que se encuentran 15,0 gr. por mil de albúmina. La paciente no reacciona a la llamada, ni a estímulos en la piel.

Comenzamos inmediatamente de su ingreso, el tratamiento conservador que hacemos sistemáticamente, en todas las eclámpticas que vienen a nuestro servicio (sulfato magnésico, cafeína, avertina, morfina, etc.), y a las veintitrés horas cuarenta y cinco minutos reacciona a la llamada y se anota que ha disminuído la presión sanguínea y mejorado la bradipnea, teniendo ya la paciente color normal.

Sigue en tratamiento, y el 18-2-1932, pare espontáneamente un feto vivo, y al parecer sano, que pesa 3.350 gr. Es dada de alta el 27-2-1932, sin albúmina en la orina y después de hacerle las pruebas de Vohlhard, de concentración y diluición, que dieron resultado satisfactorio.

El caso anteriormente expuesto, es semejante a los descritos por Clason, pero en él debe notarse que se diferencia de ellos en la época del embarazo, en el producto antisifilítico empleado y en el resultado del tratamiento de los ataques convulsivos. A continuación damos un resumen de las historias clínicas de los casos de Clason, para facilitar su comparación con el nuestro.

Caso I (Clason).—23 años, primípara. embarazo en VI-VII mes, sífilis, tratada con mercurio y dos inyecciones de salvarsán. Nada de albedonia. Dos días después de la segunda inyección de salvarsán, fiebre, al otro día, convulsiones. Morfina, Stroganoff, punción de la bolsa, presión sanguínea 115 mm. de Hg., mucha albúmina en la orina, coma, trismus, roseola, parto (feto de 1.700 gr.), muerte. Autopsia: hemorragias puntiformes en el cerebro, hígado y pulmón; riñones hiperémicos con «glomerulos hialinos».

Caso II (Clason).—30 años, V para, embarazo en V-VI mes, sífilis, tratada con mercurio y cuatro inyecciones de salvarsán. Nada de alboedtonia. Algunas horas después de la última inyección de salvarsán (0,45 gr.), convulsiones, coma, presión sanguínea 145 mm. Hg., en orina 11 por mil de albúmina. Se trata con narcóticos y se hace cesárea vaginal (feto de 600 gr.), temperatura normal, muerte. Autopsia: hemorragias puntiformes en cerebro, hígado, pulmón y riñón.

Caso III (Clason).—36 años, II para, embarazo en IV mes, eclampsia en otro embarazo. Sífilis no comprobada. A la segunda inyección de salvarsán, exantema y al tercer día convulsiones. Presión sanguínea 140 mm. Hg. temperatura 41,2 grados, en orina mucha albúmina y cilindros. Sangría, suero glucosado, morfina, edema pulmonar, muerte. Autopsia: hemorragias puntiformes en el cerebro, ligeras alteraciones degenerativas del hígado, nefrosis.

Clason, en su trabajo, expone su parecer de que en los casos primero y tercero, se trataba de intoxicaciones por el salvarsán, y en el segundo, de eclampsia.

En nuestro caso, lo más verosímil nos parece que se tratara de un caso de eclampsia, en el cual los ataques convulsivos fueron desencadenados por la inyección de bismuto. En favor de esta hipótesis están, a nuestro modo de ver, el estado de alboedtonia anterior a la administración de bismuto, y el buen resultado del tratamiento.

En el complejo de los llamados estados de alboedtonia, eclámpico o preeclampsia, es sabido que los ataques convulsivos son un síntoma más, de una entidad morbosa, que, generalmente, ya está constituida desde mucho tiempo antes. Y si consideramos a las gestosis, como intoxicaciones de variable intensidad, ocasionadas por una noxa todavía desconocida, pero que tiene evidente relación con el embarazo, no es aventurado suponer, que si a la intoxicación endógena ya establecida, se le añade otra de causa exógena, la evolución del proceso será tanto más rápida, cuanto más semejantes sean las lesiones que producen los dos venenos en cuestión. En las autopsias de mujeres muertas de eclampsia, se comprueban reiteradamente, lesiones de los órganos parenquimatosos, en particular del hígado y del riñón, y aun en necropsias de mujeres embarazadas muertas de accidente, se han comprobado alteraciones renales, que han llevado a establecer el concepto de «riñón de embarazo»—véase a este respecto, el interesante trabajo de Schrodrus (2)—, de lo cual se deduce que, en el embarazo, a pesar de ser una función fisiológica, se encuentra el organismo de la mujer en un estado de menor resistencia. En este estado, la aparición de manifestaciones alérgicas consecutivas a la administración de algunos fármacos—bismuto, salvarsán—, reviste extraordinaria gravedad. Y si es cierto, como pretende Jiménez Díaz (3), que algunas veces la administración de salvarsán produce fenómenos de alergia, caracterizados por trastornos angiovarsán produce fenómenos de alergia, caracterizados por trastornos anglo-

no es extraño que, sumándose estos trastornos a los propios del embarazo, la gravedad sea mucho mayor.

En los casos de Clason, en los que hemos indicado que la etiología es muy oscura, se puede tratar de una suma de intoxicaciones, predominando en ellas los síntomas de la intoxicación exógena, pues aunque no se pudieran notar los síntomas de gestosis, siempre podemos sospechar que no se hubieran manifestado todavía claramente a pesar de existir ya. En nuestro caso sería un cuadro semejante, pero en el que predominaba la intoxicación endógena y su mejor evolución se debe, probablemente, a la naturaleza del producto empleado. De todas formas, la explicación no nos satisface plenamente, porque, aun aceptando que el bismuto sea menos organótrofo que el salvarsán, no cabe duda que en nuestro caso, la gestosis era manifiesta, y por tanto, si la menor toxicidad de la droga empleada parece favorable a la hipótesis expuesta, la mayor intensidad de la intoxicación endógena, habla en contra de ella.

De todas formas, consideramos interesante la publicación de casos semejantes, pues de su estudio pueden deducirse provechosas enseñanzas. La observación hecha por nosotros y el estudio de la literatura sobre la cuestión, en lo que nos ha sido posible, dados nuestros escasos recursos bibliográficos, nos ha llevado a la conclusión de que el establecer la indicación de un tratamiento antisifilítico en las gestantes, es cuestión sumamente delicada. Sin dudar de la utilidad de tales tratamientos, por lo que se refiere a la sífilis, han de considerarse en cada caso, los riesgos que se corren, y en este sentido parece que los accidentes son menos peligrosos cuanto más avanzado está el embarazo. Posiblemente, la gravedad es menor cuando se usa bismuto, que cuando se usa salvarsán, aunque tales opiniones las basamos sólo en consideraciones teóricas, ya que no podemos fundamentarlas en una numerosa estadística. Teóricamente también, parece verosímil, que las gestosis sean una contraindicación formal para un tratamiento antilúético y desde luego creemos, que sólo después de descartadas con toda probabilidad complicaciones de ese tipo, puede comenzarse un tratamiento antisifilítico.

(1) CLASON.—«Eklampsie oder Salvarsanvergiftung? Drei todesfaelle mit diskutabler Genese».—Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, Vol. XII, Fasc. 1, Pág. 40 (1932).

(2) SCHRODERUS.—«Ueber Nierenschädigung im Zusammenhang mit der Gravidität».—Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, Vol. XI, Supplementum III (1931).

(3) JIMENEZ DIAZ.—«La alergia (hipersensibilidad) salvarsánica».—Revista de información terapéutica, Año XIV, Núm. 4, Pág. 155.



Los resultados del régimen higiénico-dietético en medio sanatorial, en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar ⁽¹⁾

por el doctor ARRÓSPIDE

Subdirector del Sanatorio La Fuenfría

Me complazco en saludarles a todos, y especialmente al Profesor doctor Zapatero que ha tenido la iniciativa de esta excursión, siendo para nosotros un alto honor el enseñarles el Sanatorio y mostrarles unos casos que respondiendo al deseo manifestado por el doctor Zapatero, he recogido como más demostrativos.

El Sanatorio es uno de los elementos en la lucha antituberculosa, aislando al bacilífero y devolviéndole a la sociedad a veces curado y por lo menos educado en aquellas reglas más elementales de profilaxis.

Podemos también considerarlo como centro especializado en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y como lugar climático. Bajo este último punto de vista, éste se encuentra a 1.360 metros de altura, sobre terreno silíceo, defendido de los vientos y buscando la mayor luminosidad y pureza de aire característico de estas alturas. Es el clima adecuado para el tratamiento de la mayor parte de los tuberculosos pulmonares, aunque hay que exceptuar de él: los insuficientes cardíacos, los enfisematosos, bronquíticos crónicos, fibrosos congestivos con tendencia a la repetición pertinaz de hemoptisis; los que padecen de insomnios rebeldes, los ansiosos, con erectismo cardíaco, palpitaciones; los sumamente febricitantes con lesiones muy extensas y gran disnea; los viejos en general.

Como centro especializado en el tratamiento, tiene importancia en cuanto que conocido el comienzo, muchas veces brusco y rápidamente evolutivo, de la tuberculosis pulmonar en el adolescente y adulto (Rist, Assmann, Redeker, etcétera), se aconseja con razón una estrecha vigilancia médica, que en el Sanatorio se puede llevar a cabo con ventaja.

Y ahora vamos a considerar diversos tipos de lesiones que han obtenido su regresión en el Sanatorio, fijándonos en tres de ellos, como más destacados: formas neumónicas, cavitarias y granúlicas.

Este caso de neumonía de tipo de Bezançon y Braun que afecta todo el lóbulo superior derecho y que en ocho meses se ha reabsorbido sin dejar más que un pequeño campo indurado.

El otro ejemplo de esta forma, de igual localización, con una sombra más densa en la radiografía y con tendencia invasora con algún foco bronconeumónico en lóbulos inferiores, se curó por esclerosis retráctil (la fiebre próxima a 39º desaparece a los dos meses, los bacilos a los siete), con fuerte desviación de la tráquea, dejando una lobitis cicatrizal como se ve en esta radiografía a los

(1) Conferencia pronunciada con motivo de la excursión de los alumnos de la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de Valladolid.

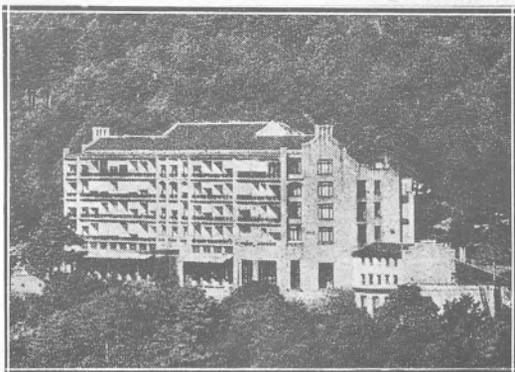
trece meses de su ingreso. Seis años después, que ha estado trabajando, encontrándose muy bien, hemos sacado esta otra radió comprobándose la estabilidad de la zona esclerosada.

La curación espontánea de cavernas ya observada por Laennec, pero después puesto en duda y hasta negada su curación anatómica, el año 1921, por Graff, ha sido objeto de numerosos trabajos encaminados a su diagnóstico y curación (Burnand, Sayé, Jaquerod, Fiquet, Turban, Staub, Alexander, Bronkhorst, etc.).

En la época de aparición del trabajo de Turban y Staub 1925, se discutía vivamente el criterio de la escuela americana, (Fishberg, Barlow, Thomson Dahlstedt) de la frecuencia de neumotórax espontáneos confundidos con cavernas.

Precisaron los elementos de diagnóstico: en la historia del enfermo se

fijan en la expectoración mantenida en larga fecha y aumentada en períodos febriles llamados «resfriados». Hemorragias repetidas. El hallazgo de fibras clásticas en los esputos, hecho que se pasa por alto en muchos análisis y que tiene un gran valor. Los signos de auscultación, las raras veces los clásicos cavitarios y sobre todo los radiográficos, fijándose en los diversos tipos de anillo insistiendo en el valor extraordinario de la imagen en



El Sanatorio

espejo, del nivel, con la sombra arqueada hacia abajo, formando el conjunto de un corte transversal de una lente plano-convexa, como se ve muy bien en esta gran caverna. Advierten cómo la imagen de nivel se desliza muy lentamente, mientras que sucede lo contrario en las cavidades de neumo, aunque el líquido sea purulento (al menos durante muchos meses).

Ameuille y Wolff, han insistido sobre la presencia del bronquio de drenaje.

Bernou en su signo diferencial según el ángulo obtuso o agudo que forman con la pared torácica las cavernas y neumos.

Mas después de un buen diagnóstico precisa aún distinguir el tipo de caverna para poder hacer un pronóstico. Muchas son las clasificaciones de ellas y entre las de Bacmeister, Maxpinner, Lefournier, Wohlers, Jaquerod, será sin duda esta última la más conocida por ustedes y usada por nosotros a pesar de los defectos que se le señalan. Describe el tipo precavitario, análogo al señalado por Alexander.

Wohlers, fundamenta sus tres clases según las mejores o peores condiciones mecánicas para el cierre de la caverna. La primera clase serían las del

tipo 1 y 2 de Jaquerod asentado en zona media pulmonar y en parenquima poco infiltrado. Los de segunda clase, las de paredes blandas alojadas en ápice, cerca del hilo o excavadas en zona de infiltración importante. La tercera, las antiguas de paredes esclerosadas, las localizadas en base, las que pasan del tamaño de una naranja o con drenaje insuficiente.

A este detalle del drenaje se le concede también gran importancia para la curabilidad (Liebermeister y Steirner).

Concuerdan los autores en que las cavernas de tipo 3.º, de paredes rígidas, son las más difíciles de cerrarse, siendo también de opinión corriente que lo sean las alojadas en zona hilar. Entre estos casos que les muestro, hay precisamente dos hiliares que cerraron con bastante rapidez de acuerdo con el criterio sostenido por Dessirier, aunque al carácter de radiografías tomadas en posición oblicua se sospeche puedan ser más bien posteriores (Stephani).

Son el de este hombre con imagen anular del círculo de un duro, con

41 centímetros cúbicos de expectoración con fibras y bacilos y que a los ocho meses desaparece tal imagen con supresión anteriormente de toda expectoración.

Asimismo el de esta señora, con hemioptisis repetidas desde hace dos años e imagen anular de tamaño un poco menor, con más infiltración pericavitaria y que al mes desaparecen las fibras elásticas de sus esputos, a los cuatro los bacilos y al año y pico la imagen anular.



Habitación. Al fondo galería de cura

Este otro caso es más corriente, con localización en región infraclavicular externa con treinta centímetros cúbicos de expectoración bacilífera, curado a los seis meses.

Tiene más interés el de esta señora: caverna tamaño de una nuez grande, en medio de una extensa zona de infiltración. Desaparece todo ello quedando únicamente un campo indurado con pequeños nódulos duros y formaciones cordonales a los diez meses de su ingreso. Después de dos años haciendo vida casi normal, recae con una nueva infiltración sobre este campo indurado que vuelve a reabsorberse sin que en ninguna de las radiografías de la serie se observe la reaparición de ninguna imagen destructiva.

El caso más brillante es el de esta cavidad gigante del lóbulo superior derecho: 60 centímetros cúbicos de expectoración con fibras y bacilos y que desaparece al año y medio a pesar de existir lesiones fibrosas en el otro lado y que han impedido la desviación del mediastino como se ve en los casos de cavidades terciarias que describen Turban y Staub con desplazamientos enormes, y Jaquerod a la vez que le asigna un papel importante a la hiper-

trofia compensadora del tejido pulmonar tanto en el cierre de las cavidades de segunda clase, como en la de tercera por esclerosis retráctil.

En nuestros casos sólo nos referimos al mecanismo de curación con desaparición de la cavidad.

Debemos también citar al lado de estos autores extranjeros, los estudios de nuestros distinguidos compañeros, doctores Blanco y Partearroyo.

Hay que observar que en todos estos enfermos en quienes se han obtenido estos éxitos, gozaban de un buen estado general, sin fiebre o sólo reducida a algunas décimas, sin auscultación clásica, menos en el último caso y en que la cantidad de expectoración primero y la calidad después mejoraron rápidamente.

Casos con curaciones análogas observados principalmente en los sanatorios, han hecho pensar en la conveniencia de esperar «en expectativa armada» como dice Cardis, dos o cinco meses antes de iniciar un tratamiento colapsoterápico. Hay que hacer constar sin embargo, que una quincena de casos favorables entre un millar de enfermos, de los que más de un 65 por 100 son cavitarios, no dejan de constituir una excepción.

Y como una excepción más, y para terminar, les presento este otro caso de granulia en una muchacha de 17 años con sintomatología tóxica grande desde hace un mes: gran pérdida de peso, fiebre de 39º, cefalalgias rebeldes, crisis diarreicas, disnea en reposo y cianosis bien ostensible y que fué mejorando gradualmente a la vez que se obtenía una reabsorción de la imagen radiográfica como pueden ustedes comprobar, hasta desaparecer totalmente en el transcurso de año y medio.

* * *

EL SANATORIO DE LA FUENFRÍA

En el número anterior dábamos cuenta de la visita realizada por los alumnos de la cátedra de Higiene de esta Facultad, bajo la dirección del profesor encargado de dicha asignatura doctor Zapatero.

