

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

OCTUBRE 1932

NÚM. 10

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

COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. **Andrés Bueno**, Prof. 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. Baena Baena

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**, Profesor auxiliar 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.
Sevilla. — Dr. J. Andreu Urrea, Catedrático de Patología Médica.
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 estricnico 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.YNA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Appt.º 648 MADRID

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

La anestesia por infiltración y conducción con la percaína, por Fernando Cuadrado.

Estudio de la influencia de los agentes exteriores sobre el contagio, por A. Trillat. Traducción del doctor Emilio Zapatero.

El tratamiento endoscópico de las enfermedades supurativas de los bronquios y pulmones, por el doctor M. Gavilán.

Contribución al conocimiento del tímpano azul; un caso más, por Sabino Rodríguez Berceruelo.

ASAMBLEAS Y CONGRESOS

V Asamblea de la Liga Española de Higiene mental y VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras.

El II Congreso Internacional de Otorrinolaringología.

Congreso Internacional de la Litiasis biliar.

REVISTA DE REVISTAS

Neurología y Psiquiatría, por J. M.^a Villacián.

Medicina interna, por Baena y Alvarez Represa.

Cirugía, por F. Andreu Urra.

Dermatología y Sifiliografía, por E. Ledo.

BIBLIOGRAFÍA, por F. Andreu Urra.

Libros recibidos

Colaboradores del primer semestre

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

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angioespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertonía esencial

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

hemostático fisiológico; inyectables 1 1/2 - 3 y 5 cc. y gotas.

CASEAL CÁLCICO

heteroproteíno-terapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteíno-terapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID

La anestesia por infiltración y conducción con la percaína

por Fernando CUADRADO CABEZÓN

Profesor auxiliar de Patología quirúrgica

H. Braun, en su libro de anestesia local, dice, que a la época de los fundadores de ella, Reclus y Sleich, faltó un anestésico que además de ser fuertemente activo, fuera poco peligroso.

Este estado de cosas se determina a principios de siglo con el progreso que significa la adición de adrenalina a las soluciones de cocaína y todavía un período más floreciente se ofrece a la anestesia local, con el descubrimiento de Einhorn el 1904 de un nuevo producto anestésico, la novocaína, muy poco tóxico comparado con su poder anestésico, que no produce ningún daño en los tejidos, que es soluble en el agua y permite fácilmente la esterilización de sus soluciones y por último, que permite la combinación con preparados de cápsulas suprarrenales. Este nuevo producto, que como vemos, reúne todas las condiciones que Braun exigía a un buen anestésico local, permitía ejecutar anestésias por infiltración y conducción, de duración e intensidad hasta entonces desconocidas y todo ello con un mínimo de toxicidad, que antes apenas se podía sospechar. En seguida la novocaína logra triunfar plenamente sobre los anestésicos que con ella quieren rivalizar y poco tiempo después es preferida, por los cirujanos alemanes primero, y algo más tarde por la mayoría de los cirujanos de todo el mundo civilizado.

No tardan sin embargo, en salirle contradictores que encuentran defectos a la novocaína y entre los cuales, como más importantes vamos a citar: insuficiente duración anestésica, trastornos vasomotores en la región inyectada, fracasos en anestésias de las mucosas, falta de acción inhibidora sobre la vida de las bacterias, cierta sensibilidad hacia ella de los individuos jóvenes y más las pertenecientes al sexo femenino, y por último dolores postoperatorios considerables, después que pasa la anestesia a lo que Kirschner llama «rebelión nerviosa hiperestésica» y que tiene lugar más frecuentemente cuando la anestesia se ha hecho en regiones donde los tejidos están a gran tensión. Junto a estos defectos, también se atribuyen a la novocaína accidentes ligeros, graves y aun mortales, en anestésias de regiones muy vascularizadas, en las que, como en el cuello, órgano génito-urinarios o las próximas a la médula espinal, es muy rápida la reabsorción y posible la introducción del líquido anestésico en el torrente circulatorio. Klotz (1) en su libro, cita 150 casos de muerte en anestésias locales, de las cuales 35 habían sido practicadas con soluciones de novocaína.

No es extraño por lo tanto, que los cirujanos, no del todo conformes con la novocaína por los defectos que anteceden, procuren a toda costa tener un medio anestésico que esté desprovisto de los anteriores inconvenientes y que junto con una igual o menor toxicidad proporcione una duración larga de la anestesia, no produzca alteraciones tisulares, tenga acción sobre las mucosas, sea poco apta para la vida microbiana, no vaya seguida de dolores postanestésicos y no tenga acción electiva sobre el sistema nervioso central.

Un nuevo producto la «percaína», parece tener muchas de las condiciones apetecidas para el anestésico ideal, pero también se le atribuye considerables desventajas, como son: toxicidad mucho más elevada que la que podía esperarse de las pruebas farmacológicas, alteraciones vasculares muy pronunciadas y acción necrótica sobre los tejidos con los que se pone en contacto, que haría muy peligroso su empleo.

Nosotros aquí vamos a estudiarle, con serenidad de juicio, sin dejarnos llevar por la preferencia que dimos durante mucho tiempo a su anestésico rival, la novocaína, con la que ya estábamos familiarizados, ni tampoco por la corriente de aceptación que tan frecuentemente en Medicina, acompaña a todo lo nuevo y sin olvidar que la anestesia obtenida con novocaína es completa y la duración, por regla general lo suficientemente prolongada, para terminar sin dolor la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y que sólo a expensas de una igual o menor toxicidad de la solución anestésica inyectada, preferiríamos una anestesia más duradera.

Tiene por lo tanto nuestro trabajo la aspiración, de estudiar las ventajas e inconvenientes de la percaína y precisar si en efecto pueden tratarse de un sustitutivo ventajoso de la novocaína.

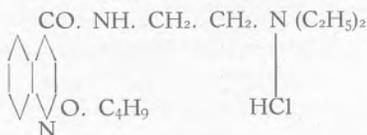
Para ello contamos con trabajos experimentales que iremos dando a conocer, practicados por nosotros con objeto de estudiar sus propiedades farmacológicas y con un muy escaso protocolo de operaciones practicadas bajo la anestesia local con percaína, al que daremos sólo escasa importancia, ya que comprendemos que este número es muy limitado comparado con la enorme casuística ya existente en la literatura.

PROPIEDADES QUIMICAS

La percaína, es un derivado de la quinoleína y por lo tanto de composición química completamente diferente de la de la cocaína y sus derivados.

Aunque ya antes se habían hecho numerosos ensayos para obtener buenos anestésicos con derivados de la quinina, en todos los encontrados, junto a su acción anestésica, en algunos muy duradera (dos a quince días) tenían una acción fuertemente irritante sobre los tejidos con que se ponían en contacto lo que había hecho, excluir prácticamente estos preparados. Sólo la percaína produce anestesia sin este gravísimo inconveniente.

La percaína es el clorhidrato de la dietiletenodiamida del ácido abutiloxinconónico. La fórmula química es:



Se presenta en forma de cristales, incoloros o insípidos que se conglomeran a la temperatura de 90 grados y se funden a los 97. Es fácilmente soluble en el agua y en alcohol, siendo sus soluciones neutras y disminuyendo la solubilidad cuando el medio tiene reacción alcalina, sobrepasando un pH de 6,9. No se descompone por la ebullición repetida y puede asociarse a la adrenalina, con la que forma una combinación más estable que con la cocaína por no tener ningún grupo amínico libre.

Preparación para la anestesia.—Las soluciones anestésicas, deben de estar preparadas con soluciones salinas fisiológicas (9 por 1.000) hechas en agua destilada. Los frascos que hay que utilizar han de ser de vidrio de buena calidad, no alcalino y cuando por no cumplir este requisito o por utilizar agua con alcalinotérreos, aparece enturbada la solución o cristales en las paredes del frasco, es necesario añadir una o dos gotas de ácido clorhídrico, con lo que rápidamente se aclara la solución, teniendo en cuenta, que el ácido clorhídrico, si bien aumenta la solubilidad de la percaína, es fuertemente irritante para los tejidos, por lo que no se debe sobrepasar la cantidad puramente necesaria para aclarar la solución. Si a pesar del ácido clorhídrico no desaparece el enturbamiento hay que sospechar una alteración química más profunda y entonces no se debe utilizar la solución.

La esterilización de las soluciones puede hacerse por la simple ebullición, sin que por ello disminuya nada el poder anestésico de la percaína. La adrenalina que suele añadirse a las soluciones para corregir la acción vasodilatadora de la percaína, se agregará después de verificada la esterilización, debiendo procurar hacer la preparación el mismo día que se ha de utilizar y cuando esto no sea posible se tendrán las soluciones en frascos libres de álcalis y de color oscuro para evitar su descomposición.

También es de recomendar no filtrar repetidamente estas soluciones y hervir en agua destilada las jeringas y agujas que se hayan de utilizar para su inyección.

PROPIEDADES FARMACOLOGICAS

Acción anestésica.—Todos los autores que han estudiado la acción anestésica de la percaína están de acuerdo en admitir, que es mucho más duradera y se obtiene con soluciones mucho menos concentradas que las obtenidas con las soluciones de cocaína y sus derivados.

Son sumamente interesantes los concienzudos trabajos de Lipschitz y

Laubender (2) que demuestran que la acción anestésica más intensa de la percaína tiene lugar sobre la córnea del conejo, puesto que una solución de percaína al 1 por 125.000, la insensibiliza completamente y durante mucho tiempo, mientras que es necesario una concentración de 1 por 10.000 de la solución de cocaína para que se noten sus efectos.

Los resultados obtenidos por los mismos autores sobre la piel de la rana, demuestran que la percaína, es diez veces más activa que la cocaína y que juntamente con este poder anestésico, presenta la propiedad de ser mucho menos absorbible que la cocaína y como en cierto modo para los efectos de absorción, puede compararse la piel de la rana a las mucosas humanas, de ahí que fuera un anestésico preferible para insensibilizar las mucosas.

Sobre el ciático de la rana, según Lipschitz y Laubender, sería tres veces mayor el poder anestésico de la percaína que el de la cocaína.

También en este trabajo llegan los citados autores, después de experimentos sumamente delicados a sacar la conclusión, que la disminución de la concentración de hidrogeniones aumenta la acción anestésica de la percaína.

Las experiencias hechas por Uhlmann (3) envolviendo el ciático de la rana en gasas impregnadas de solución de percaína, demuestran, que la anestesia se obtiene al mismo tiempo que con soluciones, cinco y hasta diez veces más concentradas de cocaína, novocaína y tutocaína. La duración de la anestesia es considerable y si a los ocho minutos de hecha la anestesia con cocaína, se quita la gasa impregnada de solución y se lava el nervio con solución Ringen; la anestesia desaparece de dos a diez minutos, mientras que si la anestesia fué hecha con percaína, aunque se lave con la misma solución, la insensibilidad persiste durante varias horas. Cuando antes de ser completo el efecto anestésico, se quita la gasa impregnada de percaína que envolvía al nervio y después se lava con solución salina fisiológica, no por eso desaparece la anestesia, sino que continúa aumentando y hasta llega a ser completa.

No creemos necesario insistir mucho, para hacer notar, que todos estos experimentos no se hacen en condiciones fisiológicas y que por lo tanto no son aplicables en la clínica, sacando de ellos únicamente como consecuencia, que la acción anestésica de la percaína, es superior y más duradera que la de la cocaína y si nosotros queremos obtener alguna aplicación práctica hemos de utilizar la experimentación humana y utilizar los resultados, obtenidos en la clínica.

La experimentación en el hombre, se ha hecho inyectando bajo la piel, uno o dos c. c. de soluciones usuales de percaína y de otros anestésicos, estudiando comparativamente el efecto de las diferentes soluciones y observando la extensión, intensidad y duración de la anestesia por la picadura con una aguja en aquella región, (método bastante grosero y que se presta a error pero que es el que más se aproxima a las condiciones en las que se suelen hacer las anestесias clínicas).

No faltando experimentadores, que para mejor estudiar los efectos de

los anestésicos, se han hecho inyectar ellos mismos diferentes soluciones. Uhlmann ha practicado en el hombre, inyecciones intracutáneas comparativas de soluciones de novocaína al 1 por 100, cocaína al 1 por 100 y de percaína a diferentes concentraciones y ha observado que la solución de percaína al 1 por 1.000 tiene el mismo poder anestésico que la solución de cocaína al 1 por 100 y que es más duradera su acción y que si a la solución de percaína al 1/2 por 1.000 se la añade dos gotas de solución de adrenalina al milésimo, todavía se aumenta la duración de la anestesia.

Höfer (4) se inyectó soluciones al 1 por 4.000, al 1 por 2.000 y al 1 por 1.000 y pudo observar que aun con las soluciones más diluídas se producía la anestesia y que se extendía al doble del habón formado al inyectarse y que era muy duradera, puesto que el sitio donde se había inyectado la solución al 1 por 4.000 estuvo anestesiado durante dos horas y donde la del 1 por 1.000, duró la anestesia seis horas.

Quarella (5) ha podido también observar, inyectándose a sí mismo, que la percaína provoca una anestesia inmediata, ya en solución al 1/2 por 1.000 ya en solución al 1 por 1.000; que la acción de esta anestesia dura cuatro o seis horas y que comparada con la producida en el lado simétrico por una solución de tutocaína al 0,25 por 100 ha sido doblemente duradera y cuando la anestesia ya había pasado, la región inyectada con percaína está hipoal-gésica, lo que hacía que no se notase el dolor que en el otro lado, al hacer presión sobre el sitio donde se había hecho la inyección.

