

2152-C.

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
M. BAÑUELOS GARCÍA.— <i>Sobre cinco interesantes historias de cáncer gástrico. (Consideraciones acerca de la carcinogénesis)</i>	5
V. DE ANDRÉS BUENO.— <i>Las incapacidades parciales permanentes ante la nueva legislación</i>	8
M. SEBASTIÁN HERRADOR Y L. DE CASTRO GARCÍA.— <i>Dermatosis aúrica en un tuberculoso pulmonar</i>	24
J. JALÓN R. VARGAS.— <i>Hematoma de tabique</i>	31
DR. B. DE M.— <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	32

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por M. Sebastián.

<i>Sobre el empleo combinado de la dieta aclorurada y la sustracción del jugo gástrico en terapéutica de ulcus y gastritis.</i> —G. Katsch y K. Mellinohoff.....	39
--	----

(Sigue)

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogán Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

Teligán Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

Sipolysin Muy indicado en la **adiposidad**, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

Intestinol Preparado a base de páncreas, secrecina y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos**, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

Pituigan Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. **Debilidad de las contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.**

Myoston Extracto estandarizado de la musculatura, libre de albúmina, **Angina de pecho, esclerosis, coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.**

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

Sobre el influjo hipofisario en la función renal.—W. Voigt..... 40

Pediatría, por Allué Horna.
Tratamiento de la gripe en el lactante y en niño pequeño por las dosis grandes de piramidón —Petrauyi 41

Otorrinolaringología, por S. R. Berceruelo.
La adenopatía prelaríngea tuberculosa.—Dr. Ardonin..... 42
Angina fatal por espiroquetas fusiformes.—Goldman y Kuly..... 42
Tratamiento de las ránulas por punciones evacuadoras e inyecciones modificantes.—Dr. Ricardo Finochiatto... 45
La sordera de los cazadores —Dr. G. Dore..... 45
Las disfonías de la infancia —Dr. M. Aubry..... 45

Dermatología y Sifilografía, por E. Ledo.
Recomendaciones sobre el tratamiento precoz de la sífilis con miras a la total curación.—Erich Hoffmann..... 44
Tratamiento de la esclerodermia por policarpina.—P. Hercog..... 44
Avances en la clínica, pronóstico y tratamiento de la sífilis de la aorta. H. Schlesinger..... 44
Un método para lograr el paso de una fuerte dosis de arsenicales al sistema nervioso central —Withenberg..... 45

(Sigue)

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
Dosis: cada 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

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

Odonto-Estomatología, por Fernández Martín.

<i>Autoroterapia en las enfermedades de la boca.</i> —Hernández Ros	45
<i>El tratamiento con manzanilla en odontología: su posible aplicación en la infección de Vincent y parodontosis supurativas.</i> —Hermann Becks	46

Radiología, por Allué Horna.

<i>Osteocondritis disecante del codo.</i> —Dr. Tanguy	46
---	----

BIBLIOGRAFÍA	49
------------------------	----

LIBROS RECIBIDOS	49
----------------------------	----

VARIA

<i>Comentarios rurales</i> , por Lorenzo Sáez	51
<i>Reconocimiento prenupcial</i> , por el Dr. Luis N de Castro	54
<i>El pago de las dotaciones de los Médicos titulares</i> , por el doctor Pelayo Martorell	56

NOTICIAS	61
--------------------	----

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA	Astenol	0,012 grs.
	Acido glicerosfórico	0,046 »
	Acido cacodílico	0,030 »
	Hierro asimilable	0,002 »
	Glicerosfato estrícnico	1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

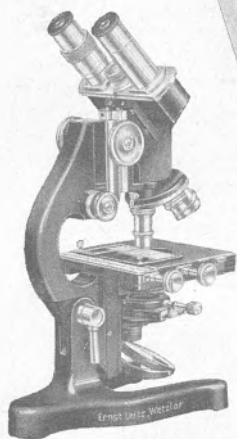
M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

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



LEITZ

MICROSCOPIOS

Microscopio LEITZ
con tubo binocular de visión inclinada

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

REPRESENTANTE EN VALLADOLID:

BASILIO HOLGUERA

Don Juan Mambrilla, 6

LEITZ

MICROSCOPIOS
MICROTOMOS
POLARIMETROS
LUPAS BINOCULARES
PARA CULTIVOS
MICROFOTOGRAFÍA
ETC., ETC.

Instalación completa de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

Aparatos de fisiología
Aparatos eléctricos para medi-
da del Ph

MOBILIARIO CLÍNICO, INS-
TRUMENTAL QUIRÚRGICO

Catálogos y presupuestos gratis

Sobre cinco interesantes historias clínicas de cáncer gástrico

(Consideraciones acerca de la carcinogénesis)

por Misael BAÑUELOS GARCÍA

En nuestras conferencias de cátedra, hemos venido sosteniendo, desde hace años, la probable etiología infecciosa del cáncer en general, y particularmente la del cáncer gástrico.

Nos faltan todas las razones objetivas para poder demostrar nuestra suposición, y reconocemos, de buen grado, el gran cúmulo de razones que existen para negarlo. Pero hay una serie de hechos clínicos, de tan difícil interpretación, dentro de los actuales conocimientos médicos, que sólo se nos aparecen como con alguna probabilidad de explicación, dentro de una teoría infecciosa de la carcinogénesis.

Nuestros supuestos no tenían, ni tienen actualmente, otra base que curiosas historias, bien observadas y recogidas, de enfermos de cáncer.

Fundados en estas observaciones clínicas, hemos sostenido el criterio de la etiología infecciosa del cáncer como debida a un virus filtrable. Y este ultravirus determinaría, a juzgar por nuestras observaciones, cuando se tratase de un cáncer visceral, primeramente un cuadro clínico de infección generalizada, con reacción febril y ganglionar, cuya duración variable puede fijarse de una a dos semanas como término medio, con predominio de sintomatología en aparato respiratorio y ganglios linfáticos. En algunas ocasiones, la duración de este cuadro clínico ha llegado a ser doble, con reacción ganglionar muy intensa, y el enfermo de esta enfermedad, que en la inmensa mayoría de los casos se ha calificado por los familiares de ataque gripal, no se repone completamente; queda delicado, y al cabo de unos cuantos meses, dos o cuatro, se hace ostensible la aparición de un cáncer visceral.

Expongamos los casos:

Observación primera.—Mujer de 54 años, antigua litiasica biliar. En el mes de Octubre de 1929, enferma con un estado catarral, no muy intenso, de las vías respiratorias altas, fiebre de tipo irregular, con máxima de cerca de 39° algunos días, y otros de sólo 38 y 37 y medio aproximadamente, reacción ganglionar intensa en ganglios de cuello, y mucho menos intensa en ganglios de axila y casi nada en ingles.

La febrícula termina desapareciendo unos días y existiendo otros, cada vez menos intensa. Los ganglios acaban por desaparecer, quedando solamente algunos, de pequeño volumen, pero de tamaño evidentemente abultado en el cuello, en región supraclavicular. Exámenes repetidos de sangre, no permiten encontrar ninguna fórmula hematológica, correspondiente a una linfomatosis determinada.

La enferma no llega a reponerse nunca totalmente de este estado; pues si bien

llega a salir a la calle y hacer vida, al parecer normal, nunca se ha sentido completamente bien después.

Tres meses más tarde acusa inapetencia y molestias dispépticas. El examen de jugo gástrico, descubre una aquilia; pero el examen radiológico aún no permite encontrar deformación de la silueta gástrica.

Las molestias continúan acentuándose y un nuevo examen radiológico, mes y medio más tarde, permite descubrir una deformación de la región pilórica marcadamente y característica de neoplasia gástrica de región pilórica. Cinco meses después murió la enferma a los progresos de la neoplasia y con síndrome de oclusión de piloro, por los progresos del cáncer.

Observación segunda.—Enfermo de 52 años. Antiguo bronquítico crónico, habiendo padecido en su juventud, viruela, y de profesión zapatero. Padece en el mes de Marzo de 1927, un estado de reagudización de su bronquitis crónica, que es considerado por su médico de cabecera como un ataque gripal; pero como aparecieran ganglios aumentados de volumen en cuello y axilas, y en una ingle, es visto en consulta por nosotros, que recomendamos se haga una fórmula hematológica, que da por resultado hallazgos no correspondientes a ninguna linfomatosis determinada.

Tres o cuatro meses más tarde, se hacen ostensibles los primeros síntomas de una neoplasia gástrica, que al cabo de nueve meses termina por la muerte del enfermo. Durante la fase neoplásica, no fué visto por nosotros.

Observación tercera.—Enfermo de 56 años, médico; sin antecedentes patológicos de interés y hombre que ha hecho una vida de cuidadosa higiene. Sin sobrefatiga corporal y mental. Padece una pulmonía a los 55 años, que termina por crisis en el quinto día, y cuatro meses después cae enfermo de un ligero estado febril, con ligerísimas manifestaciones catarrales, y descubre algunos ganglios grandes en región supraclavicular y en región axilar.

La febrícula persiste bastantes días, faltando algunos y volviendo a aparecer en otros y el enfermo llega a creer tener una tuberculosis pulmonar; pero la exploración cuidadosa descubre, que no existen fundamentos para tal sospecha. Cuatro meses más tarde, aparecen las manifestaciones de un cáncer gástrico, que le conduce a la muerte al cabo de once meses.

Observación cuarta.—Hombre de 52 años, comerciante. Antiguo ulceroso de estómago. Con escasa sintomatología gástrica. A continuación de una hematemesis, de la que se repone con lentitud, aparece una febrícula que ningún día llegó a pasar de treinta y ocho y medio, y esta febrícula de tipo irregular falta varios días, en el curso de un mes, a veces durante cuatro o cinco días seguidos. El enfermo no se repone de su hematemesis, y por el contrario se inicia una mayor decadencia orgánica: Los análisis repetidos de heces, descubren hemorragias ocultas y no constantes, y dos meses después se descubre un cáncer ya palpable y que se confirma radiológicamente.

Este enfermo fué el que tuvo de todos menos reacción ganglionar, no llegando él a percibir el aumento de volumen de los ganglios, que fueron descubiertos por nosotros, en la palpación.

Observación quinta.—Obrero ferroviario, de 45 años, antiguo ulceroso de estómago, obeso y bebedor. Un día aparece como un estado catarral ligero, del que se repone bien; pero un mes más tarde nota ganglios en axila y cuello, y también en ingles, de tamaño muy grande en región supraclavicular. La febrícula se prolonga de manera irregular y faltando varios días. El enfermo pierde mucho de color y baja

de peso, y dos meses después aparecen trastornos gástricos, por virtud de los cuales un médico ordena una radiografía, que delata un cáncer de píloro. Nosotros le vemos con este motivo, para confirmar el diagnóstico realizado por nuestro compañero.

Las consideraciones que pueden desprenderse de las cinco historias clínicas, sumarisimamente expuestas, son:

PRIMERA. Que el azar o la casualidad hayan hecho que estos casos que han presentado febrícula, con reacción ganglionar, precediendo en dos o cuatro meses a la aparición de un cáncer gástrico, haya sido una cosa casual el que se reúnan para ser vistos por un solo médico, y que acaso no se pueda dar en la práctica un hecho semejante, más que con gran dificultad, no existiendo, por consiguiente, ninguna relación causal entre la febrícula, la reacción ganglionar y la neoplasia subsiguiente.

No negamos que las cosas tengan esta explicación, y que esta explicación sea la justa; pero para el autor de este artículo el hecho es sorprendente y le obliga a meditar sobre la posible relación causal.

SEGUNDA. Otra reflexión interesante podría ser el que estos hechos fueran mucho más frecuentes de los observados por nosotros, y que acostumbrados los médicos a dirigir la atención sobre el gran proceso de la neoplasia, y despreocupado el enfermo sobre una enfermedad que ya pasó, ni el enfermo lo cuente ni el médico la investigue, y en este caso pudiera tratarse de un hecho que se da en la práctica y en la realidad con gran frecuencia, y que sin embargo permanezca ignorado.

TERCERA. Supuesta la posible relación causal, ¿cuál sería el mecanismo por el cual actuaría la enfermedad infecciosa que origina febrícula y reacción ganglionar más o menos amplia para la producción de la neoplasia?

Caben tres actuaciones: una, que sea el papel de una infección banal cualquiera, que influya en igual forma, y sin eficacia mayor que cualquier otra infección para la carcinogénesis.

Otra, que ejerza una acción específica más inmediata en la génesis del cáncer, colaborando con otros factores en la producción de la neoplasia maligna.

Y otra, que el cáncer fuera una segunda fase de una enfermedad infecciosa, cuya primera fase estuviese caracterizada por la febrícula irregular, duradera, la reacción ganglionar y ligeras manifestaciones catarrales del árbol respiratorio.

Es obvio que nosotros carecemos de datos suficientes para fijar actualmente cuál puede ser la importancia de esta infección precancerosa, y que serán numerosas observaciones las que puedan fijarla.

Un tercer orden de consideraciones de similitud nos sugiere también el estudio de los casos clínicos mencionados, y son la semejanza que la febrícula presenta con las febrículas de la enfermedad llamada linfogranulosis

múltiple maligna. Sólo que aquí la linfomatosis desaparece, o por lo menos retrocede mucho, y la febrícula lo mismo, mientras que en la linfogranulomatosis maligna los linfomas son cada vez más grandes, y la fiebre es cada vez más intensa.

Las dos enfermedades son caquetizantes, la linfomatosis maligna y el cáncer, y las dos tienden a hacer metástasis, focos múltiples y a recidivar. Sin embargo, hoy se nos aparecen como del todo diferentes, a pesar de las analogías señaladas, que no dejan de tener un interés considerable para meditar sobre ellas.

Será interesante multiplicar las observaciones clínicas en este sentido, para fijar el papel que los venenos microbianos juegan en la producción de las neoplasias, a semejanza de como ya conocemos mucho mejor el que juegan los venenos químicos, y además para fijar qué tipos de infecciones son las que juegan papel mayor en las carcinogénesis.



Las incapacidades parciales permanentes ante la nueva legislación ⁽¹⁾

por el doctor Vicente de ANDRÉS BUENO
Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Valladolid

LA NUEVA LEY ESPAÑOLA

La ley que se ha puesto en vigor el 1.º de Abril de este año, lleva la fecha de 4 de Julio del pasado 1932. Su texto refundido se publicó por Decreto de 8 de Octubre de 1932, en la *Gaceta* del 12 del mismo mes. El Reglamento, lo que más nos interesa, es de 31 de Enero del año actual, y ha aparecido en las *Gacetas* del 2 y 7 de Febrero.

Esta nueva ley nuestra que modifica de manera esencial la legislación anterior—en alguna de sus partes, pocas, menos que las que debiera—no es solamente el cumplimiento de un compromiso internacional, es algo más, como luego veremos, una obra de justicia.

En 1925 prestó su adhesión España al Convenio de Ginebra, por el que se acordó que la muerte y las incapacidades permanentes se indemnizaran por renta; tal Convenio no fué ratificado en nuestro país hasta 1928. Al comienzo de 1929, comenzó la labor preparatoria en el Consejo de Trabajo, siendo encomendada la redacción de las bases a una Comisión mixta formada por elementos de dicho organismo y del Instituto Nacional de Pre-

Conferencia del «VII Cursillo de Traumatología, Cirugía ortopédica y Accidentes del Trabajo» del doctor López Trigo. Valencia, 2 Mayo 1933.

visión; al final de 1931, la Comisión permanente del Consejo de Trabajo aprobaba con ligeras modificaciones el proyecto de bases presentado por la citada Comisión mixta, bases que después son convertidas en ley por las Cortes.

Estos son los antecedentes de la ley que si no es perfecta, al menos es justa. No hemos de entrar a analizar los defectos que, a nuestro juicio, tiene; no es este el momento. Nos cabe la satisfacción de haber tomado parte en las informaciones que se han abierto, habiendo hecho llegar nuestra opinión, justificándola, particularmente sobre las cuestiones de índole médica; algunos de nuestros juicios se han tomado en consideración, otros no; las bases que constituían la ley, no hacían sino repetir lo que ya se decía en la antigua, modificando únicamente lo que se refiere a las indemnizaciones por incapacidad permanente y muerte; este pie forzado no ha permitido hacer un Reglamento más conveniente a todos.

CARACTERISTICAS DE LA NUEVA LEY

Se reconocen en la nueva ley las mismas tres clases de incapacidades que en la antigua: la parcial (artículo 13 del Reglamento), la total para la profesión habitual (artículo 14) y la absoluta para todo trabajo (artículo 15).

Nuestra legislación hasta ahora, al valorar las incapacidades, tomaba como sistemas, sin reconocer otros métodos, los de la invalidez física y de la incapacidad profesional, pues definía incapacidades o asignaba ciertos porcentajes a las pérdidas anatómicas o funcionales, y también decidía por las consecuencias que el accidente hubiera tenido para el trabajo de la víctima; en la nueva ley se insiste más al señalar especialmente en el párrafo segundo del artículo 13 del Reglamento, que se ha de tener en cuenta el oficio o profesión del accidentado, y la mayor novedad en este punto a que nos estamos refiriendo, es que se reconoce la capacidad de ganancia al tomar en consideración el desnivel de salarios; cuando no se trate de incapacidades absolutas, pues a seguido de la disposición 4.^a del artículo 27, dice: «En caso de incapacidad para la profesión habitual, si el obrero llegare a percibir salario que, sumado a la renta, sea igual o mayor que el que cobraba al ocurrir el accidente, cesará en el percibo de la diferencia, recuperando esta parte de la renta si dejase de percibir tal cuantía de salario.»

La principal novedad de esta ley de 1932, es la manera de reparar el daño sufrido por el obrero a quien quede una incapacidad permanente, o a la familia de los que tuvieron la desgracia de perecer en accidente del trabajo. Ahora se abonarán rentas variables según el grado de incapacidad: del 50 por 100 del salario cuando aquélla sea absoluta para todo trabajo, del 37,50 cuando la incapacidad sea total para la profesión habitual y si es sólo parcial, de 25 por 100 (artículo 27 del Reglamento); en caso de muerte, las rentas oscilan entre el 15 y el 50 por 100 del salario, según la categoría de los derechohabientes (artículo 29).

El que se haya logrado establecer en nuestro país el sistema de rentas

como indemnización de los perjuicios permanentes de los accidentes del trabajo, es cosa que a todos debe satisfacernos por lo justa y humanitaria. Con el antiguo sistema de indemnizar con una cantidad de pesetas, sólo se lo graba, de momento, satisfacer ambiciones o cubrir cumplidamente necesidades nacidas al contacto de un dinero cuyo valor real muchos no sabían apreciar; exceptuando los casos de quienes con espíritu previsor invertían la cantidad cobrada en establecer una pequeña industria o un modesto comercio, base de su sustento para el porvenir, otros, acaso los más, gastaban sin medida de la indemnización percibida cual si se tratase de una fuente inagotable, y llegaba un momento en que no sirviendo para desempeñar ningún empleo, por la mutilación que les quedó del accidente, se dedicaban a explotar sus lacras implorando la caridad pública. Por fortuna, de ahora en adelante, estos casos no se repetirán; el que quedó inhabilitado para toda clase de trabajos—el ciego, el mutilado de dos extremidades, etc.—podrá disfrutar para el resto de su vida de una pequeña renta con la que podrá hacer frente a su sustento y no será una carga para los suyos, antes al contrario, será una ayuda.

