

DON SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL



Con el más profundo recogimiento, con angustiosa emoción, escribimos esta primera página para registrar en REVISTA CLÍNICA CASTELLANA el infausto suceso de la muerte de don Santiago Ramón y Cajal.

Su inteligencia, su tenaz laboriosidad austera, su método, no sabríamos comentarlos en estos momentos.

El Genio perdurará; el ejemplo de esta vida será cantera inagotable de enseñanzas, y el fuerte contraste que su gigantesca personalidad hacía entre la muchedumbre nacional, estímulo y esperanza para los que soñamos un grandioso resurgir de la Patria.

SUMARIO

	Páginas
<i>La muerte del Maestro</i> , por el Prof. Isaac Costero.....	577
ARTÍCULOS ORIGINALES	
DOCTOR EDUARDO LEDO.— <i>Sobre el acné hipertrófico de la nariz o rinosfina</i>	581
DOCTOR RODRIGUEZ ARIAS — <i>Resultados de la paludización en el tratamiento de las neurosifilis</i>	587
REVISTA DE REVISTAS	
Dermatología y Sifiliografía , por E. Ledo	
<i>Tratamiento de la sífilis somática resistente</i> .—Charles C. Dennia aud Villiam L. Mc. Bride..	607
<i>La germanina Bayer 205, en el tratamiento del pénfigo</i> .—A. Pasini.....	607
<i>La terapéutica aurica del lupus eritematoso, con mención especial del Solganal oleoso</i> .—T. Scomarroni.....	608
<i>Mecanismo de la acción preventiva ejercida por el bismuto en la sífilis experimental</i> .—Levaditi, Hornus, Vaisman y Manin.....	610
Otorrinolaringología , por S. R. Berceruelo	
<i>Los sonidos y el mecanismo de la audición</i> .—Profesor doctor A. G. Tapia.....	611
Pediatría , por Allué Horna	
<i>Hernia diafragmática congénita con desplazamiento y cambio de posición del estómago e intestino</i> .—Doctora Ankerhold-Hellner.....	615
<i>El diagnóstico de la tuberculosis en el niño durante los tres primeros años</i> .—Dr. Froelich.	615
<i>Un caso de tuberculosis congénita</i> .—Doctor Betinotti y doctor Sanmartino.....	616
<i>Tabes infantil</i> .—Doctor Raul Cibils.....	617
BIBLIOGRAFÍA Y LIBROS RECIBIDOS	619
NOTICIAS	620

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan

Preparado organoterápico, 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.**

Lipolysin

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

Intestinol

Preparado a base de páncreas, secreta 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

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 glicerosofórico 0,046 »
Acido cacodílico 0,030 »
Hierro asimilable 0,002 »
Glicerosofato estricnico 1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

MI/TERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODURO BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificación a 25 Centigramos

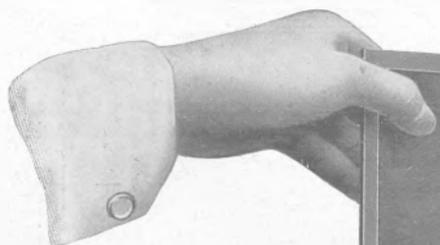
Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

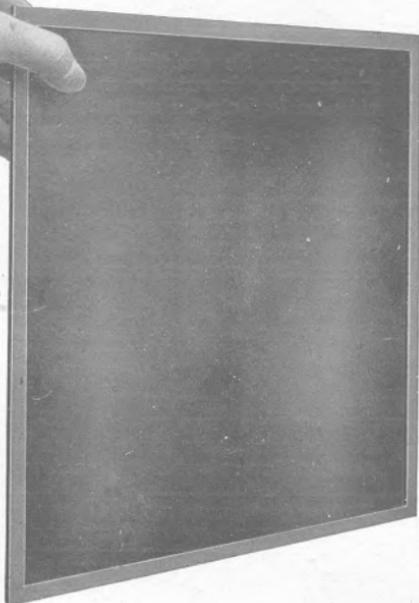
FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y literatura al autor: LABORATORIO BENEYTO. Manuel Silvela, 7.-MADRID



Este pequeño antidifusor a rejilla, según el Dr. Lysholm, de Estocolmo, es de una precisión incomparable, y lo forman 1.000 finísimas láminas de plomo de 0,40 milímetros de espesor y 2 milímetros de altura

Peso: 800 gramos



POR FIN LLEGÓ
EL
ANTIDIFUSOR ECONÓMICO
PARA
RADIOSCOPIA
Y
RADIOGRAFIA

tan ansiado por los poseedores de instalaciones roentgenológicas modestas

Dimensiones: 35,5 por 43 cm.

Precio: Ptas. 725

FACILIDADES DE PAGO

REPRESENTANTES GENERALES PARA ESPAÑA:

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

CENTRAL: MADRID. FUENCARRAL, 43

BARCELONA, VALENCIA, SEVILLA, BILBAO, VIGO Y LISBOA

EN LA MUERTE DEL MAESTRO

Invitado por REVISTA CLINICA CASTELLANA a escribir para sus lectores algunas cuartillas a propósito de Cajal, nuestro sabio por antonomasia, quiero deliberadamente huir de cuanto signifique noticia biográfica o anecdótica, y no sólo porque la vida de Cajal es sobradamente conocida, sino porque considero de mayor importancia hacer un breve comentario sobre la significación en nuestro país de la figura del maestro.

El hombre, el investigador, el sabio que Cajal representa, se nos aparece ahora, al finalizar sus numerosos años de trabajo fecundo, cuando deja tras sí una labor verdaderamente gigantesca, casi inasequible a nuestra comprensión, de tal modo, que precisamos abandonar los moldes habituales para poder abarcar en conjunto la extensa labor que nos lega. Tan grande es su figura, que al lado de ella nos sentimos cada vez más empequeñecidos y anonadados; hasta nos parece increíble que pueda repetirse en muchos años una capacidad tan fuera de lo común.

Por este motivo, no vamos a describir el conjunto de una obra tan dilatada, sino que nos vamos a limitar, en recuerdo del hombre que más acertadamente ha laborado por su país en el último siglo, a comentar las características de un comportamiento que debiera quedar como simbólico.

Es de todos conocido que el formidable rendimiento obtenido por Cajal durante su larga vida de trabajador infatigable, se deben a la reunión en su privilegiado cerebro de cualidades tan apreciables como una clarísima inteligencia y una enorme capacidad de trabajo, servidas por una orientación metódica de sus actividades y una perseverante y decidida voluntad de llegar al límite en el conocimiento de los hechos. Pero estas cualidades, con ser tan importantes para el triunfo, no son suficientes por sí solas para adquirir el caudal de conocimientos originales que Cajal ha aportado a la Ciencia, como lo prueban los frecuentes ejemplos, no raros en nuestro país, de personas que las poseen y que las utilizan con rendimiento notoriamente inferior.

Cajal, a diferencia de las restantes personas capacitadas para realizar trabajo útil y que con tanta facilidad se malogran, aprovechó sus cualidades intelectuales en perseguir la Verdad, que es el único medio de encontrarla. Nunca se conformó con una hipótesis sugestiva, ni con una apariencia tentadora, aunque fuese suya la idea o la observación correspondiente. Lejos de emplear su prodigiosa inteligencia en buscar argumentos con los que defender sus concepciones, camino equivocado que conduce muchas veces a sostener innecesariamente un error, ni él mismo aceptaba sus propios descubrimientos hasta que adquiría la certeza por sí de la realidad de

sus observaciones. De este modo, ya sus primeros trabajos fueron leídos con atención, y comprobada la verdad de sus observaciones, adquirió el prestigio suficiente para que sus ideas fuesen para siempre tratadas con respeto, no por su aparente claridad, sino porque se basaban siempre en hechos reales y verdaderos, los cuales no podían menos de ser comprobados.

La primera consecuencia de esta severa auto crítica, consiste, en quien siente, como Cajal, la vocación por buscar lo desconocido, en que no diluye el esfuerzo en actividades diversas ni numerosas. Las circunstancias llevaron al propio Cajal por diferentes derroteros durante su juventud, a los que no pudo sustraerse, y el rendimiento durante esta primera época de su vida fué bien poco notable. En contraste, su trabajo comienza a hacerse productivo cuando se localiza en una tarea única y determinada. Pronto se dedica a ella por entero y abandona casi por completo todas las demás actividades no relacionadas con el objeto de su estudio, y a esta acertada polarización debe la Histología del sistema nervioso el enorme empuje recibido de nuestro compatriota. No escapó Cajal a las tentaciones de la política, y en cierta ocasión le fué ofrecido un alto cargo del mayor relieve por quienes, al dedicarse (del modo al uso) a la vida pública, no se preocupan en desviar vidas fecundas, con tal de trocarlas en puntal de sus aspiraciones de partido. El juicio crítico del Maestro le libró también del dragón que tantas intelectualidades destroza en nuestro tiempo.

Desgraciadamente, este ejemplo, que debiera colocarse ante todos los que noblemente aspiran a algo, es poco imitado, porque permanece casi desconocido. Por el contrario, es corriente medir el valor de nuestras intelectualidades contemporáneas por el dinero que ganan o el número de automóviles que poseen. ¡Qué difícil es encontrar un joven estudiante que aspire a buscar durante la vida profesional para la que se prepara, un hecho nuevo! ¡Y qué fácil es ver docenas de muchachos que, apenas terminada su carrera, comienzan por adquirir un lujoso automóvil! Y más vale no hablar de los que dejaron atrás la juventud.

No quiero sentar la equivocada opinión de que el dinero sea despreciable. Por desgracia, nadie puede hoy vivir sin él, y considero muy lógico que se trabaje por lograr un porvenir económico desahogado. Pero considero desventajoso para el individuo y altamente perjudicial para el país el aplastante dominio de la orientación exclusivamente económica. Es desventajosa para el individuo, porque, no siendo posible adquirir ganancias cuantiosas con honradez relativa, sino a costa de un violento y forzado exceso de trabajo, no se compensa el esfuerzo realizado con los beneficios obtenidos. En la mente de todos está el ejemplo de personas que murieron jóvenes, aunque aviejados, apenas habían comenzado a obtener el ansiado capital. Y más, porque la orientación material exclusivista tiene el gravísimo peligro de relajar la moral de las personas, a veces hasta límites insospechados.