En un paraje encantador, uno de los más bellos de la sierra, a 1.360 metros de altura, está emplazado el magnífico edificio y las edificaciones anejas. La situación, al abrigo de los vientos, cuidadosamente buscada, es la más conveniente para el fin a que está destinado. Un inmenso bosque de pinos rodea toda la parte posterior y laterales del Sanatorio en una extensión de varios kilómetros, prestando un especial aroma al ambiente, mitigando las violencias del viento, dulcificando la temperatura en las estaciones extremas e higienizando con sus múltiples propiedades el clima de la localidad.

La instalación es sencillamente magnífica. Todo el confort de un Palace con una observancia escrupulosa de los más pequeños detalles de la higiene, se ha realizado en todas las dependencias del edificio. El suntuoso «hall»; un amplio y alegre comedor; las habitaciones de los enfermos con su cuarto de aseo independiente, con W. C. y lavabo, y más de la mitad, bañera. Asimismo, todas están provistas de galería particular de cura. Las instalaciones de luz, timbres, teléfono, etc., cuidadosamente hechas...

Interesantísimos son los servicios de cocina, con su cámara frigorífica, en la que en caso de incomunicación, pueden conservarse alimentos para varios días; el servicio de desinfección de ropas, que precede a unos magníficos lavaderos mecánicos; su centralita eléctrica con dos motores de 60 c. v. cada uno, etcétera, etc.

La cocina merece hablemos nuevamente de ella. No sólo por los detalles modernísimos de máquinas lavaplatos, la mencionada cámara frigorífica, sus bien provistas despensas... En el Sanatorio de la Fuenfría se come muy bien.

Nuestro entrañable compañero Ramón Valverde, que tanto nos agasajó,



La futura residencia de médicos convalecientes

preguntaba orgulloso la impresión que nos había producido la comida, con que el Consejo de Administración del Sanatorio nos obsequió, y al mismo tiempo nos recalca era la habitual en el establecimiento.

Las personas que no han visitado un sanatorio, tienen la idea completamente falsa del aspecto interior que presenta. Se imaginan que cada habitante es un tísico que lleva en sí el cuadro clásico de enflaquecimiento, palidez cadavérica, tos continua, etc. Nada más erróneo. Es curiosísima la sorpresa experimentada en ocasión de la primera visita. En lugar de enfermos, sólo se ven personas con toda la apariencia de una robusta salud, bien nutridos, bien coloreados y alegres de carácter. La sorpresa sube de punto si se ingresa en el comedor. Todos comen con un apetito envidiable, y lo que resulta verdaderamente paradójico: no se oye toser una sola vez. Esta es la primera impresión que se recibe, de un optimismo consolador.

Pero para todo esto son absolutamente indispensables una disciplina y reglamentación. En la Fuenfría se educa a los enfermos, y esto redundan en beneficio de todos.

La moral del enfermo es objeto de atención preferente, y dos o tres veces

por semana se habilita el salón de fiestas para proporcionar el conveniente esparcimiento al espíritu con secciones de cinematografía, conciertos, pequeños espectáculos de teatro, etc., etc.

Un detalle interesante: todos los juegos están prohibidos.

Y si tanta perfección se ha logrado en estos aspectos, ¿qué diremos de aquellos servicios netamente médicos: salas de consultas, servicios de radiología, laboratorio, sala de operaciones, servicio de odontología, etc.?

Nuestra impresión ha sido la de que poseemos en España, a 60 kilómetros de Madrid, en nuestra hermosa sierra del Guadarrama, seguramente el mejor sanatorio de Europa.

Al frente de él figura una personalidad tan destacada como el doctor A. de Larrinaga, que ocupa el puesto del malogrado doctor Egaña. Un joven e inteligentísimo médico, el doctor Arróspide, es el segundo de a bordo.

El Consejo de Administración cuida amorosamente de mantener el rango que corresponde al Establecimiento, y en gesto magnífico acaba de ceder para residencia de médicos convalecientes, la casa que en vida ocupó el doctor Egaña, y que por la iniciativa del vicepresidente del Colegio de Médicos de Vizcaya, doctor E. Ocharán, fué entregada a la Previsión Médica Nacional en la persona del ilustre doctor Pérez Mateos.

La toma de posesión se ha llevado a cabo en estos días, con toda la solemnidad, asistiendo el director general de Sanidad, don Marcelino Pascua; el inspector general de Sanidad exterior, don Santiago Ruesta; el Consejo general de colegios Médicos, representado por su presidente, el doctor Pérez Mateos, y los consejeros, doctores García Tornel, Cartés Pastor, Iñigo, Pardo, Durán Sousa, el vicepresidente del Colegio de Médicos de Vizcaya, doctor Ocharán, el director del Sanatorio de la Fuenfría, doctor Larrinaga y el doctor Mañeru.

El hotel es capaz para veinte camas, estando dotado de varios cuartos de baño y de todas las comodidades apetecibles, esperándose que muy en breve estará en condiciones de comenzar su funcionamiento. —L.



SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión correspondiente al 19 de Marzo de 1932

Presidencia: Dr. BOTÍN

DOCTOR TEODORO LEON.—Un caso de perforación en útero blando.—

Enferma de 24 años de edad, casada, labradora de Tomelloso (Ciudad Real), ingresa en la clínica Ginecológica de este Instituto el día 4 de Marzo del año actual, sin antecedentes familiares de interés. Menarquía a los 17 años, tipo $\frac{5-4}{30}$; reglas abundantes seguidas de flujo amarillento, dolores congestivos antes de las reglas, dos partos normales de término, seguidos de buenos

puerperios; última regla el 10 de Marzo, normal en calidad y cantidad. Desde hace nueve meses, dolores muy intensos y constantes en fosa iliaca derecha, que se irradian a región lumbo-sacra del mismo lado, que no se calman con calor pero que ceden al terminar la hemorragia menstrual y con el reposo; no ha tenido fiebre, estreñimiento habitual, dispareunia muy manifiesta en el momento del orgasmo.

Por exploración bimanual, cuello rasgado, con erosión folicular, útero en posición normal, ligeramente aumentado de volumen (7,50 centímetros su cavidad) movable, pero doloroso al desplazamiento; ovarios esclero-quísticos, el derecho como una nuez grande, el izquierdo más pequeño.

Se la diagnostica de metritis parenquimatosa y anexitis. Como tratamiento se propone el legrado, amputación de cuello y la laparotomía, con objeto de efectuar intervención conservadora.

Se la intervino el 16 del mismo mes de Marzo, con anestesia raquídea con novocaína. Se empieza por practicar el legrado, que hubo de hacerse con cucharilla pequeña de Sims; durante el curso de la intervención, me sorprende el hecho de que en ningún momento fuese percibido el clásico grito uterino, obteniendo muy pocos restos del raspado, cuando de pronto, y sin haber ejercido violencia mayor que la acostumbrada en ésta al parecer **sencilla operación**, tengo el convencimiento de estar con la cucharilla en plena cavidad abdominal; extracción cuidadosa de la misma, comprobación con un dilatador de Hegar e inmediatamente y a pesar de la anestesia, la enferma confirma el accidente, acusando violentos dolores abdominales.

Por laparotomía se comprobó la existencia de una perforación de un centímetro de extensión, situada muy próxima al ángulo tubario derecho y al fondo en su pared posterior, que sangra ligeramente, la ovaritis esclero-quística y un varicocele del ligamento ancho doble. Sutura de la perforación y extirpación de anejos con el varicocele, hielo en vientre. Curso post-operatorio normal.

El hecho de ser blando el útero, es condición abonada para poder ser perforado, sin violencia durante el legrado; el accidente ocurre en Tocológia más fácilmente y su pronóstico es más serio (úteros puerperales recientes, molas hidatiformes corioepiteliomas), pero se sabe que siempre se opera en útero blando.

No ocurren las cosas de la misma manera en Ginecología, pues aquí el útero, en general, es de consistencia dura, excepto cuando se trata de tumores malignos, tuberculosis conporial, etc., que mermando su resistencia en zonas determinadas de la pared, le hacen candidato para la perforación, pero estos casos son tributarios biópsicos del legrado superficial y la mayoría de las veces se trata de confirmar el juicio diagnóstico, por lo que se está prevenido para evitar la perforación. No obstante, pocos ginecólogos, se han visto libres de una perforación en útero blando, por metro-endometritis generalmente, lo difícil en algunos casos es conocer de antemano la consistencia de la matriz para pensarse a cubierto del accidente.

Nuestro caso es portador de un varicocele doble de ligamento ancho, el cual es responsable de la blandura del útero, por congestión de todo el aparato genital.

Por tanto, creemos, conformes con el diagnóstico del doctor Terrades, quien

ha hecho la descripción más completa del varicocele del ligamento ancho en nuestro país, que estos casos no son tributarios del legrado y sí solamente de la resección del varicocele, única causa de todas las lesiones y dolores consecutivos, que tanto trastornan a estas enfermas y que desaparecen solamente con la operación.

DR. B. DE M.

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA

El cultivo del bacilo de Hansen

En la sesión celebrada por la Academia Española de Dermatología el pasado día 20 de Abril, el doctor Such expuso el estado de sus investigaciones sobre la posibilidad de cultivar el bacilo de la lepra.

Ha partido de material leproso, haciendo las siembras del moco nasal y de lepromas del lóbulo de la oreja, recogiendo el producto con toda asepsia y sembrándolo en un medio especial compuesto de los siguientes elementos: huevo integral, placenta humana y de vaca y zumo de naranjas. En este medio obtuvo colonias muy exuberantes; hizo resiembras, frotis e inoculaciones al cobaya. En las preparaciones observó globis muy semejantes a los que se obtienen con productos humanos, bacilos ácidosresistentes y formas pulverulentas ácidosresistentes; encontró también formas cocobacilares, que le hicieron ser algo pesimista.

Con respecto a las inoculaciones hechas a los cobayas, ninguno ha presentado alteraciones aparentes, y aún no ha sacrificado a ninguno. Ultimamente, una inoculación hecha con una dosis elevada del cultivo produjo la muerte del cobaya, y en su estudio necrótico encontró una hemorragia intensa peritoneal, sin aglutinación de las asas intestinales, cosa que generalmente ocurre con otros bacilos ácidosresistentes.

Terminó indicando su propósito de hacer investigaciones biológicas en monos y ratas.

Quiso también hacer constar que lo expuesto es a manera de nota previa de una serie de trabajos que se propone continuar, sin poder prever si éstos serán seguidos de éxito o más bien se tratará de uno de tantos bacilos ácidosresistentes.

Como final expuso unas preparaciones y proyecciones.

El doctor Hombria felicitó al doctor Such e hizo resaltar la importancia de sus trabajos. Sería muy interesante que continuara sus investigaciones, para ver si a España, por intermedio del doctor Such, le corresponde el honor de ser la primera en el cultivo del bacilo de Hansen.

Consideró muy interesante haber conseguido la siembra de gérmenes ácidosresistentes partiendo de material de lepromas, tanto más siguiendo la técnica rigurosamente aséptica que ha utilizado el doctor Such. La positividad con el moco nasal no le parece de tanta importancia, ya que en él pueden existir otros gérmenes ácidosresistentes que no sean el Hansen.

El hecho de que en un medio hayan crecido colonias cocobacilares no es, a su entender, suficiente para que se desanime el doctor Such. Eso no indica que las pruebas vayan a ser negativas. Recordó que hay autores (William, entre otros) que han encontrado diversas formas de bacilos y cocos que en su evolución posterior se transforman en bacilos ácidosresistentes.

Lo que más le llamó la atención fué la exuberancia de las colonias, en contraposición con lo que afirman la mayoría de los autores. El interés ahora estriba en las investigaciones biológicas posteriores, inoculaciones a monos y ratas, mayor interés en los primeros, y en si tienen los cultivos propiedades antigénicas específicas.

El doctor Bejarano, agradeció al doctor Such su deferencia por haber expuesto en esta Academia los resultados previos de sus estudios, los cuales puede afirmarse que van seguidos de un rigorismo científico absoluto.

Respecto al cultivo del bacilo de Hansen, recordó que siempre ha sido una cuestión de gran interés. Así se muestra en la copiosa bibliografía que aparece todos los años; pero la generalidad de ella no resiste una crítica severa.

Los resultados obtenidos por el doctor Such le parecen del todo interesantes. Cree como Hombría, que ahora faltan por hacer las comprobaciones biológicas, entre éstas el poder antigénico de estos cultivos en las investigaciones serológicas; pero quiere adelantar que, aunque no se mostrara lo suficientemente específico, no por eso había que ser pesimistas, pues autores como Ayler, por ejemplo, han obtenido falsas positividades, a pesar de haber utilizado un antígeno rico en bacilos de Hansen.

De mayor interés estimó las inoculaciones a animales, monos y ratas principalmente. Consideró que en los primeros pueden hacerse estas inoculaciones por vía intradérmica; pero no así en las ratas, en las cuales debe ser intracerebral, es decir, no cutánea, para alejar la posible confusión con la lepra murina.

Felicitó al doctor Such por sus trabajos, considerando que tendrá un apoyo incondicional de la Dirección general de Sanidad, y terminó poniendo a su disposición todo el material leproso de sus servicios.

Firnalmente le rogó que comunique a esta Academia los resultados de sus investigaciones posteriores.

L.



MEDICINA INTERNA

F. BEZANCON, WEISSMANN-NETTEZ, OUMANSKY Y DELARVE. «Presse Méd.», 30 Abril, 1932.

El problema de las relaciones entre linfogranulomatosis y tuberculosis fué planteado ya por Sternberg con motivo de la primera observación de dicha enfermedad. Desde entonces han sido muy numerosos los trabajos y controversias acerca de dicho punto y todavía en la actualidad el problema sigue en pie.

De las seis observaciones recogidas en el presente trabajo y después de su análisis concienzudo, deducen los autores que en gran número de casos la linfogranulomatosis evoluciona sin que en momento alguno pueda ser invocada la influencia del bacilo de Koch. En estos casos el examen clínico no demuestra ninguna localización de la infección tuberculosa, la inoculación del material de biopsia es negativa, el examen histológico de los tejidos revela exclusivamente un proceso linfogranulomatoso puro, independiente de toda lesión tuberculosa; finalmente la inoculación, no sólo de los ganglios, sino también de los demás órganos, no provoca ninguna lesión en el animal.

En todos los casos en que, por el contrario, la clínica, la histología o la experimentación, dan pruebas seguras de infección tuberculosa asociada, tampoco es posible sin más investigaciones atribuir al bacilo de Koch un papel etiológico. Solamente la reproducción experimental en el animal de las lesiones propias de la enfermedad de Sternberg-Paltauf por inoculación de bacilos tuberculosos podría aportar la prueba segura del origen tuberculoso de dicha enfermedad, y esto no se ha logrado todavía. Entre los argumentos que han sido invocados para explicar el desenvolvimiento frecuente de la tuberculosis en la enfermedad de Sternberg, figura el estado de anergia provocado por la evolución de la linfogranulomatosis. Pero aunque en el examen anatómico se descubran con frecuencia lesiones caseosas en la inmediata proximidad del tejido granulomatoso, los elementos que las constituyen son fácilmente reconocidos como integrantes de una agrupación histológica en la que no participan las grandes células de Sternberg.

QUEROL.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

H. ROXO.—El tratamiento de los estados maníacos. «L'Encéphale», An. 27, núm. 4, Abril 1932.

Se ocupa del tratamiento de la manía, modalidad clínica de la psicosis maníaco-depresiva, dejando a un lado el síndrome maníaco de otras entidades clínicas. Cuando la excitación predomina, el mejor calmante es el baño tibio prolongado de 32 a 34° durante una o dos horas, con compresas frías en la cabeza: en ocasiones hay que contenerles en el baño con una tela gruesa y fuerte que se sujeta a los bordes de la bañera, con una abertura para dar paso al cuello y a la cabeza que quedan por encima del nivel del agua: en ciertos

de estos casos hay que inyectar un miligramo de hioscina para que entren y permanezcan tranquilos en el baño.

La mejor inyección calmante para un maniaco, es la de luminal (sódico) de 16 a 20 centigramos. El conñifeno, aunque deprime más que el luminal, no es perjudicial para el riñón y el corazón. No aconseja emplear el opio ni ninguno de los preparados que le contienen (sedol, pantopón, etc.), por la dilatación vascular del cerebro, que da lugar a estados congestivos, a veces peligrosos: estas sustancias realmente calman, pero al desaparecer su acción, el enfermo se vuelve más agitado que antes.

El cloral, bien sólo o asociado a los bromuros, puede darse por la boca o en enema; cuando el hígado funciona mal, es mejor abstenerse de él. El dial, en comprimidos o en inyecciones, puede bastar en ciertos casos. También el ginergeno, que es el tartrato de ergotamina, en los casos en que es necesario inhibir el simpático, le ha prestado buenos servicios; aconseja se le suprima los días que preceden a la menstruación.

En la agitación por acidosis, diabética o de ayuno, la curación se consigue con la inonlina y alcalinos a altas dosis.