Nosotros hemos repetido este experimento, en enfermos de la clínica, que a ello se han prestado voluntariamente. Para llevarle a cabo hemos hecho un primer número de observaciones, inyectando en el dorso del antebrazo y debajo de la piel, dos c. c. de soluciones de percaína y novocaína al 1 por 1.000 y por 100 respectivamente, sin adición alguna de adrenalina. Los resultados se ven en el cuadro número 1, de cuya observación podemos resu-

CUÁDRO NÚM. 1

Estudio comparativo de la acción anestésica de 2 c. c. de las soluciones de percaína al 1 por 1.000 y de novocaína al 1 por 100, sin adición, e inyectados en puntos simétricos de la cara dorsal del antebrazo.

Observación	Inyección más dolorosa	Anestesia a los dos minutos		Anestesia a los quince minutos		Anestesia a los treinta minutos		A. más extensa	Anestesia a la hora		Anestesia pasadas tres horas		Brazo más doloroso
		P.	N.	P.	N.	P.	N.		P.	N.	P.	N.	
		1. ^a	N.	No	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	P.	Sí	
2. ^a	Ig.	Ind.	Ind.	Sí	Sí	Sí	No	P.	Sí	No	Hip.	No	Ig.
3. ^a	P.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ig.	Sí	No	No	No	P.
4. ^a	P.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	P.	Sí	Hip.	Sí	No	Ig.

Signos convencionales. — A. = Anestesia. — Ind. = Indicios. — N. = Novocaína. P. = Percaína. — Ig. = Igual. — Hip. = Hipoestesia.

mir, que los dos anestésicos obran rápidamente, que produce acción anestésica más extensa la percaína y que también tiene una acción más duradera.

Después, hemos hecho otro igual número de observaciones, repitiendo el mismo experimento anterior pero habiendo añadido a las soluciones veinte gotas de clorhidrato de adrenalina al milésimo por cada 100 c. c. de solución. Sus resultados pueden observarse en el cuadro número 2.

CUADRO NÚM. 2

Estudio comparativo de la acción anestésica de 2 c. c. de las soluciones de percaína al 1 por 1000 y de novocaína al 1 por 100, con adición de adrenalina -XX gotas en 100 c. c.-.

Observación	Inyección más dolorosa	Anestesia a los dos minutos		Anestesia a los quince minutos		Anestesia a los treinta minutos		A. más extensa	Anestesia a la hora		Anestesia pasadas tres horas		Anestesia pasadas cinco horas		Región más dolorosa
		P.	N.	P.	N.	P.	N.		P.	N.	P.	N.	P.	N.	
		1. ^a	P.	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Ig.	Sí	Sí	Sí	
2. ^a	Ig.	Ind.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	P.	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Ig.
3. ^a	Ig.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ig.	Sí	Sí	Sí	Hip.	Sí	No	N.
4. ^a	Ig.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ig.	Sí	Sí	Sí	Hip.	Alg.	No	Ig.

Signos convencionales.—P. = Percaína.—N. = Novocaína.—Hip. = Hipoestesia.—Ind. = Indicios.—Ig. = Igual.—Alg. = Algo.—A. = Anestesia.

Llama la atención primeramente la observación de este cuadro de experiencias, la intensa acción sinérgica que se desarrolla asociando la adrenalina a la percaína y a la novocaína, ya que la anestesia se instala rápidamente, se hace más duradera y, lo que no hemos podido representar en el cuadro, es mucho más intensa.

Por último, para poder mejor apreciar y diferenciar las molestias de la inyección y lo que todavía nos parece más interesante, la acción hiperestésica que Höfer atribuye a la novocaína, después que ha pasado la anestesia y la hipoestesia que el mismo autor atribuye a la percaína, nos hemos hecho inyectar nosotros mismos, también dos c. c. de las soluciones que se emplearon en el cuadro segundo y hemos podido observar, falta de dolor en ambos lados a la inyección, aparición casi inmediata de la anestesia con ambos anestésicos, extensión igual en los dos lados, desaparición de la anestesia producida por la novocaína a las dos horas y 45 minutos, duración de la insensibilidad completa en el lugar de la percaína, hasta después de las nueve horas, e igualdad de la hiperestesia dolorosa en los dos antebrazos, cuando la anestesia ha desaparecido.

Todo esto a nuestro modo de ver, lo podemos resumir diciendo que la anestesia se instala rápidamente con las dos soluciones, que siempre es por lo menos igual y la mayoría de las veces más extensa y más duradera la anestesia por la percaína, que por la novocaína y que ninguna de las dos es dolorosa ni durante la inyección ni cuando ya ha pasado la anestesia. Por lo

tanto, de esto sacamos en consecuencia que no tiene la novocaína, comparada con la percaína, la desventaja que Kirschner la atribuye de ser dolorosa cuando pasa la anestesia, lo que ocurre es que como la anestesia de la percaína es más duradera, durante las primeras horas después de operado el enfermo, no siente dolores en su herida que todavía sigue anestesiada, pero una vez que el efecto anestésico ha desaparecido, los efectos son los mismos con los dos productos.

De la misma manera se hace bien patente, que la anestesia por la percaína, es lo suficientemente inmediata, para no tener necesidad de asociarla a la novocaína como Usadel (6) ha propuesto para aunar los efectos inmediatos de la novocaína y los persistentes de la percaína.

(Continuará).



Estudio de la influencia de los agentes exteriores sobre el contagio ⁽¹⁾

por A. TRILLAT

Traducción y adaptación para REVISTA CLÍNICA CASTELLANA del
doctor Emilio ZAPATERO

Profesor auxiliar de Higiene en la Facultad de Medicina de Valladolid

Los agentes exteriores pueden actuar de dos maneras sobre el organismo: influenciando el organismo mismo cuya receptividad para los gérmenes, de los cuales muy frecuentemente ya es portador, es modificada; actuando sobre la vitalidad del germen contagioso antes de su siembra cuando está todavía expuesto o en suspensión en la atmósfera en estado de polvo seco o húmedo.

Desde la más remota antigüedad existe la observación de una relación entre el estado de salud y la marcha de las epidemias, con los factores meteorológicos. Ya Hipócrates en su *Tratado de los aires, de las aguas y de los lugares* distinguía enfermedades invernales y primaverales, por un lado, y estivales y otoñales por otro. Desde entonces, son innumerables las obser-

(1) De la *Revue d'Hygiène*. Tomo LIV, núms. 4 y 6. 1932.

vaciones de la aparición de las epidemias en coincidencia con los agentes atmosféricos, ya físicos (humedad, temperatura.....) ya químicos (ozono, ácido nítrico, productos gaseosos de la respiración...).

Desde luego existe un grupo de enfermedades sobre las cuales tienen las estaciones una influencia aunque indirecta: las transmitidas por insectos.

La estrecha asociación que existe entre todos estos factores complica tanto las observaciones epidemiológicas y meteorológicas que resulta imposible el estudio por separado.

Los agentes atmosféricos obran sobre el estado de salud de dos maneras: acción directa sobre el organismo, en el que determinan importantes modificaciones, y acción sobre los gérmenes patógenos en suspensión en el aire; en el primer caso, juega papel la receptividad, en el segundo el microbio. Ambas acciones pueden ser simultáneas.

La influencia del ambiente sobre el organismo puede manifestarse de diversas maneras: disminuyendo su facultad de resistencia, haciendo variar su capacidad respiratoria y presión osmótica, y modificando la composición de la hemoglobina y de los humores. El calor debilita la resistencia orgánica y favorece los brotes térmicos. La desecación, debida a la evaporación, provoca pérdidas hídricas, sensibles en los lactantes, y da lugar a manifestaciones térmicas y nerviosas (Mouriquand).

Los agentes exteriores pueden, como ya hemos indicado, actuar sobre la vitalidad del microbio en suspensión en el aire. Numerosos trabajos de estos últimos años han demostrado, por ejemplo, la influencia de los principales agentes atmosféricos sobre la conservación, multiplicación y transporte de diversos gérmenes patógenos en ciertas enfermedades, especialmente la influenza.

Los agentes exteriores pueden a la vez ejercer su influencia sobre el organismo y sobre los microbios; por una parte, haciendo al organismo más accesible a los gérmenes y por otra exaltando la vitalidad del microbio.

I

PRINCIPALES OBSERVACIONES REFERENTES A LA INFLUENCIA DE LOS AGENTES EXTERIORES SOBRE LAS ENFERMEDADES.

—El profesor Madsen, publica un trabajo (*Rithme saisonnier des maladies infectieuses*) que es un estudio sobre las enfermedades epidémicas en Dinamarca en el período de tiempo comprendido entre 1890 y 1927, según las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Hay que advertir que la documentación danesa se presta muy bien a un trabajo de este género por ser un país poco extenso, de diferencias climáticas poco marcadas y de contraste entre la población rural y la urbana menor que en otros países.

Los estudios de Madsen han recaído sobre las siguientes enfermedades: escarlatina, bronco-neumonía, gripe, tuberculosis, neumonía, encefalitis, poliomielitis, cólera, fiebre tifoidea, sarampión y coqueluche.

El citado autor ha podido determinar las épocas en que se produce el máximo de intensidad de dichas enfermedades y hace resaltar la coincidencia con las curvas obtenidas en otros países.

La gripe es una de las enfermedades que han conservado siempre su carácter epidémico. Las curvas estacionarias de la poliomielitis y de la meningitis cerebro-espinal se oponen diametralmente: el máximo de una corresponde al mínimo de la otra. El sarampión y la tos ferina no presentan fluctuaciones regulares y estacionarias sino que aparecen por olas a intervalos regulares.

Aparte estas dos enfermedades, ha demostrado Madsen que las otras enfermedades epidémicas aparecen con una regularidad sorprendente en relación con las estaciones. Así, la escarlatina, la difteria y la angina, forman un grupo que alcanza su máximo de Noviembre a Enero y su mínimo en Julio; los mismos caracteres presenta el reumatismo articular agudo; la gripe y la bronco-neumonía alcanzan el máximo en Febrero y el mínimo en Agosto, etc.

Las investigaciones de Fresnen, Sachsen y Lindhard ponen de manifiesto las modificaciones de la hemoglobina, y de la composición de la sangre, y las variaciones respiratorias en el curso del año. Madsen señala la concordancia sorprendente entre las fluctuaciones anuales de las enfermedades ordinarias de las vías respiratorias y las variaciones de la frecuencia respiratoria. Las variaciones de la luz imprimirían al organismo una serie de modificaciones de las cuales constituyen un ejemplo las señaladas para la hemoglobina y para la respiración.

El tenor en vitaminas de los alimentos varía también según las estaciones y la luminosidad.

Se puede resumir el trabajo de Madsen en la forma siguiente: una gran parte de nuestras enfermedades infecciosas cuando se establecen en una población, es decir, cuando se hacen endémicas, presentan una curva anual determinada que varía según las enfermedades. Hay motivos para creer que las causas esenciales de estos hechos residen en las variaciones de la resistencia del organismo en el curso de las estaciones, variaciones que, en último caso, dependerían según el autor, sobre todo, de las fluctuaciones de la luz.

Walter, director del Instituto Epidemiológico de Hamburgo, estudia las relaciones existentes entre la marcha de ciertas epidemias, como el tifus y el cólera, y la humidificación del suelo (2). Estudia la epidemia de tifus de 1926 en Alemania y deduce que se la puede atribuir al estado climático y a su influencia sobre la composición del suelo, su estado de humedad y la presencia de contaminaciones del mismo. Concluye que debe buscarse la causa original de las epidemias de tifus y de cólera en los agentes atmosféricos.

Teissier, de Lyon, estudia la influencia de la presión barométrica y la humedad en la epidemia gripal de 1889-90. Richter estudia una relación entre la presión barométrica y la mortalidad habiendo observado un sincronismo casi perfecto entre las curvas que le suministran las estadísticas.

Balestre, de Niza, estudia durante largos años la influencia de la humedad absoluta de la atmósfera sobre la marcha de la morbilidad por enfermedades de las vías respiratorias y de la fiebre tifoidea.

M. Besson ha publicado un trabajo sobre *les rations entre les elements météorologiques et la mortalité de Paris por maladie inflammatoire des organes de la respiration et diarrhée infantil*.

Nygge en 1930 (3) sostiene la influencia preponderante de los factores meteorológicos en la génesis de las epidemias de gripe y la frecuencia de las enfermedades del aparato respiratorio en Dinamarca.

Mouriquand y Carpentier, han estudiado extensamente en un trabajo muy notable un síndrome particular observado en los lactantes de la región lionesa bajo la influencia de los vientos del mediodía (4).

Páquet ha publicado un trabajo sobre *El papel de las estaciones y de las lluvias sobre la evolución de ciertas enfermedades transmisibles*. Sus observaciones recaen sobre un período de veinte años (1912-1931) y ha notado una recrudescencia de la fiebre tifoidea durante los años secos y un decrecimiento notable en el curso del año lluvioso; las condiciones más favorables para el desenvolvimiento de la fiebre tifoidea están determinadas por la sucesión de un período lluvioso a un período anormalmente seco.

Las exacerbaciones de la escarlatina sobrevienen en el curso de los meses lluviosos. La mortalidad por tuberculosis aparece aumentada durante los años lluviosos y disminuída en los secos.

En resumen, el trabajo de Páquet ilumina el mecanismo etiológico y el ritmo estacionario de la fiebre tifoidea y nos demuestra el papel de las lluvias y de la humedad atmosférica en la evolución de las enfermedades infecciosas.

Todavía podríamos citar un gran número de trabajos de diversos autores sobre observaciones de la acción de los agentes exteriores sobre la salud y el síndrome de las enfermedades, pero juzgamos suficientes los expuestos para abordar el estudio de estas influencias sobre el microbio aislado, lo que constituye la segunda parte de este trabajo.