El perjuicio que se ocasiona al país con el predominio total de este vicio, resulta indudable, no sólo por la relajación moral de sus individuos, sino porque quien piensa exclusivamente en la cuantía de sus ingresos, además de perder la tranquilidad, se pierde para sus convecinos, ya que nunca realizará nada que pueda beneficiar a la colectividad.

Por todos estos motivos, el recuerdo de Cajal debe perdurar imperecedero en nuestra memoria como símbolo de una orientación de vida acertada y verdadera, de la que nunca debiéramos apartarnos, por nuestro bien personal y por la conveniencia común. Hasta los momentos postreros de su vida, los dedicó al objeto de sus aficiones, al estudio de la fina textura de los centros nerviosos. En esta tarea, como en todas las que abordó secundariamente, fué un incansable buscador de la Verdad. A no dejarse arrastrar por engañosas apariencias, debió principalmente el enorme rendimiento de su labor. No escribió numerosos libros llenos de ideas brillantes y deslumbradoras, sino monografías cuajadas de hechos pacientemente analizados y sometidos al control de una comprobación reiterada.

Estas cualidades son las que verdaderamente han llevado a Cajal, no a ser el profesional que mayores ingresos obtuvo durante su trabajo, sino al vértice del respeto y a adquirir el máximo prestigio, que ni acaba con la muerte, ni tiene límites conocidos.

PROF. ISAAC COSTERO

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
V
E
L
E
Z

ZINCOL.—Específico de todas las enfermedades de la piel.

COMPOSICIÓN:	Ictiol.....	2 gs.
	Extracto Hamamelis....	250 »
	Borato sódico.....	0,25 »
	Oxido zinc.....	33 »
	Bálsamo del Perú.....	8 »
	Excipiente graso.....	100 »

CLORAMINOL.—Pomada antiséptica a la cloramina T, insustituible en toda clase de heridas.

COMPOSICIÓN:	Cloramina T.....	1,50 gs.
	Excipiente apropiado....	98,50 cs.

GUAYACOROL.—Solución oleosa antitóxica, inyectable, niños y adultos.

COMPOSICIÓN:	Colesterina.....	0,4 gs.
	Gomenol.....	0,12 »
	Cacodilato de Guayacol.	0,2 »
	Eucaliptol.....	0,3 »
	Alcanfor.....	0,10 »
	Eter sulfúrico.....	0,10 »
	Y aceite de olivas, lavado y esterilizado, hasta completar 1 c. c., en ampollas de 1 y 2 1/2 c. c.	

Muestras y literatura: **JOSÉ VÉLEZ.**-Oropesa (Toledo)

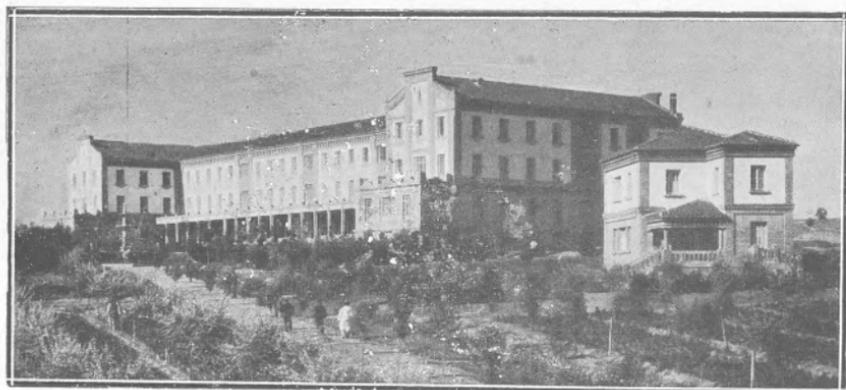
Imprenta Castellana

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.



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. Malariaoterapia. 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

PALENCIA

Sobre el acné hipertrófico de la nariz o rinofima^(*)

(Notas de cirugía estética)

por el doctor EDUARDO LEDO (de Valladolid)

Entre las dermatosis inestéticas, ninguna lo es tanto como el rinofima, grotesca deformidad que ha llamado la atención en todos los siglos, haciendo que los desafortunados mortales que la padecen, sean el blanco de las burlas del pueblo, inspirando pasajes de libros inmortales; así Rabelais perpetúa en su «Pantagruel» el lastimoso aspecto de los dueños de tales apéndices.

A partir de las glándulas sebáceas inflamadas y sobre una piel sujeta a disturbios circulatorios evidentes, se desarrolla un proceso inflamatorio, crónico, que da lugar al aumento de tamaño de la nariz, con desarrollo de masas tumorales monstruosas.

En un principio, la piel acneica, asiento posible de todas las manifestaciones del acné polimorfo, se muestra roja, engrosada, luciente, de grano basto, con abundantes telangiectasias en múltiples puntos, notablemente sobre ambas alas de la nariz y en su punta; los orificios glandulares están enormemente dilatados; alternan con pustulillas de acné. El volumen de la nariz está aumentado, pero de modo sensiblemente uniforme.

Años más tarde, la sucesión ininterrumpida de los fenómenos congestivos, determina el lento desarrollo de tumoraciones, prominencias, abultamientos, que deforman, abollan y hacen de la nariz una masa monstruosa, pegote de carne roja violácea, adosado a las alas de la nariz. Formaciones tumorales, cuyo tamaño va desde un guisante al de un grueso tomate y aún mayor. Crecen estas masas de modo irregular; es decir, que uno de los lados de la nariz se ve más afecto generalmente. De una de las alas de la nariz puede pender un grueso tumor, irregular tal vez, abollado, semejante a una patata por yuxtaposición de dos o más tumoraciones o por estrechamientos anulares que dividen el tumor en alguna de sus porciones. No es extraordinario, cuando el volumen alcanzado es grande, que esta masa se balancee al compás de los movimientos de la cabeza y desde luego dificulta la respiración y al caer delante de la boca, estorba la alimentación.

Afortunadamente, estos casos extremos no son frecuentes; el aspecto del enfermo suele ser el que presentamos en la fotografía de una de nuestras observaciones personales; la piel aparece con el clásico aspecto de piel de naranja, engrosada con gruesos orificios glandulares, por los que se vierte a la presión numerosos filamentos grasientos, gruesos, de muchos centímetros de longitud; interminables y sorprendentes, traduciendo el carácter semi-quístico de la afección. Generalmente esta secreción tiene un olor butírico marcado.

(*) Comunicación a la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

Esta afección se ha hecho notar recae exclusivamente en individuos del sexo masculino, en plena madurez, comenzando hacia los cuarenta y cinco años. El pueblo, y con él Rabelais, inculpa la escasa sobriedad de quien soporta una de estas narices superlativas. Rabelais creía que «pocos gustarían de las tisanas, aunque todos fueran devotos del caldo septembrino». Ollier pensaba era el vino tinto, otros la cerveza, siendo injustos todos, ya que en la literatura médica se afirma la sobriedad de varios casos; nosotros sabemos de un abstermio, otros refieren observaciones en las que resaltaba una dispepsia. No es la menor aflicción del enfermo el sentir sobre su desgracia la inculpación injusta de la gente.

Antes de pasar adelante, digamos que los dos casos que en la literatura se citan de mujeres, son bien inciertos.

No es de extrañar que, dada la frecuencia del epiteloma de la nariz, se señale su coincidencia por varios autores. Nosotros mismos la observamos una vez interpretándola como mera coincidencia; no obstante, si en lo por venir tropezamos con algún caso semejante, hemos de intentar su estudio histopatológico, por si de él puede deducirse alguna relación que contradiga nuestra suposición de simple coincidencia.

El tratamiento de las lesiones incipientes del acné hipertrófico, se confunde con el del acné vulgar: régimen e higiene general, tratamiento tópico con lociones o cremas de azufre, masaje, etc. Cuando la hipertrofia está constituida, el único tratamiento útil es el quirúrgico, intentado ya en el siglo XVIII por Theulat de Civadier y luego por Imbert Delonnes, siendo particularmente interesante que este último autor llamara la atención sobre un punto capital de técnica, en el que justamente estriba el éxito de la intervención que ochenta años más tarde propusiera Ollier bajo el nombre de «décortication».

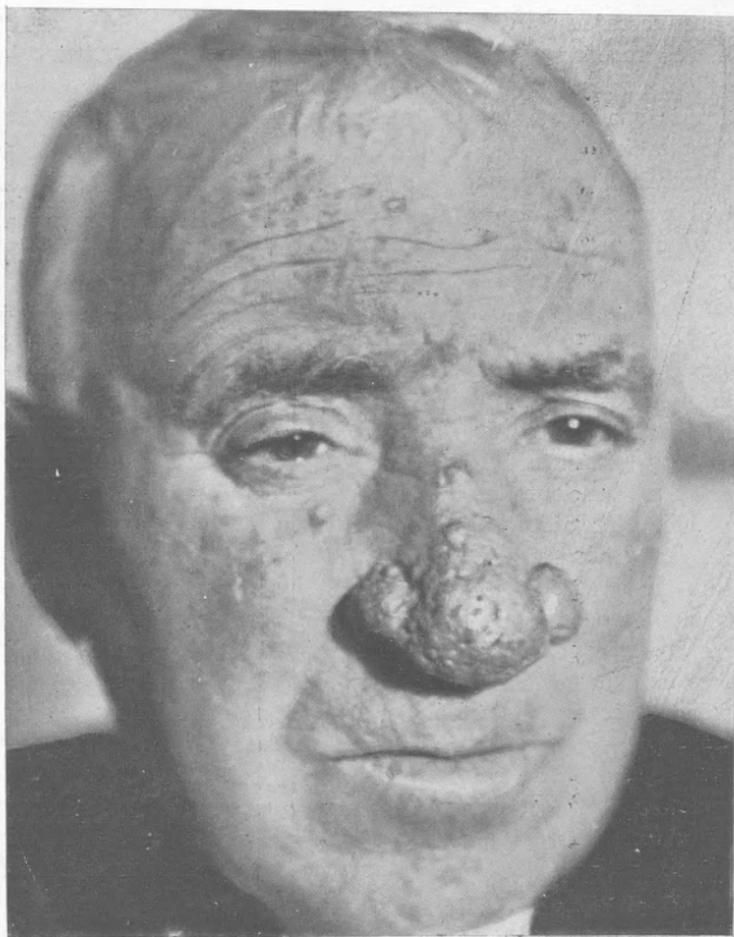
En su comunicación a la Academia de Medicina de París, Ollier aconseja levantar toda la superficie cutánea hipertrofiada de la nariz, de manera que si se modela una nueva nariz de forma y dimensiones normales y el punto capital recomendado por Imbert Delonnes, se realiza por Ollier, poniendo al desnudo toda la superficie nasal, no sólo las zonas en las que asentaban tumoraciones que excindir, sino la piel inflamada, de glándulas boquiabiertas, que más adelante, en la evolución de la enfermedad, daría lugar a idénticas producciones hipertróficas.