El psicoanálisis y la psicoterapia cree Roxo que constituyen recursos de gran valor; para demostrarlo cita un caso que pertenece a la «manía reaccional».

Cuando el estado maniaco se prolonga, propone la terapéutica por los choes, así como la administración de peptálmína magnesiada, belladona, etcétera, pueden ser útiles, dadas las observaciones de Santenoise, que ha encontrado signos de choque hemoclásico en muchos maniacos. El cloruro de calcio, intravenoso a dosis de tres gramos por día, disminuye poderosamente la excitación neuromuscular e intelectual.

Roxo afirma que aunque el capítulo de la terapéutica casi no existe en las Psiquiatrías publicadas, estima que se obtienen muy lisonjeros cuando se estudia con cariño esa cuestión; recuerda a este propósito la malarioterapia, que inaugurada por Wagner von Jauregg, ha transformado por completo el curso de la parálisis general.

P. MEIGNANT.—Los accidentes nerviosos y mentales ligados a la hipoglucemia. «L'Encéphale», an. 27, núm. 4, Abril 1932.

Los accidentes neuropsíquicos de la insulinoterapia son conocidos desde la época misma del descubrimiento de la insulina en 1922, por Banting y Best. Hoy día están perfectamente sistematizados, y bien conocidos por los médicos, describe, siguiendo a Rathery, las formas ligera, mediana—con sus síntomas mentales unas veces depresivos y otras con excitación—y grave, que conduce al coma insulínico. Estos accidentes son menos frecuentes desde que se conoce bien la técnica de la insulinoterapia.

Otros accidentes ligados a la hipoglucemia son debidos al «síndrome de hiperinsulinismo o disinsulinismo». Este síndrome es de conocimiento más reciente. Está caracterizado por desenvolverse por crisis; en el momento de su aparición, siente el enfermo un hambre dolorosa o de vacío epigástrico con gran astenia, temblor, taquicardia, sudores profundos; muchas veces, crisis de somnolencia, convulsiones—simulando un ataque epiléptico típico—y confu-

sionales. En el intervalo de las crisis, el examen clínico es absolutamente negativo. Hecho de importancia capital y decisivo para el diagnóstico, es el de que siempre aparecen lejos de las comidas y son colmados por la ingestión de alimentos, notablemente hidrocarbonados. Entre las crisis, la glucemia es normal, para descender constantemente durante ellas. Anatómicamente, se ha encontrado adenoma pancreático de tipo Langerhanio, o hipertrofia difusa del páncreas: sólo en el primer caso, la intervención operatoria puede conducir a buenos resultados.

Con el epígrafe de «accidentes nerviosos y mentales e hipoglucemias espontáneas diversas», describe Meignant varias tipos que clasifica en: 1.º hipoglucemias por trastornos del metabolismo hidrocarbonado; 2.º, hipoglucemias por pérdidas exageradas de azúcar, y 3.º, por trastornos de las reservas glucogénicas.

Pertenecen al primero, además del hiporinsulinismo ya estudiado, las hipoglucemias por insuficiencia córtico-suprarrenal, recordando los trabajos de Marañón sobre la encefalopatía addisoniana; y las hipoglucemias por insuficiencia tiroidea, hipofisaria y paratiroidea.

Como pertenecientes al 2.º grupo, menciona la «diabetes renal» y la «fiebre viral», enfermedad padecida por la vaca y la cabra en el momento en que se establece la secreción láctea. Aunque esta enfermedad no es conocida en la especie humana, algunos de sus síntomas recuerdan ciertos trastornos que sufren algunas embarazadas (eclampsia, corea, vómitos) y que no escasos autores les hacen depender de la hipoglucemia.

En el tercer grupo, incluye los trastornos producidos por el surmenaje muscular y las hipoglucemias ligadas a disfunción hepática.

J. M.^a VILLACIÁN.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

H. GARDINER HILL-J. FOREST SMITH.—Influencia de afecciones tiroideas sobre la menstruación.—«Journ. Of Obst. and Gyn. Of the British Empire». Número 4, Hiver 1927.

De las observaciones de los autores, basadas en 300 casos, se observa que en el cretinismo, la menstruación está siempre retardada, pero puede aparecer y mostrarse regular y normal si la afección es convenientemente tratada. En los casos de bocio de la pubertad, sin otro signo de trastorno tiroideo que el tumor, la menstruación en general es normal. Si existe hipertiroidismo, los períodos menstruales están retardados e irregulares. Si al contrario, existiera hipotiroidismo, las menorragias no son raras.

En los casos de bocio exoftálmico, la menstruación puede quedar normal, pero en los casos graves está alterada, los períodos tienden a sobrevenir raros e irregulares, a veces existe amenorrea.

Peptoyodal Robert
Yodo orgánico

Gotas e inyectable

En el mixedema, las menorragias son bastante comunes, cuando la enfermedad se desenvuelve antes de la menopausia; pero como esta afección aparece frecuentemente después de la menopausia, se tiene tendencia a pensar que dicha enfermedad se acompaña de amenorrea.

En el bocio parenquimatoso y en el adenoma del tiroides, no existen en general, trastornos menstruales: en algunos casos en los que el hipotiroidismo es evidente, se observan, a veces, menorragias.

VILLEGAS.

RADIOTERAPIA

HELD y MEESE.—La imagen radiológica de la cirrosis hepática, previa inyección de Thorotrast. Fortschritte a. d. g. der Röntgenstrahlen Bd 45, Heft 4.

Según las experiencias de los autores, la exploración radiológica, previa inyección de Thorotrast, es el medio más seguro para el diagnóstico de la cirrosis hepática. Los peligros del método son mínimos, pero si existen infecciones debe evitarse. El efecto físico del Thorotrast ha sido comprobado por el estudio de la eliminación de la bilirrubina y de la acumulación del rojo Congo. El método se podría empezar para resolver ciertas cuestiones patogénicas: con ayuda de la reacción a la adrenalina se puede diferenciar el éxtasis esplénico de la hiperplasia del mismo. Las diferentes fases de la cirrosis hepática podrían ser seguidas y estudiadas, estudiando la acumulación de la sustancia inyectada.

ALBERT RAYNAL.—Acerca del tratamiento de los fibromas nasofaríngeos por algunos agentes físicos. «Journal de Radiologie». Tomo XVI, número 2.

Recuerda cómo la intervención quirúrgica, por sus inconvenientes, ha sido casi por completo abandonada, y pasa revista a los distintos agentes físicos empleados: radiumterapia, electrocoagulación y radioterapia. De sus consideraciones, concluye que la radioterapia es el método de elección para el tratamiento de los fibromas nasofaríngeos, por no determinar ningún accidente con técnica apropiada, la tolerancia es perfecta, pues es inútil recurrir al empleo de dosis masivas, dada la radiosensibilidad de estos fibromas, la regresión se efectúa de un modo lento, pero seguro, que prosigue 5 a 6 meses y aún más, después de la dosis inicial, de donde se deduce la inutilidad en general de sesiones de consolidación.

En conclusión: puesto que la radioterapia produce fácilmente y sin riesgos no sólo la detención, si no el retroceso del fibroma nasofaríngeo, parece preferible no recurrir a la intervención quirúrgica, así como limitar el campo de la radiumterapia, o al menos modificar la técnica para reducir los riesgos de radionecrosis palatina y no utilizar la electrocoagulación sino con precauciones para reducir los accidentes hemorrágicos secundarios que a veces produce,

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

A. ZIMMERN, J. A. CHAVANY y R. BRUNET.—La radioterapia de las suprarrenales en casos de gangrenas secas. *Strahlentherapie* Bd, 43, Heft I, páginas 83-93.

Teniendo en cuenta que la suprarrenalectomía unilateral propuesta por Von Opperl en 1921, para el tratamiento de los accidentes que se observan en las arteritis juveniles o enfermedad de Buerger por considerarlos producidos por un espasmo arterial persistente sostenido por hiperadrenalinemia, debida a hiperfunción de las suprarrenales, a pesar de sus buenos resultados, da una mortalidad operatoria superior al 13 por 100, han pensado sustituirla por la radioterapia más inofensiva, que, por su acción inhibitoria sobre las secreciones endocrinas y la posibilidad de actuar simultáneamente sobre las dos glándulas, podría rivalizar con la intervención operatoria. La han empleado en casos graves de gangrena seca, extensa, arterítica, diabética y juvenil, habiendo obtenido resultados sorprendentes e inesperados. Generalmente, desde las primeras sesiones, a veces al día siguiente de la primera, las partes afectas experimentan grandes modificaciones: cambio de color, disminución de la cianosis difusa, recobrando la coloración rosada de la piel normal; vuelve el calor y se eliminan las partes necrosadas. En los casos con necrosis avanzada, la curación definitiva puede oscilar en límites extensos, de algunas semanas a varios meses, según la extensión y profundidad de las lesiones. Los dolores dependientes de la artritis se atenúan y pueden desaparecer totalmente, pero los dolores locales son mucho más rebeldes. Localmente no conviene combatirlos con preparaciones líquidas, sino con polvos antisépticos. De los 12 enfermos tratados, refieren 8 observaciones, las más interesantes. En cuanto a su mecanismo de acción suprarrenal o simpático, se inclinan a creer obra por ambos mecanismos.

C. MARTÍN

DERMATOLOGIA

Ed. SIDI et A. G. DREYFUS.—Un nuevo producto para las inyecciones esclerosantes intravariósas. «*La Presse Medicale*», núm. 38, 11 Mai 1932.

Los autores emplean una mezcla, hecha de modo extemporáneo, de 16 cc. de solución de glucosa al 65 por 100 y 1 cc. de solución de yoduro de mercurio al 1 por 100. De esta mezcla emplean para cada inyección 10 cc.

La técnica de la inyección es la habitual, con la modificación de Filderman (inyección retrógrada, es decir, inyección impulsada hacia el pie).

Los resultados logrados son, en manos de estos autores, rápidos y constantes, no habiendo registrado incidentes. El producto es ventajoso por ser indolora su aplicación y rápido su modo de obrar, pudiendo inyectarse en la misma sesión las dos piernas.

La mayor parte de los casos, han curado en 5 o 6 sesiones.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

JAJA.—Quimioterapia de la infección gonocócica (Primera ponencia del segundo tema discutido en la XXVII reunión de la Sociedad Italiana de Dermatología y Sifiliografía). Los más recientes puntos de vista sobre el tratamiento de la infección gonocócica. «Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.», Fasc. I, Febrero 1932, pág. 278.

Después de una rápida revista de los diversos métodos seguidos en los últimos años y exposición de las teorías de Ehrlich, con relación al tema tratado, la enumeración de los cuerpos empleados (metales, metaloides, compuestos orgánicos, aceites esenciales) y los resultados de la piroterapia, el autor se detiene examinando la acción de las sustancias colorantes y sobre todo la acridina.

Realmente obra la acridina sobre el gonococo, pero débilmente. La dilución es grande y el contacto con el microbio es demasiado breve.

Sus experiencias en animales y en el hombre, confirman los datos que proporciona la clínica: en la cistitis, siendo el contacto prolongado, su eficacia está comprobada. En las uretritis, siendo efímero el contacto, es mucho menos eficaz.

Como el riñón elimina rápidamente el colorante, su índice de concentración en la sangre es muy ineficaz para combatir las complicaciones extramucosas, pero puede prevenirlas.

No desprecia el autor, la posible exaltación del mecanismo de defensa histiocitaria que invocan algunos autores, pero hace constar que los mejores resultados se obtienen con la asociación, al tratamiento acridínico, de otros métodos (autohemoterapia, vacuoterapia), y esta asociación «entrada en la práctica corriente, ha demostrado que la acridina es un medicamento notablemente eficaz en todos los estadios de la infección, especialmente cuando en el curso de ésta, se administra en diversos ciclos sucesivos.»

«Por otra parte, el hecho registrado a propósito de la asociación con la choc-terapia, podría maravillar si no se pensara que la acridina llega al organismo en el momento en que se produce el choc, durante el cual, por las condiciones humorales, particulares del momento, el gonococo debe vivir en ambiente adverso y forzosamente ser más sensible a la acción nociva de la acridina, por la rotura del equilibrio coloidal del sujeto.»

En resumen: acción indudable del medicamento, que solo y mejor asociado a otros procedimientos, puede, en manos experimentadas, proporcionar brillantes resultados.

R. V. LESZCZYNSKI UND S. LIEBHART.—Dermatosis de origen endócrino en la mujer. II. Acné sexual. «Dermat. Wochenschrift, Band XCIV», número 8. 1932.

Puede ponerse de manifiesto en la mujer la relación de variados trastornos endócrinos con diversas dermatosis.

L. y L. comentan en este trabajo la existencia de un acné dependiente de trastornos ováricos, sexuales, localizado en mejillas preferentemente y otras formas dependientes de trastornos intestinales o gastrointestinales (acné gastrointestinal) un acné de causa tiroidea que evoluciona en sujetos acnéicos.

L. y L. recomiendan combatir estas variedades por una opoterapia adecuada y un régimen conveniente.

LEDO.

BIBLIOGRAFIA

HOMBRES ROTOS.—Por el doctor Luis N. de Castro.—Prólogo del doctor Verdes Montenegro. Colofón del doctor Julio Sousa.

Nuestro compañero de la prensa, el doctor Luis N. de Castro, acaba de publicar un sugestivo libro perteneciente a la Colección Médico-social, lleno de emoción, donde nos relata paso a paso y con una facilidad sin igual, llena a la vez de un continuo interés, que sólo su brillante pluma puede conseguir, el dolor, la enfermedad, el deseo de vivir y la muerte de los pobres tuberculosos.

Especializado el doctor Castro en esta difícil rama de la Medicina, y habiendo vivido, como médico interno, gran parte de su carrera profesional en Sanatorios para esta clase de enfermos, nadie como él, que además posee un fácil y brillante estilo de escribir, para contarnos los días de amargura y también los de optimismo, la lucha, en fin, entre la vida y la muerte de estos hombres rotos, título sugestivo que ha sabido dar muy bien el doctor N. de Castro a su primera obra.

Es además este librito una verdadera divulgación científica de este terrible mal, que sigue diezmando a la Humanidad y para el cual todavía la Ciencia sigue luchando por descubrir la panacea de su remedio, todo ello mezclado con un poco de historia y un mucho de literatura. Todo muy ameno, muy interesante y sugestivo y, sobre todo, muy bien elegido el tema y muy bien escrito.

Grandes triunfos esperan al doctor Luis N. de Castro en la literatura y en la Medicina.

Nuestra enhorabuena sincera.

DR. BARRIO DE MEDINA.

E. POLLAK.—Las cefalalgias y su tratamiento. Traducido del alemán por

F. Piñero. Manuel Marín, editor. Barcelona.

Las muy numerosas ocasiones en que el clínico tiene que resolver el problema diagnóstico y terapéutico que la cefalalgia le plantea, hace que todo lo que intente sistematizar y poner en claro la significación clínica de síntoma tan frecuente, tenga que ser recibido con simpatía por el público médico.

En el libro que comentamos, no hay detalle concerniente a su asunto, que deje de ser tratado con un criterio esencialmente clínico, y por consiguiente, de indudable utilidad para todo práctico. Predomina en él una intención de inmediata aplicación al conocimiento de la significación clínica de la cefalalgia, y por eso no hay capítulo en que se trate del tratamiento de la misma sin antes haber aquilatado los elementos en que se basa el diagnóstico de las diversas variedades y tipos que describe.

La obra está dividida en dos partes: general y especial. En la primera dedica un hermoso capítulo a las normas generales de exploración del enfermo que se queja de cefalalgia, pasando después revista a la localización, carácter, intensidad y aparición de la misma.

Diez y seis capítulos dedica a la parte especial, la más extensa del libro. El índice de esta parte, dará idea, mejor que cualquiera otra cosa de su contenido: describe sucesivamente la cefalalgia por traumatismos, en los procesos que reducen la capacidad craneal, en las afecciones inflamatorias cerebrales, en las infecciones, intoxicaciones, en los trastornos de la circulación, en las enfermedades endocrinas, en las neurosis, en las enfermedades de los ojos, de los senos perinasales, del oído, de los dientes y de la dependiente de agentes terapéuticos o maniobras de exploración diagnóstica; dedica un capítulo a describir la neuralgia del trigémino y del occipital, y otro a la cefalalgia muscular.

Como decimos, no sólo da reglas para el tratamiento de estas diversas clases de cefalalgia, si no que sabe basarle en los elementos que con gran sentido clínico, ha valorado como de importancia decisiva el diagnóstico, momentos antes. El tratamiento así concebido, más que puramente sintomático, es etiológico o patológico.

La publicación a nuestro idioma hecha por el conocido editor de Barcelona, Manuel Marín, responde al esmero a que nos tiene acostumbrados.