Otra de las nuevas cosas que tiene esta ley, es la revisión, que ocupa los artículos 81 a 86 del Reglamento; ha sido establecida la revisión por ser rentas las que se abonan, pues se supone que en algunos casos haya podido haber error o puede suceder que sufran las lesiones agravación o mejoría, con lo que los derechos del obrero resultarán modificados y será mermada o anulada la renta cuando mejore o desaparezca la incapacidad, y será aumentada en el caso de que ésta sufra una modificación desfavorable y empeoren las posibilidades de trabajo del obrero. Como se supone que los cambios en la clase de incapacidad podrán observarse en un período limitado de tiempo, se establece que la revisión podrá ser solicitada durante cinco años, a contar de la fecha en que fueron constituidas las rentas, a instancia de los beneficiarios, el patrono, Mutualidad o Compañía de Seguros o de la Caja Nacional (artículo 81). Como fundamento de la revisión podrá alegarse la agravación, mejoría, error diagnóstico o muerte ocurrida dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente. La revisión la hará el personal médico de la Caja Nacional, y en caso de disconformidad de las partes interesadas, se podrá recurrir ante la Comisión Revisora Paritaria competente (artículo 83).

La Caja Nacional del Seguro contra accidentes del trabajo en la industria, tiene como fin primordial el asegurar a los incapacitados y a las familias de los fallecidos por accidente, la percepción de la renta que corresponda en cada caso. Funciona en el Instituto Nacional de Previsión, y ha sido creada por este Organismo en virtud de las disposiciones contenidas en la ley (artículo 45) y Reglamento (artículos 140 a 159); los Estatutos de la Caja Nacional, aprobados por Decreto de 22 de Febrero de 1933 (*Gaceta del 25*), marcan los fines que ha de cumplir (preparación y modificaciones de las tarifas, seguro directo con los patronos, constitución y pago de las

rentas, inspección médica, revisión de incapacidades, readaptación funcional, etc.) y señalan su organización y funcionamiento. Dependiendo directamente de la Caja Nacional, ha empezado a funcionar el Servicio de Readaptación Funcional, dispuesto en el artículo 78 del Reglamento, en la Clínica del Trabajo, verdadero y completo hospital de accidentes, de cuya dirección ha sido encargado el doctor Oller, el cual, con su competencia en estas cuestiones, es la mejor garantía para el éxito de la obra de tanta trascendencia.

INCAPACIDADES PARCIALES

Una vez expuestas las breves consideraciones que anteceden sobre la nueva legislación, pasemos ahora a ocuparnos de lo que constituye el tema de la conferencia: «Las incapacidades parciales permanentes, ante la nueva legislación.»

Entre todas las incapacidades permanentes, son las parciales las que ofrecen mayor interés para el perito médico, pues, por presentarse en mayor proporción que las demás, son las que dan lugar a mayor número de intervenciones nuestras; por otra parte constituyen algunas veces el punto de partida para reclamar una renta superior a la que en justicia corresponda—cuando la víctima desea que su pequeña incapacidad sea apreciada como total o como absoluta—y en otras ocasiones el peritaje tendrá la finalidad de determinar si la ligera pérdida anatómica o el pequeño trastorno funcional son constitutivos de incapacidad parcial indemnizable. He aquí las razones por las que estimamos que las incapacidades parciales deben merecer nuestra preferente atención.

DEFINICION DE LA INCAPACIDAD PARCIAL

«Se considerará incapacidad permanente parcial para el trabajo habitual toda lesión que, al ser dado de alta el obrero, deje a éste con una inutilidad que disminuya la capacidad para el trabajo a que se dedicaba al ocurrirle el accidente»; de este modo define la ley (artículo 12) y el Reglamento (artículo 13), la incapacidad parcial; yo diría: «constituye o es causa de incapacidad permanente parcial para el trabajo habitual, toda lesión que... etc.», pues la incapacidad no es la lesión, es el estado en que se encuentra el individuo portador de una lesión permanente que origina un déficit en su valor productivo o que imposibilita en parte el ejercicio de su profesión u oficio.

COMO DEBE ESTABLECERSE LA EXISTENCIA DE LA INCAPACIDAD PARCIAL

Tiene un interés grandísimo para el perito médico el establecer la existencia de la incapacidad parcial de un modo justo y con arreglo a la legislación, al objeto de que se cumpla lo dispuesto en la ley y que el obrero no resulte perjudicado. Por la sola definición que anteriormente copiamos,

no se podrá resolver con facilidad, pues sólo se dice «que disminuya la capacidad para el trabajo» sin fijar en qué cuantía, cosa natural que suceda estando encasilladas todas las incapacidades solamente en las tres clases que hemos visto, aunque puedan existir muchos casos intermedios; en los países donde se asigna determinada valoración a las pérdidas anatómicas y funcionales y se indemniza en la proporción del porcentaje asignado a la incapacidad, suele haber un límite mínimo previamente fijado y las pequeñas incapacidades cuya valoración no alcance dicho límite—suele ser el 5 o 10 por 100—no son indemnizadas.

Aparte las incapacidades definidas en el artículo 13, que luego analizaremos, pueden existir otras muchas que también hemos de revisar después; pero vamos ahora a hacer una breve exposición de las circunstancias que ha de tener en cuenta el perito para que pueda establecer la existencia de incapacidad y grado de ésta (aplicables, por tanto, a toda clase de incapacidades); las circunstancias antedichas, las resumiremos en el siguiente cuadro:

El valor profesional del obrero puede estar abolido o disminuído por:	Lesiones persistentes que influyan en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Mutilaciones Dolores Vértigos Predisposición a la fatiga Enfermedades que obligan a interrumpir el trabajo
	Deformidades del rostro incompatibles con ciertas profesiones	<ul style="list-style-type: none"> Actores de teatro Actores de cine Dependientes de comercio
	Lesiones que hagan incompatible la permanencia con otros obreros	<ul style="list-style-type: none"> Por mal olor originado por la evacuación continua de orina o de heces
	Depresión moral	<ul style="list-style-type: none"> En los que tuvieron scalp En los que quedaron con deformidades del rostro de aspecto repulsivo En los que sufrieron mutilaciones de las genitales
Las lesiones persistentes que den lugar a un aumento de gastos por manutención	Originan un desnivel económico en el presupuesto familiar	<ul style="list-style-type: none"> Se dará este caso en la construcción de los maxilares, anquilosis del maxilar inferior, fracturas de este hueso mal consolidadas, etc.

Las mutilaciones como causa de incapacidad son, con mucho, las que con mayor frecuencia se observan. La pérdida de un miembro o segmento del mismo, puede ser la causa de que el obrero pierda todas las posibilidades de realizar el trabajo que antes ejecutaba o, si ocurre en menor grado, es susceptible de dar lugar a una disminución en el valor profesional del operario, si no ha de poder realizar el trabajo con la seguridad, rapidez y soltura con que se encontraba anteriormente. Pero entre las mutilaciones

debemos colocar no sólo la falta de miembros y segmentos de los mismos, sino otras anomalías anatómicas—como los acortamientos— y funcionales—rigideces articulares que originen limitación de movimientos—.

El dolor persistente, constante o discontinuo, la cefalea, por ejemplo, puede ser causa de incapacidad para el trabajo; el obrero atacado por un trastorno de esta naturaleza no podrá realizar su trabajo, sea cualquiera la clase de éste, si no en forma tal que el rendimiento que dé sea escaso por las interrupciones que habrá de hacer y la lentitud con que le desarrollará; la intensidad del dolor y la forma de presentarse marcarán la clase de incapacidad que debe ser apreciada.

Los vértigos, secuela permanente de algunos traumatismos craneales, son en absoluto incompatibles con ciertos trabajos, por lo que en tales casos darán origen a incapacidad total para la profesión habitual; en otras ocasiones podrán ser causa de incapacidad parcial.

Si el operario ha de realizar una labor que necesite relativo esfuerzo, y le ha quedado como consecuencia del accidente alguna lesión de corazón por la que aparezca con facilidad la disnea de esfuerzo, no estará en buenas condiciones de trabajar, no sólo por los perjuicios que pueda tener el ejercicio del cargo para su enfermedad, sino por lo defectuoso y lento que resultará su trabajo; también hemos de citar el caso de los obreros que han quedado en gran estado de debilidad, por lo que son muy predispuestos a la aparición de la fatiga.

Hay enfermedades de las que queda como trastorno permanente la imposibilidad material de llevar a cabo la ejecución de las labores del cargo con la continuidad que a los obreros se los exige durante la jornada de trabajo, unas veces por tener que hacer repetidas pausas para descansar—el caso de la fatiga y disnea anteriormente citadas—y otras porque necesitan interrumpir su labor con gran frecuencia para evacuar una necesidad—los ataques de polaquiuria por lesión vesical o renal, por ejemplo—. Si los trastornos mencionados son la consecuencia de un accidente, deberá ser indemnizado el obrero para compensarle de la disminución que sufrirá el salario al no alcanzar su trabajo un normal rendimiento.

Hay profesiones como las de actores de teatro o de cine con las que son incompatibles las deformidades del rostro; si uno de estos actores ha sufrido quemaduras en la cara, heridas por explosión u otra clase de lesiones que dejen el rostro deformado, podrá disminuir o ser anulado su valor profesional, sobre todo en las mujeres. También puede darse tal caso en los dependientes de comercio; como esta clase de obreros realizan su trabajo muy próximos al público que va a hacer sus compras, y hay deformidades del rostro, las muy acentuadas de aspecto repulsivo, que producen a quien las contempla una impresión desagradable, el dependiente de comercio que con motivo de un accidente haya quedado con una deformidad en la cara de las anteriormente mencionadas, habrá de ser indemnizado si tiene que cambiar de ocupación.

Hay obreros atacados de lesiones permanentes que dan lugar a la incontinencia de orina o de heces, o les ha quedado fístula estercorácea o urinaria por las que fluyen los excrementos continuamente; en ambos casos no es soportable la permanencia al lado de tales obreros por el olor que despiden. Fácilmente se comprende que si un enfermo de esta clase queda en buenas condiciones de trabajar, habrá de hacerlo apartado de sus compañeros o al aire libre, y para que esto se pueda realizar, en muchas ocasiones tendrá que cambiar de oficio o habrá que proceder a señalarle otra ocupación dentro de la misma clase de trabajo, cosa que no siempre podrá conseguirse con el mismo sueldo que ganaba.

Podemos citar también como caso de incompatibilidad con los compañeros de trabajo, el que se refiere en la siguiente anécdota que me contaron y de cuya autenticidad no respondo: En cierta capital de provincia, perteneciente a una región donde abundan los supersticiosos, había una importante empresa industrial que tenía, entre los jefes del taller, un contraamaestre tuerto; algunos de los obreros a las órdenes del mentado contraamaestre no estaban muy tranquilos con un jefe así, pues creían que habría de sucederles algo, pero nada decían; hasta que cierto día, muere un obrero, víctima de accidente del trabajo, entonces los más supersticiosos atribuyen la muerte del compañero a la influencia maléfica del contraamaestre y protestan, pero sus quejas no son tomadas en consideración; no había transcurrido mucho tiempo, y en el mismo taller se produce otro accidente mortal, sucediendo entonces lo que era de esperar, que la protesta adquirió más serios caracteres, declarándose en huelga todos los obreros a las órdenes del desgraciado contraamaestre, que hubo de ser desposeído de su cargo para que aquellos operarios se reintegrasen al trabajo. ¿No es este un caso que debemos señalar como de incompatibilidad que podrá darse y ser tenido en cuenta?

La depresión moral que acompaña a ciertas lesiones—independiente en absoluto de las neurosis traumáticas—acasiona a veces una disminución en el valor profesional del obrero que habrá de apreciarse al calificar la incapacidad. Se observa, mejor dicho, puede observarse, pues no siempre se presenta, en los individuos que tuvieron scalp, en aquellos a quienes les quedaron deformidades del rostro de aspecto repulsivo y en los que sufrieron mutilaciones de los genitales—pérdida del pene o de los testículos—; unas veces habrá de valorarse solamente la depresión moral y otras se añadirá la valoración que corresponda a las lesiones en sí por la deformidad producida o por el trastorno funcional si le hay.

Sufrirá un perjuicio pecuniario el obrero que después de curado y aun en perfectas condiciones de trabajar, necesite alimentación especial, porque las lesiones permanentes así lo exijan. Como ejemplos podemos citar el de aquellos a quienes haya quedado constricción de los maxilares, luxación irreductible o anquilosis del maxilar inferior, fracturas de maxilares viciosamente consolidadas, pérdidas de estos huesos, otras lesiones del tubo digestivo, etc.; en una palabra, lesiones que impidan la masticación o di-

ficulten o hagan imposible la ingestión de cuerpos sólidos; los obreros en los que se den estos trastornos habrán de ser sometidos a una alimentación que si supone aumento apreciable de gasto sobre la corriente, tendrán que ser indemnizados para compensarles del desequilibrio económico en que se encontrarían si no les fuese abonada cantidad alguna.

EL CUADRO DE VALORACIONES DE LA LEY

En el artículo 25 del Reglamento hay el siguiente cuadro de valoraciones destinado exclusivamente a evaluar las pérdidas de dedos y falanges de la mano y la anquilosis de la muñeca:

Pérdida de la segunda falange del pulgar derecho.....	25 por 100
Pérdida de la segunda falange del pulgar izquierdo.....	12 por 100
Pérdida total del índice derecho.....	25 por 100
Pérdida total del índice izquierdo.....	18 por 100
Pérdida de cualquiera de los otros dedos.....	15 por 100
Pérdida de una falange cualquiera de los demás dedos de la mano, excepto el pulgar.....	9 por 100
Anquilosis de la muñeca derecha.....	45 por 100
Anquilosis de la muñeca izquierda.....	30 por 100

No hemos de entrar a analizar si estas valoraciones, relacionadas entre sí o con otras incapacidades definidas, son justas; solamente diremos por lo que a las anquilosis de muñeca se refiere, que debió el cuadro éste detallar más y distinguir entre las distintas clases de tales defectos funcionales, pues muy bien sabemos que muchas veces depende de la posición en que haya quedado la muñeca anquilosada el que se pueda esperar alguna posibilidad de ejecución del trabajo, el normal desarrollo de éste o la absoluta imposibilidad de realizarlo. Nos consta que, por quien podía hacerlo, se propuso una modificación de este cuadro de valoraciones cuando se estaba redactando el Reglamento; la modificación tenía como base las cifras de la ley, por entonces ya aprobada por las Cortes—las mismas de la ley antigua—, pero no fué tomada en consideración por estimar que lo preceptuado en la ley, básica para la redacción del Reglamento, era inmodificable.

En el mencionado artículo 25 del Reglamento se dice, a seguido de detallar las valoraciones que hemos copiado, que cuando varias lesiones de las que figuran en el cuadro sumen 50 o más por 100, serán conceptuadas como causantes de incapacidad parcial permanente para la profesión. Este es un elemento de juicio del que podemos servirnos para obrar por analogía en otros casos que suelen presentarse en la práctica por lesiones no previstas en el cuadro y que luego detallaremos.

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN HACER VARIAR LA VALORACION Y QUE SE TENDRAN EN CUENTA PARA CALIFICAR LA INCAPACIDAD PARCIAL

Para establecer la existencia de incapacidad parcial—lo mismo podría decirse de las otras incapacidades total y absoluta—habrá de tenerse en cuenta la relación entre el defecto anatómico o funcional que haya resultado, y el oficio de la víctima, es decir, se apreciarán las posibilidades de trabajo del obrero en la profesión que tenía.

La misma lesión en dos obreros de distinto oficio, podrá originar incapacidad parcial en uno y en el otro no, por ejemplo: la pérdida de parte del pie, podrá constituir una incapacidad parcial para los obreros que tengan que trasladar objetos pesados, y no será causa de incapacidad para quienes trabajen en algunas máquinas-herramientas o sentados; la falta de dedos de la mano no será causa de incapacidad en los peones y otros muchos obreros, y podrá serlo para quienes ejerzan oficios que requieran manipulaciones con integridad funcional de la mano; las disminuciones de visión no corregibles con lentes—por opacidades corneales—serán motivo de incapacidad en ciertos trabajos, y en otros no, por corresponder a profesiones para las que no se requiere una vista muy perfecta.

En el artículo 13 del Reglamento está prevista la diferenciación de que venimos hablando, pues dice:

«En la valoración se tendrá en cuenta, además de la lesión, el oficio o profesión del accidentado, considerando si se trata de jornaleros y trabajadores no calificados, o de profesiones u oficios que precisan principalmente los miembros superiores, o de profesiones que precisan principalmente de los miembros inferiores, o de oficios y profesiones de arte y similares que requieren una buena visión y una gran precisión de manos, o de otro oficio o profesión especializados.»

De la misma manera que las circunstancias de que hemos hablado y que se detallan en el párrafo del artículo 13 copiado anteriormente, sirven para calificar la incapacidad parcial, deben ser utilizadas en ciertos casos para establecer la existencia de incapacidad total para la profesión habitual; así lo dispone el artículo 16 del Reglamento, al decir: «La enumeración que se hace en el artículo 13 de las lesiones que determinan una incapacidad parcial no obstará a que, por la apreciación de las mismas, según lo previsto en el párrafo segundo de dicho artículo, se declare una incapacidad permanente y total para la profesión habitual.»

INCAPACIDADES POR LAS QUE EN OCASIONES NO SE PERCIBIRA RENTA

Hemos hablado anteriormente al señalar que la nueva ley reconoce la capacidad de ganancia, de una disposición del artículo 27—aplicable a las incapacidades parcial y total para la profesión habitual—en virtud de la

cual, «si el obrero llegase a percibir salario que, sumado a la renta, sea igual o mayor que el que cobraba al ocurrir el accidente, cesará en el percibo de la diferencia, recuperando esta parte de la renta si dejase de percibir tal cuantía de salario.»

Ahora hemos de insistir en ello, puesto que es un elemento que debemos tener en cuenta al declarar la incapacidad permanente. Bien es verdad que la cuestión no parece ser de nuestra competencia, puesto que podemos limitarnos a señalar la clase de incapacidad, pero creo que ante un caso de tal índole debemos, a seguido de mencionar la categoría de la invalidez, decir si la lesión es compatible con el trabajo que el obrero ejecutaba y si éste se encuentra en condiciones de realizarlo con rendimiento normal para poder percibir el mismo salario.

Entre las incapacidades definidas como parciales en el artículo 13, la que puede ponerse como tipo para este caso de que nos ocupamos, es la «pérdida de la visión completa de un ojo, si subsiste la del otro.» Es muy frecuente la observación de obreros que han perdido un globo ocular porque haya sido enucleado o simplemente la visión, y, encontrándose con el otro ojo sano, continúan realizando su labor en las mismas condiciones que antes del accidente y ganando el mismo jornal; cuando la profesión del obrero no precise la visión binocular, en caso de pérdida de un ojo, creo que debemos decir en nuestro certificado de alta: «Se trata de una incapacidad permanente parcial para la profesión habitual incluida en el apartado b) del artículo 13 del Reglamento, pero perfectamente compatible con su trabajo de... en el que podrá obtener el mismo rendimiento que en condiciones normales y, por tanto, ser remunerado con el mismo jornal que ganaba.»