II

INFLUENCIA DE LOS AGENTES SOBRE LA VITALIDAD DE LOS GERMENES EN SUSPENSION EN EL AIRE FUERA DEL ORGANISMO.—Sabemos que una multitud de enfermedades como el sarampión, la escarlatina, la difteria, la coqueluche, la gripe, la tuberculosis, etc., pueden provenir de una siembra de gérmenes en el organismo, bien por contacto directo, bien por inhalación...

Los microbios patógenos no existen naturalmente en el aire pero pueden estar abundantemente repartidos en las inmediaciones de un enfermo, en los lugares habitados, y sobre objetos de diferente naturaleza. Pueden por estas vías contaminar un organismo sano: tal es el fenómeno del contagio que va-

mos a examinar exclusivamente bajo el aspecto que es el objeto primordial del presente trabajo.

Los microbios patógenos sólo existen en el aire sobre soportes constituidos por partículas en suspensión en el mismo. Estas partículas se presentan bajo dos aspectos: polvo seco y polvo húmedo.

Los gérmenes no se encuentran generalmente en ellos en estado de aislamiento sino mezclados y asociados a toda clase de gérmenes extraños, saprofitos, hongos, etc. El polvo seco puede transformarse en húmedo, que es el prácticamente peligroso, sirviendo el germen microbiano de núcleo de condensación.

El polvo microbiano seco encierra el germen patógeno atenuado, por lo menos. El húmedo envuelto en un verdadero caldo (5) que le sirve de alimento y en el que conserva su actividad. No detallaremos las experiencias muy demostrativas (6) que confirman estos hechos.

En el contagio indirecto por mediación de objetos juegan también gran papel estas partículas, secas o húmedas, que existen en suspensión en el aire y que encierran gérmenes patógenos. En efecto sobre los vestidos, por ejemplo, (7) se depositan tales partículas cuyos gérmenes no tardarían en perecer si la humedad suministrada por la transpiración, por las exhalaciones de las glándulas sudoríparas, etc., no les proporcionara ambiente apropiado.

De este modo se encuentra legitimada la clasificación de los antiguos objetos *susceptibles* más o menos de transmitir las epidemias y, en efecto, se ha visto confirmada esta opinión por investigaciones sobre la adherencia de las gotitas microbianas según el soporte que las constituye, según la naturaleza del tejido, cuando se trata de ropas o vestidos, y por el análisis de los gases extraídos de los vestidos usados que revela la presencia de *gases-alimentos* (8).

Vamos a ver ahora qué origen tienen estas gotitas microbíferas y qué propiedades, en cuanto a dejarse influenciar por los agentes exteriores, y con ello puntualizaremos el valor, desde luego indirecto, que tiene el aire en epidemiología en relación con las modificaciones impresas por los agentes exteriores, objeto primordial de este trabajo.

Los polvos microbianos de la atmósfera y de los lugares habitados proceden principalmente del organismo humano (9). Se ha demostrado experimentalmente la existencia en las inmediaciones de un sér vivo la existencia de numerosas gotitas microbianas procedentes de toda intervención mecánica capaz de desprender los microbios del organismo sano o enfermo que les sirve de soporte. Así, el acto respiratorio, el de hablar, toser, etc., son otros tantos medios de siembra por la proyección de partículas, visibles o invisibles y de gotitas arrastradas por el aire desde los alveolos pulmonares o del moco que tapiza las vías aéreas de la faringe y de la nariz.

En el acto de hablar se proyectan gotitas que pueden dividirse en tres clases: 1.º Unas francamente visibles que caen rápidamente; 2.º Las menos visibles cuya trayectoria es de varios metros antes de caer al suelo (gotitas

de Flügge), también estudiadas ya hace años; 3.º las finas gotitas que escapan a la acción de la gravedad y que permanecen en suspensión en la atmósfera. Son estas las principalmente vehiculadas en la transmisión del contagio y cuyo régimen había pasado desapercibido hasta ahora (10).

Tales partículas en suspensión en el aire son influenciadas por los agentes atmosféricos:

Temperatura.—El enfriamiento brusco aumenta su peso, por condensación de la humedad en su superficie, y caen rápidamente al suelo, sobre los objetos, etc. (11)

Presión.—Las variaciones lentas de presión no tienen influencia ninguna, pero si la depresión es brusca se produce una caída casi instantánea. Las depresiones bruscas tienen otro efecto: producen desprendimiento de los gases contenidos en el suelo y cambian, por lo tanto, la composición química del aire cuyas consecuencias veremos luego (12).

Corrientes de aire y vientos.—El estudio experimental sobre atmósferas microbianas artificiales demuestra que los microbios son arrastrados con una velocidad menor que la del viento, y la corriente de aire tendría por efecto provocar una separación de gérmenes. Así por ejemplo, se ha podido separar por una corriente de aire levaduras y bacterias en un medio aéreo en el que estaban mezclados (13). El transporte de los microbios y por consiguiente su siembra a distancia puede realizarse por el movimiento natural del aire o por una diferencia de temperatura.

Humedad.—La forma vesicular del vapor de agua en la atmósfera tiene una gran importancia para el transporte y la multiplicación de los gérmenes (14).

Composición química del aire.—Las gotitas microbianas perderían rápidamente su actividad si la membrana de agua que las envuelve estuviese constituida únicamente por agua pura. Pero esta humedad repartida en el aire se impregna en la atmósfera de productos gaseosos procedentes de las descomposiciones orgánicas de todas clases y de la respiración, sirviendo entonces de alimento a los microbios y permitiendo su multiplicación en el seno mismo de la gotita.

Todos los hechos citados han sido comprobados experimentalmente en atmósferas microbianas artificiales y sobre animales colocados en estas atmósferas sobre las cuales se ejercían las influencias estudiadas.

Todas las observaciones y experiencias a que nos hemos referido, permiten concluir que el aire recientemente espirado constituye, por su humedad y sus emanaciones gaseosas, un medio ambiente favorable a la conservación, siembra y multiplicación de los microbios. Su papel en la propagación de las epidemias, como intermediario de los gérmenes contagiosos, aparece con un valor por lo menos igual al del contagio por las personas y los objetos.

Para que el contagio tenga lugar, es preciso una segunda condición y es que el organismo esté en condiciones de receptividad favorable: es entonces cuando interviene la resistencia del organismo que a su vez depende de

una multitud de factores. Todo el drama de la contaminación está dominado por esta cuestión de la receptividad y ésta es la que hace que el contagio no se realice más que muy raras veces dado el número de casos en que debiera producirse en las inmediaciones de un contagioso.

Las explicaciones precedentes explican por qué el contagio tiene lugar más fácilmente en el cuarto de un contagioso o en una sala de reunión. El aire de estos locales llena, en efecto, las condiciones favorables para la conservación y la multiplicación de los gérmenes en las gotitas microbianas: saturación de humedad, presencia de «gases-alimentos» procedentes de la respiración y siembra constante del aire por el organismo humano.

Otras condiciones como la temperatura pueden aumentar las probabilidades del contagio: su elevación facilita la multiplicación de los gérmenes mientras que su descenso tiene por efecto localizar los microbios en un objeto más frío, por ejemplo los vestidos de una persona que viene del exterior y penetra en la atmósfera más caliente del cuarto del enfermo.

Asimismo la diferencia de temperatura permite el traslado de lugar de las gotitas microbianas sin intermedio de personas.

* * *

RELACIONES METEORO-EPIDEMIOLOGICAS.—En la gráfica adjunta se ven perfectamente las relaciones de los factores meteorológicos con la marcha de la epidemia de gripe en Francia de 1889-90. Desde el mes de Junio (no representado en la gráfica) la curva de mortalidad se eleva rápidamente para alcanzar el máximum a fin de Diciembre. La curva de la humedad es casi paralela. La de la presión también presenta el máximum entre fin de Diciembre y primeros de Enero. La curva de temperatura es completamente opuesta a la de la mortalidad: la mayor mortalidad corresponde al punto más bajo de la curva de la temperatura. Los gráficos de otros países de Europa Central son idénticos: el máximum de mortalidad corresponde al máximum de humedad y al mínimum de temperatura (mayor facilidad para la formación y vida de las gotitas microbíferas y para su depósito rápido en vestidos, objetos, etc., que tienden a facilitar el contagio).

En el caso de la fiebre tifoidea se ha podido establecer una relación cierta entre las epidemias y la presión barométrica. Balestre ha establecido las estadísticas de las epidemias que han reinado en el litoral mediterráneo y ha demostrado que el máximum de morbilidad de la fiebre tifoidea corresponde a depresiones barométricas anormales.

De todo cuanto antecede y de otros trabajos y estudios que pudiéramos citar resultan las siguientes conclusiones:

1.^a La composición del aire y las emanaciones gaseosas por él repartidas ejercen una acción sobre la vitalidad de los microbios en suspensión en la atmósfera.

2.^a Los microbios incluidos en las gotitas microbíferas son extremada-

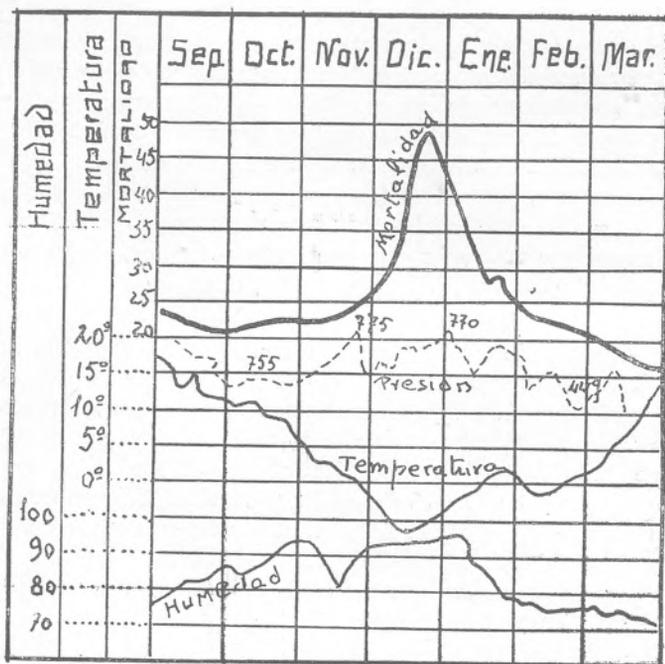
mente sensibles a los agentes físicos y cósmicos entre los cuales tiene papel preponderante el grado hidrométrico.

3.^a El aire espirado constituye un ambiente favorable para la siembra aérea de gérmenes.

4.^a Las gotitas microbianas escapan a la acción de la gravedad cuando son de dimensiones muy reducidas y en tal estado pueden ser transportadas

Epidemia de gripe 1889-90 - EUROPA CENTRAL

Relación de la curva epidémica de la gripe con las de humedad, presión y temperatura.



por los vientos, seleccionadas por los movimientos del aire, precipitadas por las depresiones bruscas y sobre las superficies más frías (como vestidos, objetos, etc.), cuando están a temperatura inferior a la del ambiente.

5.^a Estas mismas propiedades hacen resaltar las relaciones que existen entre las influencias meteorológicas y la marcha de las epidemias, permitiendo suponer que las leyes epidemiológicas de las enfermedades transmisibles por estos mecanismos están regidas por las de la física molecular.

7.^a En resumen: la influencia de los agentes exteriores sobre el contagio puede ser considerada bajo dos puntos de vista: a) bajo el punto de vista

de la receptividad del organismo ya sembrado y considerado como portador de gérmenes cuya vitalidad es susceptible de ser despertada; b) bajo el punto de vista de la influencia de los agentes exteriores sobre la vitalidad y la multiplicación de los gérmenes en suspensión en el aire y fuera del organismo.

OBRAS CONSULTADAS

- (1) De la *Revue d'Hygiene*. Tomo LIV, núms. 4 y 6. 1932.
 - (2) Estos estudios que vienen a resucitar los ya casi olvidados de Pettenkoffer, vuelven, como se ve, en la actualidad a poner sobre el tapete la cuestión de la influencia del suelo en el determinismo de las epidemias, en relación con las modificaciones de su humedad. Ahí está, entre otros, el trabajo de Levaditi, Villemin y Schmutz sobre la epidemia de poliomiélitis del bajo Rhin de 1930, en el que hacen estudios interesantes sobre el suelo, la capa de agua subterránea y sobre la temperatura y la humedad del aire en los diversos momentos de la epidemia. (N. del T.)
 - (3) *Acta Médica Scandinavia*. t. XXXII. 1930.
 - (4) Un estudio sobre el «Síndrome del viento del mediodía» se encuentra en *Atmosphère et Climats* de ROCHAIX. 1929. (N. del T.)
 - (5) Influence de la presence de treces infinitesimales de substances nutritives dans l'humidité de l'air sur la contagion. TRILLAT. *C. R. de l'Acad. des Sc.* 1920. Sur les propriétés différentes de gouttelettes sèches ou liquides. TRILLAT. Id. 1923.
 - (6) Experiences de transmission des epidémies par l'intermédiaire de l'air. TRILLAT. Id. 1920.
 - (7) Des conditions de transporte des germes morbides par les vêtements et les objets. TRILLAT. *Bull. de l'Acad. de Med.* 1915.
 - (8) TRILLAT ha demostrado que pueden existir en la atmósfera gases procedentes de las fermentaciones y descomposiciones, que formarían con las gotitas invisibles de vapor de agua una atmósfera microscópica alrededor de la partícula que sirve de soporte a los gérmenes, proporcionando a éstos verdaderos alimentos y desde luego un medio favorable para la conservación y el desenvolvimiento de los gérmenes incluidos en estas gotitas así constituidas por tales gases a los que por ello da el autor el nombre de «alimentos». (N. del T.)
 - (9) Etudes sur les poussières microbiennes de locaux habités. TRILLAT. *C. R. de l'Acad. des Sc.* 1915.
 - (10) «Sur le mecanisme de la contagion par les gouttelettes microbiennes». TRILLAT. *Bull. de l'Acad. de Med.* 1925.
 - (11) Experiences de transmission d'une epidemie chez les animaux par l'intermédiaire de l'air. Influence de la temperature. TRILLAT. Id. 1920.
 - (12) Influence de la variation de la pression barometrique sur les gouttelettes microbiennes en suspension dans l'air. TRILLAT. *C. R. de l'Acad. des Sc.* 1920.
 - (13) Séparation des microbes sous l'influence d'un courant d'air. TRILLAT. Id. 1914.
 - (14) «Sur les projections microbiennes dans l'air: Influence de l'humidité». TRILLAT. *C. R. de l'Acad. des Sc.* 1920.
- Influence de l'humidité et de l'état vesiculaire sur la diffusion des gouttelettes microbiennes dans l'air. TRILLAT. Id. 1922.
- 

El tratamiento endoscópico de las enfermedades supurativas de los bronquios y pulmones

(LIGEROS COMENTARIOS A UNA PONENCIA)

por el doctor M. GAVILÁN

Una de las Ponencias oficiales del II Congreso Internacional de Otorinolaringología celebrado recientemente en Madrid, la constituía el tratamiento endoscópico de las enfermedades supurativas de los bronquios y pulmones, de la que es autor el doctor Chevalier Jackson, de Filadelfia, de quien bien puede decirse, es, dentro de la especialidad, el más especializado en estas prácticas endoscópicas. Además de la Ponencia en la que condensa sus estudios sobre esta materia, ha repartido entre los congresistas unas proposiciones que como ya dice, no son conclusiones definitivas, sino más bien postulados para la discusión. La importancia de estos postulados y el interés que pueden ofrecer al médico general, me incitan a extractarlos aquí, aunque sólo sea con un breve comentario.