Se puede seguir hasta 1876, fecha de la memoria de Ollier, paso a paso, una literatura que demuestra la preocupación de los cirujanos ante esta nariz monstruosa, expresivamente denominada por los alemanes «Pfundnase», nariz de a libra.

Es la «décortication» descrita por Ollier, la intervención que desnuda la nariz de su revestimiento cutáneo, en sus capas superficiales cuando menos, modelando, tallando mejor una nariz de forma y dimensiones humanas, le-

vantando la piel ya con el cauterio al rojo, ya con el bisturí, haciendo hemostasia consecutiva con el cauterio.

Luego los trabajos se multiplican. Son numerosos los autores que practican la «décortication», mientras otros se creen en la obligación de practicar injertos y plastias variadas; la aparición de nuevos elementos terapéu-



ticos hacen emplear el radium y la electrolisis. Poco después se vuelve al punto de arranque: a la operación de Ollier, tan bien estudiada por Dubreuilh en 1903. En los últimos años se muestra de nuevo preferencia por la «décortication», así los trabajos de Israël, de Nicolás y Lacassagne, de Petri, de Cattaneo, del mismo Dubreuilh y David-Chaussé, que la realizan con el bisturí como método de elección.

Nosotros aprendimos de Dubreuilh su técnica, y con ella operamos dos casos; en un tercer enfermo utilizamos el asa diatérmica y sobre su empleo que nos parece interesante, haremos algunos comentarios.

La técnica seguida por nosotros, la de Dubreuilh, va precedida de un tratamiento local sencillo de tres a ocho días de duración, consistente en jabonaduras, aplicaciones de lociones de azufre y masaje para curar los elementos pustulosos en actividad y vaciar, en lo posible, las glándulas sebáceas. De no proceder así desde el momento en que iniciamos la anestesia hasta el final de la intervención, nuestros dedos estarán continuamente impregnados de una suerte de esmegma, y esta untuosidad no tiene nada de agradable por cierto.

La anestesia la practicamos inyectando una solución de cocaína o novocaina al 1 por 100, añadiendo una gota de adrenalina al milésimo por centímetro cúbico de anestésico. Procediendo de esta suerte, la hemorragia profusa que acompaña a toda herida de esta región, acentuada en estos casos por las características pseudo-angiomasas de los tejidos enfermos. Al inyectar, por los orificios glandulares aparecen filamentos grasientos, que deben de limpiarse con una compresa humedecida en éter. Realizada la anestesia, para establecer puntos de referencia, introducimos el índice izquierdo, protegido por un dedil de goma en el orificio nasal correspondiente y manejando un bisturí pequeño y de filo irreprochable, seccionamos por su base las tumoraciones gruesas, operando en blanco con una anestesia perfecta, procediendo luego a «mondar» la nariz de la misma manera que se monda una fruta, guiados siempre por los datos que el índice nos proporciona sobre el espesor de las alas de la nariz, teniendo bien presente la forma y tamaño de una nariz normal, para tallarla así sobre la masa irregular del rinofima, que por cierto no es materia dócil, pues blanda y elástica, no es fácil de atacar cuando el bisturí no llegó en el primer golpe a la profundidad deseada y se ve el operador obligado a rebajar, desbistaríamos, el espesor de las partes blandas de la nariz. Esto nos hizo pensar en utilizar el asa diatérmica.

Un punto sobre el que es conveniente insistir, es el que se refiere a la necesidad de realizar una excisión amplia, total, de los tejidos enfermos hipertrofiados de la piel de grano basto y orificios glandulares dilatados, si se desea que los resultados sean permanentes.

La excisión deja, a modo de islotes de regeneración, las luces glandulares, lo que hace de todo punto innecesario plastia ni injerto alguno. De las luces glandulares partirá la cicatrización, que será perfecta e irreprochablemente estética.

En algún punto, sobre el ala de la nariz singularmente, puede suceder que al operador se le vaya la mano y llegue a planos demasiado profundos, en los que por la falta de glándulas, la cicatrización será lenta, después de un previo período de granulación. En estos casos, ante el temor de una ci-

citriz aparente, se ha recomendado el practicar cuando menos un injerto de Thiersch al comenzar el período de granulación. Con cuidado, bajo un buen emplasto al óxido de zinc, renovado diariamente (a partir del período de granulación), las cicatrices pueden resultar inaparentes.

Terminada la intervención, se rellenan las ventanas de la nariz con compresas de gasa estéril y del mismo modo se recubren las zonas cruentas, sujetando todo con vendaje compresivo, bien adaptado.

Pasado el efecto de la adrenalina, las superficies cruentas sangran, tanto menos cuanto mejor se vendó. Esto ha movido a los autores a recomendar se renueve el apósito varias veces en los primeros días. Nosotros preferimos mantenerle aplicado durante tres o cuatro días, renovando al cabo de este tiempo el primer apósito, si nada nos aconseja levantarle antes. Tal vez el enfermo pueda estar incomodado si el vendaje, acartonado por la primera hemorragia, se despega y roza, con lo cual sangra de nuevo y aumenta el acartonamiento. Pero, insistimos, un vendaje sólido no se mueve y con una hemorragia mínima y única, puede mantenerse tres días por lo menos. Aconsejamos para desprenderle, humedecerle en suero fisiológico templado, sólo las compresas en inmediato contacto con las zonas cruentas estarán adheridas y suavemente hemos de levantarlas. La hemorragia será muy pequeña y la regeneración ha avanzado. En ocho o diez días, será completa y la piel rosada, blanca, de los primeros días, no tardará en colorearse normalmente.

Las dificultades antes reseñadas, la necesidad de rebajar aún más el espesor de las zonas enfermas, cuando de primera intención no se alcanzó la profundidad debida, por la consistencia blanduzca de los tejidos, tal vez pudieran contrarrestarse con el empleo del asa diatérmica, pero entonces hay que prescindir de los datos que proporciona el índice izquierdo introducido en el orificio nasal y por la ninguna resistencia de los tejidos a su paso se extremará la prudencia, ya que fácilmente puede llegarse al cartílago. Para las formas leves, en las que solamente se marca un aumento regular del volumen de la nariz, sin grandes formaciones tumorales y en las que una «décortication» muy superficial puede detener el proceso, el empleo del asa diatérmica permite operar un rinofima, por una serie de pases regulares que levanten la piel enferma en muy pocos minutos.

Existe una diferencia a favor de este procedimiento: la ausencia de hemorragia abundante post-operatoria y una desventaja que en algún caso puede tener importancia; la cicatrización es algo más lenta, lo que prolonga algo el uso de un vendaje ciertamente llamativo. La cicatriz obtenida, cuando el asa diatérmica se maneja correctamente, es tan perfecta, como cuando se practica la «décortication» con el bisturí, intervención que nos parece útil divulgar por esta comunicación.

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, angiolocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).

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

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

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

Resultados de la paludización en el tratamiento de las neurosífilis (*)

por el doctor RODRÍGUEZ ARIAS

La Academia Española de Dermatología y Sifiliografía—de la que soy miembro corresponsal, quizá por mis antiguas aficiones sifiliográficas, que debo a la feliz iniciativa de uno de mis buenos maestros, el profesor Jaime Peyri—me ha hecho el honor, por mediación de su Junta directiva, de confiarme el desarrollo de este tema, que quiere representar una ponencia o, cuando menos, una pauta de discusión, al tiempo de celebrar solemnemente su XXV aniversario.

No sabría cómo agradecer la distinción especial de que soy objeto. Y lo digo sin encubrir una falsa modestia. Porque cultivador del problema afrontado, lo soy sin duda alguna; porque poseedor de unos cuantos datos de interés, también; porque bastante acostumbrado a sintetizar cuestiones o bien discutir las, igualmente. Sin embargo, en mi vida afectiva he notado una impresión fuerte y agradable: fuerte, como corresponde al valor que habéis querido dar a mis trabajos y a los de mis colaboradores, escuchándome en estos instantes de exaltación natural de la vida académica, y agradable, por ser una muestra de consideración de viejos maestros y amigos y de ilustres colegas, los cuales, como yo, desean incorporarse siempre a la ola de resurgimiento de este pueblo que tanto criticamos precisamente por lo mucho que nos enternecen y preocupan sus manifestaciones todas.

Si algo peculiar queréis ver en mi Memoria, os ruego que lo busquéis a través de la sinceridad de unas cifras y de los comentarios producto de algo vivido personal y directamente.

A la Academia y a todos vosotros, la suerte que yo mismo deseo. Para mí—con un egoísmo natural y disculpable—, la satisfacción de un deber más cumplido, patriótico y cultural, que en los tiempos de crisis de civismo que atravesamos no es tan poco como pudiera parecer a muchos de allende las fronteras.

* * *

CONSIDERACIONES GENERALES.—Aun para el que tiene la suerte de contar con una experiencia global, más o menos extensa y documentada, en materia de tratamiento de la sífilis del sistema nervioso, representa una tarea harto difícil concretar su opinión personal—comentando de paso los principales resultados obtenidos por los autores—sobre malarioterapia de la neurosífilis. El clásico método de Wagner von Jauregg, tan divulgado en la mayoría de países, que las estadísticas que le conciernen superan de mucho la proporcionalidad habitual entre todas las propias de la terapéu-

(*) Ponencia al Congreso de Dermatología. Madrid, Mayo de 1934.

tica nerviosa, adolece, no obstante, del grave inconveniente de una aplicación poco rigurosa todavía; quizá, mejor, imperfecta; de una insuficiencia en el estudio de los resultados definitivos y de una gran dificultad en la obtención fidedigna de datos comparativos.