Más ejemplos podríamos poner con las incapacidades parciales del apartado a)—no con los del c) y d), de los que luego trataremos—, pero creemos suficiente éste de la pérdida de visión que es el más demostrativo.

LAS INCAPACIDADES SEÑALADAS EN LA LEY COMO PARCIALES

Analizaremos ahora las incapacidades que el artículo 13 del Reglamento define como parciales, procurando fijar el criterio que debemos tener, en los casos dudosos sobre todo.

Estas incapacidades son:

- a) La pérdida funcional de un pie o de los elementos indispensables para la sustentación y progresión.
- b) La pérdida de la visión completa de un ojo, si subsiste la del otro.
- c) La pérdida de dedos o falanges indispensables para el trabajo a que se dedicaba el obrero.
- d) Las hernias, según el artículo 17.
- e) Las lesiones que se consideren capaces de producir la misma incapacidad para el trabajo habitual.

PÉRDIDA FUNCIONAL DE UN PIE O DE LOS ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA
LA SUSTENTACIÓN Y PROGRESIÓN

Hemos de considerar una extremidad inferior como parte esencial para la deambulaci6n y bipedestaci6n y, por tanto, habremos de tener en cuenta para calificar la incapacidad, de una parte la p6rdida anatómica o funcional—extensi6n e intensidad—, y de otra la profesi6n del obrero.

Tomaremos como punto de partida al tener en cuenta la extensi6n de la p6rdida de un miembro inferior, la limitaci6n que marca el art6culo 14 del Reglamento—el de las incapacidades totales para la profesi6n—que dice en su apartado d), que se incluyen en 6l las amputaciones por encima de la rodilla. De donde hemos de deducir que la desarticulaci6n de la rodilla y las diversas amputaciones de pierna se consideran en la ley como incapacidades parciales.

Para la agricultura, donde casi todos los trabajos requieren un buen funcionalismo de miembros inferiores, yo propongo (1) se conceda la indemnizaci6n por incapacidad total para la profesi6n, incluso hasta en la desarticulaci6n tibio-tarsiana; la incapacidad parcial para los obreros agr6colas empiezo a contarla desde la amputaci6n osteoplástica de Pirogoff. Pagando pensiones el criterio puede ser m6s restrictivo, sin embargo, en algunos casos, en la industria, habr6 de procederse en la forma que se 6ñalamos para la agricultura, en virtud de lo dispuesto en el art6culo 16, del que hemos hablado anteriormente.

Creo que este apartado debe interpretarse en el sentido de incluir en 6l, como p6rdidas de segmentos del miembro inferior, adem6s de la desarticulaci6n de la rodilla y de las amputaciones de pierna, la desarticulaci6n tibio-tarsiana y la amputaci6n osteoplástica de Pirogoff; en ciertos casos, teniendo en cuenta la profesi6n del obrero «porque precise principalmente los miembros inferiores», se admitir6n como productoras de incapacidad parcial, las desarticulaciones de Chopart y Lisfranc, la p6rdida de los cinco dedos del pie y la p6rdida de los dedos gordo y segundo con sus metatarsianos; en contad6simos casos podr6 admitirse como originaria de la misma incapacidad la p6rdida del primer dedo con su metatarsiano. Las valoraciones que pueden alcanzar las dem6s p6rdidas de dedos del pie, son m6s bajas, pues no deben impedir el realizar el trabajo en condiciones de buen rendimiento.

Hay trastornos funcionales de la extremidad inferior dependientes de fracturas, anquilosis, rigideces articulares, par6lisis y cicatrices retr6ctiles, que vamos a analizar ahora fijando cu6l debe ser la intensidad que hemos de considerar como productora de incapacidad parcial.

Fracturas.—En las fracturas de *pelvis* pueden observarse, atendiendo a su intensidad y trastornos concomitantes, las tres clases de incapacidades. Algunos casos de fracturas parciales que despu6s de la consolidaci6n dejen

(1) «Accidentes del trabajo agr6cola. Estudio m6dico legal». 1933.

un evidente déficit funcional que disminuya la capacidad para el trabajo, podrán ser consideradas como productoras de incapacidad parcial.

Entre las fracturas del *fémur* destacan como productoras de incapacidad, las del cuello; si los trastornos funcionales que quedan son ligeros, no será, generalmente, calificada la incapacidad parcial en los individuos jóvenes, pero en los viejos sí; si los trastornos en la marcha son más acusados o existe atrofia del miembro, producirán, al menos, en los jóvenes, incapacidad parcial, y total para la profesión en los viejos. Si queda acortamiento después de una fractura de la diáfesis, variará la clase de incapacidad según la intensidad de aquél; considero como no productores de incapacidad los acortamientos menores de 3 centímetros, pues la claudicación es nula o muy ligera y la potencia funcional de la extremidad afecta no está disminuida, pero, en los acortamientos mayores, habrá que dar una valoración que, en muchos casos, constituirá una clara incapacidad; desde luego debo anticipar que tienen mayor importancia desde el punto de vista de la capacidad funcional de la extremidad, los acortamientos debidos a fracturas de *fémur*, que los originados por fracturas de la pierna; en los acortamientos de 3 a 5 centímetros se decidirá que existe incapacidad parcial teniendo en cuenta la edad del enfermo, la atrofia—si la hay—, dolores, callo deforme y también la profesión del sujeto; en acortamientos de 5 a 10 centímetros habrán de apreciarse las mismas circunstancias, las cuales no se precisarán en grado tan acusado, pues se producirá casi siempre la incapacidad parcial, y en ocasiones la total, para la profesión.

Sin que sea frecuente observar que las fracturas de *rótula*—sobre todo las bien tratadas—originan algún trastorno, puede darse el caso de que dificultando la marcha sean productoras de incapacidad parcial para ciertos trabajos, sobre todo en individuos viejos.

Los acortamientos debidos a fractura doble de *pierna* no dan lugar a incapacidad cuando son menores de 5 centímetros—podrá observarse algún caso de excepción si existen otros trastornos—; si la longitud del miembro está disminuída entre 5 y 10 centímetros, existirá la incapacidad parcial, teniendo en cuenta las mismas circunstancias de edad, atrofia, etc., de que antes hemos hablado al tratar de las fracturas de *fémur*; si el acortamiento rebasa los 10 centímetros, entonces, por lo menos, habrá que calificar la incapacidad parcial. Ciertas fracturas maleolares también darán origen a esta clase de incapacidad cuando queden dolores, trastornos en la marcha o pie desviado.

Anquilosis.—Prescindiendo de las de *cadera*, que originan incapacidad total para la profesión o absoluta para todo trabajo, diremos de las de la *rodilla*, que la existencia o grado de incapacidad depende de la posición; las anquilosis en extensión pueden ser algunas veces productoras de incapacidad parcial, pero no siempre, depende el que lo sean, sobre todo, de la profesión del obrero; cuando la anquilosis se ha producido en ligera flexión, entonces, salvo raras excepciones, originan una disminución en el valor

profesional del obrero que requiere sea éste indemnizado por la incapacidad parcial que le queda; si la flexión es exagerada, la incapacidad que suele corresponder es la total para la profesión.

La anquilosis de la articulación *tibio-peroné-tarsiana*, en buena posición, no es causa de incapacidad si no se acompaña de otros trastornos; en mala posición—pie valgo, varo, talo, equino—la cosa varía, pues entonces darán lugar a incapacidad parcial, porque está afectada la marcha y pueden, además, existir trastornos concomitantes que aumenten el grado de la incapacidad.

Rígideces articulares.—En la *cadere*, si la limitación de movimiento es favorable, puede existir o no la incapacidad parcial según la edad y profesión del obrero; debe entenderse por limitación favorable cuando, al menos, se consigan los siguientes movimientos del muslo: flexión mínima a 45° , abducción mínima a 30° y alguna retropulsión. Si la limitación es menos favorable, habrá de reconocerse casi siempre la incapacidad parcial, y en ciertos casos asignar mayor valoración.

También hemos de hablar de limitaciones favorables en la articulación de la *rodilla*; entre estas podemos citar aquellas en las que consiguiéndose la extensión completa, la flexión está disminuida—entre 0° y 20° , 0° y 45° , 0° y 90° —: no suelen originar incapacidad parcial ni aun la primera de las citadas—entre 0° y 20° —, salvo casos muy especiales. Como limitaciones desfavorables debemos considerar las que se dan en casos en los que la extensión completa es imposible (el recorrido de la flexión puede conseguirse en grado variable), en ellas la marcha está dificultada y dan lugar a incapacidad parcial para los trabajos que requieran preferentemente el uso de los miembros inferiores.

En el *pie* puede estar limitada la flexión o la extensión aisladamente o ambas a la vez; con buena posición del pie no habrá incapacidad, pero si hay alguna desviación (en talo, equino, etc.), podrá quedar el obrero incapacitado parcialmente para su trabajo.

Parálisis.—Para apreciar la existencia y grado de incapacidad a que dé lugar una parálisis en la extremidad inferior, se hará la valoración por analogía con la pérdida anatómica o funcional del miembro o de sus segmentos, para lo cual se tendrá en cuenta todo lo que hasta aquí hemos dicho sobre amputaciones, fracturas, anquilosis, etc.

Cicatrices.—Las cicatrices retráctiles dificultan e impiden los movimientos de la extremidad e incluso, en ocasiones, llevan a ésta a posiciones incompatibles con un funcionalismo útil. El grado de incapacidad se deducirá, por las limitaciones de movimientos a que dan lugar, comparativamente con las anquilosis y rígideces articulares de que antes nos hemos ocupado.

PÉRDIDA DE LA VISIÓN COMPLETA DE UN OJO SI SUBSISTE LA DEL OTRO

Para establecer las consecuencias de la pérdida de un ojo para un obrero, desde el punto de vista de su valor profesional, hemos de hablar primera-

mente de las condiciones en que queda para el trabajo quien se ve privado de órgano tan importante.

Con un solo ojo se conserva la visión central, pero está disminuida la periférica; el campo visual es menor en 1/6 del que se obtiene con los dos ojos. La visión de colores no se modifica, sin embargo la sensación de relieve está abolida; afortunadamente, los obreros jóvenes, sobre todo, pueden llegar a adquirir de nuevo la visión del relieve de los objetos reeducando el ojo que les queda, pues está demostrado que moviendo los objetos que se miran o la cabeza del observador, se llega a conseguir apreciar el relieve por la diferente dimensión, según la distancia y la proyección sucesiva de sombras y luz en la superficie.

Con buena visión en el ojo sano, el obrero que ha perdido un ojo se encuentra por lo general en condiciones de realizar el trabajo con un normal rendimiento, por lo tanto, podremos encontrarnos en el caso, que ya hemos citado anteriormente, de reconocer la existencia de la incapacidad parcial con arreglo al apartado b) del artículo 13 del Reglamento, pero también habremos de advertir en la información que demos en el certificado de alta, que se podrá caer de lleno en la disposición ya citada del artículo 27, re-dactando nuestro informe como lo hicimos al tratar de las incapacidades por las que no se percibe renta.

Tratándose de profesiones muy visuales o en las que se necesite apreciar las distancias o distintos planos de los objetos, y en los casos en los que el obrero no pueda seguir ganando el mismo jornal de antes, se indemnizará con la renta que corresponde a la incapacidad parcial.

Sin llegar a la pérdida de la visión completa hay casos de disminución muy acentuada que deben equipararse a aquélla y ser calificados como productores de la misma incapacidad. El límite que debe establecerse ha sido bastante bien expresado por sentencia del Tribunal Supremo al conceder el mismo valor como productora de incapacidad parcial a la disminución de visión que se caracteriza porque solamente se aprecien sombras o bultos sin distinción de detalle alguno; en otro caso, cuando se perciba algo más, el valor profesional del ojo no está perdido, por lo cual no debe dar lugar a incapacidad parcial.

Si un ojo ha sido operado de catarata traumática y falta el cristalino, o éste ha desaparecido por reabsorción espontánea de la catarata, el valor profesional de este ojo es nulo y, a nuestro juicio, debe ser considerado el caso como de pérdida de la visión completa de un ojo; la explicación es bien sencilla, un ojo sin cristalino debe ser provisto de lente correctora y la imagen que con ella se obtiene es muy distinta a la del ojo sano; como una visión en tales condiciones es molestísima para el enfermo e imposible de soportar, habrá que prescindir del ojo operado y utilizar únicamente el sano; Chavernac dice que encontrándose con buena visión el ojo sano, no se debe operar el cristalino opacificado, porque, la incapacidad, una vez quitada la catarata, es mayor que con el ojo ciego.

El que se diga al enunciar esta causa de incapacidad de que nos estamos ocupando, pérdida de la visión en un ojo si subsiste la del otro, tiene una justificación que vamos a explicar. En la ley antigua y en el Código del Trabajo, solamente se hablaba de «pérdida de la visión completa de un ojo»; esto dió lugar a que en algún caso un individuo quedó completamente ciego al sufrir un accidente en el único ojo que le quedaba sano por haber perdido la visión en el otro por accidente o enfermedad anterior, y se le quiso indemnizar solamente por incapacidad parcial; el Tribunal Supremo, por sentencia de 9 de Julio de 1927 (*Gaceta* 2 Febrero 1928), ha sido lo suficientemente explícito al sentar jurisprudencia en un caso de esta naturaleza, en la que dice:

«Estando probado que el obrero..... en el momento de ocurrir el accidente que le hizo perder el ojo derecho, no obstante de carecer del izquierdo, tenía aptitud suficiente para ejercer los actos propios de su oficio, el cual venía realizando a satisfacción del patrono, como por virtud del mismo ha quedado totalmente ciego, está fuera de duda que su incapacidad hay que calificarla de absoluta y permanente para toda clase de trabajo, conforme a la disposición segunda del artículo 4.º de la ley de 10 de Enero de 1922, en relación con el artículo 90, letras c) y g) del Reglamento de 29 de Diciembre del mismo año, porque aun cuando en estos preceptos se habla de la pérdida de los dos ojos, en contraposición a lo estatuido en el artículo 92, letra b), que trata de la pérdida de la visión completa de un ojo, la circunstancia de que dicho obrero carecía de uno antes de que se produjera el accidente, no es obstáculo para que se haga la declaración de que está en absoluto imposibilitado para toda clase de trabajo.»

De donde se deduce que cuando un tuerto pierde en accidente del trabajo el ojo sano, no se tendrá en cuenta el estado anterior, debiendo calificar la incapacidad, no aisladamente por la lesión sufrida, sino por las consecuencias que aquel accidente tendrá para el valor profesional del obrero, las mismas que si hubiera perdido a la vez los dos ojos.

PÉRDIDA DE DEDOS O FALANGES INDISPENSABLES PARA EL TRABAJO A QUE SE DEDICABA EL OBRERO

Enunciadas en esta forma las pérdidas de dedos o falanges como productoras de incapacidad parcial, se origina con facilidad el equívoco si no se medita bien sobre el caso y se tiene un criterio de exagerada amplitud, y esto lo decimos porque no cabe duda de que hay quienes piensan que en la mayoría de los trabajos manuales todos los dedos y todas las falanges son indispensables para el trabajo, y, en realidad, esto no es así.

La prueba que podemos presentar como justificativa de que se ha llegado a abusar del término «indispensable» para el trabajo, nos la dan estas tres sentencias del Tribunal Supremo—que ya hemos citado en otras ocasiones—por las que se concedió la indemnización correspondiente a la inca-

pacidad parcial: en la primera, de 12 de Junio de 1924, se trataba de la pérdida de la tercera falange del índice izquierdo sufrida por un obrero del que dice «clavaba tapas en los tacones»; en otra, de 12 de Mayo de 1925, había perdido el obrero también la tercera falange del índice izquierdo y era un aserrador mecánico; del día 13 del mismo mes y año, es la otra sentencia, por la que se concedía la indemnización a una obrera que perdió la tercera falange y parte de la segunda del meñique izquierdo, de la que sólo dice que trabajaba en una fábrica de jabón; ¿no debemos pensar que en estos tres casos se procedió por los peritos con alguna ligereza? ¿es que estos tres obreros no continuarían después trabajando en sus respectivos oficios en los que darían un normal rendimiento? Si con la ley antigua el conceder un año de salario como indemnización no tenía gran importancia, la nueva ley, indemnizando por el sistema de renta, sí que la tiene; por lo tanto, al calificar una incapacidad por lesión de los dedos de las manos, hemos de tener un especial cuidado en dar un fallo justo.

Vamos a poner un ejemplo de falange indispensable para el trabajo, el más típico de todos, si bien origina incapacidad total para la profesión, que ha sido citado por Ormaechea y Oller: la pérdida de la segunda falange del dedo pulgar izquierdo impide a las cajistas de imprenta, que la hayan sufrido, el poder continuar dedicándose a su profesión; utilizan estos obreros una lámina metálica alargada y doblada en ángulo recto que se llama componedor. la cual la tienen durante el trabajo en la mano izquierda; con la derecha toman los caracteres de imprenta que van colocando en el componedor, y precisamente con la segunda falange del pulgar izquierdo flexionada van sujetando los caracteres, por lo que, si dicha falange les falta, no podrán realizar tal operación.

Para calificar como productora de incapacidad parcial para el trabajo una pérdida de esta clase, ha de tener en cuenta el perito, primeramente, la naturaleza de la lesión, número de falanges y dedos que falten y clase de ellos; después, la posibilidad de ser suplido el dedo que falta por el muñón que quede o por los demás dedos y, finalmente, la clase de trabajo que el obrero tenga que ejecutar (la presa que con la mano tenga que hacer para la sujeción de la herramienta o pieza, la colocación de los dedos y presión que con éstos haya de realizar, etc.). Estos elementos de juicio servirán al perito para decidir sobre la existencia de incapacidad parcial para el trabajo.

(Concluirá)



FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID. SERVICIO DE PATOLOGÍA GENERAL

CATEDRÁTICO-DIRECTOR: DOCTOR JOSÉ CASAS

Dermatitis aúrica grave en un tuberculoso pulmonar

por el doctor Miguel SEBASTIÁN HERRADOR, Profesor ayudante de Clases prácticas
y Luis de CASTRO GARCÍA, Alumno interno numerario

En el grupo de accidentes descritos en el tratamiento aúrico de la tuberculosis pulmonar, figuran, sin duda alguna entre los mejor conocidos, aquellos que se deben a la reacción de los tejidos epiteliales de tipo tegumentario, externo e interno; mas son contados los casos en la literatura con manifestaciones de intensidad desusada o que acarreen consecuencias funestas. De aquí que juzguemos útil la publicación de este caso en que tales características se ofrecen.

He aquí brevemente expuesta su historia clínica:

M. P., de 42 años, natural de Valladolid, viuda, dedicada a las labores de su sexo. Carece de antecedentes fímicos por parte de los ascendientes; su esposo en cambio murió de tuberculosis pulmonar a los 41 años. De los doce hijos habidos en el matrimonio, viven únicamente cinco; cuatro murieron con síndrome meningéptico, y los tres restantes afectos de peritonitis, todos en la infancia.