En primer lugar, todas las proposiciones son el resumen de un amplio estudio y revelan siempre la inocuidad de la broncoscopia, cuando ésta se practica por manos adiestradas en su técnica, cosa en la que ya hemos insistido en nuestras publicaciones sobre la materia, inocuidad que permite la repetición de la operación en el mismo enfermo, como tratamiento continuado y aun su realización en ciertas enfermedades en las que se hubiera considerado hasta hace poco tiempo como sumamente peligrosa.

Dice Ch. Jackson en una comparación ingeniosa, que el broncoscopio se encuentra en la misma relación con las enfermedades intratorácicas, que el espéculo vaginal con las enfermedades pelvianas. Un examen con el espéculo puede ser: a) negativo; b) puede demostrar una condición susceptible de tratarse a través del espéculo; c) puede revelar una afección tratable por medio de la radiación o de la fisioterapia; d) puede demostrar que debe ser tratada por la cirugía externa. Una relación paralela podría hacerse del examen con el broncoscopio en las enfermedades intratorácicas.

El resumen de sus postulados es el siguiente:

Que debe ser reconocida la obstrucción bronquial como factor etiológico, condición fundamental para el estudio y tratamiento de las enfermedades supurativas de los bronquios y pulmones. El broncoscopio nos proporciona la única manera de determinar el carácter de la obstrucción y es el único medio práctico para eliminarla.

No todos los casos observados son susceptibles de tratamiento broncoscópico, pero para poder determinar si está o no indicado este tratamiento, es necesario el diagnóstico endoscópico.

Entre las causas más frecuentes de supuración bronquial, están los tu-

mores benignos y malignos endobronquiales, mucho más los primeros, que a veces son simples excrescencias de tejidos crónicamente inflamados; su tratamiento se puede hacer por vía broncoscópica, incluso en los malignos, cuando se les reconoce tempranos y son pequeños.

No cabe duda que en las enfermedades supurativas de los bronquios y pulmones es de primordial importancia asegurar y mejorar en lo posible el drenaje y la ventilación pulmonar, y aquí, del mismo modo, que en otras cavidades, la vía preferible para el drenaje es la vía natural. La broncoscopia nos proporciona un medio excelente de vaciar el árbol bronquial, la aspiración broncoscópica; de esto deduce Chevalier Jackson la aplicación afortunada de esta técnica al tratamiento y a la profilaxis de varias enfermedades. La aspiración broncoscópica puede detener el progreso de un absceso del pulmón hacia la pleura.

El **asma** cuando va acompañado de supuración, por lo general se mejora con la aspiración; la obstrucción causada por las secreciones espesas y viscosas que acompañan al asma alérgico en sus primeros estadios, se resuelve con la aspiración broncoscópica, aliviando así a los enfermos de sus más molestos síntomas subjetivos.

Lo mismo la **neumonía** que la **bronconeumonía** son enfermedades que pueden en muchos casos mejorar con la aspiración broncoscópica. Especialmente en la bronconeumonía, los resultados suelen ser rápidos y en casi todos los casos, la mejoría se observa dentro de las 24 horas.

Llama Ch. Jackson fosa o **tanque séptico bronquiectásico**, al depósito de secreciones viscosas y sumamente espesas que llenan los bronquios bronquiectásicos y que no pueden ser expulsadas, en las condiciones subnormales de estos enfermos, sin sufrir un proceso de putrefacción que las desintegra parcialmente hasta hacerlas menos viscosas y espesas. La existencia de ese tanque séptico bronquiectásico se ha estudiado y demostrado en su clínica de broncoscopia, y el triunfo mayor de la aspiración broncoscópica ha sido su eliminación; por su medio se ha obtenido el pus, sin esperar a que el proceso de putrefacción disminuya su viscosidad y altere las paredes bronquiales, que es el precio a que se paga la evacuación natural.

La obtención del pus directamente del foco séptico para la preparación de autovacunas, la profilaxia de las bronquitis supurativas, bronquiectasias, tanque séptico bronquiectásico, etc., son todas aplicaciones de la aspiración broncoscópica. Pero todo este cuadro de indicaciones extensas y de maravillosos resultados de la broncoscopia, que para los no habituados a este medio de exploración y tratamiento pudiera parecer excesivo o por lo menos trazado bajo la inspiración de un entusiasmo exagerado por los propios métodos, es más bien el producto de una organización hospitalaria sin par, como la que disfruta Ch. Jackson. Por eso preconiza como punto esencial para la eficacia de sus proposiciones, que todo hospital grande debe tener un departamento de broncoscopia bien equipado y con personal bien organizado y especializado para poder actuar en todo momento.

Por lo demás, insiste en lo que ya hemos comentado en otra ocasión, con motivo de unos casos de cuerpos extraños bronquiales publicados por nosotros, donde decíamos que siguiendo los consejos de Ch. Jackson, hacíamos la broncoscopia en los niños sin anestesia general, con lo que disminuye grandemente el riesgo; y en que la broncoscopia por sí sola, no da ninguna mortalidad.



FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

POLICLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. — PROFESOR: DR. M. GAVILÁN

Contribución al conocimiento del tímpano azul; un caso más

por Sabino Rodríguez BERCERUELO, Profesor ayudante de clases prácticas

El tímpano azul, síndrome poco frecuente en la especialidad, descubierto en 1888 por Gruber con motivo de un enfermo (en el que observó dicha coloración y al practicar una miringotomía, hubo una gran hemorragia y una septicemia mortal) es una otopatía pasajera a veces, permanente otras, que depende del oído medio cuya principal característica y por la que únicamente se hace el diagnóstico es por su color azulado, de ahí el nombre con que todos los autores la designan a excepción del malogrado español doctor Rueda que en 1912 hace una publicación denominándola «paquitimpanitis hemorrágica».

Literatura.—A. Canapeia, dió a conocer dos casos clínicos de tímpano azul observados respectivamente en una niña de quince años y un muchacho de 16; supone el autor como únicas causas: la presencia del golfo de la yugular en la caja timpánica por imperfección de su suelo; la presencia de sangre en la caja, la existencia de mohos sobre la membrana y por último las varices timpánicas.

Briger descubrió un caso; más tarde Bergmann, otro; Bruch publicó un caso de hemotímpano; otros dos, Broch; Bourgeois tiene una observación sobre mujer hemofílica, otra publicación tiene Escat. V. Fempea cita un caso donde por otoscopia ve tres vasos sanguíneos espesos, demostrando las pruebas funcionales una sordera de conducción bastante manifiesta en el lado afecto; hay varios publicados también de Rohrer, Seligmann y Gomperz.

F. Richman (Brooklin) ha publicado otro caso de angioma del tímpano con tres prominencias esferoidales rojas sitas en el cuadrante posterosuperior de la membrana, pero ocultando el martillo casi por completo dando al ser puncionado sangre escasa de fácil hemostasia y que curó por radiumterapia.

Helphen operó de vaciamiento ático-antral a una niña a quien diagnosticó de tímpano azul, encontrándose un tumor quístico que ocupaba la caja prolongándose por áditus ad antrum hasta antro mastoideo, su consistencia era semiblanda contenía cristales de colesiterina bañados por un líquido obscuro. Para terminar con la literatura que arroja un total de veinte casos perfectamente conocidos, mencionaré a Sloboonk que observó en un total de 3.800 reconocimientos practicados en un año, tres enfermos, dos de ellos con tímpano azul en ambos lados, el tercero en el lado derecho solamente.

El caso observado en nuestra Policlínica.—Se trata de un hombre (M. C.), de 59 años, natural de Renedo de Esgueva y casado; en sus antecedentes familiares no hay nada notable, asegura la no existencia de sordos en la familia; él gozó de excelente salud hasta el mes de abril último que comienza con zumbidos y sordera en O. I.; transcurridos ocho días nota en O. D. la misma sintomatología, esto coincide con una coriza que asegura padeció entonces. Nos consultó por primera vez el 6 de Julio del corriente año y nos cuenta que no han cesado las molestias sino que se han recrudecido, sobre todo en el oído derecho. A la exploración otológica nos encontramos con la ausencia de paracusia de Willis, de Webber y Bonier con Gellé negativo, con signo de Fröchel y Escat negativo, al examen con reloj, voz alta y cuchicheada se observa ligera sordera, algo más intensa en O. D.; es muy manifiesta la no percepción del lenguaje articulado; el límite superior está normal en ambos oídos, el límite inferior es de C. 16 en O. D. y de C. 16 en O. I., la prueba de Rinne demuestra que la P. O. es menor que la P. A., el Weber está lateralizado al lado derecho, el Schwabach no se halla prolongado: por otoscopia percibo conductos amplios exentos de cerumen, la membrana en O. I. tiene color normal, sin cono luminoso y pliegues tímpano-maleolares marcados; el O. D. por el contrario presenta franco color azul más oscuro en los cuadrantes posterosuperior y posteroinferior, no hay abombamiento ni se modifica la imagen con los cambios de posición de la cabeza, no hay tampoco latido ni se observa aumento del color al presionar en yugular interna. En nariz hay una rinitis aguda en fase última, diagnosticamos de catarro de trompa después de demostrar su impermeabilidad al cateterismo y «tímpano azul en oído derecho».

¿Se trata de procedencia de la yugular?—Analizando el origen, trayecto y calibre del tronco de la yugular interna que como sabemos comienza en el agujero rasgado posterior donde se continúa con el seno lateral, nos encontramos; que está primero hacia abajo y hacia delante, después descendiendo verticalmente hasta el cuello, el calibre de este trozo no es igual sino que aumenta de grosor de arriba abajo a medida que recibe nuevas ramas colaterales. Pero además, y esto es lo importante, presenta dos dilataciones constantes independiente de todo nuevo aflujo de sangre situadas en las extremidades de la vena; la dilatación superior que es la que nos interesa, constituye la extremidad superior de la vena y ocupa la fosa yugular, es lo llamado por los anatómicos «golfo de la yugular»; esta fosa está excavada en el peñasco

por debajo de la caja del tímpano, constituye por tanto su suelo, hay una delgada lámina ósea que a veces se hace dehiscente, como dice Canapeia, dejando sobresalir el golfo en la cavidad timpánica. Esta propulsión del bulbo de la yugular daría el tinte azulado que apreciamos por otoscopia, pero algunas veces puede considerarse insuficiente esta propulsión y admitir una dilatación secundaria y ésta sí que justificaría el síndrome tal y como lo describen Frimarchi, Saligman y Gomperz, ocupando la totalidad de la imagen otoscópica. Dos condiciones o causas intervienen en la dilatación: 1.^a una presión sanguínea anormal ejercida sobre las paredes; 2.^a un estado morbozo de estas paredes. De estos dos factores etiológicos (ninguno de los cuales ha sido observado en nuestro caso) el primero de orden puramente mecánico, es, sin dúplica alguna insuficiente, sólo obra en condiciones favorables que pueden ser o un defecto de origen anatómico cual es la insuficiencia valvular de la vena o las compresiones inmediatamente por debajo del golfo por algún órgano vecino; el segundo en el que las alteraciones de la pared venosa desempeñan un papel principal en la dilatación de la pared de la vena cuya calidad es la que representa la condición etiológica inicial, para que aquella flaquee y ceda es preciso que «la estructura venosa esté alterada» y por estas modificaciones parietales es como se puede explicar la influencia de algunas causas perfectamente determinadas por los clásicos. Tales son ciertos estados diatésicos (artritis especialmente), ciertas toxinemias (tifoidea) y ciertas intoxicaciones crónicas (alcoholismo, saturnismo y pelagra) cuyos productos irritantes obran sobre la pared de la vena y por transformación esclerosa de las tunicas vasculares, preparan su dilatación patológica.