J. M.^a VILLACIÁN.



OBRAS RECIBIDAS

- (18) J. MEDINA.—Herencia y Eugenesia. Imp. Aldecoa. Burgos, 1932.
 (19) PASTEUR VALLERY-RADOT et François CLAUDE.—L'asthme bronchique. G. Doin, Editor, París.
 (20) L. LANGERON.—Les troubles vaso-moteurs des extrémités. G. Doin, Editor, París.
 (21) C. DANIEL.—La tuberculose génitale de la femme. G. Doin, Editor, París.
 (22) STANISLAS HIGIER.—Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. G. Doin, Editor, París.
 (23) G. MOURIQUARD ET M. BERHEIM.—Hypertrophie du thymus et états thymo-lymphatiques. G. Doin, Editor, París.
 (24) S. SIGWALD.—L'Hypoglycémie. G. Doin, Editor, París.
 (25) F. LAMARQUE.—Précis de Radio-diagnostic. G. Doin, Editor, París.
 (26) P. SAVY.—Précis de Pratique Médicale. G. Doin, Editor, París.
 (27) E. MARTIN.—Précis de Médecine Légale. G. Doin, Editor, París.
 (28) P. GILLET.—La Sympathicothérapie. G. Doin, Editor, París.

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

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

CÁTEDRA DE MEDICINA LEGAL. PROF.: DR. ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Cursillo sobre "Aplicación a la Agricultura de la Ley de Accidentes del Trabajo"

Tuvo lugar en el pasado mes de Abril, con arreglo al siguiente cuestionario:
Concepto del accidente del trabajo.—Derecho a la reparación.—Legislación española.

Obreros y trabajos comprendidos en la legislación de accidentes del trabajo agrícola; lesiones a que éstos pueden dar lugar.

El estado anterior y el estado posterior al accidente. Tuberculosis, sífilis, diabetes y tumores, en sus relaciones con los traumatismos.—La muerte y la prolongación de la incapacidad temporal, independientes del accidente.—Responsabilidad y derecho a la reparación en estos casos.

Incapacidad temporal.—Consolidación o curación de las lesiones.

Incapacidades permanentes.—Estudio crítico de las definidas en nuestra legislación y de otras que pueden observarse.—Valoración.

La actuación del médico.—Asistencia de los lesionados en accidentes del trabajo.—Certificados que el médico debe de expedir; su redacción.—Informes escritos.—Peritaje ante los tribunales; informes verbales.—Prevención de accidentes.

Las lecciones del programa fueron explicadas por el profesor auxiliar de la cátedra, doctor don Vicente de Andrés Bueno, y la inaugural estuvo a cargo del catedrático doctor don Ricardo Royo-Villanova y Morales.

LECCION INAUGURAL.—Disertó el doctor Royo-Villanova y Morales sobre el tema «El médico ante el seguro de enfermedad.»

Comenzó aclarando el concepto actual de la Medicina legal, que abandonando el criterio anatómico-patológico de años anteriores, asume hoy día una orientación antropológica y social, que justifica el cambio de denominación de esta disciplina y que en lo sucesivo habrá de llamarse Medicina social.

Habla después de la evolución del ejercicio profesional de la Medicina, donde el aspecto social y colectivista va desalojando a la Medicina individual.

Tras este breve preámbulo, expone el concepto de la muerte desde el punto de vista del seguro, definiendo la muerte prematura, la muerte económica y la muerte en vida, insistiendo sobre la importancia social de esta última, más terrible que la verdadera muerte.

Establece las grandes analogías que existen entre el seguro de enfermedad y el seguro de vida, pues ambos tienen como base económica el valor de la

vida humana, y como objeto principal, compensar la pérdida de la capacidad adquisitiva y de la aptitud para el trabajo.

Expone el concepto jurídico del contrato de «seguro» y su aplicación al seguro de enfermedad, que en todo caso debe consistir en la entrega de un subsidio metálico una vez producido el siniestro y no en la prestación de servicios.

Habla de las modalidades del seguro de enfermedad en España; del seguro obligatorio, de las Cooperativas sanitarias y de las Sociedades de asistencia médica.

Deteniéndose en el estudio de estas últimas, alude a los grandes perjuicios que a todos ocasionan, ya que especulan sobre la plétora profesional, contribuyen a la disminución de la clientela libre, obligan al médico a ejecutar un trabajo ímprobo, fomentan los abusos de los asegurados, a los cuales perjudican también, por la interposición de un tencero entre enfermo y médico, sin que ello favorezca en nada a la humanidad, como lo demuestran las estadísticas de morbilidad en los países donde el seguro de enfermedad está implantado con carácter obligatorio.

A continuación habla de los honorarios médicos, analizando sus distintas formas, en relación con los seguros de enfermedad: el pago por igual, el pago a destajo y el pago directo del enfermo al médico en sus diversas modalidades.

Describe la lucha de los médicos contra las sociedades de asistencia médica; huelgas, comisarías sanitarias y comités paritarios.

Propugna la desaparición de este tipo de sociedades, que deben ser sustituidas por las Cooperativas sanitarias, que han de aceptarse como un mal menor para la profesión.

Termina exponiendo el porvenir de la Medicina profesional y del proletariado médico, el cual no será más que una rueda más—la más pequeña, la más, acusoria—en la inmensa máquina de la administración del Estado.

PRIMERA LECCION.—Fué explicada por el profesor, doctor don Vicente de Andrés Bueno. Comenzó tratando de la importancia que la agricultura tiene en España, demostrando con datos de las estadísticas oficiales lo que supone para la economía nacional tan importante fuente de riqueza; habló después de los accidentes agrícolas en las naciones que tienen establecida la reparación, y justificó la necesidad de que los médicos que ejercen en el medio rural, posean un *mínimum* de conocimientos básicos necesarios para desempeñar su importante función, en virtud de la nueva obligación que contraen al estar en vigor la ley para los accidentes en la agricultura; los médicos especializados en Medicina del trabajo—médicos de trabajo, médicos de fábrica—que algún día llegarán a tener carácter oficial, desempeñarán su función en centros industriales importantes; no necesitarán este título los médicos de los pueblos para ejercer su cargo en las Mutualidades que se crearán para los accidentes del trabajo agrícola.

Se ocupa a continuación del concepto del accidente del trabajo, haciendo un estudio crítico de las definiciones alemanas, de las francesas de Thoinot y Reclus, de las de Gran Bretaña y de las adoptadas por España y países sudamericanos, justificando la suya propia, con la que cree conseguir mayor diferenciación de la enfermedad profesional.

Pasa luego a tratar del derecho del obrero a la reparación y hace un examen de la teoría del riesgo profesional, aceptada unánimemente, y de las que a aquella precedieron: responsabilidad casi delictual y responsabilidad contraactual.

Finalmente, habló de la legislación española—haciendo un análisis de la misma—, y de sus orígenes en los estudios llevados a cabo por el Instituto de Reformas Sociales.

SEGUNDA LECCION.—Continuó el doctor de Andrés Bueno, el examen crítico de la ley española para la reparación de los accidentes del trabajo agrícola, analizando las disposiciones que regulan la asistencia médica y farmacéutica, incapacidades y su indemnización y forma de establecer el seguro por medio de Mutualidades y Compañías aseguradoras.

Pasó después a ocuparse de los obreros agrícolas y de los trabajos que puedan dar lugar a que los accidentes se produzcan.

Posteriormente hizo una descripción de las lesiones en general, dedicando atención preferente a contusiones y heridas contusas y sus consecuencias permanentes, heridas cortantes y punzantes, quemaduras, electrocución, luxaciones, fracturas e incapacidades por este género de lesiones y cicatrices.

TERCERA LECCION.—El doctor Bueno dedicó su tercera disertación al estudio de las lesiones en particular, desde el punto de vista de las incapacidades que pueden producir cuando son consecuencia de los accidentes del trabajo.

Comenzó por las craneales, hablando primeramente de heridas y fracturas; después, lesiones cerebrales, hemorragias cerebrales y meníngeas, accidentes convulsivos—inmediatos, tardíos, de consecuencias lejanas—, abscesos cerebrales y meningitis traumáticas.

De las lesiones de médula y raquis, habló a continuación: conmoción y contusión medular, hematomielia, fracturas de la columna vertebral, enfermedad de Kümel.

Seguidamente pasó a ocuparse de los traumatismos de los miembros—fracturas, anquilosis, rigideces articulares, lesiones complejas, infecciones—defendiendo originales puntos de vista en cuanto al pronóstico, tratamiento y apreciación de la incapacidad resultante.

Después hizo un análisis de las lesiones torácicas—de las paredes y de los órganos contenidos—y de las abdominales, dedicando especial atención a algunas de ellas—apendicitis traumática.

Habló de las lesiones oculares que se observan más frecuentemente entre los obreros agrícolas, y mencionó la incapacidad por sordera.

Terminó su conferencia tratando de las infecciones, dedicando especial atención al tétanos y gangrena gaseosa y su profilaxia, y al carbunco y malaria.

CUARTA LECCION.—Estuvo dedicada exclusivamente al «estado anterior» en los accidentes del trabajo. Comenzó el doctor Bueno exponiendo el concepto médico legal del estado anterior y el interés extraordinario que ofrece su estudio, por haber sido, y poder seguir siendo, motivo de innumerables litigios; a este propósito señaló los criterios médico y jurídico que se han sustentado, e hizo un análisis de los cuatro grados de «estado anterior» propuestos por Cuneo, y un quinto grado que él propone para los casos de heridos en el trabajo, portadores de una enfermedad que puede acarrear la muerte, y en los que el accidente no ha modificado el curso del padecimiento.

Habla después de la influencia que pueden tener los traumatismos en una enfermedad preexistente, localizando, agravando o revelando ésta.

Se ocupa de la tuberculosis traumática y a continuación de referir las experiencias llevadas a cabo y las estadísticas de Zollinger, Oller y las suyas, hace un detallado estudio de las formas pulmonar, pleural, articular y del testículo, citando observaciones personales.

Luego habla de la sífilis, revelada por el traumatismo, con casos prácticos, y de la que agrava las lesiones o modifica su curso y evolución.

Después trata de la influencia que ejerce la diabetes sobre las heridas y de la agravación de aquella enfermedad en algunos lesionados, aprovechando el momento para describir la diabetes puramente traumática.

De los tumores en sus relaciones con los traumatismos, se ocupa a continuación, citando, de pasada, los profesionales.

Al hablar del reumatismo, describe el lumbago de esfuerzo y las mialgias y astralgias reumáticas.

Termina la conferencia tratando de la infección gonocócica en su relación con los traumatismos, ocupándose preferentemente de las artritis y sus consecuencias.

QUINTA LECCION.—La primera parte de la conferencia la dedicó el doctor de Andrés Bueno a hablar del «estado posterior al accidente», analizando, después de definir éste, el alcance del artículo 13 de la ley. Dividió las consecuencias del estado posterior en dos grupos, comprendiendo en el primero los casos que no guarden relación con el curso de la lesión sufrida y en el segundo, aquellos que resulten influidos por las condiciones en que se coloque al herido para su curación.

Posteriormente, trató de la muerte independiente del accidente por causa aparecida con posterioridad a la producción de aquél y de la responsabilidad y derecho a la reparación en estos casos, e hizo un estudio de los pseudo accidentes y muerte—muerte súbita ocurrida durante el trabajo.

Luego, y por el mismo motivo de no dependencia del accidente, se ocupó de la prolongación de la incapacidad temporal por enfermedades o traumatismos accidentales, aparecidos durante el curso de la lesión del trabajo, dictando las normas a seguir por el médico cuando haya de dictaminar sobre el derecho del obrero.

En la segunda parte, trató de la incapacidad temporal, definiéndola a seguido de comentar el artículo 52 de la ley. Dividió las lesiones, a los efectos de la incapacidad temporal, en dos grupos: productoras y no productoras de ella; considerando la imposibilidad física absoluta o relativa, y el peligro de sufrir agravación por el trabajo para las primeras, y la posibilidad de ser compatibles con el ejercicio del cargo, las segundas.

Señaló la libertad que puede tener el herido para apreciar por sí la existencia de incapacidad temporal, y el medio coercitivo empleado por muchas naciones para evitar bajas injustificadas en pequeños accidentes, por medio de los «plazos de carencia», de los cuales describió los tres sistemas adoptados; con el mismo fin habló de la cuantía que alcanza la indemnización por incapacidad temporal en la mayor parte de las naciones.

Se muestra partidario de que sea el médico quien califique la incapacidad temporal, por convenirle incluso al obrero, y de que se admita la posibilidad

de que en ocasiones, aquélla no aparezca en el primer momento—por presentarse complicaciones—; entonces se hará la declaración del accidente.

Pasa después a explicar cuándo cesa la incapacidad temporal. Analiza el término «consolidación» de los franceses—Reclus, Remy—, y «curación»; del artículo 213 de nuestro Código del Trabajo, haciendo resaltar la importancia que en ocasiones tiene en España el certificado de alta, pues con él se da fin a las obligaciones del patrono y a los derechos del obrero.

Termina exponiendo las condiciones que él cree deben aplicarse a todos los casos cuando se dé el alta a un lesionado: tratamiento terminado, no esperando nuevos beneficios; imposibilidad de alcanzar modificación favorable de las alteraciones anatómicas y funcionales que haya, y seguridad de que el obrero no sufrirá perjuicio en su salud o retroceso en la lesión, al reanudar el trabajo.

SEXTA LECCION.—El doctor de Andrés Bueno, dedicó esta lección a tratar de las incapacidades permanentes. Después de establecer el concepto de las mismas, habló del momento en que deben ser declaradas.

Como base de valoración explicó las adoptadas en distintas naciones: «invalidez física», aplicada a las pensiones de la gran guerra por los aliados; «incapacidad profesional e incapacidad sin tener en cuenta la profesión», sólo las posibilidades de utilización del obrero; aplicables las dos últimas a la legislación española.

Describió los métodos de valoración; por el desnivel de salarios—ideal, pero imposible de llevar a la práctica—y el deducido de la naturaleza e importancia de la enfermedad o trastorno resultante—representado por los baremos, comunmente adoptado.

Expuso como sistema de valoración, el seguido por Inglaterra y algunos dominios, e Irlanda—el juez o autoridad competente fijará el grado de incapacidad, que estará en proporción de la reducción que haya sufrido el obrero en su aptitud para el trabajo—; los de las naciones que no reconocen baremos, pero los hay que sirven de guía a las autoridades—Alemania, Austria, Chile, Francia, Checoslovaquia—, citando en particular los cuadros de Brouardel y Remy, la guía-baremo de 1919 para las pensiones de guerra, el de Mayet, etcétera, entre los franceses; otro sistema de valoración adoptado por España, Argentina, Italia, etc., es el de baremo oficial en la legislación, donde figuran una serie de lesiones y grados de incapacidad.

A continuación hace un examen del modo de indemnizar las incapacidades permanentes en los principales países, unas veces asignando rentas, y otras abonando una suma global.

Analiza los artículos de la ley española que se refieren a las incapacidades permanentes, valoración y modo de indemnizar, y hace un detallado estudio de las definidas; dando normas para interpretar algunos casos dudosos y haciendo una relación descriptiva de las enfermedades y trastornos que son susceptibles de producir las mismas incapacidades, pero que no figuran en las listas de la ley.

SEPTIMA LECCION.—A cuestión tan importante como la hernia en sus relaciones con los accidentes del trabajo, dedicó ésta el doctor de Andrés Bueno.

Comenzó señalando el especial interés del tema, que tanto ha dado que hacer en todos los países a legisladores, juristas y médicos, pues el criterio científico médico y los deseos del obrero, muchas veces son contrapuestos.

Hablando de la hernia inguinal, la más frecuente, describe con todo detalle el modo de producción, síntomas y diagnóstico, tanto en la de debilidad como en la de esfuerzo, poniendo de relieve las diferencias tan ostensibles que las distinguen.

Menciona las demás variedades de hernias—crural, umbilical, epigástrica—y el papel que juega en su génesis la predisposición.

Pasa a ocuparse después de las relaciones entre la hernia y el accidente en los tres casos que pueden darse en la práctica: hernia producida, hernia revelada y hernia agravada por el esfuerzo, citando casos de su observación personal muy demostrativos.

Analiza posteriormente la parte de la ley española que se ocupa de la hernia accidente, y este análisis lo complementa con un detallado estudio crítico de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en particular de las sentencias que se refieren a la información médica, y manera de llevarla a cabo.

A continuación trata de la manera de actuar el perito médico, unas veces como médico del patrono o Mutualidad, y otras del obrero, y señala las cualidades que ha de reunir un peritaje: veracidad, justicia, base científica, etcétera.

Hace un resumen del estado actual de la cuestión, y dice que «el reconocimiento pleno del estado anterior en las hernias por nuestra legislación, impide que legalmente podamos admitir como de esfuerzo las que solemos ver en nuestra práctica profesional.»

Termina mostrando su confianza en que algún día será resuelto el completo problema de la hernia accidente, en forma que se armonicen los deseos del obrero que de buena fe cree en su derecho a la reparación—excluidos los profesionales de la indemnización—y el criterio científico, encontrando una fórmula de transigencia—puesta en práctica por algunas empresas—que no tenga la rigidez de lo dispuesto en la legislación vigente.