Decimos, ante todo, que resulta imperfecta la aplicación del paludismo terapéutico, pese a los esfuerzos progresistas de los últimos años, en tanto bastantes casos óptimos de parálisis general y de tabes; es decir, los casos medicados más precozmente, no son tributarios con preferencia de él. Para muchos médicos, el diagnóstico de los primeros períodos de la parasifilis constituye aún un problema insoluble. Ni piensan clínicamente en la neurosífilis, por los antecedentes y por los síntomas recogidos, ni saben recurrir lógicamente a una exploración complementaria de índole humoral. Más que nada en la parálisis general, no es raro el hecho de ver ingresar en los servicios neurológicos y psiquiátricos dementes avanzados, intratados desde el punto de vista específico y vírgenes de una sencilla punción lumbar diagnóstica. Por ejemplo: En nuestro servicio del Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat (con un promedio de población hospitalaria—años 1931-33—de 1.209, con un promedio de ingresos por año de 291 y con una proporción de fallecimientos del 8'35 por 100) son admitidos muy a menudo paralíticos generales caquéticos (alrededor del 25 por 100), procedentes, en su mayor parte, de medios rurales, los cuales mueren en pocas semanas víctimas de la equivocación diagnóstica y casi faltos del tratamiento oportuna (19 entre 22 durante el año 1933).

Y nuestro otro servicio de la Clínica Psiquiátrica Municipal de urgencia de Barcelona, con un promedio anual—años 1929-33—de ingresos por parálisis general de 47, una proporción de casos referida a las estancias totales del 17 por 100 y un 43 por 100 de remisiones postmaláricas, mueren, no obstante, la tercera parte de enfermos como consecuencia principalmente de la tardanza en diagnosticarlos y tratarlos bien. Crecido número de neurosífilis no parenquimatosas y de tabes son también irregular o insuficientemente tratadas muchas veces, así como diagnosticadas, tras un calvario de dudas.

Y con estos otros varios factores y problemas en los tiempos—felices por un lado, pero agobiantes de otra parte—de la «obsesión sifilítica» en cuanto problema etiológico neuropsiquiátrico. En más de una ocasión hemos tenido que lamentarnos de lo que calificamos el «fantasma» de la sífilis, sobre todo al descubrir la existencia de tumores cerebrales y de infecciones agudas no supuradas de los centros nerviosos; pero frecuentemente también nos hemos visto forzados a criticar la inseguridad práctica del diagnóstico precoz de la parálisis general, de la tabes y de la neurosífilis por la falta de divulgación de los conocimientos básicos de la especialidad neurológica o por los errores lógicos, dada la proporcionalidad de formas oligosintomáticas o atípicas iniciales (por ejemplo: las reacciones psicóticas de

aspecto exógeno o psicosis sífilíticas, las tabes preferentemente dolorosas, algunos síndromes focales específicos, etc.) y las asociaciones procesales (epilepsia genuina y sífilis de sistema nervioso, esclerosis en placas y sífilis cerebral vascular, sífilis latente y melancolía periódica, etc.).

A falta, pues, de diagnóstico estrictamente inicial y sistemático, la malarioterapia no puede ser, por consiguiente, de aplicación precoz; es decir, todo lo precoz que quisiéramos para su eficiencia; en vista de lo cual, el conjunto de resultados, tanto inmediatos como tardíos, contará todavía, durante años, con una cierta imperfección corregible, si bien desde el punto de vista práctico.

Afirmamos, además, que con todo lo que se ha estudiado y publicado respecto a malarioterapia, de momento, reina una relativa desorientación y una insuficiencia de los datos definitivos, porque bastantes estadísticas son una y más veces incompletas, porque la trayectoria lejana de no pocos enfermos se pierde casi en absoluto y porque, de ordinario, se profundiza cada vez menos en el examen postterapéutico final de los pacientes remitidos o curados, tanto en el aspecto psíquico como en el somático.

Podría parecer, teniendo en cuenta lo indicado, que no somos partidarios de afrontar el estudio de las estadísticas incompletas; las cuales lo son en ocasiones, a pesar de todos los esfuerzos de minuciosidad en la confección de protocolos y de actividad polimorfa del clínico, si bien en otras constituye el exponente claro de la poca precisión sentida en los ensayos y aplicaciones de índole terapéutica. En ambos casos no dejan de tener valor dichas estadísticas, publicadas, meditadas y comentadas, por mucho que fuera apetecible, siempre que las sustituyeran unos estudios más completos. Por esto la limitación forzosa de determinados datos, quita el carácter de «cosa definitiva» a las conclusiones que puedan deducirse del estudio explanado.

El perder lo que concierne a la vida ulterior de algunos enfermos mejorados o restituidos del todo—siquiera práctica o clínicamente—, no es producto siempre de circunstancias inevitables, y contribuye, por tanto, a dificultar la formación de un criterio terapéutico que, aunque complejo y difícil de señalar, sea lo más aproximado a la realidad evolutiva de un proceso, tal como éste se entiende hoy día desde el triple punto de vista clínico, humoral y anatómico. Y ello tiene tanta o más importancia en el dominio de las neurosífilis que en el de otras enfermedades, por cuanto el criterio de incurabilidad real, verbigracia, a largo plazo se discute aún intransigentemente al hablar de procesos nerviosos y mentales—sean o no de naturaleza específica, si bien más en el segundo de los casos—, demostrando así un concepto equivocado de las posibilidades terapéuticas actuales, por cuanto él éxito transitorio, verbigracia, inmediato o fácil—que es el único concedido por muchos autores a neurólogos y psiquiatras—, satisface la necesidad de los más, en virtud de una comodidad profesional o de escepticismos

mo en el futuro, y por cuanto las estadísticas neuropsiquiátricas son consideradas por algunos como marcadamente optimistas (quizá quieran significar amañadas) o incompletas en lo demás valor, que es el resultado ulterior visto a la vuelta de unos años.

Convendría, pues, que se insistiera sin desmayos sobre el gran interés que tendría la averiguación de los pormenores finales de la vida de los enfermos paludizados.

En fin, el examen seriado de la sintomatología clínica y humoral de muchos neurosifilíticos, puede ser punto de partida de objeciones importantes, por la superficialidad de la aportación definitiva, que no en todo momento es difícil de lograr si la técnica en el trato de los enfermos deriva de una cordialidad más necesaria a los fines de una buena contribución científica—aparte de su significado como factor de asistencia social—de lo que muchos creen o quieren ignorar.

Estamos convencidos, por último, de que la cuestión de los datos comparativos es difícil de encauzar en los momentos que vivimos, por la gran variabilidad, poco superable aún, en el contenido de las principales estadísticas. Y es que no cabe olvidar que mientras unos autores paludizan muchos parasifilíticos, y en cambio, apenas ningún neurosifilítico, otros, por el contrario, tienen una experiencia más uniforme sobre parálisis general, tabes y sífilis cerebroespinal, pongamos por caso; que mientras unos practican la inoculación sistemática en la parálisis general, otros condicionan la aplicación de dicho método en la tabes, donde entienden que el criterio ha de ser más discutible; que mientras unos proceden a la malarización de parálíticos avanzados e iniciales, con contraindicaciones relativas o sin ellas, otros reservan ese procedimiento biológico a los casos buenos; que mientras unos son partidarios de varias vías de administración de la sangre infectada, otros se manifiestan exclusivistas de la inyección hipodérmica o dérmica; que mientras unos cuentan en su haber con frecuentes inoculaciones negativas (en países palúdicos, como España, Rumania, Italia, etc.), otros apenas han logrado registrar ninguna; que mientras unos cultivan una técnica de aplicación harto rigurosa, otros son más liberales en las precauciones que precisa adoptar; etc. De todos modos, las cifras tipo (por ejemplo: las correspondientes a los éxitos, a la inutilidad del tratamiento y a las muertes) ya empiezan a ser regularmente aproximadas y sujetas a errores despreciables, en virtud de lo cual la comparación de los resultados parciales—basados, más que nada, en los exámenes seriados de síntomas—permite, desde luego, una mayor complejidad y seguridad en los comentarios que puedan hacerse a propósito de tal o cual aspecto del problema.

Por tener en cuenta estas consideraciones generales sobre el resultado terapéutico que se discute, nos creemos autorizados tan sólo a aportar nuestra contribución personal.

DATOS PREVIOS: SELECCION DE CASOS, PRECAUCIONES TECNICAS Y CONTRAINDICACIONES.—El número y clase de los pacientes sometidos a la práctica de paludización terapéutica, ha sido la consecuencia, en nosotros, casi siempre, de un trabajo de selección de casos. Y si desde el primer momento de ensayarla, en 1924, no fuimos partidarios de recomendarla a ultranza, en todos los enfermos que viéramos, como ciertos autores, a pesar de todo, durante la época inicial de nuestros estudios de malarioterapia (años 1924-28), apenas paludizábamos neurosifilíticos y tabéticos, y en cambio, sí paráliticos generales avanzados y recientes, considerados como buenos o malos casos a los efectos del optimismo curativo. Por serias dudas acerca de su eficacia, restringíamos entonces el campo de acción de la malaria fuera del recinto de la parálisis general, y por confianza, quizá exagerada, frente a una enfermedad reputada justamente como incurable, recurriamos—demasiadas veces, es posible—a la malaria, estuviera o no bien indicada, en la enfermedad de Bayle.

Desde 1929, cuando ya nos decidimos a vigilar sobremanera la técnica de aplicación del paludismo y a seleccionar los enfermos mejores, si bien haciendo participar de ese tratamiento activo a otras neurosífilis que la parálisis general y a más enfermedades nerviosas y mentales que la sífilis del sistema nervioso (por ejemplo, la esclerosis en placas, la epilepsia genuina, las esquizofrenias, etc.), podemos señalar y definir muy bien el cuadro de contraindicaciones generales o absolutas, así como las relativas.

En la actualidad hablamos con la misma seguridad de los resultados de la malarioterapia de las neurosífilis que de los del tratamiento específico clásico de las mismas afecciones. En la parálisis general, de un 19 por 100 de muertes atribuibles al paludismo, hemos bajado recientemente a un 8 por 100, y de un 37 por 100 de casos de muerte, totalizados, se ha observado un descenso progresivo hasta un 24 por 100. La proporcionalidad de casos estacionarios y de remisiones completas e incompletas ha sufrido, por el contrario, el aumento correspondiente. Y en la tabes (de exceptuar las formas taboparalíticas, que se comportan, sensiblemente, como la parálisis general) y sífilis cerebroespinal, la mortalidad ha sido casi nula; en resumidas cuentas, lo mismo que los casos de empeoramiento manifiesto.