Niega toda enfermedad antes de la pubertad, incluso las exantemáticas infantiles. A partir de la época de la menarquía (14 años), catarros invernales de repetición, A los 31 años se inicia un proceso colecistítico crónico que es bien tolerado, con muy raros períodos de exacerbación. Ciclo catamenial normal.

En Mayo de 1931 iníciase el proceso morbosos con tos seca pertinaz, astenia muscular y fiebre vespertina, manteniéndose normal el apetito y los procesos digestivos. El 3 de Agosto del mismo año, hemoptisis, unos 300 centímetros cúbicos de sangre, que va seguida de abundante expectoración, hemoptoica primero y más tarde mucopurulenta, y fuerte agravación de los síntomas morbosos anteriores. De Septiembre de este año a Enero del 32, es asistida en un dispensario antituberculoso oficial, donde instituyen cura de oro (orosamil), de la que no hemos podido obtener más datos sino que fué excelentemente tolerada, sin el menor signo de intoxicación; ignoramos cuanto respecta a dosis, intervalos, etc... La enferma suspende sus visitas al dispensario en el mes de Enero indicado, por encontrarse muy mejorada, sin ninguno de los síntomas anteriores; hace vida normal hasta fines de Junio del mismo año, en que sufre una fuerte recaída, y dos meses más tarde (Agosto) ingresa en nuestro servicio hospitalario.

Los signos de intoxicación y las manifestaciones subjetivas son en esta fecha escasos, si acaso predomina la tos y la sensación de astenia. No así los signos objetivos; en el hemitórax izquierdo las excursiones respiratorias se encuentran atrasadas y disminuidas de amplitud; existe disminución de la sonoridad pulmonar en todo el plano posterior, que llega a su matidez en fosa supraespinosa. Signos acústicos de reblandecimiento, estertores subcrepitantes de mediana burbuja, consonantes en algunos puntos, respiración ruda en vértice y zona hiliar; en base sibilancias respiratorias y roces de pleura. En pulmón derecho, menos afecto se aprecian crujidos y estertores finos no consonantes en vértice, en base respiración ruda.

La exploración de los demás aparatos es negativa, a excepción de un pequeño aumento del tamaño del hígado, cuyo borde inferior rebasa dos centímetros el reborde costal y una manifiesta diastasis de rectos anteriores.

Tensión vascular, 12,5/8. Pulsaciones, 92. Temperatura, 37,6. Peso, 48 kilogramos.

La baciloscopia en esputos es fuertemente positiva, con unos 15 bacilos por campo.

Eritrosedimentación, 53 a la hora, 117 a las 24 horas (Westergreen).

Examen hematológico.—Mielocitos, 0. Metamielocitos, 4. Stabkernige, 4. Segmentenkernige, 57. Basófilos, 0. Eosinófilos, 3. Monocitos, 4. Linfocitos, 28. Leucocitos, 7.400. Hematíes, 4.020.000. Hemoglobina, 70 por 100. Valor globular, 0,94.

El examen de orina es normal. Asimismo las reacciones de Wasserman, Hecht, Meinicke, Kahn y citocol son negativas.

La radiografía ofrece imagen en todo coincidente con los signos físicos. Lesiones infiltrativas amplias que abarcan la mayor parte del lóbulo superior izquierdo con dos sombras cavitarias manifiestas, muy próximas entre sí y de pequeño tamaño. En el pulmón derecho las sombras de tipo fibroso y mayor densidad se encuentran diseminadas por todo el área del mismo; en base, dos pequeños nódulos con reacción perifocal. Corazón en gota.

Diagnóstico.—Tuberculosis pulmonar productivo cirrótica con focos exudativos, bilateral.

Tratamiento.—Los 15 primeros días cura de reposo que no opera modificación alguna de la febrícula ni signos objetivos; simultáneamente calcio y lecitina.

El día 3-9-32 se inicia tratamiento aúrico con 0,01 g. de orosamil endovenoso, y con intervalos de 6 días se administran las dosis sucesivas de 0,05, 0,10, 0,15, 0,25, 0,50, 0,75. Como indica la gráfica, todas las inyecciones fueron perfectamente toleradas sin elevación febril, si exceptuamos la dosis sexta de 0,25, que provocó una elevación hasta 37,9, ni signos de irritación renal (Albúmina negativa en todas las ocasiones).

En este intervalo los signos físicos permanecen inalterados, en tanto que mejoran ostensiblemente los radiológicos y el aspecto subjetivo, ceden

temperatura y expectoración; la emisión de bacilos es asimismo menor, 2 por campo.

La dosis siguiente de 0,75 es administrada, por descuido del personal subalterno, después de haber comido la enferma, y provoca a las dos horas un cuadro alarmante; fiebre alta, 40°, 112 pulsaciones, 10/8 de tensión, disnea intentísima y vómitos alimenticios pertinaces. Durante la noche cede espontáneamente el cuadro y vuelve a su estado anterior: 37,4 de temperatura, 86 pulsaciones, no se observa albúmina en orina.

Desaparecido el accidente reaccional, y en vista de la perfecta tolerancia renal, se prosigue el tratamiento, y a los 6 días se administra otra vez 0,75, dosis que no produce elevación febril ni signo reaccional alguno. No obstante, 6 días después, surge eritema macular, de tipo escarlatinoso, en zona medio esternal, que rápidamente se extiende a miembros superiores y va acompañado de intenso prurito; se eleva nuevamente la temperatura a 38,5, y en el término de 3 días el eritema abarca ya las cuatro extremidades y gran parte del tronco, incluso mucosa genital. El día 29, segundo del eritema, la fórmula es como sigue: mielocitos, 0, metamielocitos, 8, stabkernige, 9, segmentenkernige, 46, basófilos, 0, eosinófilos, 19, monocitos, 8, linfocitos, 14. No existe albúmina ni intolerancia digestiva.

En la imposibilidad de administrar hiposulfito magnésico, se instituye el tratamiento clásico, calcio por doble vía, endovenosa y digestiva, y adrenalina en gotas, junto con dieta hiponitrogenada, mas el exantema prosigue, y a los 5 días se extiende ya a todo el tegumento, cara y cuero cabelludo inclusive, iniciándose la transformación de la mácula en pápula con arreglo al orden de aparición; simultáneamente surge estomatitis muy intensa con grandes molestias locales, que es tratada asimismo sintomáticamente (salol, badiana y ratania).

El 6-1-33 la lesión cutánea ofrece claramente el tipo de una dermatitis tóxica de carácter eczematoso, con abundante exudación purulenta y hemorrágica, especialmente en los pliegues de flexión y miembros inferiores en su totalidad. En cara existe gran edema con fuerte engrosamiento de labios y formación de fisuras en los mismos que son especialmente dolorosas. Aplícase tratamiento sintomático, vaselina resorcinada y pomada antieczematosa e iníciase la descamación en tronco y el consiguiente retroceso de las molestias, de tal suerte que, transcurridos 7 días, el eczema se encuentra localizado solamente a pliegues de flexión de miembros y cuello, y han desaparecido por completo las lesiones mucosas. El 17 sufre una recaída el proceso, por fortuna de breve duración, y el día 27 ha recobrado el tegumento por completo su normalidad.

En esta fecha el estado general ha empeorado manifiestamente, el peso es de 45,600 kilogramos; la fiebre se eleva ligeramente, el Fahreus es de 70 y 120 (hora y 24 horas respectivamente), el apetito es menor, aumenta de nuevo la tos y la expectoración y existe un gran abatimiento y astenia muscular.

Se inicia en este punto una diarrea moderada, que resiste tenazmente a los astringentes sintomáticos, tanalbina, etc., y aparecen indicios de albúmina no dosificables en orina y algunos hematíes.

Un examen practicado el 11-2-33 nos muestra lesiones amplísimas en ambos pulmones, de tipo exudativo excavada, con gran cantidad de esteriores húmedos de todos tamaños, especialmente numerosos en el pulmón derecho que era el menos afecto al iniciar la cura. Una nueva radiografía confirma estos hallazgos y proporciona la imagen de una diseminación de grano fino, casi miliar, en todo el pulmón derecho, con reacción bronquial moderada y sombra cavitaria perfectamente delimitada en lóbulo superior; todo ello, naturalmente, sumado a la imagen de fecha precedente.

Progresó el derrumbamiento de la enferma, por otra parte sin gran aparato de síntomas, ya que ni siquiera se eleva la fiebre (sólo los últimos días llega a 39°), y dominando exclusivamente la disnea que se hizo amenazadora hasta que finalmente sucumbe en síncope el 28-2-33.

Los datos de la necropsia son como sigue: derrame de unos 600 cc. de líquido amarillo transparente en ambas pleuras. El pulmón derecho tiene fuertes adherencias en vértice con una caverna del tamaño de una avellana; en el izquierdo, cuya pleura parietal está adherida en toda su extensión, existen lesiones difusas de tipo infiltrativo y una gruesa caverna del tamaño de un huevo de gallina en vértice. Entre los restantes datos de interés, figuran el hígado aumentado ligeramente de tamaño, pero con manifiesta degeneración adiposa comprobada con examen histológico, en vesícula biliar cálculos de colessterina; corazón y riñones completamente normales. Quiste diminuto (tamaño de un cañamón) en trompa derecha.

Examinemos en primer lugar la adecuación o inoportunidad del tratamiento para nuestro caso concreto. A nuestro juicio, la indicación era indudable. Basta recordar, para probarlo, que sobre no existir ninguna contraindicación absoluta, caquexia o acentuado malestar general, intensa albuminuria, etc., se trataba de una forma mixta, exudativo fibrosa, en estado de manifiesta evolutibilidad (Fahreus elevado, fiebre, expectoración bacilífera, etcétera), circunstancias todas que en opinión de Sayé, recientemente reiterada, abogan en pro de la auroterapia. A esto hemos de unir el recuerdo del tratamiento aúrico anterior, que tan excelentes efectos produjo, y la imposibilidad de llevar a cabo un neumotórax por las numerosas adherencias pleurales ya constatadas.

Por otra parte, la considerable mejoría que es conseguida en la primera etapa del tratamiento, no es sino un nuevo argumento en su favor.

El primer fenómeno reaccional que ofrece la enferma no presenta particularidad alguna; elevación febril hasta 37,9 con todas las características del tipo II de Secher y Würtzen, y de acuerdo, por tanto, con la forma anatomopatológica de las lesiones. Aceptando la interpretación de estos autores, podríamos vaticinar, por tanto, un favorable resultado.

Tras la perfecta tolerancia de la dosis siguiente, 0,50, surge con la de

0,75 nuevamente el cuadro reaccional. ¿Fué provocado exclusivamente por la inoportunidad de su administración en plena fase digestiva, o se debió más bien a una verdadera intolerancia al fármaco? He aquí el primer asunto a debatir.

Si bien la taquicardia y la brusca hipotensión, así como la disnea, nos hablan en favor del shock, accidente de relativa frecuencia y en manera alguna necesariamente mortal (Dargallo) de patogenia claramente vascular, acción de la sal aúrica sobre los vasos espláncnicos en particular, hemos de tener en cuenta que son los signos digestivos los más precoces en orden a manifestaciones de intolerancia. No obstante la rápida desaparición del cuadro, su fugacidad refuerza al diagnóstico de shock.

Doce días después surge el accidente principal, motivo de esta comunicación. Es indudable en él la participación de todo el tejido tegumentario (piel y mucosas), mas con una cierta sucesión o ritmo. Aféctase en primer término la piel y casi en seguida mucosa genital; más tarde iniciada ya la transformación del exantema, es cuando surge la estomatitis y alteración de la mucosa pituitaria y conjuntival; y por último, la mucosa digestiva muéstrase alterada (diarrea incoercible) solamente al fin, a los 30 días próximamente de iniciada la reacción.

En lo que respecta a piel, difieren las más de las características de lo descrito comunmente. La aparición del exantema es tardía, 6 días, y su topografía desusada, iniciación en tronco en lugar de miembros. El cortejo sintomático, elevación térmica, cefalea y prurito, es en cambio el habitual. Tanto la generalización como la consiguiente transformación en dermatitis fueron muy rápidas, y ya en este estado alcanza un grado la lesión cutánea eczematosamente extraordinario. Especialmente el edema y las profundas fisuras en labios y párpados, así como la intensidad de la exudación en los pliegues de flexión y en las comisuras labiales, palpebrales y genital llegaron a crear una situación de verdadero compromiso. Finalmente el hecho mismo de la resolución completa relativamente rápida, a pesar de la recaída, y habida cuenta de la gravedad de la dermatitis, no deja de ser anómalo.

Por parte de las mucosas, excepción hecha de la genital que llegó incluso a la necrosis en una de sus partes (labio menor derecho), la lesión no llegó a alcanzar tanta intensidad. En todas ellas se limitó al tipo catarral, con abundante exudación y sin que en ningún momento se llegase a la producción de ulceraciones, ni siquiera en la mucosa bucal que fué de este grupo la más gravemente afecta. De interés es destacar la manifiesta participación de la mucosa pituitaria, fenómeno que puede ser calificado de verdadera rareza reaccional.

Indicada ya la participación de la mucosa digestiva, siquiera sea escasa y tardía, en la fase de agravación final de la enferma, ofrece interés el señalar la carencia de manifestaciones por parte del tercer apartado, aparato urinario, sin duda alguna las de más frecuente hallazgo en el común de los casos, hasta el punto de que suelen ser tomadas como control de la tolerancia.

En ningún momento del transcurso del tratamiento fué posible demostrar la presencia de albúmina en la orina de nuestra enferma, y solamente en la fase final, y dato curioso, coincidiendo con la etapa de signos digestivos, pudo ser hallado en forma de ligeros indicios.

Esta carencia de signos halló su correspondiente comprobación en la necropsia, en la que precisamente los riñones fueron, en unión del corazón, los órganos que pudiéramos llamar intactos.

Esta especie de oposición entre signos cutáneos de una parte, y digestivos y urinarios de otra, no puede ser explicada patogénicamente de modo lógico, sino en virtud de una especial susceptibilidad electiva del tejido tegumentario. No obstante, una cuidadosa investigación anamnésica, encaminada en este sentido, dió resultados negativos. No fué posible encontrar el menor padecimiento cutáneo ni mucoso en la historia de nuestra enferma; si acaso únicamente pudiera ser tomada en consideración la constitución y características de su piel fina, blanca, muy escasamente pigmentada, con gran vascularización y dermografismo fácil, correspondiendo a lo que habitualmente se halla en estos casos.

A diferencia de esto, los más de los autores han podido atestiguar manifestaciones anteriores de hipersensibilidad cutánea; Würtzen y Dargallo admiten la predisposición individual, despreciada por el contrario por Secher; Sayé y Nogueer Moré confirman en dos casos de dermatitis eczematosa los antecedentes exudativos, etc... Schröder, al describir una dermatitis producida por 0,05 g. de Krisolgan, hace hincapié en la hipersensibilidad anterior del tegumento del paciente. En todo caso, no obstante, la patogenia íntima de las lesiones tegumentarias es por acción vascular, y más concretamente capilar (Kapillartheorie de Heubner); las sales aúricas parecen gozar cierta afinidad por los capilares finos, terminales, actuando sobre los cuales provocan sucesivamente congestión, edema y hemorragia, que se traducen en los signos cutáneos correspondientes. En realidad esta misma teoría se generaliza a los demás órganos lesionados.

Digno de mención es el comportamiento del cuadro sanguíneo. El hemograma de Schilling, correspondiente a la época del accidente cutáneo, difiere señaladamente del existente al iniciar el tratamiento. Las modificaciones esenciales afectan a los granulocitos eosinófilos, fuertemente aumentados (de 3 a 10), quizás excesivamente, aun teniendo en cuenta la fecha en que se obtuvo, segundo día del exantema, y la gran reaccionabilidad de los órganos hematopoyéticos, y a las formas jóvenes de metamielocitos, stabkernige y monocitos, todos aumentados; naturalmente los restantes grupos, linfocitos y granulocitos, experimentan disminución. Ambas suertes de modificaciones concuerdan en todo con lo ya descrito precedentemente (Sayé).

Los hallazgos necrósicos confirman punto por punto los diversos datos clínicos, lo que hace innecesario el comentario. Destaquemos, sin embargo, lo que respecta a hígado. Los cálculos de colesiterina vesiculares nos explican perfectamente el proceso colecistítico antiguo, y muy probablemente a ellos

mismos y a la ligera hepatargia que siempre condicionan se debió la preferencia en ser afecto del proceso degenerativo tan completo, aun antes de que se afectasen los otros órganos afines a los metales pesados, y a pesar de la carencia de síntomas en vida.

Examinemos finalmente el influjo ejercido por el accidente cutáneo en la marcha de la infección tuberculosa. Es clarísima, sin duda, su nefasta influencia. Como lo demuestra la exploración practicada el 11-2-33, dió lugar, bien directamente por el accidente en sí, bien de modo indirecto provocando un descenso brusco de las defensas, a una diseminación de gran amplitud en el otro pulmón, menos interesado hasta aquel momento, y posteriormente la evolución rapidísima en el sentido de la fusión de estos nuevos focos trajo consigo el brusco derrumbamiento de la enferma, hasta terminar con su vida. Representa, por tanto, una prueba más que añadir a la suma de hechos probatorios de la hipótesis pesimista en cuanto al significado o pronóstico de los accidentes de cierta importancia en el curso de la terapéutica aúrica de la bacilosis pulmonar.

Afortunadamente, no obstante, parecen existir descripciones (Schnaudigel en un caso de tuberculosis ocular y algún otro) que hablan en favor del influjo benéfico sobre la marcha del proceso, de ciertos accidentes de tipo anafiláctico o por hipersensibilidad del tipo del que acabamos de exponer.

Esperemos que hallazgos posteriores aporten más fijeza y claridad al problema.

BIBLIOGRAFIA

DARGALLO.—*Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la sanocrisina*.—Barcelona, 1930.

NOGUER MORE.—«*Ars. Medica*». 1926-8.

SAYE.—«*Revista Médica de Barcelona*». Abril, 1926.

SAYE.—Ponencia en el Congreso Internacional de La Haya. 1932.

SCHRODER.—*Chemotherapie der Tuberkulose*. «*Ergebnisse der. gess. Tuberk.forsch.*». 1932. B. 4 227.

VALDES LAMBEA.—*Tuberculosis experimental*. Madrid, 1928.



NOTA CLÍNICA

Hematoma de tabique

por J. JALÓN R. VARGAS

Observación personal.—Francisco Sanz, de 8 años, natural de Herrera de Pisuerga.

Hace ocho días ha sufrido una caída desde una caballería, a consecuencia de la cual nota dolor y obstrucción nasal.

Hay ligero edema de dorso nasal y dolor a la presión. La rinoscopia anterior muestra claramente un hematoma doble de tabique.

El mismo día, previa cocainización y con gran indocilidad por parte del enfermo, se practica en uno de los lados una incisión lineal en el punto más declive y paralela al suelo nasal, por medio del bisturí de Killian, dando un contenido francamente sanguinolento. Se repite la maniobra en la otra fosa con el mismo resultado. Se hace un taponamiento poco apretado con gasa yodofórmica.