OCTAVA LECCION.—En esta última conferencia de la parte teórica del cursillo, se ocupó primeramente el doctor de Andrés Bueno, de la valoración de incapacidades de poca importancia, de las no definidas, y trazó las normas a seguir en los casos que coexisten varias y la reparación proporcional al pequeño daño sufrido en las únicas establecidas por la costumbre.

A continuación trata de la actuación del médico en la asistencia de los lesionados por accidente del trabajo; pone de relieve la importancia de la primera cura y señala la conducta a seguir, según la importancia de las lesiones y de los medios de que se disponga en la localidad.

Después explica la clase y forma de redacción de los certificados que el médico debe expedir, así como de los informes escritos cuando éstos le sean solicitados por obreros, Mutualidades o Compañías de Seguros.

También se ocupa de los informes verbales ante el Juzgado o tribunales industriales, indicando la conducta del médico ante los requerimientos para tales peritajes y las cualidades que éstos deben tener: claridad, posible precisión, veracidad, extensión limitada.

Termina hablando de la prevención de accidentes en la Agricultura y del papel que el médico desempeña para conseguir que disminuya el número de accidentes.

NOVENA LECCION.—En esta última lección del cursillo, se ocupó el doctor

de Andrés Bueno, de la valoración de las incapacidades permanentes de las extremidades.

Comenzó tratando, en general, de las incapacidades de los miembros superior e inferior, desde el punto de vista de su funcionalismo en el trabajo.

Seguidamente, y después de justificar el referirse únicamente a anquilosis y rigideces articulares—de pérdidas de segmentos de miembros, se había ocupado en otra lección—habló de las causas de la pérdida de movimiento en las articulaciones por lesión peri o intraarticular.

A continuación trata del examen de las articulaciones, y describe y presenta los aparatos que sirven para medir el grado de impotencia resultante.

Posteriormente describe los movimientos normales de las extremidades, las limitaciones que de ellos puede haber y la incapacidad que producen, con la respectiva valoración.

Presenta varios enfermos de la clínica de traumatología del Hospital, del profesor Morales Aparicio, y prácticamente son reconocidos, valoradas sus incapacidades y fijados los términos que habría de comprender el informe del médico reconecedor.

Siendo esta la última conferencia del cursillo—con tanto éxito organizado por el profesor Royo-Villanova—termina el doctor de Andrés Bueno dando las gracias a los alumnos por su asidua asistencia y por el interés que han demostrado al acudir en tan crecido número—66 alumnos de último curso de Medicina y 20 médicos—.

Como complemento de este cursillo, los señores médicos y alumnos inscritos en el mismo, realizaron una interesante visita a «La Ventosilla», la importante explotación agrícola situada en las proximidades de Aranda de Duero, en donde fueron amablemente acompañados por el señor Velasco (hijo), quien les mostró la interesante organización. De esta visita sacaron los cursillistas provechosas enseñanzas.

Hacia el seguro de enfermedad

Se ha publicado una disposición que dice:

Artículo 1.º El Instituto Nacional de Previsión prepara un proyecto de régimen de Seguro de enfermedad sobre la base de los Convenios ratificados por las Cortes el 5 de Abril del corriente año, y a dicho Seguro referentes, y preverá un proyecto de Seguro de invalidez y muerte, teniendo en cuenta los trabajos de la XVI Conferencia Internacional del Trabajo.

Art. 2.º Al mismo tiempo, el Instituto Nacional de Previsión hará el estudio técnico necesario para la unificación de los Seguros sociales de invalidez, vejez, maternidad, enfermedad y muerte y la coordinación de éstos con los Seguros de accidentes del trabajo en la industria y en la agricultura.

Art. 3.º Para la realización de dichos trabajos, el Instituto podrá solicitar directamente la colaboración de los organismos oficiales.

Art. 4.º Con el fin de obtener la debida colaboración de los sectores sociales, entidades y particulares que tienen competencia o interés en este asunto, el

mismo Instituto organizará una amplia ponencia, con la colaboración del Consejo de Trabajo y de la Comisión asesora nacional patronal y obrera de aquel organismo y abrirá las informaciones públicas que sean necesarias.

El régimen de balnearios

Orden del ministerio de la Gobernación aparecida en la «Gaceta», referente al nuevo régimen de balnearios:

«Habiéndose solicitado de este ministerio algunas aclaraciones a la orden relativa al régimen de los establecimientos balnearios, inserta en la «Gaceta» del 5 de Abril último,

Este ministerio ha tenido a bien disponer:

Primero. Que siendo innecesario el refrendo de las prescripciones facultativas por los médicos directores de baños que venían realizándolo en orden al tratamiento hidromineral, pero sí obligada esta prescripción por un médico con ejercicio legal, debe tenerse presente que en adelante serán los administradores o dueños de los balnearios los que exijan y archiven estos documentos, siendo ellos también los que recojan y fijen en los libros de administración las pólizas del impuesto del Timbre, que antes se fijaban en los libros de los médicos directores.

Segundo. Que en las citadas prescripciones se han de detallar las prácticas y forma de realizar el tratamiento hidromineral, tanto respecto a los baños como a las dosis de la cura de bebida.

Tercero. Que los enfermos de la beneficencia provincial o municipal que concurren a las balnearios, deberán llevar estas mismas prescripciones autorizadas por los médicos de la beneficencia provincial o por los médicos titulares en el segundo caso, siendo atendidos en los balnearios, si les fuere preciso, por los facultativos adscritos al servicio benéfico de las poblaciones más próximas al balneario.»

Asamblea de Clases Sanitarias

En Madrid, los pasados días 17 y 18, celebróse la Asamblea Española de Clases Sanitarias. A la apertura asistió cerca de un millar de asambleístas, lo que ponía de manifiesto el interés que despertaba y la necesidad profundamente sentida, ahora con más intensidad que nunca, de lograr para las clases sanitarias las reivindicaciones que merecen.

Es de notar, que en las sesiones que siguieron a la inaugural, la asistencia no fué tan nutrida y el entusiasmo decayó..

Al clausurarse la Asamblea, se notaba la falta de asistencia de representantes de las altas esferas sanitarias.

Las conclusiones de las ponencias que han de ser elevadas a los Poderes Públicos, son las siguientes:

- 1.^a Constitución de la Confederación Española de Clases Sanitarias.
- 2.^a Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia pública.
- 3.^a Eliminación del número de profesionales.

- 4.^a Reforma de la enseñanza de las profesiones sanitarias.
- 5.^a Incorporación de todas las clases sanitarias a la actual Previsión Médica Nacional.
- 6.^a Necesidad de la orientación sindical de las clases sanitarias en el momento actual.
- 7.^a Confirmación de las características que en la actualidad asumen el título de odontólogo dentro de las futuras leyes de Instrucción Pública y Sanidad.
- 8.^a Definición de la carrera de practicante de Medicina, con determinación clara y precisa de cuáles han de ser en lo futuro las funciones de éste, declarándole auxiliar facultativo único e inmediato del Médico en Medicina, Cirugía y Sanidad.
- 9.^a Organización del servicio médicoescolar en toda España.
10. Control escolar en la vida profesional sanitaria.
11. Delimitación de funciones entre los sectores sanitarios en su aspecto oficial y profesional.
12. Que se dicte una ley con carácter urgente para que los Ayuntamientos morosos abonen las cantidades adeudadas a los sanitarios, siendo responsable personal de las deudas el alcalde, y en caso de insolvencia, mancomunadamente los concejales solventes y los fondos y bienes municipales.
13. Que constituye un compromiso de honor para todas las clases sanitarias el que sea incorporada al nuevo Código Penal la figura de «delito sanitario», única arma eficaz contra el procaz intrusismo, tan atentatorio a los sagrados intereses de la salud pública.

Independientemente de éstas hay las conclusiones que afectan a las ponencias de Secciones y que corresponden al Colegio de Farmacéuticos, al de Veterinarios, al de Matronas, a la Asociación de Ingenieros y Arquitectos Sanitarios, a la Asociación de Escritores Médicos, a la de Subdelegados de Sanidad de España, a la Asociación Nacional de Médicos Forenses, a la Federación Sanitaria Provincial, a los médicos tocólogos, a los hidrólogos, y por fin, a la Lucha Antituberculosa.

Al ver luz este número, se celebra en La Coruña la Asamblea anunciada.

Asociación de Médicos titulares

El Comité Ejecutivo de la Asociación del cuerpo de Médicos Titulares Inspectores municipales de Sanidad, ha examinado las declaraciones del señor director general de Sanidad, publicadas en el diario «Luz», y no considera oportuno rebatirlas detalladamente para evitar polémicas de escaso interés general, mucho menos habiendo sido informada la clase en recientes asambleas provinciales. Pasamos, pues, por alto los errores que aparecen en dichas declaraciones, acaso no imputables al señor director, cuyas declaraciones tal vez no fueron recogidas con rigurosa fidelidad, limitándonos a hacer constar con toda firmeza:

1.º Que la Asociación y sus elementos directivos como tales, son absolutamente apolíticos, y su protesta contra la actuación del director general de

Sanidad, obedeció exclusivamente a la creencia de que dicho señor no ponía en la defensa de los derechos del Cuerpo de Médicos Titulares todo el interés y la energía que los titulares esperaban.

2.º Que del mismo modo que nos hemos visto dolorosamente obligados a solicitar del Gobierno una rectificación de la política sanitaria rural censurando la actuación de su director, estamos dispuestos a aplaudirle y felicitarle en cuanto veamos pruebas de una mayor consideración a la clase médico-titular cuya representación inmerecidamente ostentamos.

3.º Que teniendo noticias de haber sido entregado al ministro de la Gobernación por el Consejo de Ministros para presentarlo a la aprobación de las Cortes un proyecto de ley relativo a nombramientos, separaciones y pago de los médicos titulares, esperamos su aprobación para rendir al director general de Sanidad y al Gobierno, el tributo de gratitud y de justicia a que se harán acreedores.



Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

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

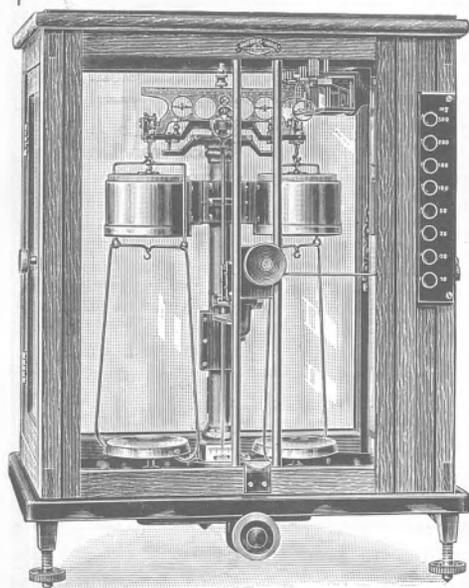
Agente: **M. VIALE - Calle de Provenza, 427 - BARCELONA**

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

de las Casas **E. LEITZ**, de Wetzlar / **ALEMANIA**
y **F. M. LAUTENSCHLAGER** /



Balanza de precisión SARTORIUS, modelo D. 3, con amortiguadores de aire, lupa de lectura y dispositivo exterior para pesadas rápidas.

: Instalaciones completas de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS
PUROS : MOBILIARIO CLÍ-
NICO : INSTRUMENTAL
QUIRÚRGICO

MICROSCOPIOS LEITZ
MICRÓTOMOS LEITZ
COLORÍMETROS, NEFELÓ-
METROS Y POLARÍMETROS
LEITZ

Electro-ionómetros gran mode-
lo de LAUTENSCHLAGER,
para P. H. según el Dr. Lücs
MICRO-IONÓMETROS para
el P H patente LAUTENS-
CHLAGER.

Colorímetros Folien según Wulf
para el P H.

BALANZAS de precisión SAR-
TORIUS.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

ALMACENES

Mayor, 79; Luzón, 2; Plaza del Conde Miranda, 3, y Codo, 3
Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

CRÓNICA REGIONAL

VALLADOLID

CASO EXCEPCIONAL

El pasado día 6 un tribunal, reunido en la Facultad de Medicina de Madrid para juzgar las oposiciones a la cátedra de Patología general de nuestra Universidad—que durante tanto tiempo y con tanto prestigio desempeñó el ilustre profesor don León Corral, dándola fama en España entera y fuera de España—, ha elegido catedrático para ocupar esta cátedra, a don José Casas Sánchez, hijo de Valladolid, y quizá el alumno más brillante que ha salido de nuestra Facultad de Medicina en los últimos años.

El caso es comentadísimo en todos los centros médicos de Madrid y de nuestra ciudad, por la circunstancia, verdaderamente excepcional, de que el elegido tiene únicamente veinticuatro años de edad, y era la primera vez que opositaba a cátedras universitarias, y además, se da también la circunstancia extraordinaria de que haya sido votado por un tribunal constituido por los más eminentes nombres de la medicina clínica española y que se había caracterizado siempre por defender que el catedrático de Medicina sólo podía serlo después de tener una gran experiencia, solamente adquirible después de haber pasado ya los treinta años. Estos hombres ilustres en la Medicina patria, que constituían el tribunal que ha votado al doctor Casas, han sido Marañón, Hernando, Pittaluga, Novoa Santos y Cardenal; si bien es cierto que Marañón y Hernando han votado a otro vallisoletano, el doctor Andreu.

Es interesante saber cómo un joven, casi un niño, como es el doctor Casas, llega a la cátedra.

Hace ahora siete años que don Manuel Casas Sánchez, capitán médico de la Armada e Inspector de Emigración, antiguo alumno mío muy distinguido, se acercó para decirme que su hermano pequeño acababa de aprobar la asignatura de Fisiología, y que deseaba practicar voluntariamente en mi clínica como alumno interno. Acepté gustosísimo, y me fué presentado un muchacho muy simpático, barbilampiño, de aspecto inteligentísimo, que al convocarse, en Octubre siguiente, las oposiciones a las plazas de alumnos internos de la Facultad, fué declarado unánimemente muy superior a todos sus contrincantes, adjudicándosele la plaza número uno. Fué primero interno en la Facultad y después ayudante particular mío, y en la primera plaza que se creó de profesor auxiliar se le adjudicó la auxiliaría, por unanimidad, y más tarde, en oposición reñida, ganó la plaza de médico de guardia del Hospital, y en el mismo tiempo que ganaba esas oposiciones, lograba el número uno de los premios de licenciatura, y al año siguiente el número uno de los premios extraordinarios del doctorado de la Facultad de Medicina de Madrid. Y ahora, contra seis contrincantes de las primeras clínicas de España, obtiene la cátedra de Patología general de la Universidad de Valladolid.

Solamente es posible un triunfo así en la vida, tan seguido e ininterrumpido, porque el doctor Casas se ocupó desde el primer momento de su vida académica universitaria, de aprender idiomas, y desde los primeros años de su internado seguía el movimiento científico de los países de lengua francesa y

alemana, y posteriormente de los países de lengua inglesa, y así ha podido demostrar, ante el tribunal que le ha adjudicado la cátedra, ser persona enterada de cómo marcha el movimiento científico en el mundo, por haber muy pocos que conozcan como él, lo publicado y descubierto en los últimos años en el campo de la Medicina.

Pero esto no sería bastante para un éxito tan rápido en la vida difícil de los tiempos actuales, y es que el doctor Casas, además, de la simpatía personal que irradia inmediatamente en su trato, es un hombre de una caballería, de una hidalguía y nobleza en su conducta, al mismo tiempo que de valentía para atacar lo que considera equivocado o erróneo, juntamente con una facilidad de palabra y dialéctica formidable, que evidencia en el acto ser una de esas personalidades fuertes, que hacen presumir grandes promesas para lo porvenir, que todos esperamos se conviertan en realidades.

M. BAÑUELOS

Condiciones mínimas que debe reunir un Manicomio.—El doctor Villacián, psiquiatra de nuestra ciudad, ha pronunciado en la F. U. E. una conferencia el día 12 de Junio, sobre «Condiciones mínimas que debe reunir un Manicomio». Las manifestaciones que hizo a lo largo de su conferencia, encierran un interés nacional tan profundo y triste, que no nos resistimos a ofrecer a nuestros lectores un extracto de dicha conferencia.

Vamos a hablar—dijo el doctor Villacián—, de un tema que tal vez es extracientífico; pero que en cambio encierra un gran interés social.

El primer problema que se percibe en la asistencia manicomial, es el de la «ineficacia». Hoy podemos afirmar, sin temor a pecar de exagerados, que en ningún punto de España, está organizada la asistencia manicomial como debería, que en ningún sitio se cumple por el Estado, ni por las Diputaciones, ni por los Municipios, las mínimas condiciones que deberían cumplirse, con arreglo a los derechos que todo enfermo psiquiátrico tiene. El remedio para este hecho desgraciado es, el que todo el mundo sepa, cuáles deben ser las mínimas condiciones científicas que requiere la asistencia manicomial. Cuando alguna persona, de esas que ocupan un cargo preeminente en nuestra vida social, me ha contestado, ante estas o parecidas manifestaciones mías, que él pondría toda su buena voluntad para la resolución del problema, yo he reaccionado diciendo, que la buena voluntad no sirve para nada; la voluntad es un factor considerable, indispensable, necesario, pero en estos casos, semejante respuesta sólo sirve como contestación al planteamiento de un problema que no se percibe, y como clara manifestación de incapacidad resolutive.