En la parálisis general, nuestras primitivas estadísticas, en su mayor parte elaboradas con la colaboración de J. Pons Balmes y de J. Juncosa—pero más que nada el primero, el cual ha consagrado la tesis doctoral y varios trabajos importantes a la malarioterapia de la parálisis general—, el número de casos ha pasado de 40 (1928) y 70 (1929) a 100 (1930) y 190 (1932). La actual abarca 300 casos. El estudio en la tabes comprende 20 enfermos. La sífilis cerebroespinal se refiere a 15 pacientes. Y la heredolúes nerviosa, a seis.

El tiempo de observación oscila entre un mínimo de seis meses y un máximo de nueve años, eliminándose así los resultados más inmediatos, su-

jetos a múltiples causas de error. Bastantes individuos de los tratados han sido objeto—ayudados por J. M. Catafús—de punciones lumbares periódicas. Y algunos, además, de exámenes especiales de inteligencia. La observación más remota ha podido ser tan detallada casi en los casos de nuestro contingente hospitalario como en los de la clientela privada. Particularmente muchos paráliticos generales siguen concurriendo a las consultas, o bien pueden ser estudiados en nuestro servicio psiquiátrico hospitalario de San Baudilio de Llobregat.

La cura específica usual (mixta y prolongada) ha completado, en todos nuestros casos, los efectos del paludismo experimental. Y es que no hemos querido averiguar nunca el valor de la malarización exclusiva. De otra parte, muy pocas veces creemos haber dispuesto de ocasiones para utilizar la cura intrarraquídea complementaria de Purwes Stewart.

En cuanto a procedimiento de inoculación, hemos llegado a convencernos de que la inyección hipodérmica o intramuscular (a veces, también, la escarificación o inyección intradérmica) es la preferible para contribuir a mejorar los resultados. Las pequeñas cantidades de sangre, en lugar de las grandes, como antes, son igualmente aconsejables a dicho respecto. De este modo pueden evitarse las fiebres continuas o diarias, siempre peligrosas en extremo. No nos satisface nada, de otra parte, la inyección intravenosa, que a una rapidez relativa en el período de incubación añade una probabilidad mayor de accidentes durante los accesos febriles. En fin: estamos a punto de ensayar, por las ventajas que dicen que ofrece sobre los demás procedimientos, la inoculación cerebral.

Conceptuamos indispensable, por supuesto, para favorecer los buenos resultados y extender lo más posible el campo de acción de la malaria, hospitalizar los pacientes en clínicas o casas de salud, donde la experiencia de este método terapéutico sea real.

Un gran cuidado en la vigilancia del paludismo experimental, con el fin de evitar la excesiva intensidad de los paroxismos febriles, el tipo de hiperpirexias y la duración máxima de los accesos (por encima de 12), recurriendo para ello, si es preciso, a los magníficos procedimientos de la moderación febril a base de pequeñas dosis de quinina o de la cura en dos tiempos (interrupción, a las pocas crisis, mediante quinina, y reactivación posterior), propuestos por la escuela de Wágner von Jauregg, debe ser tenido en cuenta siempre, por los buenos resultados que se obtienen. De un exquisito curso de la enfermedad provocada—evidenciable en las gráficas—dependen, en gran parte, los mayores éxitos registrados últimamente.

Los desastres letales de la malarización son debidos, en todo momento, a las malas condiciones orgánicas del enfermo inoculado (caquexia, ictus de repetición, graves lesiones viscerales, etc.), a la edad y a las llamadas formas galopantes de la parálisis general. Entonces los accidentes cerebrales y cardíacos y las fiebres continuas sobrevienen con gran facilidad.

La curación del paludismo experimental es sencilla en la inmensa mayoría de casos. Por regla general, la sensibilidad a la quinina (cápsulas o inyecciones) es indiscutible. En las fiebres continuas debe utilizarse, además, la plasmoquina y el neosalvarsán.

Las contraindicaciones que han de recordarse siempre para facilitar los resultados óptimos, difieren en el caso de la parálisis general y de las demás neurosífilis. Cuando tenemos que paludizar paralíticos generales, excluimos totalmente los casos de afección hepática o renal grave, de lesión cardiovascular importante (pero nunca la aortitis corriente) y de caquexia, y relativamente tan sólo los de diabetes y tuberculosis. Condicionan también nuestro criterio de buena indicación las circunstancias de edad avanzada y de demencia profunda, los estados de gran agitación, los ictus repetidos y las formas infantiles y juveniles. Las taboparálisis y los casos algo avanzados no acostumbran a proporcionar grandes éxitos. Sí, en cambio, como «desiderata», los casos iniciales, de haber sido diagnosticados y tratados precozmente, a las veces, preclínicamente (reacciones humorales positivas y formas oligosintomáticas). Y si pensamos en paludizar tabéticos o neurosífilíticos, mantenemos las mismas contraindicaciones, puesto que, en principio, las neurosífilis, dejando aparte la parálisis general, son fundamentalmente tributarias de la cura específica corriente. A nuestro juicio, las tabes dolorosas (crisis viscerales y dolores fulgurantes) o rebeldes a los agentes treponemicidas y piretógenos no infecciosos, las atrofas ópticas progresivas y las neurosífilis con manifestaciones difusas en forma de seudoparálisis general sífilítica o de psicosis luéticas, resistentes clínicas y humoralmente (aunque más en un sentido biológico que sindrómico) a la quimioterapia y piretoterapia, conviene que sean sometidas a una inoculación palúdica. Por el contrario, los trastornos objetivos de las tabes y las formas poco difusas de la neurosífilis, nos parecen motivos de contraindicación, o cuando menos de indicación harto relativa.

La sífilis latente sin otras perturbaciones nerviosas que las humorales (líquido céfalorraquídeo positivo), es discutible todavía que deba ser tributaria siempre de una impaludización con finalidad profiláctica ante una posible sífilis nerviosa clínica ulterior. Ni el verdadero método de Kyrle de profilaxis precoz de la neurosífilis, mediante la inoculación palúdica, ni la cura de las viejas sífilis latentes nos han convencido del todo de las ventajas preventivas de una malarización. Desde luego, el paludismo espontáneo no impide el desarrollo final, en un sífilítico no viejo, de la parálisis general, de la tabes o de una sencilla lesión de tipo no parenquimatoso. Es admisible, por tanto, a pesar de que la experiencia de los autores, en virtud del escaso lapso de tiempo transcurrido desde su aplicación, el cual equivaldría a un corto período de latencia, no permita establecer conclusiones definitivas, que, de aceptar de buen grado las probables diferencias entre paludismo espontáneo y experimental, sean tan escasas como para formar el

mismo concepto de la eficacia preventiva, ya que curativamente se comportan de igual manera. He aquí la conveniencia de recordar, para insistir en el más exacto concepto profiláctico y terapéutico del paludismo experimental, la frase tan francesa, en cuanto a sentido gráfico y nemotécnico, de que la malarización cura, pero no evita—que sepamos ciertamente, añadimos nosotros—el desarrollo de las neurosífilis.

De todos modos, la tendencia actual—reflejada en las modernas publicaciones de Dattner y de Ravaut, por ejemplo—es paludizar, si no se puede aplicar cualquier otro procedimiento pirogénico, las sífilis nerviosas latentes, rebeldes a las curas específicas. Esta tendencia la compartimos nosotros. Pero actuando así, el valor profiláctico siempre parecerá dudoso y no, opuestamente, el curativo, desde el momento en que la positividad humoral se atenúa y desaparece con el tiempo. Una comprobación seriada de la falta de signos biológicos, a través de crecido número de años, difícil por requerir minuciosos análisis del líquido céfalorraquídeo, es la única que llegará a convencernos del hecho verdad de la prevención. En la actualidad, la profilaxis de la parasífilis y neurosífilis ha de hacerse derivar, concretamente, de la paludización precoz de los infectados, ya que la paludización tardía de los latentes plantea más pronto el problema, difícil de resolver todavía, de la cura precocísima, en plena fase preclínica.

Las inoculaciones negativas, por inmunidad adquirida o quizá también natural, influyen bastante en los resultados obtenidos en las comarcas y países palúdicos. Y si bien el problema no acarrea derivaciones muy generales—alrededor de un 15 por 100 de inoculaciones negativas a las fiebres tercianas—, a pesar de todo preocupa a bastantes de los que ejercen en esos lugares afectados por las endemias coexistentes. Entonces cabe recurrir, como proponen algunos autores rumanos, y más recientemente Guija Morales, a la inoculación de la forma maligna, en vez de las fiebres terciana o cuartana. Los recientes progresos técnicos en el manejo experimental del paludismo, autorizan a aconsejar una semilla de fiebre maligna cuando falla una inoculación previa de los otras formas y cuando está verdaderamente indicado el uso de una malarización, sobre todo en paralíticos generales.

Claro está que el hecho de una inoculación negativa, así como el fracaso de la cura palúdica, los cuales obligan a pensar en la necesidad de una nueva malarización o de otro ensayo de infección terapéutica, plantean también el problema de la conveniencia de tener en cuenta una fiebre recurrente—africana, americana, etc.—, el sodoku, etc., como medios sustitutivos de valor superior. No hay duda alguna de que, consideradas así las cosas, son muy útiles esas otras enfermedades; pero tan raras veces, que nosotros no nos hemos visto precisados todavía en nuestra estadística personal a reinocular paludismo, a reinocular otro tipo de paludismo diferente de la terciana o a emplear el tifus recurrente y el sodoku. Ello quiere sig-

nificar, cuando menos, que muy excepcionalmente las reinoculaciones o las inoculaciones de fiebres no tercianas pueden llegar a ser imprescindibles.

* * *

RESULTADOS.—I. Parálisis general.—Ni que decir tiene que nos referimos exclusivamente a los resultados no inmediatos, o sea a los observados y consolidados tras un período mínimo de estudio de seis meses. Afirmamos esto porque muchas veces no cabe hablar de mejoría en los primeros momentos, hasta el punto de que nos ha sucedido, como a otros autores, el hecho de tener que internar paralíticos paludizados en manicmios, de donde han salido mejorados o casi curados, sin nuevos ensayos terapéuticos, pocos meses después de haber ingresado y algunos más de haberles sido inoculada la malaria. Por regla general, los casos de indicación óptima remiten más inmediatamente que los de indicación relativa—formas avanzadas y ciertos síndromes clínicos menos influenciables terapéuticamente—, como también las manifestaciones de índole expansiva. Sin embargo, se ven casos no excelentes («a priori») que remiten completamente desde el mismo período de los accesos febriles o bien a su terminación.