A los dos días se quita el taponamiento. Lavado con agua oxigenada y cauterización con gálvano en forma de bola. Se introducen dos pequeños cilindros de gasa arrollada, con objeto de evitar maniobras imprudentes con los dedos, por parte del enfermo.

Se quitan los tapones a los dos días, siendo franca la permeabilidad nasal, objetiva y subjetivamente.

CONCLUSIONES:

Primera.—Que no resulta verdadera la afirmación categórica de algunos autores, de que el hematoma abandonado asimismo se transforma en absceso a los 5 o 6 días.

Segunda.—Que en los casos de hematoma doble puede suceder que no comuniquen las dos bolsas entre sí.

Tercera.—Que dándose con mayor frecuencia en niños, resulta muy fácil en teoría introducir gasas y hacer lavados entre mucosas y septum, pero que es casi impracticable ante los movimientos del enfermo.

Cuarta.—Resultado práctico de la cauterización para evitar cicatrizaciones defectuosas.

Valladolid, 15-12-933.

SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión del día 16 de Noviembre de 1933

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR BOTIN.—**Flemón del espacio conjuntivo véscico-uterino de causa puerperal.**—La enferma que presenta empezó a menstruar a la edad de 17 años, no siendo sus reglas nunca abundantes, más bien escasas, pero sin ninguna molestia. Su historia patológica comienza después de un parto, que hace el número cuatro de los que ha tenido y que tuvo lugar en el mes de Agosto pasado.

Al segundo día del puerperio, se presentó fiebre alta (según dice alcanzó 40°), precedida de escalofríos y seguida de dolores en el bajo vientre, fosa ilíaca izquierda y región lumbar. Duró este estado 11 días, y desde entonces, los dolores que han desaparecido hace pocos días, fueron poco acentuados, pero constantes y en las mismas zonas. Estos son los datos de su historia que nos interesan para el caso.

Explorada esta enferma, se aprecia una tumoración que ocupa el fondo de saco vaginal anterior, la región para-vesical y que rebasa por encima del pubis; es de diferente consistencia, de superficie desigual, con abultamientos que engloba el útero, muy movable, siguiendo el útero los movimientos que a la masa se imprimen. En el fondo de Douglas y en una pequeña zona de la porción alta del ligamento ancho izquierdo, se nota un edema continuo con la masa total. Sólo acusa al reconocerla, ligero dolorimiento.

Con estos datos diagnosticamos: flemón del espacio conjuntivo véscico-uterino de causa puerperal.

Hecha una recogida de sangre, el laboratorio nos remite las fórmulas siguientes:

Número de leucocitos	16.850	
Polinucleares neutrófilos		69
» eosinófilos		1
Linfocitos		24
Monocitos		6

100

Índice de Arneht:

A.	B.	C.	D.	E.	Total
12	22	77	11	1	100
12	53	141	44	5	260

Velocidad de sedimentación:

Primera hora	105 milímetros
Segunda »	138 »
En 24 horas.....	145 »

Estos datos parecen indicar una tendencia a la supuración del exudado. Sometimos a la enferma a quietud, calor, laxantes, régimen dietético, etcétera, cesando por completo las ligeras molestias dolorosas y siendo normal la temperatura. Nueve días después, volvimos a reconocerla, encontrándonos con que la zona edematosa que en el Douglas y fosa ilíaca izquierda habíamos apreciado en el primer reconocimiento, había desaparecido, quedando sólo la tumoración anterior muy movable con la matriz. La histerometría nos dió un tamaño de útero normal, un poco desviado a la derecha.

Persistía por lo tanto el primer diagnóstico: exudado celúptico del espacio conjuntivo vésico-uterino de causa puerperal y naturaleza estreptocócica.

Nueva recogida de sangre:

Leucocitos	11.100	Polinucleares neutrófilos ...	69
Hematíes.....	3.952.000	» eosinófilos ...	2
Hemoglobina	52-74 por 100	Linfocitos	24
Valor globular	0,90	Monocitos	5

100

Velocidad de sedimentación:

Primera hora	71 milímetros
Segunda »	106 »
En 24 horas.....	137 »

Hemograma de Schilling. Valores hallados:

Número de leucocitos por milímetros cúbicos	11.100	Normal de 6 a 8.000
Basófilos	0	» 0,5
Eosinófilos	2	» 1,0
Mielocitos	0	» 0
Formas juveniles	0	» 0
Núcleos en bastón	5	» 4,0
Linfocitos	24	» 28
Núcleos segmentados	64	» 60,5
Monocitos	5	» 6

Este favorable resultado (aunque siguiéramos pensando lo mismo respecto al diagnóstico) unido a la disposición y caracteres de la masa tumoral nos sugería dudas de que pudiera tratarse de algo neoplásico.

Durante otra semana más que la tuvimos sometida al mismo tratamiento, se hicieron reacciones a la tuberculina, que resultaron negativas.

La limitación de este proceso inflamatorio, su excesiva movilidad en unión de la matriz, su marcha clínica posterior, nos hizo recordar algunos casos de celulitis de causa tuberculosa (poco probable en este caso) operados por nosotros, con el diagnóstico de miomas del útero y con las mismas características. Las celulitis tuberculosas forman focos aislados, muy limados, por no ser el tejido celular pelviano terreno apropiado para el desarrollo del bacilo de Koch. Estas celulitis adquieren tipo tumoral, formando, como dice Forgue, tumoraciones, de bastante tamaño, que remontan por encima del pubis. El tejido celular pelviano reacciona al estímulo del bacilo tuberculoso que determina su hiperclasia, y al no encontrar terreno apropiado, como acabo de decir, se atenúa su virulencia, y en vez de sobrevenir rápidamente un proceso de caseificación, de destrucción celular, la acción irritante da sólo lugar a estas formaciones conjuntivas hipertróficas, que cuando se desarrollan en el espacio para-vesical, envuelven el útero y se movilizan juntamente con él, porque por su poca difusión no se infiltran las zonas vecinas de la pelvis, no penetran los tabiques conjuntivos de separación y la transición del tejido infiltrado al saco es brusca (como en el presente caso), y al no penetrar la infiltración en la zona celular que forma el espesor de los ligamentos anchos y al no interesar el peritoneo de cubierta, éste conserva su deslizamiento y movilidad propia, y no quedan los órganos como en inflamaciones de otra naturaleza, sujetos por la infiltración.

En estas dudas, creímos justificado laparotomizar a la enferma. Si nos encontrábamos con una neoplasia o con una lesión anexial inflamatoria, obraríamos según las circunstancias nos indicaran, y si se trataba de un proceso inflamatorio de tejido celular ya en frío, la laparotomía sólo favorablemente influiría como la práctica de otros casos nos había enseñado. No olvidemos que se trataba de una enferma venida de lejos, y a la que en estas condiciones no se podía dar de alta.

El aparato genital estaba cubierto con adherencias intestinales, muy firmes, que hubo que liberar por disección. Nos encontramos con una celulitis anterior, circunscripta, invadiendo algo la parte alta del ligamento ancho izquierdo. Los anexos derechos, afectados de salpingo-ovaritis quística y más interesados aún los izquierdos envueltos por el exudado. Empezando la intervención por el lado accesible, en este caso el derecho, hicimos una histerectomía, extirpando con el aparato genital casi todo el exudado an-

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

terior. Las lesiones irreparables de trompas y ovarios justificaban plenamente la intervención.

De los trozos de tejido enviados al laboratorio para su examen, nos dan el siguiente informe: «Se trata de un tejido inflamatorio con abundantes células plasmáticas (cianófilos de Cajal). No se ven lesiones tuberculosas.»

DOCTOR PALLARES.—Caso clínico: Presentación de enferma.—Se trata de una enferma con un síndrome de dolores abdominales, cuyo diagnóstico ofrece algunas dificultades.

Hace ocho años tuvo un cólico con fiebre, que los médicos diagnosticaron de apendicitis; no ha vuelto a repetirse en la misma forma, y en cambio, desde hace un par de años, padece dolores a nivel de vesícula biliar, con agudizaciones e ictericia poco acentuadas.

Al explorar a la enferma en la consulta, se aprecia dolor a la presión en fosa ilíaca, y la radiografía inclina más a pensar en un proceso apendicular o pericecal, que en una verdadera colecistitis.

Sabida es la relación y la coexistencia de los dos procesos patológicos, con la dificultad que en muchos casos se tropieza para fijar cuál es el hecho inicial y hasta qué punto se influyen mutuamente, y ante la duda es buena regla quirúrgica practicar una incisión que permita explorar debidamente las dos regiones y obrar en consecuencia, extirpando el apéndice, la vesícula o las dos a la vez.

DOCTOR YAGUE.—Aunque la crisis apendicular es comienzo de proceso en esta enferma, tiene posteriormente dolores y trastornos que inducen a pensar que, secundariamente, se han establecido fenómenos de colecistitis, pero en realidad no tiene historia de colecistitis calculosa, sino crisis de cólicos vesiculares.

El tratamiento debe ser quirúrgico, y me parece acertada la idea del doctor Pallarés de iniciar la operación con una incisión que permita explorar vesícula y apéndice.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—Cuerpo extraño de esófago.—Presenta un niño de cuatro años, que el lunes, en el pueblo de Medina del Campo, se tragó, según su madre, una moneda de diez céntimos. Se llevó al niño inmediatamente a Valladolid, y allí intentaron su extracción, pero cosa frecuente, aunque parezca lo contrario, no lo consiguieron. Hemos preguntado a la familia acerca de los instrumentos empleados en esas maniobras, y parece deducirse que fueron el gancho de Kirminson y algunas pinzas. No hicieron por tanto esofagoscopia.

El doctor Aguado nos hizo una radioscopia del esófago del niño y, efectivamente, pudimos comprobar que el cuerpo extraño existía y que parecía una moneda localizada en la parte superior del esófago. Esta situación alta del cuerpo extraño en el esófago inclina a todo al mundo a pensar que su extracción es mucho más sencilla de lo que sería si la moneda estuviera más abajo. Pero precisamente es todo lo contrario, ya que estando

el cuerpo extraño alojado en la parte alta del esófago, es más difícil su extracción, porque su visión, primera condición que debe darse para proceder a aquélla, en este caso está dificultada por las siguientes razones anatómicas: El embudo faríngeo, constituido en su capa muscular por los constrictores faríngeos, termina en una especie de esfínter, que es el estrecho crico-faríngeo. Inmediatamente debajo empieza el esófago, y cuando el tubo esofagoscópico pasa por ese estrecho crico-faríngeo, se aprecia que el pliegue crico-faríngeo, constituido por las fibras musculares del mismo, que avanzan espasmódicamente desde la pared posterior forman un resalto de aspecto acintado en sentido transversal, el cual impide ver el cuerpo extraño que está detenido inmediatamente debajo de él, dándose el caso de que el tubo esofagoscópico pasa por delante de la moneda sin tropezarla en su camino.

Como el estado general del niño era muy precario, casi parecía malo por su prostración general, creímos conveniente no anestesiarlo para examinarlo por esofagoscopia. El tubo fué introducido sin dificultad alguna. Ahora bien, en cuanto llegamos al estrecho crico-faríngeo, nos encontramos con una gran cantidad de exudados, formada por saliva y sangre, especie de embalse que impedía ver nada en absoluto. Como para hacernos dueños del campo en que teníamos que actuar, precisábamos un aparato de aspiración que aquí no tenemos, intentamos suplirlo por porta-algodones de limpieza, y tras de mucha paciencia, ya conseguimos ver algo, comprobando lesiones traumáticas e inflamatorias de la mucosa del esófago, la que sangraba al menor suave rozamiento hecho con los algodones de limpieza. Confesamos sinceramente que no logramos ver la moneda en el sitio en que estaba.

Entonces llevamos al niño a la pantalla, y aunque somos enemigos de hacer estas cosas a ciegas, sin esofagoscopia, allí en la pantalla, con una pinza para esófago que yo descendía en contacto con la pared posterior del mismo y con mucha suavidad, procuré movilizar el cuerpo extraño, consiguiendo una vez o dos coger la moneda, pero estaba tan pegada, casi engatillada, que antes se hubiese roto la pieza o se hubiera producido un desgarrar de la pared del esófago, que ésta se hubiera extraído. Por ello desistimos de intentarlo.

Nueva esofagoscopia, esta vez de muy corta duración. Un momento creemos ver el borde de la moneda, pero al querer hacer presa con la pinza desaparece la visión para inundarse el campo de sangre y saliva, y ante esto suspendemos nuestras maniobras para reanudarlas al día siguiente.

En la próxima sesión daré cuenta a ustedes de la marcha de este enfermito; no obstante añadiré que el niño no tiene fiebre y se encuentra bien.

DOCTOR YAGUE.—Pregunta al doctor González Villanueva cuáles son los motivos de detención de la moneda al caer en el esófago.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—La moneda que se traga des-

ciende en faringe impulsada por la contracción de los constrictores faríngeos y pasa incluso a través del estrecho crico-faríngeo. En cuanto la acción potente de esos músculos desaparece, la moneda se detiene y se fija las más de las veces casi ya debajo del embudo faríngeo, adosada a la pared posterior del esófago ocultando su borde proximal el pliegue crico-faríngeo dicho, que le forma como una especie de tejadillo que dificulta su visión esofagoscópica. Es, pues, el fascículo inferior circular de las fibras del constrictor inferior, que es muy potente, mucho más que las fibras orbiculares del esófago, entre las cuales se va a perder ese fascículo, quien seguramente fija la moneda en ese sitio de elección frecuente de los cuerpos extraños. Por esto, para llegar a verlos con casi seguridad, se aconseja bajar este pliegue crico-faríngeo con el extremo de la pinza que intentara inmediatamente la extracción. En este caso, nosotros lo hicimos así, pero la mucosa del mismo, inflamada y erosionada, sangraba al menor contacto, y no dió por esto el efecto deseado.

DR. B. DE M.

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS y HERIDAS DIFUSAS 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-Sardañola (Barcelona)

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

MEDICINA INTERNA

Sobre el empleo combinado de la dieta aclorurada y la sustracción de jugo gástrico en terapéutica de ulcus y gastritis.—G. KATSCH y K. MELLINGHOFF.—
«Dtsch. Arch. f. klin. Med.» 175 Bd. 5 H. Septiembre de 1933.

Existe ya un antecedente de estos intentos terapéuticos en investigaciones del propio Katsch, en las que pudo mostrar la profunda remoción metabólica y de los fenómenos de secreción gástrica que puede ser lograda merced a la sustracción tenaz de jugo gástrico. Sin duda alguna el principal factor de las mismas se halla representado por las pérdidas abundantes del ion Cl, cuya influencia en la producción de lesiones gástricas por otra parte nadie niega.

Desde otro punto de vista, y según estudios farmacológicos de Luithlen, las dietas pobres o exentas de cloruros poseen una cierta acción antiflogística, bien sea por los cambios en el balance hídrico, bien por los procesos de transmineralización que condicionan; esto ha hecho que sean empleadas en las inflamaciones de tegumento o mucosas por múltiples autores (Glascheib, von Noorden), con resultados al parecer alentadores.

Con ambos principios por base han ensayado el método en diversos gastrópatas y ajustándose al siguiente esquema:

a) Dieta muy pobre en cloruros, casi exenta, por espacio de dos a cuatro días, hasta conseguir la eliminación urinaria de 10 a 20 gramos de cloruro sódico (que naturalmente depende del régimen seguido los días anteriores a la privación). Una vez esto conseguido, se puede pasar a las extracciones.

b) Mediante la sonda gástrica delgada, tipo Einhorn, sustracción de 200 a 300 centímetros cúbicos diarios de jugo gástrico (extracciones de 10 en 10 minutos durante 5 a 8 horas). En un principio todos los días, más tarde cada dos y finalmente una vez por semana.

c) Si ello aún fuera preciso, puede emplearse el Salirgan para reforzar la acción, si bien en estas circunstancias sus efectos son un poco variables, pues a descargas salinas considerables siguen en ocasiones pérdidas mínimas. Nunca deben emplearse más de cinco inyecciones endovenosas, suficientemente intervaladas y previa la exclusión de todo posible riesgo. Es conveniente la valoración cotidiana de los cloruros urinarios, que permite un juicio relativo del tratamiento y nos orienta acerca de la aidez de los tejidos por el ión salino.

d) Para mantener este empobrecimiento en cloruros, precisase también sostener la dieta hipoclorurada, para lo que, aparte de la calificada por Vilhard como dieta aclorurada (la que contiene menos de un gramo de sal), los autores distinguen otras tres a las que califican de dietas A, B y C.

Los resultados obtenidos en los 55 ulcerosos y 15 gastríticos (solamente con valores altos o normales de ácido clorhídrico) sometidos a tratamiento, merecen un comentario. Resalta en primer término la desaparición casi repentina de las molestias, aun en aquellos rebeldes a otros tratamientos, que incluso se hace extensiva a los dolores provocables por la exploración. Muy raramente, por el contrario, se dieron signos de intolerancia a la sonda; Katsch únicamente refiere un caso en el que se vió obligado a interrumpir el tratamiento.

Análogamente el estado general se manifestó siempre excelente, si exceptuamos

el descenso de peso inicial, condicionado por el rápido empobrecimiento en cloro, descenso que rápidamente desaparece y es sustituido por un aumento progresivo.

Existe una única contraindicación, representada por la estenosis pilórica con vómitos incoercibles, que ya de por sí entraña una gran pérdida de cloro y pudiera acarrear un estado de uremia por hipocloremia, en el supuesto de instituir el tratamiento.

Finalmente, en lo que respecta a la secreción gástrica, modificase especialmente el factor cantidad. El examen funcional practicado después de las cuatro o cinco semanas de tratamiento, muestra disminuciones considerabilísimas, reducciones a la mitad y aun un tercio de la cantidad primitiva. Menos se afecta, en cambio, el factor acidez, que por lo general sufre oscilaciones mucho menores; no obstante en algunos enfermos, especialmente los que mostraban primitivamente desviaciones mayores de lo normal, pueden darse también cambios o disminuciones notables.

Sobre el influjo hipofisario en la función renal.—W. VOIGT.—«Dtsch. Med. Wschr.», núm. 45. Noviembre, 1933.

Está fuera de toda duda la intervención de la glándula hipofisaria en el recambio hídrico de la economía animal, que encuentra su expresión clínica más evidente en la diabetes insípida, pero no puede afirmarse lo mismo en lo que respecta a su acción directa sobre el riñón, problema objeto del presente artículo.

Voigt, que ya anteriormente, en compañía de Seelig, al estudiar determinadas alteraciones de la función renal, había sospechado esta posible influencia, estudia el problema en tres acromegálicos clínicamente típicos. He aquí la pauta de sus investigaciones.

Tras unos días de estabilización del recambio hídrico (gracias a una dieta constante en sus elementos líquidos) practica una prueba de Volhard, dilución y concentración, y en cada una de las trece muestras de orina obtenidas, determina aparte naturalmente, cantidad y densidad, las concentraciones en amoníaco y ácido úrico. Pausa de dos o tres días, nueva prueba de Volhard con idénticas dosificaciones mas con la particularidad de inyectar, inmediatamente después de la ingestión del te, 2 centímetros cúbicos de pituitrina. Para evitar las pérdidas de líquido por vía digestiva, se administran 10 centigramos de opio el día precedente.