Recuerda que hace unos años, en un determinado Congreso, en el que nos habíamos reunido para tratar de estos problemas unos cuantos médicos con los representantes de las Diputaciones provinciales españolas, ante unas conclusiones que yo presenté al pleno, se me contestó, por casi todos los delegados de las Diputaciones, que ellos negaban «soberanía» a los médicos para tratar de los problemas de asistencia manicomial y de beneficencia, y que las únicas «soberanas» para tratar de estos problemas, eran las Diputaciones provinciales. Yo he de contestar, con el ánimo entristecido, que la única soberanía que teníamos que reconocer todos, era la de los desgraciados enfermos.

Quiero presentarles a ustedes, sin ningún comentario por mi parte, ya

que tengo la seguridad de que sabrán hacerse ustedes, el siguiente hecho: Las Diputaciones provinciales que hoy día rigen los Manicomios españoles, obtienen de éstos, en general, y descontando absolutamente todos los gastos, unos ingresos líquidos que oscilan entre cien mil y doscientas cincuenta mil pesetas; es decir, que la Beneficencia les produce a las Diputaciones dinero. Esto es un terrible escándalo que ninguna persona bien nacida puede tolerar; más aún, cuando este dinero no se emplea en análogos fines, sino que se dedica a carreteras, etc.

Espero yo que este problema de desorganización se vaya remediando y aminorando rápidamente, aunque pienso, que aunque se emplee mucho mucha celeridad, se tardará lo menos diez años en su resolución completa. Tenemos ya afortunadamente algunos organismos oficiales que persiguen estos fines. El Consejo Superior Psiquiátrico, es un cuerpo técnico que depende de la Dirección de Sanidad, y que entre otros múltiples objetivos, tiene el de girar una visita anual de inspección a los Manicomios, y el de revisar e informar todos los proyectos de reforma en los mismos.

Para resolver el problema de la escandalosa organización manicomial española, es necesario conocer la urgente necesidad de resolverle; pero esta necesidad no sólo deben sentirla los especialistas, sino que debe sentirla con igual intensidad todo el mundo. Es, por esto, por lo que «La escuela de Higiene Mental» ha sentido la necesidad de realizar una intensa labor de divulgación: simultáneamente en toda España; para ello ha organizado la semana de Higiene y Vulgarización mental, que precisamente se inaugura hoy domingo, para durar hasta el próximo sábado.

Un Manicomio bien organizado debe tener, no un médico para cada grupo de quinientos enfermos; no tres médicos para mil quinientos enfermos como sucede en muchos Manicomios; sino quince médicos para mil quinientos enfermos, un médico para cada centenar de enfermos. Y he aquí que venimos a parar en otro problema muy agitado ya por las gentes; pero mal tratado casi siempre, es el de exceso de médicos; sólo quiero manifestar a ustedes que si se ordenase por el Ministerio de Sanidad que en todos los Manicomios hubiese el número de médicos necesarios, aparecerían así, de repente, quinientas plazas vacantes de médicos de Manicomios; tal vez alguna más, porque no deben ustedes olvidar que en los servicios de «enfermos agudos» debe de haber un médico por cada cincuenta enfermos. Y por este orden, debería de haber dos practicantes para cada médico, y un enfermero por cada grupo de diez enfermos.

En el mundo civilizado, todo enfermero cursa dos años antes de obtener su diploma de enfermero psiquiátrico, lo que sin ninguna duda, le da una competencia que no tienen los enfermeros españoles, que son reclutados entre guardias civiles y soldados retirados. Sin ninguna dificultad se percibe que la delicadeza en el trato de los infelices enfermos mentales ha de ser muy diferente.

Es necesario crear en cada gran región española un hospital psiquiátrico de «agudos», y a ser posible en ciudades que posean escuela de Medicina. Para los enfermos crónicos se debe crear lo que en el extranjero se llaman «Asilos colonias de enfermos mentales». Son éstos una especie de colonias agrícolas

emplazadas lejos de las ciudades, pero cerca de las importantes vías de comunicación, donde se practica la «Laboroterapia».

Los enfermos no se curan solamente con el tratamiento farmacológico, como parece que creen algún grupo de gentes, sino que muchas veces constituye el principal y único tratamiento las científicas reglas de alimentación e higiene y vigilancia, etc.; por lo tanto esto constituye un gran capítulo de la organización manicomial.

Constituyen los «Servicios abiertos» una especie de policlínica, en que gratuitamente van a consultar los enfermos psiquiátricos; esto tiene una gran importancia, porque hasta ahora los enfermos consultan con médicos no especializados y, por lo tanto, que no prestan al enfermo una asistencia útil. Gráficamente podríamos decir que los enfermos mentales sólo consultan con el especialista psiquiatra, después de realizados todos los esfuerzos por no consultar con él. Es necesario que las gentes se convenzan de la necesidad de acudir de primera intención al psiquiatra; es necesario realizar una gran labor de divulgación.

Pero la asistencia psiquiátrica en España no se arreglará solamente con la perfecta organización de los Manicomios, sino que es necesario pensar en algo más y muy importante. Saben ustedes que hoy se tiende en el tratamiento psiquiátrico a dar el alta tempranamente, prematuramente; esto origina la necesidad de seguir al enfermo en su reintegración a la vida social, en su evolución postmanicomial. En los países civilizados hay una serie de familias que poseen una alquería, y cuyo fin principal de vida estriba en recoger esta clase de enfermos, a quienes cuidan y limpian por una cantidad que reciben del Manicomio. Temporalmente estos enfermos reciben la visita de una enfermera, que comunica al médico correspondiente al servicio a que perteneció el enfermo, la evolución del mismo. Pero en nuestro país ni siquiera existen estas «enfermeras visitadoras».

He aquí, señores, que todos debemos colaborar en remediar esta gran desgracia, que constituye la actual organización de los Manicomios españoles.

Calurosos aplausos acogen las últimas palabras del culto profesor de Psiquiatría de nuestra Facultad de Medicina.

Problemas que inquietan y adquisiciones que tranquilizan en la equinococosis.—Sobre este tema disertó en la Academia de Medicina, el doctor don Ricardo Lozano. Comenzó recordando la gloriosa tradición quirúrgica de la escuela vallisoletana y dice que ya en el siglo XVII, se afirmaba que para el estudio de la cirugía era preciso ir a Bolonia, a Montpellier o a Valladolid.

En el curso de su disertación, se ocupa preferentemente de la equinococosis pulmonar, que todavía no tiene solución y en la que se han abierto amplios horizontes en los últimos cinco años. En este punto del problema, el doctor Lozano presenta una nutrida estadística y una enorme experiencia.

Rechaza la pretendida curación espontánea de los quistes hidatídicos del pulmón, que casi nunca son duraderas, declarándose partidario de la intervención quirúrgica, que cura radicalmente la inmensa mayoría de los casos.

Analiza la unidad o multiplicidad de los quistes del pulmón, su tendencia a marchar a la superficie; la reacción de Casani, la imagen radiográfica de los

quistes abiertos y las dificultades del diagnóstico cuando el quiste está en contacto con el pericardio.

A continuación expone las indicaciones operatorias, sobre todo en los quistes bilaterales, aconsejando operar antes el abierto y después el cerrado. Habla de las contraindicaciones por hemoptisis, de la operación en uno o dos tiempos (decidiéndose por la primera), de la forma de la anestesia (que debe ser la local), de las fistulas bronquiales, del curso y pronóstico post-operatorio y de las relaciones entre equinococosis y tuberculosis.

En lo que se refiere a la etiología de esta enfermedad, recuerda que él fué uno de los primeros que llamó la atención sobre la infección del agua como vehículo principal de la transmisión de la equinococosis al hombre. Deben tenerse también en cuenta otras vías de penetración, como la tráquea, las manos y aun la propia carne del ganado vacuno y lanar.

Seguidamente discurre sobre la localización del quiste, que hasta hace poco se creía generalmente hepática, pero que los perfeccionamientos de la técnica han demostrado también su gran frecuencia en el pulmón.

Por último, expone la teoría mecánica de los quistes del hígado, oponiendo a ella la facultad de selección que tiene el gusano, cuyo tropismo se observa también dentro de nuestros órganos.

Premio del Instituto anatómico Sierra.—En la Facultad de Medicina se ha efectuado la votación para conceder el «premio del Instituto Anatómico Sierra.»

Fué ocupada la mesa presidencial por el doctor don Salvino Sierra y los catedráticos señores Sánchez, Prieto, Mercado, Urdiales, Revilla y Escapa.

Realizado el escrutinio de las papeletas emitidas por los alumnos, fué otorgado el mencionado galardón al alumno del Colegio para huérfanos del Arma de Caballería, don Andrés Lemes Toscano.

SANTANDER

El XVII Congreso de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología.—Durante los días 12, 13, 14 y 15 de Julio del año actual, tendrá lugar en Santander el XVII Congreso Internacional de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología, estando el tema oficial a cargo del profesor don Alejandro Palomar de la Torre, de Zaragoza, que versará sobre «Biomicroscopia del cristalino».

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

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

CRÓNICA NACIONAL

VALENCIA

Estados premorbosos.—En el Ateneo Científico disertó sobre este tema, el doctor don Roberto R. Martínez.

Llamó la atención sobre el fenómeno de que la salud es la regla en el animal, la enfermedad es la excepción. Con arreglo a la ley que rige la duración de la vida, en los demás animales, la vida media del hombre debía ser de 140 años, y nadie alcanza esta cifra, y son muy pocos los que llegan a los 80 o 90. Vivimos la mitad de lo que debiéramos vivir, planteando el problema. ¿Por qué enfermamos? Citó el índice de las enfermedades catalogadas; pero cree con Claudio Bernard, que no por estar catalogadas las conocemos mejor.

Definió el fenómeno enfermedad en general, citando los conceptos sobre ella de las primitivas sociedades atribuyéndolas a influencias sobrenaturales. Los adelantos de la Química, que nos han aclarado muchas cosas; los estudios celulares de Virchow y la era microbiana que inició Pasteur. Llamó la atención sobre la teoría humoral de Hipócrates, la cual cree vuelve a aparecer en la moderna florulación coloidal. Citó otras teorías, como el Arqueo de Van Elmon, el esfuerzo contra la muerte de Hoffman; las teorías mecánicas de Bufalari, etc. Por último expuso la teoría de Letamendi, considerando la vida como un producto de dos factores: la energía individual o factor variable y decreciente desde el nacimiento a la muerte, y el factor energías cósmicas, calor, luz, aire y alimentos, etc.

La salud, según Letamendi, estriba, no en el máximo producto, sino en la justa adecuación del segundo al primero, definiendo la enfermedad como una perturbación vital relativa, determinada por causas cósmicas o por aberración de la energía individual y caracterizada por desórdenes plásticos dinámicos.

Recuerda el principio hipocrático de la unidad orgánica, «El cuerpo es un solo órgano y la vida una sola función»; de aquí que si bien la especialización tiene una ventaja por la división del trabajo, que facilita el mejor estudio y mejor conocimiento, tiene el inconveniente de que olvide la unidad orgánica del estudio del hombre dividido en órganos y sistemas, enfermos y no enfermos medales.

«Hay que insistir mucho en que no se enferma de golpe. El hombre no enferma súbitamente, ni en seguida. Las causas se acumulan lentamente antes de estallar sus efectos—dice Paul Pastor.

En la enfermedad hay casos predisponentes, y causas determinativas. El niño débil, mal nutrido; la escuela antihigiénica, falta de aire y de sol; en el taller o centro docente, abusos en la adolescencia. Primeros avisos: Anemia, inapetencia, desnutrición, catarros frecuentes. Resultado: Tuberculosis. ¿Se pueden llamar causas predisponentes a todas las que preparan el terreno? ¿Acaso el bacilo de Koch hubiera podido medrar en aquel organismo si aquéllas no hubieran actuado?

Otro ejemplo: Individuo acomodado, aficionado a los placeres de la mesa, estreñido, sedentario. Primeras advertencias: Estreñimiento, plétora, sefzlea, artritis larvada. Resultado: Uremia o diabetes u otra dolencia. ¿Le mató la uremia o su vida antinatural y sus constantes transgresiones a las leyes fisiológicas...?»

Habló de las enfermedades infecciosas y sobre los estudios de la moderna bacteriología, acerca de las defensas orgánicas. (Turró y Abderhalden).

El terreno y el germen. Prioridad del terreno en importancia sobre el microbio. Las defensas orgánicas. La función saprofítica. (Todos llevamos en nuestro organismo microbios de cien enfermedades diferentes y no siempre sucumbimos a ellas). Condiciones que determinan la aminoración de defensas.

Se ocupó después de los grandes estados premorbosos. Síndrome premorbo e intoxicación digestiva. Sus dos etapas principales: Primera fase, hiperfuncional, y segunda, atónica. Se refirió al fantasma de la debilidad y el error de la alimentación forzada. Consideró como expresión de tentativas de acomodación a un modo de vivir anormal en los enfermos del estómago, intestino, hepáticos, etc. Prosigue la intoxicación y además el estreñimiento y su importancia.

Refirió después el síndrome premorbo de desmineralización y desnutrición. (Doctor Carton, Ferrier, etc.). Sus signos de alarma los produce la falta de sales minerales y vitaminas, exponiendo las consecuencias.

Encareció la necesidad de conocer, divulgar y diagnosticar a tiempo estos estados de aptitud morbosa antes del estallido de las enfermedades que son expresión de la derrota orgánica.

Hizo notar que la Medicina sufre una constante evolución y rectificación de sus teorías, como consecuencia del progreso. Citó la Medicina supersticiosa de las épocas primeras; luego la Medicina empírica; después la sintomática; actualmente la Medicina curativa de las causas inmediatas. Acaso, un día lejano la Medicina preventiva, profiláctica, que se ocupe de las causas mediatas o remotas, de los estados premorbosos. «Crear salud es mejor que combatir enfermedades».

Terminó expresando sus grandes esperanzas sobre la Medicina y la eugenesia del porvenir.

BARCELONA

Nueva teoría y tratamiento nuevo de la obesidad y de la delgadez.—En los salones de la Sociedad «Association Amicale Française», dió una conferencia sobre este tema, el conocido médico, doctor Enrique Verrier, exinterno de los hospitales de Lyon. En síntesis dijo lo siguiente:

Se admite generalmente que la grasa del cuerpo sirve de reserva alimenticia al organismo y que poseemos una cantidad de grasa proporcionada a la abundancia de nuestra alimentación. Esta teoría constituye un doble error. La grasa como reserva alimenticia desempeña un papel secundario, visto que un hombre delgado goza de una perfecta salud y puede oponer la misma resistencia a la enfermedad y hasta al hambre que un hombre gordo. Por otra parte, no existe ninguna relación directa entre la cantidad de los alimentos ingeridos y el peso del cuerpo; la mayor parte de las personas delgadas suelen comer mucho, mientras que numerosos obesos tienen un apetito restringido. En realidad, el principal papel de la grasa que forra la piel es de proteger el organismo contra el frío, de modo a mantener constante la temperatura central que debe ser invariablemente de 37 grados. Esta constancia de la temperatura es el resultado del equilibrio que se establece entre las ganancias en calorías que se realizan merced a las combustiones internas y el desperdicio de calor que

se hace por la piel y los pulmones. El volumen de la grasa es, pues, inversamente proporcional a la intensidad de las combustiones internas. Cuando éstas son aceleradas, la capa de grasa debe ser muy fina para permitir la eliminación del exceso de calor; es, entonces, la delgadez. Cuando, al contrario, las combustiones son lentas (ralentías), el forro de la piel debe ser espeso para limitar el desperdicio de calor; es, entonces, la obesidad.

El problema de estos dos estados físicos se limita, pues, a estudiar los principales focos de las combustiones internas (el hígado y la masa muscular), la chimenea de aspiración (las vías respiratorias) y las canalizaciones (circulación sanguínea) que llevan a los tejidos el oxígeno que es indispensable para que estas combustiones se realicen en los millares de células del cuerpo y, en fin, el mecanismo regulador de estas combustiones (sistema nervioso y glándulas de secreción interna).

Los casos clínicos demuestran que la insuficiencia de uno de estos diferentes órganos se acompaña a la obesidad y que la sobre actividad de uno de entre ellos determina la delgadez.

De estos hechos se desprende que, en el tratamiento de la obesidad y de la delgadez, la importancia del régimen es completamente secundaria; lo que importa es activar o limitar, por los medios apropiados, la intensidad del foco cuyas combustiones son anormales.

Las Juntas Provinciales de médicos titulares de Cataluña, previas consultas a las Juntas de Distrito y éstas a los asociados, han acordado constituirse en Asociación Catalana de Médicos Sanitarios y Asistencia Municipal.

El primer acuerdo, y así se telegrafió al jefe de la minoría catalana, es que la legislación y aplicación de la beneficencia y sanidad sean funciones propias de la Generalidad.

También se acordó convocar una asamblea para la primera decena de Junio y someter a discusión las ponencias siguientes:

Reglamento interior: ponente, J. Mestre Puig.