Las recaídas ulteriores acostumbran a ser muy raras en los individuos bien remitidos, máxime si los signos humorales se hacen negativos con el tiempo, en un plazo de dos a cinco años. En cambio, siempre es de temer un nuevo avance de la enfermedad cuando las reacciones biológicas persisten activas en sangre y líquido céfalorraquídeo o cuando algunos síntomas clínicos importantes no desaparecen (los ictus, por ejemplo).

Aunque corrientemente hablemos de remisión, estamos convencidos en absoluto de que ya es hora de tratar del concepto de curación, siquiera en el sentido clínico. Antes, frente a una enfermedad justamente reputada de incurable y de letal, en la que—pese a su naturaleza específica, sospechada primero por Fournier Jessen y Esmarch y demostrada después por Wassermann, Schaudinn y Noguchi—ni el mercurio ni el arsénico apenas si lograban unas pocas remisiones, que diferían insignificadamente de las espontáneas, era natural que se dudara de la curación y que tímidamente, prudentemente, se siguiera pronunciando la palabra remisión y se calificara ésta de completa, incompleta o casi nula, si bien a base de mejoría, al fin y al cabo. Pero hoy día, que las remisiones postmaláricas tienen ya el importante y decidido carácter de intensidad, de complejidad, de duración y de frecuencia, el cual jamás se podrá atribuir a las espontáneas (esencialmente ligeras, fugaces y raras); que la sangre y el líquido céfalorraquídeo negativan con lentitud, más progresiva e integralmente, después de todo, y en sentido paralelo, por supuesto, a la mejoría de los signos clínicos, y que las investigaciones anatómicas enseñan la realidad de una regresión lesional en los cerebros paludizados, entendemos que debe afir-

marse la «curación práctica» en los casos de remisión prolongada, superior a dos años, en los que la recaída se registra excepcionalísimamente.

Es indiscutible que logra descubrirse un déficit psíquico residual en dichos casos de remisión. Ahora bien: como sólo tiene el aspecto de una secuela fija, coincidente con una negatividad humoral, es lógico que se haya producido la curación del síndrome nervioso, de la lesión de tipo progresivo y de la actividad infecciosa. En el sentido anatómico, la curación no aparece muy clara, porque aunque el aspecto del cerebro paráltico paludizado no recuerde nada las alteraciones clásicas de la parálisis general, con sus peculiaridades conjuntivointersticiales y parenquimatosas, hasta el punto de cambiarse éstas, en cuanto a citoarquitectónica—como indica acertadamente Jakob al resumir varios trabajos anatómicos—, el cerebro dista mucho de ser el de antes. No obstante, las investigaciones patológicas son todavía poco sistemáticas para que nos permitan formular conclusiones definitivas a este respecto.

Hagamos o no sinónimo de curación clínica a la remisión completa, de acuerdo con el criterio sustentado por la mayoría de malarioterapeutas competentes y a los efectos de la valoración de resultados, nos creemos autorizados a dividir las mejorías o fracasos en estos puntos:

a) Remisión completa (o curación, según nosotros), integrado por los casos de recuperación de la capacidad profesional o de la actividad anterior, con desaparición de los síntomas clínicos de la demencia paráltica en una fecha bastante precoz y negatividad humoral ulterior (dos a cinco años), persistencia de la gran mejoría años y años (a partir de los veinte a treinta meses de practicada la malarización) y secuela demencial u orgánica nula o casi nula, tan sólo evidenciable en un examen minucioso de las funciones mentales y nerviosas. Ciertos fenómenos, cual el Argyll-Robertson, inmodificables, no pueden tener ningún valor práctico desde el punto de vista de las secuelas.

b) Remisión incompleta (o buenos casos de éxito, a diferencia de los casos anteriores de curación, que serían los excelentes), constituido por los enfermos muy mejorados duraderamente, con segura negatividad humoral a la larga, si bien afectos de una secuela demencial no grande, ni harto aparente, que les permite reintegrarse a la vida de trabajo, a base de un pequeño déficit en la actividad y con unos trastornos que se ponen de manifiesto en la vida efectiva, en las iniciativas y en el juicio de los pacientes, sobre todo.

c) Formas estacionarias (de muy escasa mejoría o de dudosa modificación clínica), que comprende las grandes secuelas demenciales, quizá mejor somatopsíquicas, un tanto variadas con relación a la sintomatología primitiva, las cuales no perturban, a pesar de todo, una cierta convivencia familiar o social; y en los casos en absoluto estacionarios, favorablemente



Atophan

Schering

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

TUBOS DE 20 TABLETAS

SCHERING KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S. A. Apartado 479, Madrid
Apartado 1030, 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

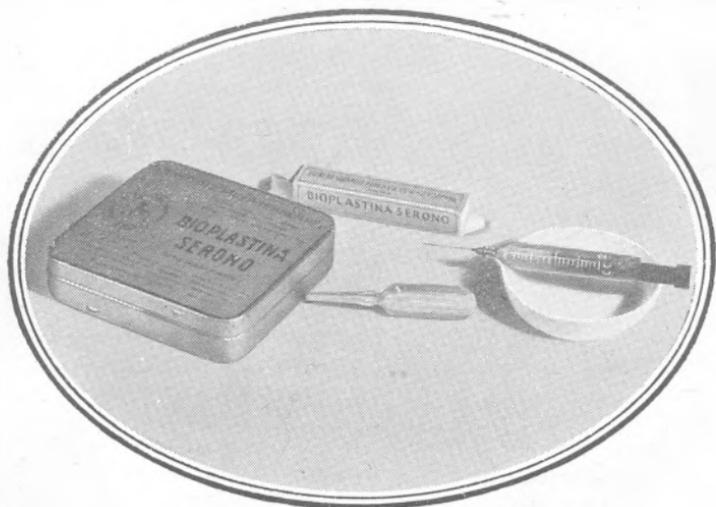
DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID



BIOPLASTINA SERONO ENDOVENOSA

Ha sido puesta a la venta
en cajas de 4 inyectables de 10 c. c.
y cajas de 8 inyectables de 5 c. c.
después de

ENSAYOS BRILLANTÍSIMOS

Los señores médicos pueden pedir detalles a las oficinas
de propaganda de la Casa Lepori en España:

Madrid: Plaza de Canalejas, 7.—Barcelona: Pelayo, 62.—Bilbao: Ercilla, 16
La Coruña: Teresa Herrera, 16.—Sevilla: Martín Villa, 7.—Valencia: Plaza
de Emilio Castelar, 7.



influidos en cuanto a estado general, pero más expuestos que los otros a una terminación letal y que causan largas estancias, de ordinario, en los hospitales psiquiátricos.

d) Muertes, que engloba las directamente atribuibles al paludismo experimental y las que sobrevienen, como consecuencia franca de la parálisis general, en un plazo bastante corto e inmediato. Las debidas a enfermedades intercurrentes, a ictus congestivos y a caquexia terminal, en épocas algo alejadas de la paludización, afecten o no a los grupos de curados o mejorados, deben considerarse aparte y en todo caso incluirse en otro grupo especial—poco delimitado y estudiado aún, por circunstancias varias—de muertes totalizadas.

Nuestra estadística actual, de 300 paralíticos, da los siguientes resultados:

- a) Remisión completa, 32 por 100.
- b) Remisión incompleta, 20 por 100.
- c) Casos estacionarios, 29 por 100.
- d) Muertes, 19 por 100.

Las remisiones completas e incompletas suman, pues, un 52 por 100 y las muertes pueden subdividirse aun en las causadas por la cura biológica, que representan un 10 por 100, y las independientes de ella, que alcanzan un 9 por 100.

En 1930, nuestros primeros cien casos daban, en cambio, estos otros resultados, menos precisos por el número menor de enfermos tratados y por el menor tiempo de observación, con la natural inseguridad en apreciación de la mejoría definitiva:

- a) Remisiones completas, 31 por 100, de las cuales un 27 por 100 definitivas y un 4 por 100 transitorias (muerte).
- b) Remisiones incompletas, 23 por 100, de las cuales un 16 por 100 definitivas y un 7 por 100 transitorias (recaída o muerte).
- c) Casos estacionarios, 27 por 100, de los cuales un 17 por 100 definitivos y un 10 por 100 de muertes.
- d) Muertes, 19 por 100 (durante el tratamiento o poco tiempo después).

El total de remisiones llegaba, por tanto, a la proporción de un 54 por 100. Pero los casos de muerte, totalizados, sumaban un 37 por 100 (19 por 100 de muertes inmediatas, más 10 por 100 de casos estacionarios, más 4 por 100 de remisiones incompletas, más 4 por 100 de remisiones completas).

Y a principios de 1929, 70 casos acusaban estos otros resultados: 38 remisiones verdaderas (29 remisiones prolongadas, seis recaídas y tres muertes), 20 remisiones nulas (nueve casos estacionarios y 11 muertes) y 12 accidentes mortales durante la evolución del paludismo.

La última estadística de Pons Balmes—trabajando con parte tan sólo de nuestro material clínico, desde el momento en que hay que descontar bas-

tantes de los casos «incipiens» y mejores de la clientela privada—comprende 192 pacientes, casi todos hospitalarios, distribuidos así:

- | | |
|--|-----------------|
| a) Remisiones completas, 28 por 100. | } = 43 por 100. |
| b) Remisiones incompletas, 15 por 100. | |
| c) Casos estacionarios, 29 por 100. | |
| d) Muertes, 28 por 100. | |

Por consiguiente, de no ser factible la buena selección de los casos óptimos y de no podernos referir a estadísticas numerosísimas, la proporcionalidad de los distintos resultados oscila poco, según demuestran los datos expuestos.

Las muertes tardías por ictus continúan ocupando un lugar importante en los casos de remisión.

Y en cuanto a complicaciones especiales, poco o nada inmediatas, juzgamos oportuno citar los tres casos de suicidio—que constan ya en estadísticas anteriores—y los delirios secundarios. La depresión que, poco intensa y desde luego fugaz, si bien motivo de algún intento de suicidio, no es nada rara, fué la causa en dos paráliticos remitidos de una auto-agresión mortal. Y un delirio de tipo alucinatorio, del tercer suicidio registrado.

Los delirios secundarios (cuya frecuencia puede estimarse en un 7 por 100, según nosotros) parecen ser, principalmente, depresivos; mas otras veces indican la existencia de alucinaciones visuales, de manifestaciones expansivas, etc. El mismo delirio de negación no es excepcional, ni mucho menos.