Otras causas.—Pero en nuestro caso ni hay tumoración compresiva, ni diátesis, ni tampoco hemos podido comprobar los síntomas que señala el doctor Lerena Benito para la propulsión del bulbo de la yugular. Por ello nosotros suponimos que las más de las veces la causa está en la vena donde como supone Canapeia colaborarían algún proceso destructivo del hueso (osteitis rarefaciente) o anomalía de la fosita del mismo nombre, no podemos desechar otras causas provocadoras del tímpano azul que en orden de su frecuencia mencionaremos; la hemorragia en la caja que ya Pérez Mateos la concedió tan frecuente como la prociencia del bulbo y otras más raras y que algunos otomicosis, varices de la membrana del tímpano la hiperemia de la pared laberíntica que se presenta a veces en los procesos de oto-esclerosis, ciertas neoplasias como el caso de Helfhen anteriormente citado, los angiomas del tímpano como el caso de Richmann, la existencia de exudados gelatinosos dentro de la caja y la presencia de sustancias de igual color que intencionadamente o desapercibidas (en los niños) penetren por conducto.

Hemotímpano.—Descartada la primera causa y considerando estas últimas como más raras nos hace pensar que el caso nuestro sea un hemotímpano, sospecha que aclaramos en la evolución sufrida por el color azul negro primero, luego apizarrado, después azul verdoso, posteriormente ama-

rilento, progresivamente más claro y sufriendo degradaciones lentas y raras propias de estar al abrigo de la luz hasta tomar el tinte del otro lado.

Mecanismo de producción.—Admitido pues el hemotímpano, cábenos investigar su mecanismo de producción, es decir, el sitio de donde procede la sangre derramada y cómo se produjo la hemorragia. La sangre sita en ese sitio o procede del mismo oído o de las regiones vecinas (trompa, cavum) en cuanto al mecanismo ha de pensarse en un traumatismo de cráneo, fractura de mastoides, bofetada sobre el oído con desgarros de mucosa, etc., etc., y sobre todo en procesos gripales, ya que la toxemia gripal entraña una congestión intensa con su típico carácter hemorrágico, que cuando ocurre en oído medio y no hay perforación, es decir, existe una absoluta integridad de la membrana del tímpano, da lugar a un color negro azulado como el de nuestro caso, donde también repasando la historia de nuestro enfermo encontramos que no ha habido traumatismo existiendo sin embargo las dos veces que se queja de los oídos, congestiones de nariz y a la vez que fué visto por nosotros comprobamos la permeabilidad de las trompas.

Conclusión.—Todo ello nos hace afirmar que éste fué un caso de tímpano azul postgripal proceso que ha de repetirse con más facilidad que lo que hasta ahora se cree, solamente que pasarán desapercibidos por la benignidad de los síntomas que no son los suficientes que hagan acudir al enfermo a consultar al especialista.

Tratamiento.—El presente caso curó con aireación del oído medio por cateterismo de trompa primero y método de Politzer posteriormente, más un tratamiento antiséptico y descongestivo nasal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONIA LERENA BENITO.—Un nouveau cas de tympan bleu (1.^o Congres de la Soc. O. R. L. Latina. Madrid 7-8 Octobre 1929).

CANAPELE.—Il tympano bleu (Atti Cong. Soc. Ital. laringol, etc. 1907) Pavia 1908.

T. HUNERMANN.—Blue discoloration of right concha tympanic and pharyngeal mucosa hemangioma (Ztschr. f. Hals Nasen u. Ohrenh 22.—284-292. Novembre 10, 1928).

J. K. LOWE.—Blue pigmentation of the tympanic membrane (Glasgow M. J. 1907, LXVIII, 274-277, é pl.)

G. E. SHAMBOUCH.—Blue drum membrane (Arch. oto laryngol. 10.—238-240. Septembre 1929).

J. E. SHEPPARD.—Dislocation of drum membrane (Ann. oto rhinol. et Laryngol St. Louis 1914, XXIII. P. 480).

A. TRIMARCHI.—Il timpano bleu (Arch. Ital. di otol. etc. Torino 1922, XXXIII. P. 98-103).

V. FEMPEA.—Un cas rare de varices du tympan. (Annales des maladies de l'oreille du larynx du nez et du pharyng, página 625. Junio 1925).

F. RICHMAN.—(Brooklin). Report of case of vascular tumor of the membrane tympani.

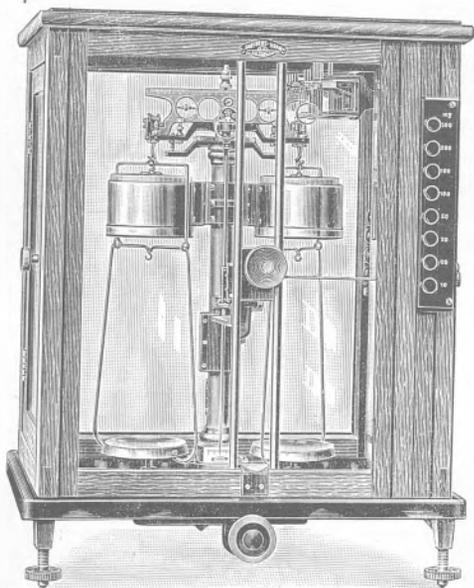


CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

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



Balanza de precisión SARTORIUS, modelo D. 3,
con amortiguadores de aire, lupa de lectura y dispo-
sitivo 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. Lücrs
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

V Asamblea de la Liga Española de Higiene mental y VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras

SESION INAUGURAL

El día 2 de Octubre se celebró en el Paraninfo de la Universidad de Granada, la sesión inaugural de la V Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental y VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Presidió el director general de Beneficencia. Habló primero el alcalde, que dirigió un cordial saludo a los congresistas en nombre de la ciudad y del Ayuntamiento. A continuación, el vicepresidente de la Diputación, dió la bienvenida a los asambleístas en nombre de la corporación provincial. Destaca el interés que la Diputación de Granada se ha tomado por las cuestiones médicas, como lo prueba el estarse construyendo, por un acuerdo «ad hoc» de la Corporación, un edificio manicomial que ha de invertir más de dos millones de pesetas, edificio que se destinará al más delicado y científico tratamiento de los enfermos mentales.

Luego habla el vicerrector de la Universidad, que hace resaltar el hecho de coincidir la iniciación de los trabajos de esta Asamblea de la Liga de Higiene Mental y la Asociación de Neuropsiquiatras con la celebración del IV Centenario de la Universidad. Se congratula de la elección de este centro para las sesiones del Congreso, elección que constituye por parte de los asambleístas un delicado y espiritual homenaje a la idea universitaria.

Le sucede en el uso de la palabra, el decano de la Facultad de Medicina, que saluda a los congresistas, y pone de relieve el interés que en el mundo de la ciencia representa la psiquiatría.

A continuación, habla en nombre de los congresistas el doctor Rodríguez Arias, que se expresa en los siguientes términos:

«La República, emprendiendo una labor de reforma integral, inspirada en un gran sentido revolucionario, ha consagrado el principal objeto de nuestros desvelos y asistencias sociales. De ello es muestra la creación del Consejo Superior Psiquiátrico, la del título de enfermero psiquiátrico y otras disposiciones complementarias que redundan en interés de nuestra ciencia, bajo el doble aspecto de la terapéutica y de la profilaxis de los enfermos mentales.»

A continuación el orador se extiende en consideraciones científicas sobre el estudio nacional de la Psiquiatría, especialmente de la Psiquiatría forense, que ofrece un espectáculo de total complejidad. La higiene mental requiere una transformación fundamental, revolucionaria, para que sus beneficios se noten en todo el territorio español.

Se refiere al arduo problema que, en el aspecto médico oficial, representa

la concesión de la autonomía a algunas regiones, pensando a este propósito en las Ligas autónomas de Australia y Canadá. Este caso se repite ahora en España al ser reconocida a Cataluña su personalidad regional en el Estatuto recién aprobado por las Cortes constituyentes. Barcelona, sede oficial de la ciencia psiquiátrica, por haberse iniciado en ella nuestros trabajos de asamblea en 1926, guardará con las demás regiones una relación estrecha de colaboración científica, aunando así los esfuerzos del Estado y de la región.

Después el disertante trata del decreto de 3 de Julio de 1931, altamente beneficioso para la Psiquiatría, y habla de la necesidad de realizar una transformación honda y eficaz en la vida sanitaria española.

Evoca luego la figura gloriosa del doctor Sanchis Banús. A continuación, se refiere a los congresos de alienistas celebrados en el extranjero, a los que han asistido representaciones españolas, y trata de la radical evolución del progreso psiquiátrico en los diversos países a través de la historia.

Y finaliza su elocuente disertación afirmando que los asambleístas de Higiene Mental y Neuropsiquiatría han de inspirar sus actos en el amor a la República, que es el amor a la patria nueva, a la Ciencia y a la Sociedad.

Después de darse lectura a las adhesiones recibidas, la presidencia concede la palabra al doctor Germain, que comienza recordando a los psiquiatras que faltan desde que se celebró la anterior Asamblea: Santos Rubiano, verdadero paladín de la Liga de Higiene Mental, que confeccionó poco antes de morir un proyecto de Estatutos de la Liga, y Sanchis Banús, el gran autodidacto, el incomparable maestro, el miembro activísimo de nuestro Consejo directivo, verdadero modelo de las jóvenes generaciones estudiantiles, cuyo nombre va unido gloriosamente al movimiento de higiene mental.

Habla después de la labor de los psiquiatras españoles desde hace años, recordando el desencanto producido después del Congreso de Barcelona, al ver que las leyes psiquiátricas propuestas no merecían la menor atención a los Poderes públicos. En Abril de 1931 se celebraba la Semana de Higiene Mental. En plena celebración sobrevino el cambio de régimen, y desde entonces todo cambia radicalmente. Lo que ayer era desatendido, despreciado, olvidado, ahora es objeto de un estudio atento, interesado, cariñoso. Desde las alturas oficiales se demuestra un gran interés por las cuestiones psiquiátricas, iniciando el camino de esta reivindicación científica don Miguel Maura Gamazo, ministro de la Gobernación; el profesor Recasens, director general de Administración local, y el doctor Pascua, director general de Sanidad, que desde la instauración de la República dieron vida legal, vida efectiva, a los proyectos que desde tanto tiempo estaban sepultados en el Ministerio de la Gobernación. El orador pide un aplauso para los señores Maura, Recasens y Pascua.

Por último, el señor Germain se refiere a las conclusiones de la Semana de Higiene Mental, en las que figuran la prohibición de interpretar música en una casa sin permiso de los demás vecinos, la restricción del uso de la bocina en las calles, la abstención por parte de la Prensa de insertar anuncios de curanderos y relatos de crímenes pasionales, etc., etc. El conferenciante

termina destacando el relieve internacional de la Psiquiatría y su evolución a través de la historia de los países.

Le siguió en el uso de la palabra el presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, doctor López Albo, que, comienza poniendo de relieve, el afán cultural de los componentes de la Asociación, fieles intérpretes de los anhelos de las nuevas generaciones médicas y elemento de la formación del psiquiatra y del neurólogo en España.

Estudia las necesidades científicas nacionales en el orden psiquiátrico, señalando la necesidad de que por el Ministerio de Instrucción pública se creen cátedras de Neurología y Neuropsiquiatría en nuestras Facultades de Medicina y que por los organismos sanitarios del Ministerio de la Gobernación se intensifique el servicio psiquiátrico, mediante la creación de clínicas neuropsiquiátricas e higiénicomentales. A juicio del orador, el estudio colectivo de los problemas básicos de la Psiquiatría está muy descuidado en España.

Se refiere a la trascendencia del cambio del régimen político en el terreno científico. La República ha beneficiado—dice—la asistencia psiquiátrica.

Le sigue en el uso de la palabra el presidente de la Liga Española de Higiene Mental, doctor Gimeno Riera, que se ocupa del aspecto internacional de la Psiquiatría, refiriéndose a la labor higiénica que se desarrolla en los países de Europa y América. Trata del estado en que se encuentra en España el desarrollo de esta ciencia, haciendo mención del tono despectivo con que antes se consideraban estas cuestiones de tan alta importancia. La instauración de la República marca una ruta nueva, consiguiéndose en el nuevo régimen la aprobación de los proyectos fundamentales de los psiquiatras españoles.

Por último, hace uso de la palabra el director general de Beneficencia y catedrático de Derecho penal, don Emilio González López.

El éxito político de este Congreso—dice—(el científico está descontado), no puede ser tan considerable como en la ocasión presente. El Gobierno de la República ha llevado ya a la realidad de la organización administrativa la Dirección general de Beneficencia, y va a dar próxima vida administrativa a la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Social. Con ello satisface las aspiraciones de toda una clase y favorece, estimula y engrandece la Sanidad y la Beneficencia españolas. Y no sólo el Gobierno de la República, al dar forma a estas aspiraciones, favorece la Sanidad y la Beneficencia, sino que también establece nuevas normas en orientación de estos organismos. Es decir, lo que antes estaba desorganizado por falta de vehículo apropiado, toma realidad mediante nuevos organismos administrativos, y éstos se encuentran con eficaces normas de orientación, con nuevos cauces.

El Gobierno de la República ha creado el Consejo Superior de Psiquiatría y se propone llegar a la promulgación de una ley de Inspección de la Asistencia Benéfica privada, provincial y municipal, pues el Estado debe controlar todos los organismos que de él dependen para que las reformas administrativas introducidas tengan eficacia.