Orientaciones societarias y relaciones con otras entidades: J. Mestre Miquel.
Servicios sanitarios: ponente, A. Canal.

ZARAGOZA

Aportación personal al diagnóstico de la Uremia.—Sobre este tema disertó en la Academia de Medicina, el doctor Echevarría. Después de unas consideraciones generales sobre el moderno concepto de la función renal, explica lo que debe entenderse por insuficiencia renal, que se traduce en la clínica por tres hechos:

a) Síntomas que presenta el enfermo, cuyo conjunto constituye el clásico síndrome úrico.

b) Alteraciones de la composición de la orina y modificaciones en su eliminación. (Principalmente los resultados obtenidos en las pruebas de concentración y dilución, hipostenuria o hipostenuria, etc., etc.).

c) Alteraciones en la composición química de la sangre como consecuencia de la retención de urea y demás cuerpos nitrogenados que debían ser eliminados por la orina.

Es objeto de preferente atención del doctor Echevarría, el valor de las diferentes dosificaciones en el plasma sanguíneo para el diagnóstico y pronóstico de la insuficiencia renal. Trata luego del nitrógeno restante no urético, que es el asunto que ocupa la actualidad en estos problemas.

Para después a la parte personal de su trabajo, en la que desglosa los resultados obtenidos en sesenta y siete enfermos, a los cuales ha estudiado paralelamente en su suero sanguíneo, indican, urea, reacción xantoproteica y diazorreacción.

Explica el origen del indican y sus relaciones con la azoemia, para deducir que en el período inicial de la uremia lo interesante es la cantidad de urea. En cambio, en la fase destructiva de la insuficiencia renal tendrán gran valor diagnóstico y pronóstico las determinaciones del indican.

La insuficiencia renal da lugar a ciertas alteraciones en la sangre, de las cuales las principales son: Disminución de la reserva alcalina; alteración del índice potasio-calcio, con desviación favorable al potasio; retención de cuerpos nitrogenados; por último, presencia en la sangre de sustancias producidas en la autólisis orgánica que tiene lugar en los períodos finales de la uremia.

Como consecuencias prácticas, señala que con cifras de urea e indican normales en suero sanguíneo, y reacciones xanto y diazo negativas, puede decirse que no hay insuficiencia renal.

Sin retención de urea ni de indican, pero con reacciones positivas, puede haber aumento de putrefacciones intestinales, insuficiencia hepática, supuraciones crónicas, caquexia cancerosa, etc.

Retención de urea no superior a un gramo, con indicanemia discreta y xanto y diazorreacciones negativas, denotan insuficiencia renal de primer grado.

Gran retención de urea y de indican y diazo y xanto muy positivas, significan uremia grave, destructiva y desenlace fatal y rápido.

Termina el doctor Echevarría resaltando la importancia de estos estudios de indican y de reacciones citadas, que son de una determinación sencillísima, de técnica al alcance de cualquier médico no azezado a los trabajos de laboratorio, y que reportan utilísimos datos para el diagnóstico y pronóstico de los procesos patológicos del riñón.

El doctor Echevarría fué aplaudidísimo y muy felicitado por este interesante y minucioso trabajo presentado a la Academia de Medicina.

MADRID

El psicoanálisis, sus orígenes, su presente, su porvenir.—El doctor Villavende pronunció una interesante conferencia sobre el psicoanálisis. Empezó manifestando que en estos últimos tiempos se ha hablado, a propósito de todo, del psicoanálisis. No han sido sólo los médicos, sino que a menudo hemos visto que los literatos, los juristas y los filósofos han dado en escribir acerca de esta materia, si bien la mayoría de las veces, con ello, sólo demostraron que no conocían el tema más que de referencia.

El psicoanálisis, que fué en un principio un método de exploración y de terapéutica psíquicas, ha ido abarcando todo. Ya no es sólo la Medicina en

donde su aplicación encuentra campo. Hasta una nueva moral—según muchos de sus partidarios—encontraría en él sus fundamentos.

Del inconsciente, que es uno de los puntos fundamentales del psicoanálisis, antes que Freud, habló Lipps en 1888. Por lo tanto, esto no es una novedad. Sin embargo, Freud lo ha extendido de una manera especial. La censura, otro de los pilares del sistema de Freud, es una sugestiva hipótesis, pero nada más. Otro tanto puede decirse de sus complejos, de la carga afectiva de éstos, de la sublimación y de otros extremos que en el freudismo ortodoxo son otros tantos dogmas.

Todo ello es sugestivo, original, picante, pues a ciertos hechos, que pueden servir de base, les da una forma especial; pero, analizado con un criterio científico, naturalista, el psicoanálisis es falso. Dar a suposiciones y a hipótesis la categoría de algo inmovible—como en el freudismo ocurre—no puede convencer a un médico con mediana formación científica.

Sin embargo, en la medicina, el psicoanálisis ha tenido su hora. Esta ha sido cuando ha significado la reacción contra una psicología analítica, no dinámica, en la que los instintos, fuente principal de las acciones, no se tenían en cuenta. La psicología psico-física de Fechner y de Wundt, se hallaban en tal caso, y al quererla aplicar a la ciencia de las enfermedades mentales, como Kräpelin y Aschaffenburg, hicieron que los resultados obtenidos fueran exigüos. Por ello, el profesor Monakow ha dicho del psicoanálisis, que ha sido «el justo castigo de Dios, por haberse cometido el pecado, en una psicología, de olvidarse de la vida emotiva y de los instintos». Que es justo, en verdad; que ha sido un castigo, no lo es menos.

Si está ya demostrado en el terreno científico que el psicoanálisis es falso, y subsistente, no obstante, es tan sólo por razones extracientíficas. Estas, esgrimidas por autores que, por no tener una formación científica, son en este sentido irresponsables, han servido de base a escritores, ensayistas, filósofos, etcétera, para sus elucubraciones sobre una pedagogía y una moral nuevas, a las que las ideas de Freud darían pábulo.

Ya en 1912, Körner insistía sobre el papel que al psicoanálisis correspondería en la limitación de los derechos individuales, en la divulgación de las prácticas malthusianistas, en la educación sexual de los niños, etc. Todo esto no constituyen más que fantasías.

Sobre el valor que el psicoanálisis tenga en el sentido de servir de base para una moral nueva, Eduardo Herriot, que no es un cavernícola, se expresó, en 1928, de la siguiente manera: «Se me asegura que la juventud alemana está envenenada por Freud. El freudismo es un fenómeno del otro lado del Rin; en Francia no puede arraigar. El freudismo acabará la obra de destrucción y disolución que la guerra ha comenzado.»

No debe llamarnos la atención que en aquellas personas que anteriormente han creído en estas teorías, exista una verdadera reacción contra las mismas. Alfredo Seidel, que ha descrito, como nadie, lo que ocurre en una juventud seudointelectual que acepta íntegramente estas teorías, dice, que unos a otros han dado en psicoanalizarse, como hace un siglo dieron en «magnetizarse». Seidel, decimos, ha escrito páginas llenas de buen sentido y de sugerencias brillantes, que debe conocer todo aquél que quiera profundizar en estos estudios,

para poder hablar de lo que significaría la futura moral freudiana. Y nada de particular tiene que, en estas condiciones, termine diciendo que «negar el psicoanálisis, es una prueba de fuerza vital.»

El doctor Fernández Criado, ocupa la dirección del Hospital Central de la Cruz Roja.—Reunidos los jefes de servicios clínicos del Hospital de la Cruz Roja, de Madrid, para proponer el nombramiento de director, vacante al cesar en el cargo el doctor Nogueras, se procedió a votación, obteniendo el triunfo el eminente dermatólogo don Miguel Fernández Criado.

En el Colegio de Madrid.—En las elecciones verificadas recientemente, tomaron parte 1.700 médicos y triunfó la candidatura encabezada por el doctor Piga, por doscientos votos de mayoría sobre la del doctor Hinojar, que se presentaba a reelección.

Por el diputado señor Dolcet, fué presentada a las Cortes una proposición encaminada a la creación del Ministerio de Sanidad, siendo tomada en consideración.

MURCIA

Indicaciones de la nefrectomía.—En el Hospital dió su anunciada conferencia sobre este tema, el doctor Sánchez Parra.

Empieza haciendo un estudio histórico de la nefrectomía, citando los trabajos de Zambecarius y Blancard, que fueron los primeros en demostrar, a fines del siglo XVII, que los animales privados experimentalmente de un riñón podían sobrevivir, siendo contrarios a estas prácticas sus contemporáneos Schurigius y otros, que juzgaban temeraria la extirpación de un riñón a pesar de que se halle ulcerado y calculoso.

Reseña los trabajos de los fisiólogos Prevost y Dumas, C. Bernard, Meissner, Shephard, del siglo XIX y las extirpaciones de un riñón hechas necesariamente en el curso de operaciones abdominales por Wolcott, Meadus, Campbell, Spiegelberg, Spencer, Wells, sin el menor accidente inmediato o tardío, pero no se aceptó la nefrectomía como operación admitida y corriente hasta el año 1880, siendo entonces como si se quisieran reunir todas las atenciones a la nefrectomía después de la resistencia de tanto tiempo, hasta el punto de no aprovechar las ventajas de las nefropexia, nefrotomía y otras operaciones conservadoras. Pero una reacción basada de una parte sobre la patogenia y anatomía patológica de las nefropatías y de otra, sobre la fisiología de las operaciones contra ellas, se ha dado en el justo sitio que tiene cada uno.

La determinación de sus indicaciones y contraindicaciones, precisando los límites de su dominio, ha consolidado su conquista.

Los éxitos son duraderos, atestiguándolo las innumerables observaciones de enfermos que viven con un riñón.

La nefrectomía practicada en un hombre por riñón enfermo con desorganización de parénquima ¿tiene menos consecuencias que en el animal? ¿Si un riñón, puede suplir en un hombre normal, la falta del compañero, sería igual el caso de un acceso, o de un enfermo infeccioso, o en un traumatismo accidental u operatorio?

Al buscar explicación a esta pregunta, nos encontramos conque se da un trabajo de hipertrofia compensadora, pues claro está si se hacen las resecciones parciales, la hipertrofia asegura la supervivencia, circunstancia que no se da si la reacción se hace en un solo tiempo. De modo que la hipertrofia compensadora en el parenquima renal es después de nefrectomía de un riñón y de las resecciones parciales y sucesivas en el otro.

Según Mauguais, el aumento del riñón no suele ser igual al de los dos, pero en cambio la función secretora es capaz de producir orina superior a la que segregaría el peso bruto del parenquima.

Tuffier, llega a la conclusión de que la cantidad de tejido renal que necesita el hombre para la depuración de su sangre, es de un tercio a un cuarto del peso total de los dos riñones.

Hace un detallado estudio histopatológico del parenquima renal, según los distintos procedimientos.

En las orinas—dice—se aprecia que conservan sus caracteres fisiológicos en unos casos y en otros no, aunque se puede seguir viviendo.

Un individuo nefrectomizado de joven, se desarrolla bien en su vida ulterior sin sufrir trastornos sea cual fuera el sexo a que pertenezca. Cuando esta extirpación es debida a una lesión tuberculosa o de pus, se mejora notablemente el sujeto en todos sus aspectos.

Hace un minucioso estudio de las verdaderas indicaciones de la nefrectomía en las diversas afecciones del riñón.

Estudia la nefrectomía en los casos de traumatismos en el órgano.

Habla de la nefrectomía en los casos de heridas por arma de fuego; en las piónefrosis y uropiónefrosis; en la tuberculosis renal; en las nefritis agudas y crónicas de la naturaleza que sean (tóxicas, medicamentosas, infecciosas). Pero insiste en que antes de practicar la nefrectomía nos habremos de cerciorar del buen funcionamiento del otro riñón, cosa de excepcional importancia.

Hablando de la nefrectomía en los tumores del riñón, dice que debe practicarse siempre que se trate de tumores malignos.

Se extiende en consideraciones sobre la práctica de la nefrectomía en los casos de quistes, no en los serosos, sino en los múltiples, en los que el tejido renal está casi totalmente destruido. Hace un detallado estudio del llamado riñón poliúístico, hablando de la sintomatología y complicaciones.

Habla de la nefrectomía en casos de infarto renal grave o infarto total; en las perinefritis lipo-esclerosas.

En el «Riñón solitario», nunca se debe practicar la nefrectomía.

Termina diciendo que para llevar a efecto la ablación de un riñón, tenemos que contar con la seguridad del perfecto funcionamiento del otro riñón.



CRÓNICA INTERNACIONAL

BELGICA

Los gases mortales del valle del Mosa.—Comisión oficial, creada por el Gobierno belga el 1.º de Enero de 1931, ha emitido una serie de conclusiones destinadas a explicar las causas de los accidentes que ocurrieron en aquella demarcación y que costaron la vida a bastantes personas. Dicha comisión estaba constituida por un representante del Gobierno, dos médicos, un representante de la gran industria química, un delegado de los sindicatos obreros, otro del Ministerio del Interior y de Higiene y un experto ingeniero químico. Para emitir su opinión, la Comisión se ha inspirado en los estudios del comité de expertos requeridos por el juzgado de Lieja, así como en las comunicaciones de M. Dehalu, profesor de la Universidad y director del Observatorio de Lieja y de M. Jau-motte, director del Instituto Meteorológico de Bélgica. La comisión declara que la principal causa de los accidentes, es el ácido sulfúrico formado por la oxidación del anhídrido sulfuroso producido en todos los hogares industriales y domésticos del valle del Mosa, entre Lieja y Engis, al ponerse en contacto con el oxígeno del aire, con las gotitas de agua de la niebla y el polvillo en suspensión en el aire, que obra como catalizador. Para que esta oxidación haya podido producirse en las proporciones conocidas, han sido necesarias unas condiciones atmosféricas extremadamente favorables, las cuales habrán transformado el valle en una especie de recipiente cerrado de grandísimas proporciones, donde se ha patentizado la presencia de contaminaciones locales, a consecuencia del amontonamiento de innumerables fábricas y edificios particulares en la ribera del río. Estas circunstancias son el frío intenso, poco viento y niebla densísima.

Concluye esta primera parte de su trabajo, diciendo que es imprescindible y urgentísima la adopción de medidas capaces de evitar, en las regiones industriales, una contaminación excesiva de la atmósfera y de salvaguardar la salud de los que viven en ellas.

Los otros puntos descritos en el dictamen se refieren a la política de salubridad a adoptar, a la creación de un comité central de salubridad y al cierre de las fábricas en caso necesario. La porción más interesante del primer punto, trata de la necesidad y la manera de impedir o limitar la multiplicación de los hogares productores de humo, imponiendo reglas para escoger los combustibles, arreglo de los hogares, separación y precipitación del polvo existente en el humo que sale de las chimeneas y recuperación de algunos productos de la combustión.

LONDRES

Nueva forma de recetar.—Los médicos ingleses han establecido una nueva costumbre de extender sus fórmulas, omitiendo el nombre de los medicamentos. Un acuerdo entre farmacéuticos y galenos establece una clave de signos especiales para aquéllas. El enfermo, en este caso, ignorará su enfermedad, librándolo de toda suerte de cálculos y suposiciones con respecto al mal que padezca.

En algunas partes, la nueva costumbre ha tenido una seria oposición, pues

será un secreto para el médico y el farmacéutico, sin que el paciente ni la familia puedan averiguar la composición de lo formulado.

CUBA

Las autopsias judiciales.—El Tribunal Supremo, ha dictado una circular recomendando a los jueces que sólo dispongan la autopsia en los casos que sea indispensable.

Las autopsias no están ordenadas de modo imperativo por la ley para los casos de muerte repentina, que no es una muerte violenta, ni lleva siempre un elemento presuntivo de criminalidad; de suerte que no tienen los jueces ningún precepto legal en que apoyar el criterio de práctica indefectible de aquella diligencia.

Buenos Aires

Los laboratorios de análisis clínicos y los médicos.—El Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires, acaba de disponer que los laboratorios de análisis clínicos, en lo sucesivo, sólo podrán ser dirigidos por un médico con título nacional o revalidado. Se funda en que los análisis clínicos requieren criterio clínico y conocimientos médicos para proseguir las investigaciones en vista de los primeros resultados; en que muchas de tales investigaciones requieren maniobras previas para la extracción de muestras (punciones, biopsias, cateterismos, etc.), que, a su vez, requieren conocimientos de anatomía, fisiología y las distintas clínicas, y sólo se enseñan en las escuelas de Medicina. El citado Departamento sólo autorizará los laboratorios, después de comprobar su instalación y elementos de trabajo.

EVANSVILLE (Estados Unidos)

Síntesis de la vitamina D.—Los últimos números de las revistas profesionales, dan cuenta de la preparación del «calciferol», compuesto cristalino de gran actividad de la asignada a la vitamina D, por parte de un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Investigaciones Médicas, inglés, bajo la dirección del doctor Bourdillon. El «calciferol», probablemente, es la misma vitamina en estado de pureza, si bien no es posible todavía afirmarlo de manera definitiva; productos de este grupo, formando mezclas de composición variable, dan origen a cristales que no pueden ser separados en sus componentes por simple recristalización. El «calciferol» se forma del ergosterol, bajo la acción de los rayos ultravioletados, sin que hasta el presente se haya encontrado otro método eficaz para transformar el ergosterol en vitamina D.