Las taboparálisis dan una menor proporción de buenas remisiones que la parálisis general pura. Lo mismo puede afirmarse de las formas con ictus de repetición. En una y otras, la muerte o recaída no inmediata, más que nada por ictus, caquexia o enfermedad intercurrente, no llaman la atención.

Pero la diferencia que se pretendía establecer, en cambio, desde el punto de vista de los resultados óptimos, entre las formas demenciales simples y las expansivas, podemos asegurar actualmente que es más ficticia que real, explicable quizá por la mayor o menor antigüedad de la afección sometida a tratamiento y no por sus características sindrómicas.

II. **Tabes.**—Los resultados terapéuticos en esta enfermedad, si tenemos en cuenta, de una parte, la evolución diferente frente a la parálisis general, por su carácter menos progresivo, por una mayor dificultad práctica en el tratamiento persistente y por la propia naturaleza y significado social de los síntomas, y, de otra parte, un exclusivismo curativo discutible, por la gran eficacia de los agentes específicos y por la aplicación generalmente accesoria de la malarioterapia, son harto difíciles de enjuiciar. Aparte de que el número de casos estudiados personalmente aparece muy reducido,

como ocurre, desde luego, a la mayoría de autores. Y la observación ulterior deficiente, por causas ajenas a la voluntad de uno.

Los signos objetivos (sensitivos, motores, reflejos, tróficos, etc.) no nos han convencido nunca, por sí y ante sí, de que fueran tributarios de una impaludización. Sí, por el contrario, las reacciones humorales rebeldes y las manifestaciones dolorosas fulgurantes o viscerales (especialmente las crisis gástricas). También las atrofas ópticas, de grandes peligros ante la circunstancia de una terapéutica arsenical y mercurial. Pero aun en estas condiciones hemos procurado agotar previamente los recursos específicos y los medios pirogénicos más usuales (sulfosín, dmelcos y vacuna antitífica).

La malarioterapia consigue la desaparición siempre—aunque a veces transitoriamente—de los dolores fulgurantes y viscerales, modifica apenas los signos objetivos, detiene la evolución de la atrofia óptica (sensación de no continuar perdiendo la agudeza visual e incluso de recuperar en parte lo perdido y ligera mejoría o cuando menos aspecto estacionario de la imagen oftalmoscópica) y negativa, a la larga, las reacciones humorales, si bien más aprisa, en ocasiones, que de ordinario.

No obstante, los síntomas dolorosos pueden volver a aparecer y la atrofia óptica seguir de nuevo su evolución progresiva; pero mucho más lentamente. A este propósito, por el valor excepcional que tiene su estudio, quisiéramos recordar el caso de un viejo tabético—observado durante ocho años—, en el cual y sucesivamente, por las crisis gástricas típicas e intensas que sufría, fué laparotomizado dos veces (equivocadamente, hecho nada raro en la práctica médica); sometido a curas específicas diversas, enérgicas y prolongadas; tratado en un sentido paliativo (atropina por vía intravenosa y opio «larga manu»); malarizado (con un éxito franco y momentáneo), y operado (método de Foerster), sin otro resultado definitivo que una morfomanía grave, un aspecto deplorable (psíquico y somático) a menudo y la muerte como consecuencia de la última intervención aconsejada contra el dolor (cordotomía).

El 66 por 100 de los tabéticos víctimas de un síndrome doloroso rebelde, remiten, entendemos nosotros, a beneficio de la malaria. Y en cuanto a los efectos de la atrofia óptica, el 75 por 100.

Los resultados son tanto más desfavorables y duraderos cuanto menos tardíamente se recurre a la impaludización, con o sin terapéutica específica y pirogénica anterior. Antes o después—a nuestro juicio, en ambos momentos—no debe olvidarse la cura específica habitual.

El síndrome humoral remite constantemente; pero la negatividad no coincide, a veces, con la desaparición total de los dolores.

Las remisiones completas en las taboparálisis no pasan de una tercera parte de los casos tratados. Además, no tienen un desarrollo rápido.

III. **Sífilis cerebrospinal.**—Reducido número de neurosífilis terciarias, aunque nos refiramos particularmente a las difusas, son tratadas por la

malaria. Su observación, no corta, como en las tabes, ofrece serias dificultades. Por lo tanto, la experiencia de los autores—y la nuestra entre ellos—adolesce de grandes defectos.

Hemos utilizado la malaria, como complemento de la terapéutica específica, en los casos de síndrome pseudoparalítico, con alteraciones focales evidentes y asociadas o sin ellas. Procedemos así porque el diagnóstico diferencial (clínico y humoral) entre parálisis general y pseudoparálisis general sífilítica («dúes cerebri» demencial o demencia sífilítica) no siempre llega a una conclusión taxativa, con todo y haberse señalado signos más peculiares de uno que de otro proceso específico. Ni siquiera anatómicamente cabe separar bien ambas formas de neurosífilis, por la posible coexistencia de los dos tipos de lesiones. Una seguridad diagnóstica, por lo menos al principio, nunca puede sostenerse. La indicación en nuestros casos de impaludización derivaba de esa duda o bien del temor de que fracasara en última instancia la terapéutica específica, en todo momento beneficiosa y eficaz.

No tenemos registrado ningún accidente importante, ni tampoco ningún fracaso positivo. En ocasiones, sin embargo, la remisión somática y psíquica ha sido parcial (alrededor del 20 por 100); pero más quizá en cuanto a signos físicos, en especial los focales (déficit piramidal, crisis convulsivas, etcétera).

La malaria en estos neurosífilíticos, sin ser indispensable, puede contribuir—de faltar o fallar una buena piretoterapia—a acentuar y consolidar la remisión específica.

El tratamiento específico representa, pues, una indicación primordial e indiscutible.

IV. Heredolúes nerviosa.—Nos referimos únicamente a casos de parálisis general y de sífilis cerebrospinal juvenil e infantil. En ellos el tratamiento específico es nulo del todo; pero también, en opinión de los autores, la cura malárica.

Los graves fenómenos demenciales y somáticos, con reacciones positivas en líquido cefalorraquídeo, no influenciados por los agentes específicos, en dos de nuestros casos cedieron parcialmente a la acción de la malaria, siendo dicho resultado duradero (más de tres años). Desde el punto de vista de la actividad general, la mejoría ha sido positiva. Humoralmente, también. En cambio, un paciente falleció de fiebres continuas palúdicas. Y tres enfermos más sobreviven en fase estacionaria, sin otro efecto beneficioso postmalárico que el del estado general.

El tratamiento específico, desde luego, no ha sido abandonado en ninguno de los casos.

V. Sífilis latente.—Carecemos de experiencia, desde el punto de vista de la malarioterapia. No así, relativamente, en cuanto a piretoterapia, que hemos empleado en algunos casos de familiares de neurosífilíticos, con sín-

tomas humorales positivos, en ausencia de síndromes clínicos nerviosos. Desconocemos la evolución final y verdad de muchos de esos pacientes. No cabe, pues, afirmar nada concreto.

* * *

COMENTARIOS.—Si comentamos ahora los resultados de la malarioterapia en la neurosífilis sintéticamente, podemos afirmar lo siguiente:

En un sentido sistemático, como indicación no discutible, tan sólo se ha aplicado en la parálisis general, donde los resultados definitivos—promediando las principales estadísticas—alcanzan la proporción de un 50-60 por 100 de remisiones y de un 40-50 por 100 de fracasos. Las remisiones, completas e incompletas, excelentes o buenas, serían, de todos modos, algo más numerosas para los autores de lengua alemana o escandinavos que para los de lengua inglesa y latinos. La curación práctica (remisión completa) no pasaría del 30-40 por 100. Y las grandes mejorías (remisión incompleta), del 20-25 por 100. Del 50 por 100 de fracasos, un 30 por 100 corresponde francamente a las llamadas formas estacionarias.

Claro está que estas cifras difieren bastante, entre otras cosas, por la mayor o menor antigüedad de los casos paludizados, pues en los estados avanzados las remisiones son menores y los peligros y accidentes mortales mucho mayores. Las muertes directamente imputables al paludismo están ya por debajo del 10 por 100 de los enfermos tratados. Y los accidentes apenas si cuentan, de respetar las contraindicaciones absolutas, que, por cierto, se aconsejan muy reducidas actualmente, y de emplear a menudo la impaludización en dos tiempos y la moderación de los accesos febriles con quinina.

La proporción de muertes postpalúdicas oscila alrededor de un 20 por 100. La indicación óptima continúa estando condicionada por el diagnóstico precoz, clínico y humoral, y lo estará más todavía de poder establecer el diagnóstico preclínico. A este respecto, cuanto tienda a favorecer el conocimiento de los períodos iniciales de la enfermedad de Bayle y a consolidar el criterio favorable a la malarioterapia redundará en beneficio del «desiderata» en la aplicación de este método terapéutico de índole biológica.

Los delirios secundarios (10 por 100 de casos para la mayoría de autores), que han complicado algo el problema de la evolución postmalárica de la parálisis general (criterio de curabilidad y aparición molesta de cuadros confusionales, alucinatorios, maníacos, catatónicos, etc.), y que han dado lugar a estudios patogénicos, no constituyen prácticamente ningún escollo importante en el tratamiento óptimo de la parálisis general.

En fin, el concepto de «curación práctica» gana adeptos en estos tiempos, hasta el punto de que logra influir en los problemas de capacidad civil, de irresponsabilidad criminal, de recuperación profesional y de valor con-

tractual ante un seguro, en un sentido positivo—de fijar los hechos individualmente cuando se trata de casos de buena y prolongada remisión.

Si se compara, pues, la opinión universalmente admitida, por lo que hace referencia a resultados en la parálisis general, con la nuestra, las diferencias son tan escasas que carecen de significación verdad.

En la tabes la indicación primordial de tratamiento continúa siendo aún la cura específica, a juicio de la mayoría de autores. Los más prudentes paludizan los casos de síndrome doloroso, y los demás, estos casos y las manifestaciones rebeldes. La atrofia óptica constituye una indicación casi tan acertada como la parálisis general.

Los resultados totales apenas difieren de los nuestros. Según los autores alemanes, 15 por 100 de fracasos en los síndromes dolorosos, con 60 (crisis viscerales) o bien 40 (dolores fulgurantes) por 100 de remisiones durables y el resto de mejorías transitorias. La ataxia, por supuesto la ligera, sólo se modifica en el 25 por 100 de pacientes. Y de la atrofia óptica, las referencias son escasas para que podamos establecer proporciones.