CONFERENCIA DEL DOCTOR SACRISTAN

Después de la sesión inaugural, los asistentes se trasladaron a la cátedra de Historia del Arte, en la Facultad de Filosofía y Letras, donde el director del Manicomio de Ciempozuelos, doctor don José María Sacristán, explanó una amena e interesante conferencia acerca de *Pasado y presente de la existencia psiquiátrica*. En su trabajo, el doctor Sacristán hizo un detallado estudio de la vida manicomial desde los más remotos tiempos hasta el presente, ilustrándolo con proyecciones demostrativas de los adelantos que en esta cuestión se han conseguido. Insistió grandemente en describir, para elogiarlo, el procedimiento iniciado por Simón de la terapéutica activa como medio de mejoramiento de los enfermos psíquicos.

SESIONES DEL DIA 3

Ocuparon la Presidencia los doctores Sacristán y Alvarez de Toledo, actuando de secretario el doctor Rodríguez Arias. Se dió lectura a la Ponencia de la Asociación: *Síndromes esquizofrénicos no procesales*, a cargo del joven doctor J. M. Aldama, jefe de los Servicios de Psiquiatría de la Casa de Salud Valdecilla.

Intervinieron en la discusión los doctores Sacristán, Garma, Salas, Prados, Valenciano, Rey, Lafora, Sarró, González Pinto, Mira y Alberca.

Se suspendió unos momentos la sesión, para asistir los congresistas al acto conmemorativo del centenario de la Universidad granadina. Acabado éste se reanudan las tareas, leyéndose las comunicaciones del doctor Valenciano sobre *Esquizofrénicas procesales*, y la del doctor Albarca acerca de *Contribución al estudio del síndrome Lawrence-Biedl*. A las dos de la tarde se suspendió la sesión.

A las cuatro de la tarde, bajo la presidencia de los doctores Mira y Ortega Montero, actuando de secretario el doctor Ortiz Ramos. Se dió lectura a la Ponencia de los doctores Garró, de Barcelona, y González Pinto, de Bilbao, acerca del tema *Régimen de los manicomios públicos que alberga enfermos de Beneficencia*. La discusión de esta Ponencia fué extraordinariamente movida, interviniendo en la misma casi todos los asambleístas.

Se reanudan las tareas a las siete de la tarde, terminándose la discusión de esta Ponencia. Después se dió lectura a la comunicación del doctor A Garma, de Madrid, acerca de *Psicología de la aclaración de la sexualidad en el niño*, y la del doctor E. Mira, de Barcelona, sobre *Exposición comentada de las experiencias de Verner Wolf (Berlín) para el estudio caracterológico*. Dado lo avanzado de la hora se levantó la sesión, quedando por discutir varias comunicaciones.

SESIONES DEL DIA 4

A las nueve de la mañana, y bajo la presidencia de los doctores Lafora y Mira y actuando de secretarios los doctores Rodríguez Arias y Rey Ardid, se dió lectura a la Ponencia del doctor López Albo, de Bilbao, acerca del tema *Parasitosis del neuroeje*. Intervinieron en la discusión los doctores Torres López

y López-Neyra (quien aportó sugerencias y datos de las investigaciones y trabajos que personalmente está llevando a cabo en su laboratorio de la Facultad de Farmacia de Granada), Díaz Gómez, Bueno, Prados, Alberca, Gotor y Guija.

A continuación se procedió a la lectura de comunicaciones. El doctor Bueno, de San Sebastián, presentó una acerca de *Siringobulbias*; el doctor Gotor, otra sobre el *Tratamiento de la epilepsia*; Prados Such habló sobre los *Síntomas nerviosos de las policitemias*; Rodríguez Arias presentó otra en colaboración de Gatasús; Pons Balmes y Juncosa, de Barcelona, sobre *Estudio comparativo del líquido cisternal y lumbar en la parálisis general progresivas*, interviniendo el doctor Gay, confirmando las conclusiones de la comunicación. El doctor Alberca aportó *Un caso de encefalitis post-sarampionosa de curso atípico*; López Albo, otra sobre *Parálisis tardía del cubital consecutivas a fracturas de la epitroclea, curada por intervención quirúrgica*; Tolosa habló acerca del *Valor de la ventriculografía en el diagnóstico de los tumores cerebrales*, y Rojas Ballesteros, de Granada, trató de los *Valores calcio potasio en la sangre de los parkinsonianos post-encefalicos*.

A las tres y media de la tarde se reanudan las sesiones, preside Gimeno Riera y actúa de secretario Torres López. El doctor Huertas y González del Campillo, de Madrid, dió lectura a su trabajo acerca de *Organización de la asistencia gratuita a los toxicómanos pobres*, que condensó en las siguientes conclusiones:

Resolver con toda premura posible la renovación de todos los establecimientos de Beneficencia, ejerciendo sobre las Diputaciones provinciales cuantas acciones sean posibles.

Declaración obligatoria de todas las toxicomanías.

Facilitar el ingreso de los toxicómanos en los establecimientos psiquiátricos benéficos, a lo cual van dirigidos:

- a) El funcionamiento inmediato del Patronato de Asistencia Social.
- b) La creación del certificado psiquiátrico gratuito.
- c) La estimulación de la acción pública para el ingreso de los enfermos psíquicos mediante las intensas propagandas de Higiene Mental, la divulgación en los centros médicos benéficos de la ley y la estimulación del celo y urgencia de los funcionarios para cumplimentar el artículo 21 de la misma.

La prestación de auxilios económicos a las familias de los toxicómanos en cura.

Abierta discusión, intervinieron los doctores Vallejo y Mira.

Después se pasó a la lectura de comunicaciones.

El doctor Mira hizo una *Exposición comentada de las experiencias de Werner-Wolf (Berlín)*, para el estudio caracterológico, interviniendo el doctor Sarro.

El doctor Vallejo habló de *Saturnismo e higiene mental*, y el doctor González Pinto, de Madrid, trató de *Enseñanza práctica de los enfermeros psiquiátricos*.

A las seis y media se reanudan nuevamente las tareas, bajo la presidencia de Lafora y Aldama, actuando de secretario el doctor Rojas. El doctor Fúster da lectura a su comunicación sobre *Los delincuentes condenados por delitos contra las personas, ante la prueba psicológica de penalización de los delitos*.

El doctor Vallejo da lectura a su comunicación, en colaboración con el doctor Gorriz, sobre *La asistencia extramanicomial*, y el doctor Mira expone la suya sobre *La nueva concepción experimental de la conducta moral*, interviniendo los doctores Sarró y Lafora.

El señor Requena habló sobre *Anejos psiquiátricos en las prisiones y sanatorio psiquiátrico penitenciario: urgente necesidad de su creación*.

El doctor Fuster dió lectura a su comunicación sobre *Los anejos psiquiátricos en las cárceles*.

SESIONES DEL DIA 5

A las nueve, se continuó la lectura de las comunicaciones que quedaban por leer y que correspondían a los doctores Rey Ardid, de Zaragoza; García de la Piñera; López Albo, y Alberca.

El primero, trató sobre la *Organización práctica de la terapéutica activa en los manicomios españoles*. Esta Ponencia, fué muy interesante y en la discusión de ella, intervinieron numerosos congresistas, que hicieron atinadas observaciones sobre tan interesante materia.

El señor García de la Piñera disertó sobre *La organización práctica de la terapéutica por el trabajo en los manicomios españoles*.

El señor López Albo *La terapéutica por el trabajo en Gutersloh y los manicomios holandeses: su adaptación al nuevo manicomio de Vizcaya* y el señor Alberca sobre *La intervención de las Inspecciones provinciales de Sanidad en cuestiones psiquiátricas*.

En esta Ponencia, también intervinieron buen número de congresistas, que aportaron datos de verdadero interés.

A las ocho de la noche se celebró en el Paraninfo la sesión de clausura, presidiendo el doctor Gimeno Riera. Se dió cuenta de la imposibilidad de que en esta sesión, tomaran parte los señores Maraón y Pascua, que se habían excusado, por serles imposible venir a Granada.

Varios de los señores congresistas hicieron uso de la palabra en la sección de ruegos y preguntas, y uno de ellos presentó una interesante proposición sobre la situación de los manicomios y de los enfermos en los manicomios del Protectorado español en Marruecos.

Después de intervenir varios señores en la discusión se acordó que se haga una información sobre este asunto y que lo que resulte se eleve al Consejo Superior Psiquiátrico, para que haga la oportuna propuesta a los Poderes públicos.

A las nueve de la noche se suspendió por cinco minutos la sesión y se reanudó a las nueve y cuarto.

Levantándose definitivamente la sesión a las diez de la noche, después de pronunciarse discursos.

LABORATORIOS VIAN

Doctor B. Roig Perelló
San Pablo, 33 - BARCELONA

los FERMENTOS LÁCTICOS VIAN

(cada tubo de 2 cc. contiene 500 millones de B. lácticos y búlgaros, seleccionados, puros y vivos) a la dosis de 3-4 tubos por día, en ayunas y antes de las comidas, mezclados con leche o agua lactosada, CURAN:

Gastro enteritis. Diarrea verde infantil. Enterocolitis. Cirrosis hepática. Trastornos nerviosos de origen intestinal. Dermatitis, etc.

BACTERIOFAGOS VIAN

Antitífico - Antiparatífico A y B
Antidisentérico - Anticolibacilar

(vía hipodérmica y gástrica)

Anticolibacilar polivalente

(caja de 10 ampollas de 10 cc.)

de intensa acción lísica sobre el B. coli, en las afecciones de los aparatos digestivo y urinario. Colitis, Sigmoiditis, Gastroenteritis, Colicistitis, Congestiones hepáticas, etcétera, Pielonefritis, Pielitis, Cistitis; Prostatitis, Uretritis, etcetera.

Antiestafilo-estreptocócico

Indicado en el tratamiento de Antrax - Forunculosis - Orzuelos - Pleuresía estreptocócica o estafilocócica - Salpingitis - Fiebre puerperal - Úlcera gastro-duodenal, etc.

¡ un acierto
en dietética !

como alimento normal

es el complemento preciso de la leche, asegurando su digestión y aportando calorías (maltosa, dextrina, albúmina), vitaminas, fosfatos, sales de hierro y calcio naturales y asimilables.

como tratamiento

de la dispepsia, colitis y enterocolitis, en los trastornos por putrefacción y en otros muchos que no responden a tratamientos clásicos y doctrinales este régimen, cómodo, agradable y económico, le proporcionará seguros éxitos y agradables sorpresas.



MALTARINA

El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - REINOSA -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos

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 angiolcolitis (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

Las conclusiones aprobadas son las siguientes:

1.º La V Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental acuerda proponer a los Poderes públicos que se declare obligatoria la terapéutica de ocupación en los establecimientos psiquiátricos, mientras responda a finalidades terapéuticas, perseguidas científicamente.

2.º Que el Estado inste a las Diputaciones para que creen sus granjas agrícolas como anejos manicomiales para instaurar la terapéutica del trabajo.

3.º Solicitar de los Poderes públicos las mayores facilidades a la Diputación provincial de Granada, para que cuánto antes pueda ser un hecho la instalación del nuevo Manicomio provincial.

Se designaron además las Ponencias y ponentes para la Asamblea de Oviedo, figurando entre los ponentes el catedrático de Medicina Legal, don Ramón Álvarez, de Toledo, quien tiene a su cargo un *Estudio sobre el suicidio en España, desde el punto de vista social*.

Se convino en hacer una información al Consejo Psiquiátrico, respecto al problema psiquiátrico en Marruecos.

Se procedió a la renovación de cargos de la directiva, eligiéndose por aclamación presidente honorario de la Liga al doctor Ramón y Cajal, presidente efectivo al doctor Fernández Sanz, vicepresidente segundo al doctor Sacristán, vicesecretario primero al doctor Torres López (reelegido) y vocales a los doctores Nieto y Gotor, tesorero al doctor Garma.



El II Congreso Internacional de Otorrinolaringología

Durante los días 27 al 30 de Septiembre último se ha celebrado en Madrid el II Congreso Internacional de Otorrinolaringología, presidido por el profesor Tapia.

Esta magna Asamblea científica ha reunido un número considerable de especialistas, siendo aproximado a 500 el de miembros participantes, y más de 200 el de agregados.

La sesión inaugural así como las científicas, tuvieron lugar en el Círculo de Bellas Artes, que lo mismo por su belleza que por sus comodidades, ha constituido un marco insuperable para todos los actos. La primera de estas sesiones, revestida de gran solemnidad, fué presidida por S. E. el Presidente de la República; habló en primer lugar el profesor Tapia, que pronunció un elocuente discurso, después, el secretario general doctor A. Fumagallo, expuso los trabajos realizados por el Comité de organización; a continuación hizo uso de la palabra el profesor Chevalier Jackson, de Filadelfia, en nombre de los congresistas extranjeros y, finalmente, S. E. el Presidente de la República declaró abierto el Congreso, después de dirigir a los congresistas unas elocuen-

tes palabras. Las sesiones sucesivas se destinaron a la exposición y discusión de las Ponencias oficiales y diversas comunicaciones. Las Ponencias oficiales del Congreso fueron: primeramente la *Otoespongiosis*, cuyo estudio anatómopatológico, clínico, etc., estaba confiado a Otto Mayer, de Viena; Fraser, de Edimburgo, y Gordon Wilson, de Chicago, cuya autoridad en la materia es conocida de todos los otólogos. El segundo tema era el *Ocena*, estudiado también en todos sus aspectos por Costiniu, de Bucarest; Leroux-Robert, de París; Vigo Schmidt, de Copenhague; Lautenschlaeger, de Berlín; Torrini, de Florencia, y Trimarchi, de Cremona. El *Escleroma* constituía la tercera Ponencia y su estudio confiado a un Comité especial propuesto por el profesor Belinoff, de Sofía, y formado por los doctores Szmurlo, de Wilno; Sercer, de Zagreb; Lasagna, de Parma; Burack, de Minsck; Hajeck, de Viena; Barraud, de Lausanne; Zalewsky, de Liwow; Poutchowsky, de Kiew; Streit y Neuber, de Debrecen. La cuarta Ponencia que se refiere al *Tratamiento endoscópico de las afecciones inflamatorias bronco-pulmonares y al tratamiento de las lesiones inflamatorias del esófago y su vecindad provocadas por los cuerpos extraños*, fué sostenida, respectivamente, por Chevalier Jackson, de Filadelfia, y von Eiken, de Berlín. El quinto y último tema se refería al *Tratamiento de los tumores malignos en O. R. L. por las radiaciones penetrantes* (rayos X y radium), su exposición estuvo confiada a Hautant, de París, y Ledoux y Sluys, de Bruselas. Lo mismo la exposición de estas Ponencias, que su discusión fueron seguidas con gran interés por los congresistas y en ellas tomaron parte las personalidades de mayor relieve mundial en los diversos campos de la especialidad.