Más recientemente, los doctores C. E. Biles y F. G. Mc. Donald, de Evansville (EE. UU. de N. A.), afirman haber conseguido, por primera vez, la síntesis de aquella vitamina. Para ello, tratan el ergosterol con alcohol metílico, éter y acetato de etilo a baja temperatura, excluyendo absolutamente el oxígeno. Obtienen así la vitamina, pero resulta menos pura que la obtenida por la irradiación del ergosterol.

Esta síntesis de la vitamina D, sin la intervención de los rayos ultravioletados, ofrece gran interés; el hecho de que su actividad sea más bien escasa, revela que el producto es impuro.

Con motivo de estos interesantes resultados, quedan planteados diversos problemas: ¿la vitamina así preparada será lo mismo que el «calciferol», cuando esté aislada y en estado de pureza? A priori, esto es lo que cabe suponer.

¿Este método será más sencillo que el de los rayos ultravioletados? ¿tendrán más?... También será interesante observar si los métodos usados por Bourdillon y sus colaboradores, en Inglaterra, y por Windaus, en Gotinga, para separar la vitamina de las impurezas que la acompañan en el ergosterol «irradiado», serán o no aplicables al ergosterol «tratado químicamente». Se esperan con interés nuevos detalles sobre el procedimiento de Bills y Mc. Donald.

CHICAGO

En busca de los rayos cósmicos.—Varios astrónomos escalarán este verano altas montañas en todas las partes del mundo, para hacer un estudio detenido de los misteriosos «rayos cósmicos». El organizador de las expediciones científicas de este año, es el poseedor del premio Nobel, para Física, profesor Arthur H. Compton, de la Universidad de Chicago. La mayor parte de las mediciones será practicada por él mismo o por sus asistentes.

El profesor Compton irá primeramente a Panamá para realizar allí mediciones en el Monte Chico. Desde allí se dirigirá a Nueva Zelandia, para proseguir sus mediciones en el monte Kosciusko; en su viaje de vuelta hará estudios en el Monte Kea, en Haití, para seguir a Alaska, en donde subirá al Monte McKinley para cerrar sus observaciones en Colorado. ¡Un vasto programa para un sólo verano! El profesor Compton ha encargado de las mediciones que habrán de practicarse en el Monte Nunga Purbat, en Cachemir, la montaña que en altura ocupa el tercer lugar en el mundo, al profesor indio J. N. Enade, de la Universidad Punjab, en Lahore.

Las expediciones que se van a realizar este año tiene por objeto, especialmente, el aclarar las cualidades específicas de los rayos cósmicos. Se quiere averiguar si, al igual de los rayos luminosos y rayos X, se componen de «protonos» o de «electronos». Para la ejecución de estos estudios, ha construido el profesor Compton un aparato que consiste en una cámara de acero, rodeada de una capa de plomo de 200 libras de peso. Las paredes del aparato hacen de filtro, que sólo dejan pasar los rayos cósmicos. En el interior de dicha cámara hay gas Argón. Si los rayos cósmicos atraviesan la capa de gas, entonces se producen corrientes eléctricas, que serán medidas. El objeto de efectuar esas mediciones a elevadas alturas, es el evitar ciertas interrupciones para apreciar así los rayos cósmicos en un grado de pureza relativamente mayor. El resultado de las mediciones será absolutamente determinativo para la significación teórica de los rayos.



PROYECTO DE LEY SOBRE PROVISION DE VACANTES Y PAGO DE LAS DOTACIONES

Acaba de ser leído en la Cámara por el ministro de la Gobernación y dice así:

«Las numerosas y frecuentes reclamaciones formuladas ante el Ministerio de la Gobernación por los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, por resoluciones injustas realizadas tanto en los concursos para la provisión de vacantes como con ficticios pretextos en la demora en el pago de las dotaciones que en derecho les corresponden, y la necesidad y urgencia de impedir la continuación de abusos de esta clase, recomiendan al ministro que suscribe, de acuerdo con el Consejo, someter a las Cortes el siguiente proyecto de ley:

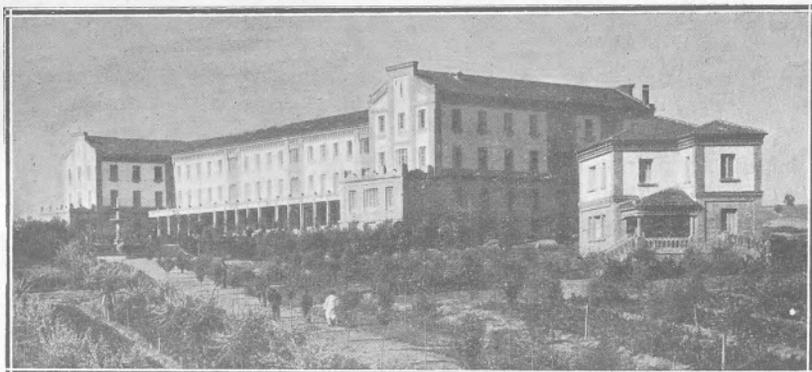
Artículo 1.º Todas las plazas de inspectores municipales de Sanidad vacantes o que vacaren a partir de la fecha de la promulgación de esta ley, y cuya existencia se halle reconocida por la clasificación o disposiciones legales vigentes, serán provistas, previo anuncio publicado en la «Gaceta de Madrid», con personal perteneciente al Cuerpo respectivo (artículo 43 del reglamento de Sanidad Municipal), por oposición directa o por concurso, según acuerdo de la Corporación correspondiente y con sujeción a las normas reglamentarias que oportunamente dictará el Ministerio de la Gobernación, a propuesta de la Dirección general de Sanidad.

Art. 2.º Las instancias solicitando dichas plazas, se presentarán en el término improrrogable de un mes, a partir del anuncio en la «Gaceta», en la Inspección provincial de Sanidad correspondiente, la cual propondrá, dentro de un plazo de diez días, a la Corporación municipal respectiva los términos resolutorios del concurso, pudiendo los Ayuntamientos, en caso de no hallarse conformes con los mismos, elevar lo actuado con la alegación en contra al Ministerio de la Gobernación, el cual resolverá previo informe de las Direcciones generales de Sanidad y Administración local.

Art. 3.º Contra los fallos que se dicten por los Ayuntamientos al resolver los expedientes contra los inspectores municipales de Sanidad, instruidos con sujeción a los preceptos del Estatuto municipal y sus reglamentos, podrán los interesados recurrir ante el Ministerio de la Gobernación, el cual, previo informe favorable de las Direcciones de Sanidad y Administración local, podrá suspender el acuerdo municipal en tanto se dicta fallo definitivo por el Tribunal Contencioso-administrativo, si hubiera sido interpuesto recurso por esta vía.

Art. 4.º En caso de demora en el pago de las dotaciones asignadas en los presupuestos locales a los inspectores municipales de Sanidad, podrán recurrir éstos en queja ante los gobernadores civiles, quienes exigirán de los Ayuntamientos correspondientes, certificación de los gastos que con cargo al presupuesto municipal hayan sido satisfechos, y si de su examen se dedujera incumplimiento del artículo 116 del reglamento de empleados municipales, se dará cuenta por la citada autoridad a la judicial de la infracción de los preceptos citados a los efectos que procedan.

Art. 5.º Se faculta al Ministerio de la Gobernación para dictar, a propuesta de las Direcciones generales de Sanidad y Administración local, las reglas necesarias para la más perfecta aplicación y desarrollo de la presente ley».



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS

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

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

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

Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

DISPONIBLE

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

CONGRESOS, CURSOS, PREMIOS

PREMIOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

La Sociedad Española de Higiene ha hecho público el programa de premios para el año 1932:

Premio del ministerio de la Gobernación (Dirección general de Sanidad).—Tema: «Factores económicos y sociales que influyen en la salud y la enfermedad.»

Habrà para este tema un premio de 1.000 pesetas, con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos que aspiren al premio no deberán exceder de cinco pliegos de impresión (140-160 cuartillas mecanografiadas de 14-16 líneas).

Esta podrá llevarse a cabo por cuenta del Estado, si la Dirección general de Sanidad lo estima así oportuno, y de los 500 ejemplares de que constaría en su caso la tirada, se entregarán 200 al autor.

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

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

Habrà para cada uno de estos temas, un premio de 500 pesetas, con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos que aspiren a recompensa en estos premios Roel, no deberán exceder de tres pliegos de impresión ni componer menos de dos. Los premiados serán impresos por cuenta de la Sociedad, y se entregarán 50 ejemplares al autor. Este se compromete a abonar el exceso de texto sobre tres pliegos y las ilustraciones, si las hubiere.

Todos los trabajos se remitirán al secretario general de la Sociedad, don José Paz Maroto, calle Imperial, número 10, hasta el día 30 de Septiembre. Los autores enviarán sus trabajos sin firmarlos ni rubricarlos ni escribirlos con su letra propia, distinguiéndolos con un lema igual. Dentro del sobre enviarán otro con la nota, consignando el nombre y la dirección del autor.

PREMIOS SOLER

La Sociedad Ginecológica Española, anuncia el concurso para la concesión de dos premios, instituidos por el doctor Soler, que se adjudicarán en la sesión inaugural del curso académico de 1933.

Quinientas pesetas y un diploma que acredite la concesión de dicho premio, para el autor de la mejor Memoria que se reciba acerca del tema siguiente: «Causas de la esterilidad femenina y su tratamiento.»

Quinientas pesetas y un diploma que acredite la concesión de dicho premio, para el autor de la mejor Memoria que se reciba acerca del tema siguiente: «Etiología y tratamiento del aborto.»

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

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

A cada Memoria que se presente, deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá exteriormente señalado con el lema que figure en la Memoria a que corresponda, escrito con igual letra que la que con que se haya impreso dicho lema en la respectiva Memoria.

Será excluido del concurso todo trabajo que se halle firmado por su autor o que contenga alguna indicación que pueda revelar su nombre.

No quedan excluidos de este concurso, los socios numerarios ni adjuntos o corresponsales nacionales de esta Corporación.

Las Memorias se dirigirán al Presidente de la Sociedad, y serán recibidas por la Secretaría general (Espantereros, 9, Colegio de Médicos), donde se expedirá, a quien lo solicite, el correspondiente recibo de la entrega.

El concurso quedará cerrado el 31 de Octubre de 1932.

Toda Memoria recibida para el concurso, quedará propiedad de la Sociedad.

El autor de la Memoria premiada no podrá imprimirla sin permiso de la Sociedad, y si le fuere concedido, se obligará a regalar un número de ejemplares igual al número de socios.

Si la Sociedad acordara imprimir una o las dos Memorias premiadas por su cuenta, el autor recibirá gratuitamente un centenar de ejemplares.

BISMUTO PONS	A base de protóxido de Bismuto alcanforado. Riqueza en Bismuto metal 0'20 gr. por ampolla de 2 c. c.	En todos los períodos de ^a lúes y particularmente en las latencias clínicas como cura esterilizante.
LIPOBISMUTO PONS	A base de Canfocarbonato de bismuto. Riqueza en Bismuto metal 0'04 gr. por ampolla de 1 c. c.	En todos los períodos de la lúes, especialmente en tratamientos de ataque, embrazos y recién nacidos.
YODOBISMUTO PONS	A base de Yodobismuto de quinina. Riqueza en Bismuto metal 0,071 gr. por ampolla de 3 c. c.	Particularmente en la sífilis nerviosa y gonglionar, formas vaculares y óseas y estados anémicos.
VALERIANATO AMÓNICO (DESODORIZADO) PONS	Elixir corteza naranjas amargas 5 gr. Valerianato amónico 0'35 gr. Extracto alc. valeriana 0'15.	Histerismos, Espasmos, Neuralgias y en todas las Neurosis, y accidentes nerviosos.
OTO-ASEPTINA al 2 y 5 por 100 PONS	Glicerina neutra purísima y Acido carbónico cristalizado.	Antiséptico y anelgésico del oído.
OFTARGOL al 5 y 10 por 100 PONS	Solución de ARGIROL BARNES al 5 y 10 por 100	Ulceraciones, Oftalmias, Tracoma, Conjuntivitis y demás inflamaciones de los ojos.
ARGOL PONS	Solución de ARGIROL BARNES al 5 por 100	Blenorragia aguda y crónica complicaciones y como profláctico.
FISIOGENOL PONS	Elixir, gotas, inyectable, ferruginoso, progresivo y bronquio-pulmonar.	
LABORATORIOS PONS - LÉRIDA (España)		

VACANTES

ALMERIA.—Albox, 2.500 pesetas, segunda categoría, 1.135 habitantes, a veinte kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Julio próximo. Tocólogo.

AVILA.—Navaluenga, 2.275 pesetas, segunda categoría, 2.823 habitantes, a 25 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Avila, a 35 kilómetros. Concurso de méritos. Solicitudes al 18 de Julio.

BURGOS.—Cabañas de Esgueva, 1.650 pesetas, cuarta categoría, 906 habitantes, a 25 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Roa, a 20 kilómetros. Solicitudes al 18 de Julio. Concurso de antigüedad.

CACERES.—Casatejada, 2.200 pesetas, tercera categoría, 2.009 habitantes, a 40 kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 19 de Julio.

CASTELLON DE LA PLANA.—Catí, 2.200 pesetas, tercera categoría, 2.084 habitantes, a 14 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Vinaroz, a 44 kilómetros. Concurso de méritos. Solicitudes al 19 de Julio.

CASTELLON DE LA PLANA.—Cortés de Arenoso, 2.200 pesetas, tercera categoría, 1.520 habitantes, a 36 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Rubielos de Mora, a 18 kilómetros. Concurso de méritos. Solicitudes al 18 de Julio.

CASTELLON DE LA PLANA.—Traiguera, 2.200 pesetas, tercera categoría, 2.600 habitantes, a 12 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Vinaroz, a 18 kilómetros. Concurso de méritos. Solicitudes al 18 de Julio.

CASTELLON DE LA PLANA.—Altura, 2.200 pesetas, tercera categoría, 3.047 habitantes, a 72 kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea. Concurso de méritos. Solicitudes al 19 de Julio.

CORDOBA.—Palenciano, 2.500 pesetas, tercera categoría, 3.049 habitantes, a 31 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Antequera, a 30 kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 19 de Julio.

CIUDAD REAL.—San Lorenzo de Calatrava, 2.200 pesetas, tercera categoría, 2.638 habitantes, a 39 kilómetros de la cabeza de partido. Concurso de méritos. Solicitudes al 18 de Julio.

HUELVA.—La Granada de Riotinto, 2.475 pesetas, cuarta categoría, 506 habitantes, a 20 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Minas de Riotinto, a 12 kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 19 de Julio.

SALAMANCA.—Cerralbo, 2.200 pesetas, tercera categoría, 694 habitantes, a 15 kilómetros de la cabeza de partido. Estación próxima, Lumbrerales, a 11 kilómetros. Solicitudes al 10 de Julio próximo. Concurso de antigüedad.

SANTA CRUZ DE TENERIFE.—Guía de Isora, 3.300 pesetas, primera categoría, 4.620 habitantes, a 40 kilómetros de la cabeza de partido. Solicitudes al 16 de Julio próximo. Hay otras dos titulares. Concurso de méritos.

SEVILLA.—Constantina, 4.400 pesetas, primera categoría. 14.543 habitantes, a 19 kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea, Cazalla-Constantina, a 11 kilómetros. Solicitudes al 10 de Julio próximo. Concurso de antigüedad.

SORIA.—Montuenga de Soria, 1.650 pesetas, cuarta categoría, 806 habitantes, a 22 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Río Jalón, a 5 kilómetros. Solicitudes al 10 de Julio próximo. Concurso de antigüedad.

TOLEDANO.—Oliás del Rey, 1.650 pesetas, cuarta categoría, 1.383 habitantes, a 10 kilómetros de la capital. Estación más próxima, Cabañas de la Sagra, a 5 kilómetros. Solicitudes al 10 de Julio. Concurso de antigüedad.

VALENCIA.—Alborache, 1.650 pesetas, cuarta categoría, 1.028 habitantes, a 12 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima Buñol, a 5 kilómetros. Solicitudes al 10 de Julio próximo. Concurso de méritos.



Al cerrar este número, registramos con gran alegría el triunfo del doctor Andreu, al lograr el número 1 en las oposiciones a la cátedra de Patología Médica, de Sevilla.

Nuestro compañero de redacción, Fernando Cuadrado, pasa en estos momentos por el dolor de haber perdido a su padre.

Como hace pocas semanas le acompañábamos en sus éxitos, ahora nos unimos a su desgracia testimoniando nuestro sincero afecto en este trance.

Nuestro compañero el titular de Trigueros del Valle, don Mariano Santiago, pasa en estos momentos por el dolor de haber perdido a su madre, venerable señora. A todos sus familiares y en especial a su hijo e hijo político, nuestro querido compañero y amigo, el doctor Ventura Revilla Gala, titular de Cabezón, le expresamos nuestro sentimiento.