En los tres sujetos examinados, la primera prueba de Volhard pudo mostrar una alteración evidente, retraso en la eliminación del líquido ingerido durante las primeras horas (4), que simultáneamente se acompañaba del disturbio en la excreción de amoníaco y ácido úrico. En el mismo lapso de tiempo, las cantidades eliminadas fueron muy inferiores a lo normal, si bien la cifra total de las 24 horas no difería apenas de la normal. La inyección de pituitrina, en oposición a lo que sucede en los sujetos normales, no produjo el menor efecto antiurético, puesto que el ritmo de eliminación fué el mismo que en la primera prueba; asimismo permaneció análogo el comportamiento de las cifras de amoníaco y ácido úrico. Para Voigt estos resultados se deben a una especie de embotamiento del riñón a los estímulos hipofisarios, probablemente motivado por la enorme reiteración de los mismos que condiciona la hiperfunción hipofisaria.

Todo lo expuesto autoriza, desde luego, a establecer un influjo hipofisario indudable, muy probablemente puramente funcional, sobre el riñón; es cierto no obstante, que dos de las alteraciones registradas, las que afectan a eliminación acuosa y excre-

ción de ácido úrico, pueden ser estimadas de origen extra o pararenal, mas la tercera formación defectuosa de amoniaco, es de origen exclusivamente renal (Benedict, Van Slyke, Siebert, etc.) y señala claramente la perturbación de este órgano.

De otra parte, las investigaciones anatomopatológicas de Berblinger, que ha hallado en las dos terceras partes de enfermos renales alteraciones en la estructura hipofisaria, apoyan esta supuesta interrelación.

M. SEBASTIÁN

PEDIATRIA

Tratamiento de la gripe en el lactante y en niño pequeño por las dosis grandes de piramidón.—PETRAUYI.—«*Arsch. für Kinderheil.*». Diciembre, 1932.

Hamburger ha observado que las medicaciones que contienen piramidón, dan resultado en el tratamiento de la gripe. Son las dosis más elevadas que las usuales las que al parecer tienen una acción más intensa y activa. He aquí las dosis propuestas: para un lactante de un mes, 0,05 gramos; de tres a seis meses, 0,10; de seis a ocho meses y aún doce, 0,15; de dos a cinco años, 0,20. Estas dosis son dadas cada dos horas y hasta la caída de la fiebre; la fiebre cae habitualmente a la cuarta dosis. Cuando la temperatura desciende y se mantiene por debajo de este nivel (37°), se distancia la medicación cada tres horas, más tarde cada cuatro y a veces tres veces por día. Si la fiebre sube se distanciarán menos y en consonancia las dosis. Se proscribire el piramidón al 2 o al 3 por 100 y con jarabe. ¿Por qué estas fuertes dosis? ¿Puede ser peligrosa esta administración elevada? ¿Cuál es su modo de acción?

El autor ha tratado así 100 casos; los clasifica en tres categorías: 1.^a Casos graves tratados precozmente. 2.^a Casos tratados tardíamente. 3.^a Casos complicados de neumonía, otitis o empiema, etc. Los mejores resultados son obtenidos en el primer grupo. La fiebre cae en doce o en veinticuatro horas y al tercer día el niño va muy bien, recobrando el apetito.

OBSERVACIÓN 1.^a—Niña de ocho meses; por la mañana tenía 39,4°, pérdida de apetito, vómitos, estado catarral de las vías respiratorias superiores. El primer día, piramidón a todas las horas; después cada dos horas a la dosis de 0,15. La fiebre desaparece a las doce horas. Al día siguiente tiene 37,2° y se le da la dosis correspondiente de piramidón cada tres horas, el apetito es bueno. Al tercer día tres veces 0,20 gramos. Apirexia completa, estado general así como apetito muy buenos.

OBSERVACIÓN 2.^a—Niño de dos años y medio; cae enfermo por la tarde, pérdida de conocimiento, Kernig y Babinsky positivos, faringé roja. Se llega al diagnóstico de gripe con manifestaciones meníngeas. Cada dos horas piramidón, 0,20 gramos. Después de dos tomas cede la fiebre, más tarde se le distancian las dosis. Al día siguiente no hay fiebre, los síntomas meníngeos han desaparecido y aún persisten las manifestaciones catarrales. El cuarto día las dosis son más separadas y el día quinto sólo se le dan tres tomas. La fiebre ha desaparecido por completo, buen apetito. Cita aún el autor otro caso de un niño de cinco años igualmente demostrativo que los anteriores.

De los grupos que el autor hacía en un principio, en el segundo grupo entran los casos en los cuales el enfermo fué tratado antes por otros medicamentos, o tardíamente, o en los casos de recidiva.

En el tercer grupo entran los casos de gripe, complicados de neumonía. Es preciso buscar o abatir la fiebre u obtener al menos temperaturas subfebriles, ya que el

enfermo exento de fiebre podrá combatir mejor el mal. Según Häfter, las grandes dosis de piramidón fatigan al enfermo, le provocan salivación, vómitos, disnea, excitación del sistema nervioso central, y hasta mismamente convulsiones.

El autor de este artículo no ha observado jamás complicaciones, pero sí ordena evitar de dar esta medicación a los tuberculosos, que registran con intensidad las dosis más pequeñas. Es preciso apercibir a los padres que las orinas son teñidas de rojo. Gessler explica la acción del piramidón sobre la fiebre, no por la influencia sobre la eliminación del calor, pero sí sobre la acción frenatriz que sobre la descomposición de las albúminas tiene. Winterniz dice que el piramidón tiene una acción anti-inflamatoria, pero esto no pasa de ser, probablemente una hipótesis.

Cita a continuación el autor unas conclusiones que creemos conveniente transcribir para el conocimiento de todos. Es preciso dar el piramidón por dosis fuertes según la edad, un gramo a gramo y medio. Este tratamiento no tiene acción tóxica. Los niños tratados por el piramidón soportan más fácilmente la gripe; la pérdida de peso es menor, el apetito puede ser conservado durante toda la enfermedad. La desaparición de diversos síntomas patológicos y de la fiebre, son más rápidos. Si después del descenso de la fiebre hubiera algún recrudescimiento de la afección, habría que tratar las complicaciones.

ALLUÉ HORNA

OTORRINOLARINGOLOGIA

La adenopatía prelaríngea tuberculosa.—DOCTOR ARDONIN (de Parthenay).—«Les Annales d'Otolaryngologie», núm. 9, pág. 1.048. Septiembre, 1933.

Después de publicar el autor dos casos de observación personal, uno de ellos con una fotografía muy demostrativa de tumoración, tamaño naranja, de parte anterior de cuello sin apenas molestias subjetivas y fluctuación, pasa un recorrido esquemático a la anatomía de los linfáticos de la región y entra a estudiar los caracteres de la afección que considera preponderante en el sexo femenino, de localización media, con adherencias a planos profundos y que termina casi siempre por fistulizarse al exterior; el pronóstico lo considera favorable y en cuanto al tratamiento preconiza el de inyecciones esclerosantes y radioterápico.

Termina con las siguientes conclusiones: 1.^a Es afección que depende del ganglio situado entre la membrana cricotiroides y los músculos infrahioides. 2.^a Suele existir con participación bacilar de la laringe.

Angina fatal por espiroquetas fusiformes.—GOLDMAN y KULY.—«The Journal of the American Medical Association», núm. 5. Chicago, 29 de Julio de 1933.

Después de un estudio sobre la cuestión, los autores establecen las siguientes consideraciones teniendo en cuenta que del total de enfermos observados murieron siete: 1.^a Todos los que murieron por esta angina eran negros adultos. 2.^a Los enfermos estaban muy graves desde el comienzo y con ulceraciones extensas. 3.^a Seis de estos enfermos tenían una infección dentaria crónica que ninguno se trató bien. 4.^a La ulceración extensa era activa, excepto en uno en que el edema y la septicemia eran lo principal. 5.^a La disminución superficial de espiroquetas no fué acompañada de mejoría, hasta el punto que en algunos durante el tratamiento y en el análisis «post-mortem» fué difícil encontrar alguno. 6.^a La sífilis sólo acompañó en dos casos que no fueron tratados con mercurio. 7.^a Los análisis de sangre sólo descubrieron en

un caso, anemia secundaria y leucopenia maligna: 8.^a Las erupciones cutáneas sólo se asociaron en tres casos.

Tratamiento de las ránulas por punciones evacuadoras e inyecciones modificantes.—

DOCTOR RICARDO FINOCHIATTO.—«La Prensa Médica Argentina». Buenos Aires, 26 de Abril de 1933, núm. 17.

Preconiza el autor como método de elección para tratar las ránulas, el de la inyección (previa aspiración) de una cantidad algo menor de bicloruro al 1 por 100, ligera malaxión y extracción de este líquido; inyección de cantidad igual de ácido fénico al 5 por 100 malaxión y extracción. El autor ha curado de tres casos tratados, dos de ellos.

La sordera de los cazadores.—DOCTOR G. DORE.—«El Valsalva», número de Enero de 1933.

En todos los cazadores que practican la caza con fusil y en otro buen contingente que utilizan otras armas, el autor ha encontrado una notable disminución auditiva unilateral (derecha en los zurdos, izquierda en los destrimanos) que abarca la escala tonal desde el do⁵ al do³, de la misma manera que otros casos de sordera profesional (caldereros, artilleros, etc.), por estímulos sonoros. Admite por la repetición de los disparos, la lesión de la primera espira del caracol.

Las disfonías de la infancia.—DOCTOR M. AUBRY.—«Presse Médicale», núm. 95, 29 de Noviembre de 1933.

Empieza por reconocer casi como único medio de exploración el de la laringoscopia directa ante la imposibilidad de la indirecta, que se queda para muy reducidos y contados casos.

Algunas veces va esta disfonía acompañada de tos laringea persistente, coqueluche, con o sin expulsión de mucosidades procedentes de broncopulmón, retenidas en laringe y muchas veces con disnea (crupp, laringitis estridulosa, espasmo de glotis, cuerpos extraños, estridor congénito).

Cita el autor como causas más frecuentes: 1.^a A la laringitis catarral simple, primitiva o secundaria a gripe, coqueluche, sarampión, etc., que cede en unos días con inhalaciones y reposo vocal en los que puede hacerse más revulsión. 2.^a Disfonía por cansancio vocal en la que distingue tres estadios: a) de mucosa rosada, cuerdas lisas, ligeramente congestionadas; el examen funcional revela en la formación discor-



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÑO
FORMULA

Sulfoguyacoloto de patasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálsamo de tulú en equivalencias aa.	50 —
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 —
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus.	10
Hepatorradii C. S. para	150 —

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

dancia entre los constrictores y dilatadores de la glotis y a veces una parexia tensores; b) aspecto de lesión correspondiente a una laringitis crónica (congestión mucosa y aspecto cordal granuloso; c) de aspecto modular (pequeños tumores de forma variada). En todos ellos tratamiento caústico endolaríngeo y extirpación sobre todo en el último. 3.^a Disfonia por voz ennucoide, secundaria a la causa y cuyo tratamiento consiste en la reeducación vocal. 4.^a El papiloma laríngeo, afección frecuente que no tiene más tratamiento que el endolaríngeo de la ablación.

BERCERUELO.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Recomendaciones sobre el tratamiento precoz de la sífilis con miras a la total curación.—ERICH HOFFMANN.—«Dermatologische Zeitschrift», fasc. 3, pág. 161. Agosto, 1933.

Hoffmann vuelve a insistir sobre la absoluta necesidad de un diagnóstico precoz, muy precoz, de la sífilis y de un tratamiento tan enérgico como sea posible asociando al arsénico el bismuto y administrando 1,20 gramos de bismuto al hombre y de 0,9 gramos a 1 gramo a la mujer, con un total de 5-6 gramos como mínimo por cura.

Llama la atención sobre la necesidad de realizar una tenaz vigilancia serológica de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo.

Cree, finalmente, que mediante dos curas mixtas sucesivas, se tienen grandes probabilidades de curar definitivamente la sífilis y de prevenir los accidentes tardíos y la transmisión a la descendencia.

Tratamiento de la esclerodermia por pilocarpina.—P. HERCOG.—«Wiener Klinische Wochenschrift», núm. 31, pág. 981. 4 Agosto, 1933.

El autor cree que la esclerodermia depende o está ligada a lesiones de aquellas fibras parasimpáticas de misión trófica (por los estudios de Kuré y sus discípulos se viene en conocimiento, de que en el esclerodérmico, el número de células parasimpáticas de la médula es inferior al normal y en las raíces posteriores las fibras parasimpáticas son menos abundantes, al tiempo que los nervios eferentes tróficos presentaban lesiones degenerativas).

Hercog ha empleado con franco y rápido éxito la pilocarpina en solución al 1 por 100 practicando una inyección diaria de 0,2 centímetros cúbicos, usando conjuntamente una pomada al 1 por 100.

Avances en la clínica, pronóstico y tratamiento de la sífilis de la aorta.—H. SCHLESINGER.—«Wiener Klinische Woch.», núm. 33, pág. 1.030. 18 de Agosto de 1933.

Investigando sistemáticamente la sífilis, por todos los procedimientos, en los 10.600 enfermos que el autor vió en los últimos 10 años, ha encontrado 1.289 sífilíticos, lo que da un 12,2 por 100. Entre estos 1.289 enfermos, encontró 421 aortitis, o sea un 31,9 por 100.

Schlesinger coincide con Maresch al afirmar el aumento de frecuencia de la aortitis sífilítica y del aneurisma de la aorta. De pronóstico sombrío, el enfermo no sobrevive muchos años a la aparición de los primeros signos clínicos según Hubert y von Romberg.

El autor en 91 autopsias imputó la muerte a la aortitis en 53 casos.

El pronóstico depende de la localización de la lesión y de la oportunidad del diagnóstico.

Incluso en el aneurisma constituido es posible a veces obtener una cierta regresión o por lo menos una supervivencia mayor, cuando el tratamiento se conduce con acierto.

Como base del tratamiento recomienda el yoduro de sodio y otros compuestos yodados y bismuto. Prudentemente puede emplearse el arsénico y en dosis progresivas. Cree el autor que el stovarsol puede reemplazar con ventaja al neosalvarsán.

No siempre constituye una contraindicación la descompensación cardíaca, ni la angina de pecho, ni la disnea cardíaca.

Un método para lograr el paso de una fuerte dosis de arsenicales al sistema nervioso central.—WITHEBERG.—«The American Journal of Syphilis», núm. 3, página 339. July, 1933.

Ya que los vaso-constrictores como la adrenalina, la efedrina, la tiramina, producen un aflujo notable y transitorio de sangre al cerebro, el autor pensó en la posibilidad de favorecer la fijación del arsenical en el cerebro, haciendo preceder las inyecciones arsenicales por inyecciones intravenosas de efedrina.

Las punciones lumbares practicadas hora y media después de las inyecciones, han mostrado al autor sobre varios enfermos de neuro-sifilis, que el líquido céfalo-raquídeo solo contenía arsenicales cuando las inyecciones de arsphenamina fueron precedidas de otra inyección de efedrina.

En sujetos sífilíticos, indemnes de lesión nerviosa, el arsenical no pudo ser demostrado en el líquido céfalo-raquídeo, aunque a la inyección arsenical, precediese otra de efedrina.

LEDO

ODONTO-ESTOMATOLOGIA

Autoroterapia en las enfermedades de la boca.—HERNANDEZ ROS.—«La Odontología». Septiembre 1933.

Expone el autor cuatro casos por él tratados en el Hospital General de Murcia que en síntesis son: 1.º Flemón leñoso de cuello, con quince días de evolución, secundario a una periodontitis, tratado con inyecciones intramusculares de Solganal; mejoró notablemente con la primera inyección y curó a los diez días de tratamiento.

2.º Niño con noma, localizado en ambas mejillas, sin necrosis maxilar, estado general deplorable; tratado también con Solganal al 20 por 100, curó a la cuarta inyección.

3.º También de noma, localizado en mejilla izquierda, con necrosis de maxilar inferior; tratado con Fotocrisol, curó con cinco inyecciones.

4.º Osteomielitis aguda de maxilar inferior, secundaria a una avulsión de molar

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.

2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

inferior, en plena periodontitis aguda; tratado primero con tres dosis de Solganal al 20 por 100 de 0,50 centímetros cúbicos y 120 de suero antiestreptocócico, se localizaron dos abscesos, uno en cuello y otro en región temporal; cinco inyecciones de Solganal fué suficiente para que desapareciera la fiebre, comenzando la eliminación de sequestros.

El autor no cree suficientes estos cuatro casos favorables, para formar juicio sobre la eficacia del medicamento y menos para formularlo; no obstante, estima interesante para los clínicos el estudio y experimentación de esta terapéutica.

El tratamiento con manzanilla en odontología: su posible aplicación en la infección de Vincent y paradentosis supurativas.-HERMANN BECKS.—«La Odontología». Noviembre, 1933.

La matricaria chamomilla, conocida con el nombre de manzanilla, ha sido usada hace muchos años por el vulgo, en forma de infusiones y cataplasmas, en los procesos inflamatorios agudos de la cavidad bucal, aprovechando sus efectos sedativos y anestésicos.

Uno de los componentes más importantes de la matricaria chamomilla, es un aceite esencial, conocido con el nombre de aceite azul; contiene además algunos glucósidos y sustancias tánicas.

Hoy día se puede prescribir dosificada y existen una porción de preparados farmacéuticos de cuya composición forma parte; entre ellos tenemos el Kamillozón, presentado en forma de tabletas, es una combinación a base de manzanilla con peróxido de hidrógeno, árnica y salvia; este preparado une a la acción anestésica, antiflogística y desodorizante de la manzanilla, el poder desinfectante del peróxido de hidrógeno.

El Kamillosán, pomada, contiene un 14 por 100 de Kamillosán líquido.

El Kamillosept, es una solución estéril de ester fenil-salicílico en los componentes liposolubles de la manzanilla.

El autor indica la forma de su empleo y sus observaciones personales en la clínica, las que fueron siempre acompañadas de resultados altamente sorprendentes y rápidos, en las infecciones de Vincent y paradentosis supurativas.

Estos preparados pueden ser aplicados con resultados excelentes en el tratamiento de todas las heridas y enfermedades de la mucosa bucal, así como en el tratamiento de canales radiculares, en los que es especialmente útil a causa de sus propiedades no irritantes, sobre todo, cuando el periodonto está sensible; su uso carece en absoluto de efectos nocivos.

FERNÁNDEZ MARTÍN

RADIOLOGIA

Osteocondritis disecante del codo.—DOCTOR TANGUY.—«Journal de Radiologie et d'electrologie». Diciembre, 1933.

Se trata de una observación del autor al radiografiar un codo que fué levemente tuberculoso. Después de explicar que a veces se encuentra esta afección tanto en la rodilla como en el codo y que consiste en la apreciación radiográfica de un cuerpo extraño que proviene del cóndilo humeral o femoral, cuerpo extraño de naturaleza osteocartilaginosa y que a veces este fragmento proviene de la cabeza del radio, da a conocer la historia del caso.