Algunas conferencias fueron acompañadas de la exhibición de películas cinematográficas de alto interés científico, mereciendo especial mención las de Chevalier Jackson sobre el tratamiento endoscópico de las supuraciones tráqueo-bronquiales; la de Soulas, de París, película sonora muy bien realizada, asociada a dibujos animados, con el fin de demostrar la técnica de la broncoscopia y diversas maniobras endobronquiales, y la de Eastman-Sheehan, de Nueva York, en la que se veían sus técnicas propias de cirugía estética facial.

En varios hospitales se celebraron sesiones operatorias, por especialistas españoles y extranjeros, ante una concurrencia que bien puede decirse era excesiva. Con este motivo se inauguró el servicio de otorrinolaringología del Hospital general, que tiene a su frente al doctor Hinojar, figura eminente de la especialidad, quien puso a nuestra disposición todos los adelantos de su clínica, montada con gran lujo de detalles y con arreglo a las mayores exigencias. En ella pudimos presenciar una laringuectomía total practicada por el profesor Casadesús, y diversas intervenciones por el doctor Halle, de Berlín, Soulas, de París, y Sheehan, de Nueva York.

En el servicio del doctor Fumagallo del Hospital militar de Carabanchel, hizo varias amigdalectomías el doctor Taptas, de Beyoglu (Turquía), siguiendo su método original. En otras clínicas se practicaron también muy interesantes intervenciones por nuestros colegas madrileños.

El éxito científico del Congreso es indudable y sus frutos se harán sentir en todas las ramas de la especialidad, pero sobre todo ha destacado, llamando poderosamente la atención no sólo de los españoles, sino más aún de los extranjeros, la admirable organización, que ha constituido un éxito sin par del Comité organizador, y muy especialmente del profesor Tapia, quien además de una labor considerable en la preparación de esta Asamblea, ha puesto a contribución todos sus medios personales, científicos y hasta económicos, consiguiendo con ello un triunfo resonante por la brillantez de los actos, por la enorme concurrencia y por la perfecta organización, cuyo triunfo se ha condensado en la petición unánime de los congresistas al representante del Gobierno que asistió a la sesión de clausura, de una recompensa honorífica para tan preclaro maestro de los laringólogos españoles.

En la última sesión se tomó el acuerdo de celebrar el próximo Congreso Internacional en Berlín, bajo la presidencia del profesor von Eicken.



Congreso Internacional de la Litiasis biliar celebrado en Vichy durante los días del 19 al 22 de Septiembre de 1932

El orden del día del Congreso comprendía tres cuestiones:

- 1.^a **Las secuelas de la colecistectomía.**
- 2.^a **El tratamiento médico e hidromineral de la litiasis biliar.**
- 3.^a **El hígado litiasico.**

Referente a la primera cuestión, actuaron como ponentes Dounet, Wilkie, Gosset y Petit Dutailis y Giraud, casi todos coincidieron en que son muchas las consecuencias y trastornos postoperatorios de esta intervención, debiendo, por lo tanto, solamente realizarla en casos perfectamente indicados, y señalan la conducta a seguir en el tratamiento médico-crenoterápico en el curso postoperatorio, e igualmente en las secuelas del mismo. Aportan sus observaciones diversos autores de nacionalidad distinta como Pavel, Kemer, von Bergmann, Prihem, Diego de Moxo (Barcelona), Hartmann, etc., etc.

En la segunda cuestión (el tratamiento médico e hidromineral de la litiasis biliar) fueron ponentes Chiroy, París; Pavel, Bucarest; Chahol, París; Abrami, París; Umber, Berlín; Piéry y Milhaud, Lyon. Consideran que el tratamiento médico-mineral debe hacerse siempre en los colelitiasicos, aun en los operados debe realizarse antes y después de sufrir la intervención. El tratamiento, opinan que debe consistir en la administración de sustancias, unas que drenen las vías biliares y otras que actúen desinfectando las mismas, bien en forma de antisépticos propiamente dichos «antisepsia química», o bien sustancias que modifiquen el ph. de la bilis, «antisepsia iónica», hacer una alimentación rica en

levulosa y glucosa combinada con la inyección de insulina, para favorecer la glucopexia hepática (Umber). Emplean aguas minerales, principalmente las bicarbonatadas sódicas y sulfatadas sódico-magnésicas, y hacer, por último, uso de la fisioterapia, aplicando localmente calor, en forma lo más a menudo de diatermia y rayos infrarrojos. Aportaron trabajos numerosos congresistas de diferentes nacionalidades, entre los españoles Mogena y Marañón.

En el tercer tema, el hígado litiásico, actuaron de ponentes Noël Fiessinger, París; Bulé, París; Harvier y Caroli, París; Gilbert, Génova, y Gatellier, París.

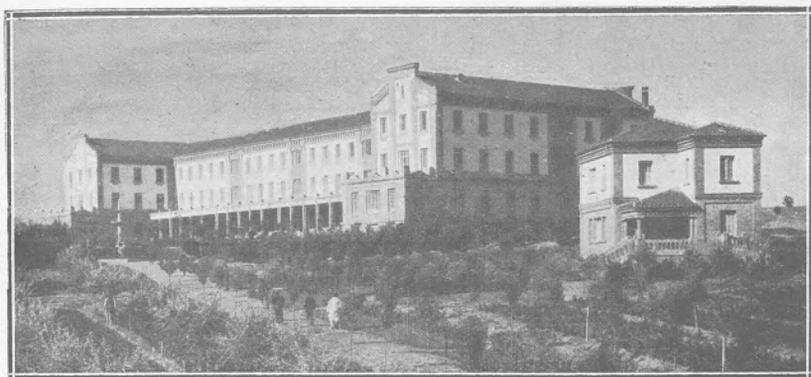
Hicieron ver la gran influencia que tiene el hígado en la producción de los cálculos biliares, demostrable por la litiasis hepática y la litiasis consecutiva a la colecistectomía, mostraron las lesiones del hígado en las ictericias litiásicas (hechos descubiertos gracias a la biopsia del hígado), existiendo y encontrando según los casos, desde la hepatitis ligera o latente (una infiltración linfocitaria del espacio porta, con lesiones mínimas de la célula hepática) hasta la hepatitis grave (de contenido anatómo-patológico en un todo parecido al de la atrofia aguda del hígado, necrosis central de la célula hepática), observan que la exploración funcional del hígado en caso de litiasis, la mejor prueba y la que se debe realizar siempre, es la de la función glicogénica (prueba de la galactosuria provocada) y la investigación de la urobilina en la orina. Refieren las técnicas y métodos radiológicos para el diagnóstico de esta afección, siendo el mejor el de la colecistografía, con la inyección endovenosa o la ingestión oral de sustancias opacas a los rayos X, que se eliminan por la vesícula biliar, y deducen finalmente que, para el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, hay que pensar más como biólogos, es decir, ha de ser el estado patológico de la célula hepática (revelable por la exploración funcional del hígado, principalmente por la prueba de la galactosuria), lo que ha de dictar la conducta a seguir antes, durante y después de la intervención, si se llega a ella, y no el pensar simplista de quitar un obstáculo que existe en las vías biliares y drenar las mismas. Aportaron datos curiosos Umber, Weill, Kremer, Longan, Mogena y otros.

Después de discutidos los temas anteriores, aportaron múltiples trabajos, de distinta materia, numerosos congresistas de casi todas las naciones, predominando más los referentes a la patogenia de la litiasis biliar y el diagnóstico radiológico de la misma, con la administración oral o endovenosa de sustancias que, eliminándose por la bilis, son opacas a los rayos Röntgen. Entre los españoles que aportaron comunicaciones, están Gallart-Mones, Barcelona; Santiago Carro, Madrid; Rocha, Barcelona; Bergareche, San Sebastián; Mogena, Durán C. y J. Tapia, Madrid; T. Hernando, Madrid; Babot y Barberá, Barcelona, y Dorronsoro, Huelva.

BAENA

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS

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

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

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

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE Y C.^{IA}, S. A.

de París y Basilea

A. Ambroa - Santa Engracia, 4 - MADRID

Imprenta Castellana

ofrece su incomparable instalación tipográfica, con toda la maquinaria y material renovados.

Cuenta con máquinas automáticas para grandes tiradas. - Talleres de Encuadernación, Estereotipia y Fotogravado, montados con los últimos perfeccionamientos del Arte de Imprimir.

Didan una demostración de cualquier trabajo.

Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27.
Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

E. RIETI.—Las estadísticas de la criminalidad en Italia antes y después de la abolición de la pena de muerte. «L'Hygiène Mentale», an. XXVII. número 6, Junio 1932, págs. 145-149.

La pena de muerte fué abolida en Italia por el Código penal Zanardelli en 1890, y restablecida en 1931 por el Código penal Rocco. Ha habido, pues, un período de 41 años en que ha estado abolida la última pena. El autor compara los dos períodos, anterior y posterior al Código Zanardelli, estudiando las estadísticas de la criminalidad desde 1880 hasta 1928, con un período de diez años en que existía la pena de muerte y 39 en vigor su supresión.

El porcentaje de los crímenes ha ido aumentando hasta 1898; después e ha mantenido en cifras casi análogas, salvo un recrudecimiento de la criminalidad en todas sus formas en los años de la postguerra, fenómeno común a todo el mundo. Concluye que la supresión de la pena de muerte no ha favorecido el aumento de los crímenes para los que fué instituída aquella sanción.

D. KOURETAS Y Ph. SCOURAS.—Sobre un trastorno particular del sueño: la pesadilla. «L'Encéphale», año XXVII, núm. 7, Julio-Agosto 1932, páginas 622-627.

La ausencia de delimitación clínica de la pesadilla y su confusión con otros trastornos del sueño, hacen que el práctico no pueda apreciar exactamente su valor clínico, no encontrando en la literatura más que vagas alusiones y tímidos ensayos de aproximación de la pesadilla con otras manifestaciones que sólo tienen relaciones superficiales con ella, tales como los estigmas de los alcohólicos, las alucinaciones visuales, los ensueños terroríficos, el pavor nocturno, etc., etc.

Los autores se han dado cuenta que lo que se ha convenido en llamar pesadilla, no corresponde a la realidad de los hechos. En sus observaciones han puesto de manifiesto que a la «pesadilla» acompañan siempre fenómenos objetivos y subjetivos.

El principal fenómeno objetivo es la abolición del tono muscular, que en forma de hipotonía subsiste durante el sueño normal.

En dependencia con estos fenómenos objetivos se encuentran los subjetivos. La inquietud y la angustia subsiguientes a la atonía, reflejan la impresión cenestésica de la abolición del tono. El sujeto se da cuenta que no puede mover sus miembros, se angustia por ello y busca las causas que le justifiquen ese estado: misteriosas fuerzas exteriores, animales salvajes, demonios, etc.

En lo que concierne al mecanismo patogénico de la pesadilla, la vagotonía del sueño juega el principal papel. Casi todos los adultos observados presentaban signos de vagotonía manifiesta; otros casos concernían a niños, en los que la vagotonía es un estado fisiológico, lo que explica la gran frecuencia de la pesadilla en ellos.

Sobre este terreno vagotónico actúan factores especiales, orgánicos y psíquicos, que acentúan la vagotonía preexistente y el estado subansioso que le sigue.

Las comidas copiosas actúan por intermedio de la fuerte alcalinidad sanguínea que les acompaña y representa el substratum humoral de la vagotonía. Excitaciones cenestésicas afectando a uno u otro órgano tienen la propiedad de acentuar la vagotonía y despertar la tendencia interpretativa de la conciencia vacilante del que duerme.

J. M. VILLACIÁN.

MEDICINA INTERNA

P. MORAWITZ Y S. SCHLOSS.—*Extrarrenal albuminuria y uremia.* «Klinische Wochenschrift», 24-IX-1932.

Es frecuente observar cuadros clínicos con albuminuria y síntomas nerviosos urémicos con alteración del nitrógeno residual de la sangre, cuya génesis no siempre es debido a una infección renal.

Algunas afecciones cerebrales pueden producirlas, estando en primera línea las hemorragias meníngeas (a este propósito, los autores citan los casos observados por Ramke, Llange, Guillain y Vincent, Hes, etc., etc., juntamente con las historias clínicas de dos casos suyos), igualmente en casos de epilepsia, en casi todos estos estados encuentran juntamente con la albuminuria glucosuria y a veces acetonuria.

Muchos casos de hipocloremia, desde hace tiempo se sabe, caen en coma con aumento del nitrógeno residual, así lo confirman los trabajos de Essen, Kandeis, Porges y Sung; también los autores de este trabajo, contribuyen a ratificar este aserto, con un caso que por tener una pielonefritis y cistitis fué sometido a hambre de sal, cayendo en coma a los dos meses de este tratamiento con un N. R. de 202 mg. por 100 y 0,44 por 100 de Cl. Na. en sangre, contra 0,59 a 0,64 que es lo normal; sometido a tratamiento con suero fisiológico y administrándole Cl. Na. por boca 6 gramos diarios, mejoró, salió del coma, y el N. R. descendió a 25 mg. por 100.