C., de 14 años, al radiografiarle el codo para ver el estado de su antigua osteitis fímica, ya tratada y cuyo comienzo se remonta a 18 meses, se le nota al radiografiarle en posición antero-posterior, la existencia a nivel del cóndilo del húmero y cerca de la interlínea de un trozo de rarefacción irregular y redondeada, sin secuestro y sin reacción de condensación al rededor; y en el borde interno de la cúpula radial existe un fragmento óseo, libre y ovalado, las superficies articulares redondas son intactas; en proyección de perfil se nota una escotadura en la superficie articular del cóndilo. La exploración clínica del miembro es normal, salvo una levisima limitación de la flexión. Se trata, a no dudar, de una osteocondritis disecante, cuya clínica es extremadamente pobre, y respecto al diagnóstico, dice con Köhler es casi siempre debido al azar. Su evolución es latente a menudo y dura años sin ocasionar ningún dolor. Así pues, el diagnóstico sólo puede hacerse después de la radiografía. Explica a continuación las tres hipótesis a que puede reducirse todo lo hecho sobre patogenia de esta afección:

1.^a **Hipótesis del traumatismo exclusivo**, seguido de un arrancamiento de fragmento osteo-cartilaginoso, es decir, que como Köhler, opina sería una variedad de la fractura intraarticular, no habría más que una diferencia de grado.

2.^a **Hipótesis mixta, traumática y arterial**. El traumatismo es aún invocado, pero es como intermediario de una lesión vascular, él condiciona la necrosis de un cierto territorio óseo. Sería en suma un infarto óseo producido después de la lesión de los vasos nutricios. El traumatismo podría ser, pequeños choques repetidos, o torsiones asimismo frecuentes.

3.^a **Hipótesis arterial pura**. La necrosis ósea o cartilaginosa local sería debida a un proceso arterial aun de naturaleza desconocida, quizá una epifiseo-necrosis esencial. Algunos, entre los defensores de esta tercera hipótesis tienden a unificar las osteocondritis y a hacer entrar la variedad articular en el mismo encasillado de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, o la apofisitis tibial de Sehlätter. La idea seduce, pero nuestra ignorancia respecto a etiología persiste: ¿embolias micósicas asépticas? ¿infección? ¿herencia? ¿trastornos del metabolismo del calcio? Es todo el problema de las osteocondritis que se presenta.

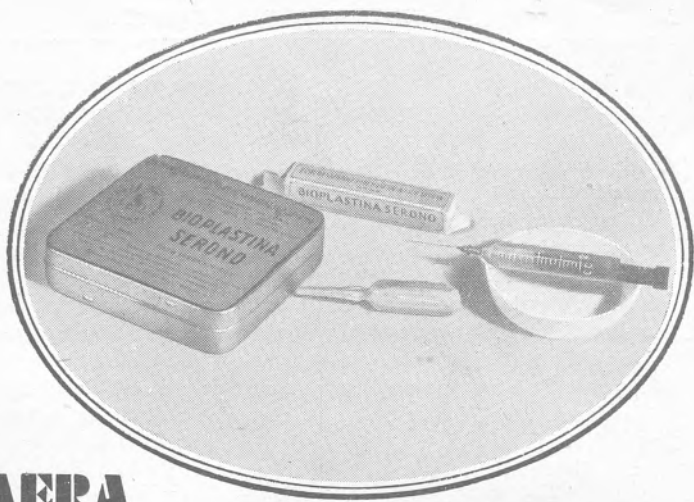
Al autor como radiólogo le interesa el diagnóstico del caso, como diferencia de otros procesos. El trabajo contiene radiografías.

ALLUÉ HORNA

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

- Primera** en la terapéutica
- Primera** en prestigio
- Primera** por su calidad
- Primera** por su rápida eficacia
- Primera** por la magnitud de su venta en el mundo



BIBLIOGRAFIA

DOCTOR LUIS SAYE.—**Crisoterapia de la tuberculosis.**—Salvat Editores, S. A.

Nuevamente el doctor Sayé, expone al público médico sus ideas de fidelidad al tratamiento quimioterápico de la tuberculosis pulmonar, por las sales de oro. Su larga experiencia del método, le hacen una autoridad en la materia, manteniendo, en vista de los resultados que obtiene, el mismo entusiasmo que al principio. El autor cree haber encontrado en el medicamento, el producto ideal para tratar a los tuberculosos, bien solamente con el producto o asociado a la colapsoterapia. Así pues, nos expone en este libro las ventajas del tratamiento auroterápico y mostrándose una vez más, decidido partidario del método, como antes en «Quimioterapia de la Tuberculosis» y recientemente en la ponencia presentada en la VIII Conferencia Internacional contra la Tuberculosis, en Septiembre de 1932, reunida en La Haya.

En el momento actual en que el tratamiento de la tuberculosis por las sales de oro, se ha sometido al control del tiempo y de la experimentación y sus indicaciones son más precisas, situadas en un justo medio, sin los entusiasmos del principio, que dieron lugar a accidentes y contribuyeron a desacreditar el método, el libro del doctor Sayé, además de poner la cuestión al día, viene a ser útil para el médico general que se ve obligado a tratar tuberculosos y donde puede encontrar una orientación práctica que le facilite la tarea. Numerosos casos, con documentadas historias y numerosas radiografías, dan gran valor a esta publicación.

La edición es magnífica, muy buen papel y excelente impresión, así como una perfecta reproducción de radiografías, hacen fácil y agradable la lectura.

GARCÍA LORENZANA

LIBROS RECIBIDOS

Annales de l'Académie de Medicina de Barcelona.—Volumen XIV. 1932.

Medicina interna.—Manual práctico para médicos y estudiantes, publicado bajo la dirección del profesor A. Ceconi, con la colaboración de numerosos profesores italianos, traducción de M. Montaner, tomo III. Modesto Usón, Editor. Barcelona, 1933.

Anunciaremos dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares, o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés deux fois dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised twice in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

BLEUKAWINE

SEDANTE Y ANTISÉPTICO URINARIO POR EXCELENCIA

Los efectos sedantes del azul de metileno, vienen reforzados en la BLEUKAWINE por la asociación de la Kawa-Kawa (raíz de la planta Maciapiiper Latifolium) usado desde muy antiguo en la gota, cistitis, blenorragia y estados asténicos por sus marcados efectos anestésicos y estimulantes cardíacos.

INDICACIONES:

Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias; coadyuvante poderoso del tratamiento local de la blenorragia. SEDATIVO DEL DOLOR en tabes, polineuritis, ciática, reumatismo. Sucesdáneo de la QUININA en el paludismo. Medicación paliativa y la más calmante en la tuberculosis urinaria. Por el color que da a la orina, como medio psicoterapéutico en el histerismo.

Muestras y Literaturas:

LABORATORIO LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BARCELONA

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, cardiopáticas, neumonías, etcétera, etcétera

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

Comentarios rurales

En uno de nuestros artículos publicados en REVISTA CLINICA CASTELLANA, comentábamos lo improductivo y doloroso de ese derrotismo practicado por algunos compañeros al poner de manifiesto ante los enfermos o sus familiares, los errores cometidos por el médico que le prestaba asistencia, y prometimos ocuparnos de los remedios que a nuestro modesto juicio debieran emplearse para evitar tan absurdo proceder, cuyo origen está, de una parte, en la vanidad y egolatría a que invita lo mucho que de empírico tiene todavía la Medicina, y el ambiente de lucha en que se desenvuelve el ejercicio profesional.

Recuerdo que el primer día de curso de la asignatura de Técnica Anatómica, nuestro maestro, el ilustre catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, don Leonardo de la Peña, que entonces era profesor de la citada asignatura en Valladolid, dedicó su conferencia a inculcar a los alumnos el respeto que debía guardarse a los restos humanos, que nos servirían de material de estudio, y a destacar el mal gusto del relato de bromas macabras que se transmitían de unas promociones a las siguientes, entre los alumnos de disección. Más adelantados en la carrera, y cuando cursábamos Clínicas, nuestros maestros, Arrimadas, Simonena, Villa, etc., nos hablaron del respeto que estábamos obligados a guardar a los enfermos, y no sólo respeto, sino también debían ser objeto de toda clase de consideraciones. Pero en estas conferencias de Deontología, no tuvieron nuestros profesores la insistencia necesaria sobre las buenas relaciones profesionales que deben existir entre los médicos y la discreción que debe tenerse al emitir juicios adversos ante los enfermos sobre la actuación de un compañero. Desconozco la labor que el profesorado haya hecho en este sentido con las generaciones posteriores, pero a juzgar por los frutos, poca ha debido ser o no ha sido aprovechada, ya que tanto los médicos jóvenes como los maduros no sabemos todavía en algunas ocasiones los deberes a que nos obliga nuestra actuación profesional en relación con los compañeros, o también que, vanidosos y egoístas, no queremos actuar con la lógica del que piensa y del que siente, sino con la estupidez del ambicioso y derrotista. No pretendo con esto censurar la labor del profesorado en este sentido, pues bastante tiene con atender la enseñanza de sus asignaturas, dada la amplitud que hoy es preciso darla, y el corto período de tiempo de los cursos, mermados, además, por incidentes escolares, sociales y políticos; y por otra parte, no entra en sus obligaciones académicas, ya que la Deontología no figura en el cuadro de las disciplinas de la Facultad, y la parte de aquélla que en Medicina Legal se estudia, guarda estrecha relación con el Código penal y es ajena al tema que desarrollamos.

Por todo esto sería conveniente que en los estudios de Medicina figurase, como obligatoria, la enseñanza de la Deontología, no sólo para aprender los

deberes profesionales en sus diferentes matices y con toda amplitud, sino también con el fin de pulimentar en el futuro médico esa educación espiritual tan necesaria para verle colocado en un plano social más elevado del que tiene, ya que nuestra profesión no puede desprenderse del carácter sacerdotal que tuvo en su origen y que en cierto modo tendrá, mientras exista una humanidad doliente. Sería, por lo tanto, muy provechoso que los futuros médicos salieran de la Facultad con la preparación social suficiente y necesaria para que en sus relaciones con los compañeros guardasen una conducta respetuosa y digna, que elevase el prestigio de todos en general, y de cada uno en particular.

Esta preparación que con el estudiante de Medicina se hiciera en las aulas, convendría continuarla en los Colegios Médicos, pues de lo contrario, la pureza de los jóvenes pronto sería contaminada con el poco limpio proceder de los viejos. Pequeña es la labor que hacen en este sentido los Colegios Médicos, y refiriéndome al nuestro, que es el que mejor conozco, he de consignar en elogio suyo, la realizada por el tesorero señor Sisniega, dando conferencias a los estudiantes próximos a terminar la carrera, y a los cuales, es preciso lamentarlo, no se ha prestado por los demás colegiados la atención, el apoyo y el calor merecidos, produciendo amargura y desilusión en su propulsor, y dando lugar a que se malogre una campaña que sería fructífera en resultados muy provechosos para el presente y el porvenir de las buenas relaciones entre profesionales. Muy plausible es la organización en los Colegios de conferencias científicas a cargo de las figuras más prestigiosas de la Medicina, ya que suponen enseñanzas de gran valor para el ejercicio profesional; pero no hay que olvidar que la clase, además de procurar elevar su nivel científico, necesita poseer una educación y una cultura social más elevadas que ninguna otra, y que sólo el conocimiento de la Deontología puede evitar los disgustos y contrariedades entre camaradas, y las situaciones ridículas ante nuestros clientes, a que nos lleva, no la falta de competencia, sino la deficiente educación y conocimiento de la vida social.

El Consejo de Colegios prometió al aprobarse los Estatutos, confeccionar un Código Deontológico que iría anexo al Reglamento de cada Colegio, y que serviría de norma en la conducta a seguir dentro de las relaciones entre profesionales, evitando, al mismo tiempo, que en su desconocimiento fundamentalmente su actuación y se disculpen algunos compañeros, que parecen gozar con los errores e imprevisiones de los demás. Es lástima que el Consejo de Colegios, en el que figuran prestigiosos compañeros muy competentes en cuestiones profesionales de tipo social, no haya tenido tiempo de confeccionar el Código Deontológico prometido; muchos son los asuntos encomendados a su estudio y resolución, pero también es urgente que las Juntas de los Colegios puedan disponer de unas normas que sirvan de base para juzgar los numerosos trabajos de discordias profesionales, cuyo origen está en conductas poco armonizadas con la ética profesional.

Nuestra Prensa tampoco dedica la debida atención a los menesteres a que

nos referimos. Los escritores médicos no han hecho resaltar en sus artículos la trascendencia que en lo profesional tienen las buenas relaciones entre compañeros, más necesarias ahora por la gran plétora existente que impone con carácter imperioso la lucha por la vida, y ante la cual se ven obligados algunos a dejar pedazos de su dignidad profesional y personal. Es necesario una campaña de prensa que influya en el ánimo de todos, para que aun en aquellos casos inevitables de lucha, no se olvide el respeto al crédito profesional y personal del compañero, y se tengan como preferentes los intereses económicos del adversario que los de los clientes.

Hemos examinado a grandes rasgos la forma en que las Facultades, Colegios y Prensa deben actuar para educar, las primeras, y convencer, las últimas, a todos los profesionales, con el fin de que siempre tengan como norma en sus actuaciones ante el enfermo, no censurar al Médico que lo trató, y mucho menos culparle de la agravación o imposibilidad de curación por ignorancia o descuido.

Queda otro recurso para que los inconscientes o mal intencionados, aprendan a comportarse como compañeros, y no como acusadores y censores poco piadosos; recurso que se utiliza ya, y que consideramos legítimo en defensa del ofendido, cual es, la suspensión de las relaciones profesionales con el agresor. Probablemente esto se traduzca en un ataque a los intereses económicos de éste, ya que el que ha sufrido una contrariedad es muy fácil que se obtenga de recomendar a su clientela una consulta en la que unas veces con razón, y otras sin ella, pero siempre indebidamente, va a ser sometida su actuación a una crítica desconsiderada delante del enfermo.

LORENZO SÁEZ

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 Fotograbado, 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.*

Asociación de Médicos escritores

Reunidos los doctores Núñez Grimaldos, Navarro Blasco, García Triviño, José María Llopis y Barrio de Medina, como Secretario, que componen el Jurado designado por la Asociación de Escritores Médicos para fallar el concurso abierto por esta Asociación, han acordado por unanimidad conceder los dos premios establecidos por esta Asociación en el pasado año, a los artículos titulados «Reconocimiento prenupcial», publicado en el diario «La Libertad», de que es autor el doctor don Luis N. de Castro, y «El pago de las dotaciones de los médicos titulares», publicado en «Mundo Médico», de que es autor el doctor don Pelayo Martorell.

Reproducimos a continuación los dos trabajos premiados:

Reconocimiento prenupcial

De cuantos problemas se derivan del acto genésico, ninguno tan fundamental, tan interesante como el de los hijos.

No se comprende un corazón de hombre que no se conmueva ni unas entrañas de mujer que no se estremezcan ante la posibilidad de traducir en carne esa palabra: hijo.

Y, sin embargo, qué pocos se preocupan de él en tiempo oportuno.

Ser padre—comprendo en la acepción a los dos sexos—no es engendrar o concebir; no es un espasmo de placer que se convierte en vida; es pensar antes y después en lo fundamental de un acto que nos transforma en dioses al darnos la facultad de crear un nuevo ser.

Se debe odiar la pena de muerte; debería desaparecer de todos los códigos por brutal, por ineficaz y por irreparable; pero, de existir, no debería aplicarse para los delitos comunes—que encontrarían mayor sanción y ejemplaridad en los trabajos forzados—, sino para los padres criminales que, impunemente, sin que haya ley que los castigue, dan lugar a una prole desdichada de cretinos y parásitos, carne lacerada de miseria física y moral, de hospital y de presidio.

Tuberculosos, alcohólicos y sifilíticos no tienen derecho a hacer víctimas que perpetúen esa cadena de dolor que arrastra sus eslabones del asilo a la cárcel y del prostíbulo al cementerio.

Horroriza pensar que esos pobres degenerados, cuando contemplen sus jorobas, miren sus úlceras o sientan su pecho desgarrado por el sufrimiento, han de levantar los ojos hacia el cielo con una maldición en los labios del padre culpable y una blasfemia en el corazón para el dios que consintió el crimen.

¡Pobres seres nacidos de un momento de lujuria en que no puso nada ni el deseo de perpetuación ni el amor, que sublimiza la pasión brutal!

Investigar la paternidad es una cosa necesaria, que se impone, que llegará; pero aún es más urgente, y hay que pedirlo a grito herido en el libro, en el mitin, en la calle, en el periódico, por todos los medios al alcance de las gentes honradas, el reconocimiento prematrimonial, la garantía de que en la noche de bodas no han de juntarse dos «sepulcros blanqueados» que, al pasar los días, transformarán lo que fué altar de sus amores en lecho de Procusto para los que han de venir como consecuencia de aquella unión.

Ni leyes, ni médicos, ni nadie puede contribuir como vosotras, lindas lectoras, a que vuestros hijos no sean un ¡ay! perpetuo que desgarre vuestros oídos; a que os

ahorréis el inmenso dolor de verlos ciegos, idiotas, contrahechos o locos. Cerrad el corazón y el camino a la maternidad a todo hombre en quien sepáis una tara perjudicial para la especie; no os dejéis seducir por una bella figura, un traje elegante o el encanto de un bailarín distinguido; todo eso es accidental y la pena del hijo enfermo perdura lo que el vivir.

Antes de abrir los brazos investigad quién es el hombre que os va a estrechar entre los suyos, y no olvidéis que cada copa de coñac que él toma es una cucharada de veneno que irá a vuestra sangre y que con ella emponzoñada nutriréis al hijo de vuestras entrañas.

Lectoras: Perdonadlo todo por el amor, que el amor es renunciamiento y es sacrificio; pero defended al hijo «non nato» con la fiera de leonas con que sois capaces de defender al hijo vivo.

Imaginaos lo que haría cualquier mujer, desde la más culta a la más ignorante, desde la más encopetada a la más miserable, si le quitasen su hijo de los brazos para inocularle un virus maléfico. Esa mujer, con las uñas y con los dientes—si no tuviera otras armas—desgarraría las carnes, sacaría los ojos, ahogaría entre sus manos a quien tal intentase, y, sin embargo, casi todas se entregan al ser amado sin pensar más que en el amor, sin recordar qué consecuencia lógica del amor es la maternidad y que aquel hombre, al poseerla, puede inocular en el hijo aún no nacido el virus que ha de hacer de él un desgraciado, una escoria, una piltrafa.

Con frecuencia se oye decir, al cruzar el paseo o la calle un niño con muletas o llevado en un coche de paralítico, ¡qué pena!, y al ver otro anormal intelectualmente, tonto o idiota, ¡qué lástima!, y como corolarlo, como síntesis de la conmiseración, un ¡cómo estarán sus padres!, ¡qué desgracia tan grande!

¿Por qué culpar a la suerte o a la Providencia de males que no ocasionaron? Siempre que veáis un caso de esos, pensad que tras ese dolor, como antecedente de ese enfermo—guarismo negativo en el haber de la Humanidad—existe un genitor borracho o avariósico que, para realizar sus deseos o satisfacer su capricho, no titubeó en sacrificar a su prole.

Ya véis si tiene importancia, lindas lectoras, para vosotras y para vuestros hijos, el que sepáis, antes de casaros, cuáles son los antecedentes patológicos de vuestro prometido y cuál su historia clínica, pues en el porvenir ha de ejercer mucha más influencia en vuestra vida y en la de vuestra prole el haber elegido a un hombre sano a haber escogido un bello animal que tras una hermosa lámina oculte las taras alcohólicas, luéticas o tuberculosas.

Todos estos males positivos podrían evitarse en su mayoría con el reconocimiento médico prenupcial; labor eugénica del más elevado valor para el renacimiento a una raza fuerte física e intelectualmente de hombres íntegros y capaces.

DR. LUIS N. DE CASTRO



HEPATORRADIL
Reconstituyente
para verano e invierno

El pago de las dotaciones de los Médicos titulares

Problema de ayer, de hoy y de mañana, el pago de las dotaciones de los médicos titulares constituye un caso único en España.

En otras profesiones habrá quizá planteado el problema del paro o el de la retribución insuficiente; pero el caso de unos hombres que llevan un tercio de siglo quejándose de que sus sueldos no les son abonados o lo son con considerable retraso; el caso de unos modestos funcionarios que han dejado de cobrar millones de pesetas por dotaciones no satisfechas, es un caso no ya excepcional, sino único.

Quizá parezca aventurada la afirmación de que los médicos titulares han dejado de percibir unos millones de pesetas que tenían bien ganadas; pero si se tiene en cuenta sus múltiples sumandos, la suma no parecerá exagerada a quien conozca el acuciante problema de los débitos a los médicos titulares.

El sistema de no pagar al médico titular es tan antiguo como el cargo de médico titular; no obstante, abriremos la cuenta en el comienzo del presente siglo.

Pueden cifrarse en cuatrocientos cincuenta millones de pesetas las cantidades que debían haber percibido los médicos titulares en esos treinta y tres años. Para convencernos de que la cifra calculada no es excesiva, bastará dividirla por el número de plazas, que, aproximadamente, ascienden a diez mil, con lo cual obtendremos la cifra de cuarenta y cinco mil pesetas como suma de las dotaciones medias de cada plaza de médico titular en treinta y tres años; suma que, referida a una plaza de tercera categoría, puede descomponerse así: de 1901 a 1909, nueve años a quinientas pesetas, cuatro mil quinientas pesetas; de 1910 a 1924, quince años a mil quinientas pesetas, veintidos mil quinientas pesetas; de 1925 a 1933, nueve años a dos mil doscientas pesetas, diecinueve mil ochocientas pesetas. Total, suma de las dotaciones de treinta y tres años, cuarenta y seis mil ochocientas pesetas.

Si calculamos en un diez por ciento, como algunos pretenden, las dotaciones que dejan de percibirse, podremos cifrar las pérdidas en cuarenta y cinco millones de pesetas; si lo calculamos en un uno por ciento, sólo ascenderá a cuatro millones y medio. Nosotros las hemos calculado, en varias encuestas, en un cuatro por ciento, y, por tanto, cifrado en dieciocho millones de pesetas. Acéptese cualquiera de esas cifras: podrá afirmarse que los médicos titulares han dejado de cobrar varios millones de pesetas que les correspondían en concepto de dotaciones honradamente ganadas.

Parecerá extraordinario a quien no haya estudiado el problema de los débitos de los Ayuntamientos a los médicos titulares el que hayan podido dejar de percibirse cantidades de tal volumen. Tres son las formas de la pérdida de las dotaciones atrasadas: el fallecimiento del titular, el traslado y la transigencia.

Tiempo atrás la Prensa profesional narró el caso de un viejo médico titular que falleció en la indigencia; intervino el Colegio Médico correspondiente y se puso de relieve que en el hogar del compañero fallecido no había pan ni lumbre, luz ni ropas, y que el Ayuntamiento le adeudaba dos anualidades enteras, que importaban tres mil trescientas pesetas, con las cuales se habría ahorrado al viejo médico rural el padecer hambre y frío en sus últimos días y el dolor de cerrar los ojos dejando a los suyos en un hogar sin lumbre y sin pan.

Conocemos a dos septuagenarios médicos titulares de la misma provincia, a los cuales los Ayuntamientos adeudan, respectivamente, treinta y tres mil y veinte mil pesetas; las Corporaciones municipales no se muestran propicias a satisfacer la deuda; los titulares morirán sin cobrarlas y probablemente nadie las cobrará.

El procedimiento de no abonar al médico titular su dotación, es argucia del caciquismo de ayer y de hoy, como lo será del de mañana, que la España rural no va camino de verse libre de la plaga del cacique, para obligar al titular no grato a que abandone el partido. Las bajas en la iguala del cacique, de sus deudos, de sus amigos y de sus servidores, y la falta del percibo de la dotación de la titular de Medicina, impelen al médico a buscar otro partido; con el traslado quedan sin cobrar las dotaciones pendientes.

Otras veces, el médico titular al que conviene conservar el partido, ya por su rendimiento, ya por razones personales, se ve obligado a transigir con el retraso en el pago de las dotaciones y, año tras año, aumenta el número de trimestres adeudados, hasta que, por fallecimiento del titular, queda «cancelada» la deuda.

De esta forma, en el Norte y en el Sur, en Levante y en el Centro, se van añadiendo sumandos de millares de pesetas, para constituir con ellos la suma de los millones perdidos por los médicos titulares.

Quizá alguien pregunte dónde van a parar esos millones.

Efectivamente, el importe de las dotaciones no cobradas por los médicos titulares ha figurado en los correspondientes presupuestos municipales; pero no se ha intentado ninguna encuesta para averiguar el destino de esas cantidades. Si la encuesta llega a realizarse, saldrán a la luz cosas edificantes.

Se da, por tanto, el caso cruel e inicuo de que un grupo de trabajadores no cobre exacta y puntualmente el sueldo que por su trabajo le corresponde y que el Estado, que con una frondosa legislación asegura el percibo de los sueldos y jornales de todos los asalariados, nada haga para que ese grupo de modestos médicos rurales cobre sus haberes.

Y a fe que los médicos titulares, que reiteradamente han acudido al Estado en exposición de su anómala situación, son modestos en sus peticiones; se darían por satisfechos con cobrar regularmente lo ganado, sin pretender, como otros trabajadores, que al dejar el servicio se les indemnizara con el regalo de unos cuantos jornales o unas mensualidades.

Los médicos titulares, al acudir al Estado, han probado con hechos y datos su angustiosa situación, y el Estado, repetimos, nada ha hecho para remediarla, ya que consideramos equivalente a no hacer nada el dictar disposiciones anodinas que no resuelven el problema y sólo consiguen aumentar los conflictos, ya numerosos y frecuentes, entre los Ayuntamientos y los médicos titulares.

El hecho de dictar esas disposiciones implica el reconocimiento, por parte del Estado, de que el derecho de los médicos titulares a percibir regular y puntualmente sus dotaciones es atropellado con frecuencia; pero las soluciones que el Estado da al problema nada garantizan, nada aseguran, ni nada remedian. El problema sigue en pie, las disposiciones son letra muerta, antologías de «Gaceta», y si, por excepción, algún titular intenta, acogiéndose a ellas, hacer valer sus derechos, sólo consigue, tras dispendios y molestias, crearse un conflicto más.

¡No es eso, señores gobernantes, no es eso!

¿Qué le importa al trabajador que su patrono sea multado? Lo que le importa es la garantía del cobro de sus jornales.

Nada de amonestaciones ni sanciones. Los médicos titulares necesitan y piden soluciones eficaces.

La Orden del Ministerio de la Gobernación («Gaceta» del 28 de Septiembre),

rectificada en la «Gaceta» del 3 del corriente, es una más de esas disposiciones anodinas, de esas órdenes que nada resuelven.

El problema del pago de las dotaciones de los médicos titulares sólo tiene dos soluciones: la incautación de las dotaciones y pago de las mismas por el Estado, o la lucha, con todas sus consecuencias.

Los médicos titulares hasta hoy sólo han planteado el problema en el sentido de la incautación y abono por el Estado. La solución con la fórmula incautación y pago no es difícil. Días atrás la prohibió el Gobierno por boca del subsecretario de Sanidad y Beneficencia. Hace seis años la prohibieron un ministro y un director general de Sanidad, y hace cuatro años, una Real orden dispuso que una Comisión oficial elevara al Gobierno la fórmula.

El hecho subsiste, el hecho es patente. Los médicos titulares no cobran regularmente sus haberes.

La solución es posible, la solución es fácil. La incautación y pago de las dotaciones por el Estado.

Pero la solución urge. A medida que la plétora profesional recorta los ingresos globales del médico titular, la dotación de la titular cobra relieve, se hace indispensable. El retraso en su percepción creaba antaño una mengua de ingresos; hoy crea un déficit en el presupuesto familiar.

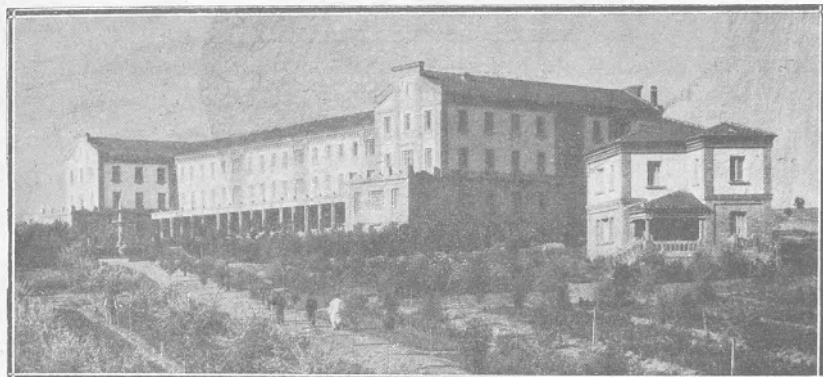
Los médicos titulares, hasta hoy sumisos y firmemente dispuestos a encuadrar sus aspiraciones en un marco estrictamente administrativo, se verán obligados, si no se les atiende, a plantear el problema en el terreno de las luchas sociales, ya que las órdenes anodinas de nada sirven, y las promesas de los gobernantes se desvanecen al soplo de las crisis.

DR. PELAYO MARTORELL



Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

Servicio médico permanente. Gabinetes de especialidades (radiología, oftalmología, odontología, etc.). Laboratorio. Tratamientos modernos de las psicosis. Malarioterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.).

Pabellón completamente independiente para enfermos de ingreso voluntario agotados, neurosis, psiconeurosis, etc,

Detalles y correspondencia: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA** - Apartado 66 - Teléfono 87

P A L E N C I A

BRONQUITIS

CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS

G R I P P E

INJECTABLE 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 Gomeñol.

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

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

ANALGESIA Y DESAPARICIÓN RÁPIDA DEL DOLOR
sin alcaloides narcóticos, ni sustancias heróicas

CIBALGINA

"CIBA"

Amplio campo terapéutico *No produce hábito*
Ausencia de fenómenos secundarios a dosis terapéuticas

INDICADA

en

Medicina general Cirugía, Odontología
Ginecología Radioterapia

Neuralgias, jaquecas y dolores de cabeza, dolores articulares, musculares, post-operatorios, post-partum y post-abortum. Dismenorrea y molestias nerviosas concomitantes. Dolores de los tabéticos. Dolores de la dentición.

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.

Curas de desmorfinización.

Comprimidos

Gotas

Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

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

NOTICIAS

Un ministro y un subsecretario

Cerrado nuestro número anterior, los cambios políticos han elevado a dos ilustres médicos hasta el Ministerio de Instrucción Pública y la recientemente creada Subsecretaría de Sanidad. Estos son el profesor Pareja Yébenes y el doctor Pérez Mateos.

Acostumbrados, casi, al desfile de personajillos que veían recompensada su adhesión política con el disfrute de no importa qué sinecura y con gran desparpajo se encargaban de cualquier departamento de la gobernación del Estado, omitimos deliberadamente en nuestro noticiario, el consignar los múltiples cambios sufridos en el último año singularmente.

Hagamos excepción hoy y digamos que el doctor Pareja Yébenes, ilustre rector de la Universidad de Granada, llega al Ministerio de Instrucción con una sólida preparación capaz de ofrecer, por ella y por sus condiciones personales, orientaciones modernas en materia docente, adecuadas a nuestras necesidades y compatibles con nuestros medios.

¿Qué diremos del doctor Pérez Mateos? Su labor en estos últimos años le han conquistado la admiración y el cariño de la familia médica española. Llega a la Subsecretaría de Sanidad perfectamente orientado, con ideas personales, con conocimiento cabal de nuestros agudísimos problemas sanitarios.

Hagamos un alto en el derrumbamiento pesimista de nuestras esperanzas y confiamos que estos dos hombres de gran inteligencia ambos, de gran corazón los dos, que llegan en plena madurez a manejar los resortes de nuestro deseado resurgimiento nacional: Sanidad e Instrucción Pública, no se verán desplazados mañana o pasado, por un nuevo cambio, que traiga aparejado el premio de un compadrazgo político y recaiga sobre cualquier «ilustre publicista y consecuente republicano».

Primer Congreso Nacional de Sanidad

Durante los días 6 al 12 del mes de Mayo próximo, se celebrará en Madrid el primer Congreso Nacional de Sanidad, declarado oficial por orden ministerial, publicada en la «Gaceta».

Este Congreso, cuyos trabajos de organización se llevan con gran actividad, y que ha despertado considerable interés entre las clases sanitarias, promete ser un verdadero acontecimiento científico.

Sabemos que hay anunciadas ya más de cien comunicaciones sobre cuestiones, todas ellas de gran importancia, por lo que se refiere al mejor aprovechamiento posible de nuestros servicios y organismos sanitarios.

Si a ello se une las circunstancias de ser el primer Congreso Nacional de Sanidad que se celebra en España y el interés especial que muestra el Gobierno de la República en favorecer el desarrollo de las instituciones sanitarias, se comprenderá la oportunidad de su celebración en las fechas señaladas y la extraordinaria importancia que ha de alcanzar, tanto en el terreno de las actividades puramente sanitarias como desde el punto de vista político-social.

«Medicina», nuestro querido colega madrileño, ha entrado en el 5.º año de publicación. Para celebrar el creciente éxito de su publicación, se reunieron en fraternal banquete los compañeros que la redactan. Nuestra cordial enhorabuena, deseando cordialmente siga triunfando para bien de la prensa médica nacional.

Disposiciones oficiales

Ha sido anunciado al turno de oposición libre, la provisión de las Cátedras de Fisiología general, etc., vacantes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, con un haber anual de entrada de 8.000 pesetas. Los aspirantes presentarán sus solicitudes en el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes antes del 13 de Febrero de 1934.

En la «Gaceta» del 14, aparece un decreto creando en la Universidad de Madrid, y dependiente de la Facultad de Medicina y de la Sección de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras, la Escuela de Educación Física.

Según decreto publicado en la «Gaceta» del 15, se reconoce la facultad de ocupar en propiedad las Subdelegaciones de Medicina y Farmacia, vacantes al promulgarse el decreto de 3 de Septiembre de 1933, a todos aquellos subdelegados interinos que en virtud de la Real orden de 5 de Febrero de 1931 adquirieron este derecho.

Orden en la «Gaceta» del 16, disponiendo se convoque a oposición entre Doctores y Licenciados en Medicina y Cirugía, para proveer siete plazas de número en la escala de tenientes médicos de la Armada, y otras siete de supernumerarios de dicho empleo. Las solicitudes habrán de presentarse antes del 16 de Marzo de 1934.

Orden disponiendo queden en suspenso las órdenes referentes a la incompatibilidad de ejercicio particular de la profesión médica y el de los cargos de Subdelegado de Medicina, jefe de Sección y epidemiólogo de los Institutos provinciales de Higiene, con los de inspectores provinciales de Sanidad, inspector general de Sanidad Exterior y Director de Sanidad de los puertos de Barcelona, Valencia, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife, Vigo y Bilbao.

Orden disponiendo se cumpla en sus propios términos la sentencia dictada por la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, en el pleito promovido por don Santiago García y García contra las reales órdenes de 27 de Junio y 26 de Julio de 1930, sobre nombramientos de auxiliares temporales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

Anuncio del concurso-oposición para la plaza de profesor auxiliar de Laboratorio en la Escuela Nacional de Puericultura.

Decreto por el que se dispone que los servicios, cargos y deberes que dependen en la actualidad de la Subdirección de Beneficencia y Sanidad, adscritos al Ministerio de la Gobernación, pasen a depender del Ministerio de Trabajo.

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.



Atophan

Schering

Por su extraordinario poder de aumentar la eliminación del ácido úrico, su acción antiflogística, analgésica y antipirética, es el Atophan el medicamento específico de la gota y reumatismo.

TUBOS DE 20 TABLETAS

SCHERING KAHLBAUM A.G. BERLIN

Apartado 479, Madrid

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A. Apartado 1030, Barcelona

Asociación Digitalina-Uabaína

DIGIBAÏNE

Reemplaza con éxito la digital y digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias

Dosis medianas: 30 gotas diarias

LABORATORIOS DEGLAUDE
PARIS

Medicamentos cardíacos especializados
ESPAMOSÉDINE, DIGIBAÏNE, &

Agente general para España:

J. M. BALASCH, FARMACÉUTICO

Avenida 14 de Abril, 440 -:- BARCELONA

Anuncio de la plaza de médico encargado del laboratorio del sanatorio «Lago» (Tablada), dotada con el haber anual de 4.000 pesetas.

Se ha dispuesto la reorganización de la Dirección General de Sanidad, que constará en lo sucesivo de cuatro secciones: Sanidad Interior, Sanidad Exterior, Instituciones Sanitarias y Contabilidad.

Se crea una Junta de Sanidad Internacional dependiente de la Dirección General de Sanidad, y encargada de cuantos trabajos sean necesarios para la colaboración de España en la oficina Internacional de Higiene Pública.

En el inmediato pueblo de Wamba, falleció nuestro respetable compañero don Andrés Conde Méndez. Reciba toda su familia y en especial su hijo don Nicesio, nuestro compañero y amigo, la expresión de nuestro sincero pesar.

Víctimas de un terrible accidente de automóvil, fallecieron el profesor Rodríguez Cadarso, catedrático de Anatomía de la Universidad de Santiago, Vicepresidente de la Sociedad Luso-Española de Anatomía y animador de la obra de aproximación científica de ambos países. Recientemente el gobierno portugués había premiado sus méritos condecorándole, y la Universidad compostelana le había ofrecido un libro de honor con la colaboración de sabios españoles franceses y portugueses.

Iba el profesor R. Cadarso acompañado por el exdirector del Manicomio de Conjo, doctor Francisco Bacariza, quien perdió también la vida.

Hacemos presente nuestro pésame a la Universidad de Santiago y a las familias de los ilustres muertos.

Amenorreas
menorragias
Dismenorreas

VAGOTONIL

Ovario y
Luminal
Compuestos