Otros factores extrarrenales de la albuminuria y de la retención del N. R. son las alteraciones del aparato circulatorio.

L. JACOB.—*Sobre el tratamiento de la sepsis, meningitis y empiemas con abscesos de fijación.* «Dtsch. med.». Wschr, 1932-40.

El autor provoca una supuración local mediante una inyección de aceite de trementina esterilizada, inyectando, caso de tratarse de personas adultas, de dos a tres cc. y si se trata de niños, 0,75 a 1,5 cc. Observa que se presenta a las

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

pocas horas un enrojecimiento fuerte y dolor, con infiltración alrededor de la inyección, en el curso de cuatro a doce días se forma un absceso, en ese momento le punciona y da salida al pus. En los primeros días de la inyección de la trementina, la fiebre asciende considerablemente, posteriormente descende cuando se evacua el pus. En los estados de sepsis grave, meningitis supuradas, empiemas, fuertes supuraciones del organismo, ha visto el autor, que después de este tratamiento mejoran y muchos terminan por la curación.

BAENA

J. MEYER, D. FETTER, AND A. A. STRAUS.—Relación del dolor en la úlcera péptica con la motilidad gástrica y la acidez. «Archives of Internal Medicine». Vol. 50 : 2, pág. 338. (August), 1932.

Los autores estudian el dolor de la úlcera péptica en relación con la acidez y la motilidad gástrica en veintidós enfermos, doce de úlcera duodenal y dos de gástrica, los restantes casos consisten en cuatro de vesícula biliar y apendicitis crónica y tres casos de neurosis gástrica. El otro enfermo, a pesar de que el examen Roentgen, no demostró alteración patológica en el tubo digestivo, su historia típica de úlcera no permitió dudar del diagnóstico. Los resultados obtenidos indican que el ácido clorhídrico no es responsable del dolor en todos los casos de úlcera péptica. De sus estudios clínicos y experimentales, ellos sugieren que el dolor en la úlcera gástrica es debido a la hipersensibilidad gástrica, cuando con la úlcera va asociada una gastritis. El mismo mecanismo prevalece en colecistitis, apendicitis y, probablemente, colitis. El dolor en úlceras gástricas y duodenales puede ser debido a las contracciones de hambre gástrica y motilidad gástrica. El mecanismo por el cual el dolor es producido en las contracciones de hambre gástrica y motilidad gástrica, ellos creen es una depleción del lecho vascular, alrededor y dentro del área ulcerosa, resultando asfixia, edema y dolor. La acidez positiva responde en casos sin lesiones gástricas y duodenales, como en enfermedades de la vesícula biliar, apendicitis crónica y neurosis gástricas, que indicarían la inseguridad de «The acid test» para la úlcera gástrica y duodenal.

MOSES BARRON, AUD A. B. LITMAN.—Importancia de la Hepatomegalia y Esplenomegalia en el diagnóstico diferencial. «Archives of Internal Medicine». Vol. 50 : 2, pág. 240. (August), 1932.

Los autores consideran de gran importancia el aumento de hígado y bazo para el diagnóstico de ciertos estados; para ello se fundan en el resultado de 12.000 autopsias practicadas en el transcurso de diez años, haciendo un estudio crítico de los peros respectivos, en este trabajo no han sido incluídas ciertas hepato y esplenomegalias tropicales y algunas otras, como las enfermedades de Gaucher, Banti, y la ictericia hemolítica congénita.

Ordinariamente pocas enfermedades producen Hepatomegalias, cuyo hígado alcance el ombligo (unos 4.000 gramos); como los carcinomas, melanoma, leucemia, amilosis y enfermedad de Hodgkin; el diagnóstico puede ser fácilmente

establecido; merece ser recordado que en el carcinoma el bazo está raramente aumentado por no ser sitio de metástasis de este tumor.

La característica del carcinoma de hígado es su rápido crecimiento, explicado por la rotura de células tumorales en vena porta, algunos de estos casos presentan altas temperaturas septicémicas.

En oposición el sarcoma no produce estos aumentos de tamaño; el melanoma se comporta de manera semejante al carcinoma.

La cirrosis hepática, contrariamente a la creencia general, no produce hepatomegalias pronunciadas; en un tercio de los casos se produce aumento moderado de hígado y bazo.

Esplenomegalias se encuentran en muy variadas condiciones, pero, principalmente, en leucemias, enfermedad de Hodgkin, amilosis, cirrosis hepática, endocarditis bacterial subaguda e infecciones agudas; también está aumentado en la enfermedad de Gaucher, ictericia hemolítica, congénita, kala-azar y enfermedad de Banti, habiendo tendencia a exagerar la esplenomegalia en este último caso. En la endocarditis bacterial subaguda, el tanto por ciento de bazos aumentados alcanza el 75-85, lo que es de gran importancia para su diagnóstico.

En la anemia perniciosa el bazo y el hígado demuestran solamente ligeros aumentos de tamaño.

El tener presente las principales causas de hepato y esplenomegalia, es de gran importancia para establecer correcto diagnóstico.

ALVAREZ REPRESA

CIRUGÍA

A. PIGUET y W. FRACHLICH.—Las indicaciones y los límites de la pleuroscopia. «La Presse Médicale». Septiembre 1932.

La pleuroscopia y la sección de adherencias pleurales practicadas desde hace pocos años por un número escaso de fisiólogos, tiende evidentemente a generalizarse. Este método complementario del pneumotórax hay que ponerlo a disposición de los enfermos.

La operación practicada por un especialista experto y prudente, no puede ser más satisfactoria.

Esta operación practicada con los instrumentos y técnica de Yacobacus, hay que hacerla siguiendo las indicaciones estrictamente limitadas por las posibilidades anatómicas, y no se pueden seccionar nada más que los cordones y membranas bien limitados, debiendo evitar toda extensión del campo operatorio a las neoformaciones densas y vascularizadas, o a las bridas conteniendo tejido pulmonar, porque de esta última forma los daños son grandes y los beneficios muy escasos.

Dos mejoras en las técnicas capitales han venido a modificar totalmente en estos últimos años la operación primitiva de Yacobacus.

La pleuroscopia con visión directa de Kremer, que puede ser sustituida en la mayoría de los casos por la pleuroscopia con visión lateral, la cual reduce

a la mitad el tiempo operatorio y permite encontrar con gran facilidad las bridas a seccionar, orientándose en toda la cavidad pleural obteniendo una visibilidad infinitamente mejor.

A esta modificación de óptica Maurer, de Davos, ha aportado el perfeccionamiento importante, que consiste en la asociación de la electrocoagulación y la termocauterización, para la liberación del muñón pulmonar. Estas dos modificaciones aportadas a la operación de Yacobacus, han destruido la antigua técnica que restaba utilidad en la mayoría de los casos.

Las operaciones de Yacobacus y de Maurer están destinadas principalmente a aportar mayor utilidad a la colapsoterapia por aire.

Los autores basados en una experiencia de diez años y en una práctica de más de 300 pleuroscopias, creen poder trazar en líneas generales las indicaciones de la intervención, para eso hacen dos grandes grupos, en uno engloban todos los pneumotórax, que no se pueden practicar o se hace imperfectamente por existir bridas o cordones, ya únicos o múltiples, que se oponen a ello, y que son visibles en las radiografías que generalmente retienen un foco cavitario impidiendo su colapso total; en estos casos se debe intervenir y se ve en la mayoría de los casos a los enfermos, al cabo de pocos días o semanas, que están transformados, la caverna ha desaparecido rápidamente, así como la expectoración, y la curación clínica se ha obtenido.

En el segundo grupo, comprenden todos los pneumotórax, que son ineficaces y centro-electivos, los unos, porque existe una sínfisis parcial; los otros, porque existe entre el muñón pulmonar y la pared costal un sistema de neoformaciones numerosas y próximas.

La cauterización galvánica permite en la mayoría de estos casos, liberar el muñón de la pared en uno, dos o más tiempos, además, después de la sección de una adherencia situada en primer plano, se ponen de manifiesto otras que parecían a primera vista inaccesibles.

Como se comprende, con la sola técnica de Yacobacus, la intervención en los casos de adherencias espesas y cortas era sumamente peligrosa, por el peligro de provocar una hemorragia o una perforación.

El trabajo trae dos radiografías intercaladas en el texto y una historia clínica.

F. ANDREU URRÁ.

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

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

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

SCHAMBERG.—El tratamiento dietético del psoriasis. «The Journal of the Amer. Med. Association», núm. 19, 7 Mayo 1932, pág. 1.633.

No es de ahora la idea de tratar el psoriasis mediante un régimen hiponitrogenado. Desde hace muchos años el autor insiste sobre su utilidad. No defiende como causa de esta frecuente enfermedad, la perturbación del metabolismo nitrógeno, pero sí hace notar que la acompaña constantemente.

Schamberg, preconiza adelgazar a los obesos. Suprimir las carnes y pescados, así como los huevos. Mediante estas restricciones psoriasis inveterados han sido blanqueados ayudándose de alguna de las fórmulas usuales.

A. WOLTER.—Acción beneficiosa de la asociación hioscina-escopolamina, sobre el escalofrío del paludismo provocado, sin alteración de los plasmodios. «Dermatologische Zeitschrift». B. LXIII. 6-1932, pág. 388.

Consideraciones sobre el mecanismo del mareo, han llevado al autor a utilizar la asociación hioscinaescopolamina (en la proporción de 10 y 1) para impedir el escalofrío de los accesos febriles de la malaria de inoculación, sin que esta mezcla ejerza influencia sobre los parásitos del paludismo.

R. BERNARD.—La inmunización espontánea en la sífilis secundaria y sus correlarios terapéuticos. «Bruxelles Med.», núms. 23-24, 3-10 Av. 1932, páginas 637-647.

Desde 1925, el autor, basándose en el estudio del líquido céfalo-raquídeo, defiende la idea de que es conveniente dejar al sífilítico primario—que ya da serología positiva—llegar a tener su roseola, en busca de la inmunidad espontánea. Bernard, dice que si el empirismo, el buen criterio médico, la lógica, la patología general y la clínica, afirman que la vacunación general se verifica por la piel, no se debe privar uno de modo voluntario, de tan importante elemento terapéutico.

Los sujetos tratados después de presentar accidentes secundarios, se encuentran mejor defendidos ante posibles localizaciones nerviosas, que los que lo fueron cuando presentaban solamente el chancro y las reacciones positivas.

En dos grupos presenta el resultado de sus investigaciones en 80 enfermos.

Grupo I, 38 enfermos tratados en el período inicial, con serología positiva.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

A los cuatro y cinco años el 76 por 100 presentan líquido céfalo-raquídeo patológico, siendo las reacciones en sangre negativas.

Grupo II, después de la aparición de los accidentes llamados secundarios, ha tratado 42 sujetos. El 17,2 por 100 presentan alteraciones patológicas del líquido céfalo-raquídeo, lo que parece confirmar la teoría de Bernard.

No deja el autor de mencionar aquellas estadísticas que favorecen sus ideas (de Sézary, de Roudinesco, de Meggenderfer y Guenstain) que demuestran cómo un tratamiento precoz, activo, aunque insuficiente, puede acortar el plazo de incubación de la sífilis del neuro-eje, y dice que aquellos tratamientos mal practicados o realizados en tiempo inoportuno, tienen una segura repercusión sobre el sistema nervioso.

LEDO.



eficaz e inocuo

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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER - Sardañaola (Barcelona)

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

BIBLIOGRAFIA

Dr. PAUL SAVY.—*Précis de Pratique Médicale*. (3.^a edición). Un volumen de la colección «Testut», en 8.º, de 1.776 páginas, con figuras en el texto y 4 planchas en colores fuera del texto. Encuadernado. 110 francos. G. Doin, editor. París.

La tercera edición de esta obra, corregida según los últimos trabajos e investigaciones del autor, contiene todos los detalles necesarios para un buen diagnóstico práctico y tratamiento de cualquier afección médica. En realidad era una obra que se estaba necesitando, pues dada la inclinación hacia las especialidades en estos últimos tiempos, podemos decir que se carecía de un manual tan completo y reducido, tanto para el uso del médico práctico como para el estudiante.

Esta obra está dividida en dos partes; la primera estudia los medicamentos usuales, los regímenes, los agentes terapéuticos en general, las operaciones corrientes a efectuar en un servicio de medicina y los exámenes de laboratorio, fáciles para efectuarlos el médico particular y su manera de interpretarlos. Las reacciones más complicadas indica cuándo se deben de ejecutar y su interpretación para el diagnóstico.

La segunda parte, más importante, está consagrada al estudio de las enfermedades de los diferentes aparatos. Partiendo del estudio de los síntomas capitales, el autor se esfuerza en indicar la vía más fácil para llegar a un diagnóstico lógico, a un pronóstico racional y a una terapéutica apropiada. Los datos suministrados por las radiografías, como por cualquier procedimiento biológico, son todos ellos señalados teniendo en cuenta rigurosamente su valor real.

Es, en fin, un libro de clínica médica que lleva expuesto, de la manera más clara posible, todo cuanto el médico práctico debe de conocer para luchar con éxito contra las enfermedades más corrientes que ha de reconocer y combatir.

F. ANDREU URRA.

LIBROS RECIBIDOS

Dr. BRUNE BRUNELLI.—*Extractos glandulares totales u hormonas puras*.

Ext. «Giornale del Medico Pratico». A. XIV, número 4. 1932.

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

Valladolid: Imp. Castellana, Montero Calvo, 17. Teléfono 2259