De sífilis cerebroespinal hablan muy irregular y parcialmente las estadísticas fundamentales. De todos modos, coinciden con nuestras cifras: alrededor de un 70 por 100 de remisiones completas y de un 30 por 100 de mejorías ligeras.

La indicación básica de tratamiento en esta forma de neurosífilis deben seguir constituyéndola los agentes específicos. Puede recurrirse secundariamente a la malaria cuando se sospeche una parálisis general verdadera o se compruebe una resistencia específica con positividad humoral irreductible.

En la heredolúe nerviosa la impresión general es pesimista del todo. Y en la sífilis latente se tiende cada vez más a aconsejar una paludización oportuna, con finalidad profiláctica. Esta aparece patente en algunas estadísticas; pero continúa siendo dudosa en otras. Ni que decir tiene que es el problema más importante que queda planteado en la actualidad, por su significación práctica, de prevención, y por su valor frente a determinadas cuestiones de patogenia, de diagnóstico, etc.

Los sifiliógrafos y los internistas, principalmente, han de ser los que contribuyan a consolidar el éxito definitivo, el mejor, de la malarioterapia y de la malarioprofilaxis. A ellos incumbe, de una parte, diagnosticar con precocidad, quizá preclínicamente, la parálisis general; y a ellos corresponde también vigilar la evolución de una sífilis latente y tratarla por procedimientos específicos o por la malaria, con el fin de evitar una neurosífilis clínica ulterior.

CONCLUSIONES.—1.^a Los perfeccionamientos técnicos actuales han restringido considerablemente los peligros de una cura malárica, peligros casi exclusivos, de otra parte, de la parálisis general. Tanto es así, que en algunas estadísticas la mortalidad global por paludismo experimental ha llegado a descender al 2,5 por 100.

2.^a Las contraindicaciones absolutas de una impaludización quedan reducidas hoy día a las graves lesiones hepáticas, renales y cardíacas y a los estadios terminales de la parálisis general.

3.^a Siempre habrá de parecernos preferible la impaludización en medio hospitalario o sanatorial, para una mayor seguridad de los resultados apercibidos.

4.^a En la parálisis general la indicación de la malaria debe ser siempre indiscutible. El tratamiento específico (mixto y prolongado) complementará los efectos de la cura biológica. Las remisiones serán tanto más completas cuanto más precozmente se aplique el método, a base de un diagnóstico inicial seguro (signos humorales). De todos modos, aun en los casos algo avanzados, el éxito parcial de la malarización es frecuente. La longevidad del enfermo ha aumentado, como consecuencia de la impaludización, y el número de paralíticos generales internados ha disminuído, contrariamente, por la posibilidad de una cierta convivencia familiar y social de los casos estacionarios.

5.^a En la tabes rebelde a los agentes específicos usuales, con manifestaciones graves de atrofia óptica o bien síndromes dolorosos persistentes, la malarioterapia constituye una buena indicación, obteniéndose en las dos terceras partes o tres cuartas partes de los pacientes remisionados muy aceptables.

6.^a En la sífilis cerebroespinal, que recuerde por sus perturbaciones difusas y especiales la parálisis general, el método de Wagner von Jauregg, puede ser eficaz en la casi totalidad de los casos. Cuando las circunstancias son otras, no debe considerarse como indispensable.

7.^a En la heredolúe nerviosa puede contribuir a mejorar en parte la suerte siempre desastrosa de los enfermos, a veces incluso con cierta recuperación profesional.

8.^a La aplicación de la malarioterapia a los sifilíticos latentes (con líquido cefalorraquídeo y sangre positivos) es de suponer que sea beneficiosa, de momento, por curar los trastornos comprobables, y es de esperar que represente ulteriormente una profilaxis al evitar lesiones peligrosas (cuaternarias).

9.^a El porvenir terapéutico de los parasifilíticos (en especial de los paralíticos generales) y la prevención de las formas graves de sífilis nerviosa dependen de la eficacia práctica del diagnóstico precoz y de la índole primero los enfermos nerviosos de naturaleza específica.

CEREGUMIL
Alimento completo vegetariano

Representante para Valladolid-Palencia y
sus provincias: Don Arsenio Candelas,
Teresa Gil, 25, 1.º - Valladolid

TRATE, DOCTOR,

LAS SEPTICEMIAS CON

ACEL

que destruye el bacilo específico, compensa los desequilibrios causados por las toxinas y aumenta la fagocitosis y la resistencia de los hemafes.

Su sinergia medicatriz reduce, en las infecciones, los trastornos de la osteogénesis, hace desaparecer la fiebre y compensa la adinamia.

Muestras y Literaturas:

LABORATORIO, LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BARCELONA



Nuevo

ANALÉPTICO Y EXPECTORANTE

CALCIO - CORAMINA
"CIBA"

Tratamiento oral de

Bronquitis - Catarros - Neumonías

Enfisema - Edemas pulmonares

Abscesos del pulmón

etc. etc.

Tubos de 20 comprimidos a 0,4 gr.

Acción expectorante reforzada y estimulante de la circulación y de la función respiratoria.

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGÓN, 285 - BARCELONA - APARTADO 744



REVISTA DE REVISTAS

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

CHARLES C. DENNIA aud VILLIAM L. MC. BRIDE.—**Tratamiento de la sífilis somática resistente.**—«Arch. of Dermatology and Syphology», núm. 1, pág. 1. July, 1934.

El fracaso de los medicamentos en algunos enfermos, no se debe a la ineficacia de los mismos, probablemente alguno o todos los mecanismos de defensa del sujeto, falla y no responde a los remedios.

Los autores examinan brevemente el papel del sistema retículo-endotelial y el que corresponde a su estimulación por la paludización y el papel del calor, concluyendo que los casos de sífilis somática resistente, no lo son por la ineficacia de los remedios, sino por fallar el mecanismo de defensa.

Esta defensa puede ser activada por la paludización o por la acción hipertérmica de la vacuna antitífica, siendo en concepto de los autores el calor, el factor activante, recomendando la paludización para el tratamiento de estos casos con tal que no haya contraindicaciones.

Como esta Memoria fué leída en la reunión anual de la American Dermatological Association, celebrada en Chicago, varios sifiliógrafos tomaron la palabra. Así, Harold, y R. Cole, participaron habían usado este procedimiento (paludización) como último recurso en casos de queratitis intersticial resistentes a todo otro tratamiento, con buen resultado a menudo y lo mismo en sifilidermas tardíos.

P. A. O'Leary usó la malarioterapia, especialmente en el tratamiento de la neurosífilis congénita y la vacuna antitífica concurrentemente con arsphenamina y bismuto. Sus resultados concuerdan con los de los autores. En la heredosífilis los resultados de la malarioterapia son inferiores a los que se logran en la sífilis adquirida.

En las queratitis, la fotofobia mejora antes que con otras terapéuticas.

De su experiencia O'Leary concluye que la fiebre no es el factor único, aunque sí uno de los más importantes.

A. PASINI.—**La germanina Bayer 205, en el tratamiento del pénfigo.**—Sezione Lombardo-Ligure S. I. D. S. Pavia, 22 Abril 1934. «Bolletino della Sez. reg.», núm. 2, pág. 105. Agosto, 1934.

La germanina es un preparado recientemente introducido en la terapéutica de las tripanosomiasis y en particular contra la enfermedad del sueño. Según Klein y Kellersberger, basta de 3 a 5 inyecciones para lograr el 100 por 100 de curaciones en el estadio primero y del 30 al 40 por 100 de éxitos en períodos más avanzados.

Pasini analiza la ya extensa literatura que, sobre el empleo de la germanina en las afecciones del grupo del pénfigo, existe y a continuación expone los resultados que en sus manos ha dado el preparado, pudiendo resumirles así: Dermatitis herpeti-

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

forme de Dühring, entre tres enfermos, dos curaron y en otro, después de una notable mejoría, observó una recidiva.

Entre tres casos de pénfigo crónico verdadero, una curación que persiste después de seis meses y otros dos en los que después de extraordinaria mejoría, sobrevino la muerte por complicaciones pulmonares. En un caso de pénfigo poliáceo, la medicación se mostró ineficaz, sobreviniendo la muerte por septicemia después de piodermatitis. Después de dos meses se mantiene la curación de un pénfigo agudo y en un pénfigo vegetal fracasó, terminando el proceso por muerte del enfermo.

Si el medicamento es realmente eficaz en procesos de tan mal pronóstico, tiene también inconvenientes muy dignos de ser tenidos en cuenta y que van de la reacción febril banal acompañada de malestar y cefalalgia a la intolerancia por parte del riñón con albuminuria, hematuria, cilindros y edema, imponente a veces, sobre las extremidades inferiores y como hemos visto también observó complicaciones pulmonares.

En resumen, siendo una buena medicación del pénfigo, su empleo exige una gran prudencia y una vigilancia extrema del enfermo, sobre todo en lo concerniente a las reacciones renales.

T. SCOMARRONI.—**La terapéutica aurica del lupus eritematoso, con mención especial del Solganal oleoso.**—Sezione Lombardo. Ligure, S. I. D. S. Pavía, 22 Abril 1934. «Bolletino delle Sez. reg.», núm. 2, pág. 123. Agosto, 1934.

Para la tuberculosis cutánea, especialmente para el tratamiento de las tuberculides, los resultados de la auroterapia son alentadores, aunque la opinión no esté definitivamente formada. La mayor parte de los autores están de acuerdo sobre la eficacia, si bien no constante, en todas las formas de tuberculides, en particular sobre el lupus eritematoso.

Con la auroterapia del lupus eritematoso, Schaumann y Heden, obtienen el 46,6 por 100 de curaciones; Simon, el 42 por 100; Galewsky, Martenstein y Freund, el 60 por 100; según Martenstein, el lupus eritematoso es particularmente aurosensible.

La eficacia del preparado está ligada a la composición molecular. Las sales más activas parecen ser aquellas en las que entra un radical sulfurado. Capnain ha puesto en relieve la importancia de la carga eléctrica del ion metal, que es positiva en la mayor parte de los preparados auricos, siendo negativa en el aurotiosulfato.

LABORATORIOS

CLINICOS Y DE BACTERIOLOGIA

PRODUCTOS QUIMICOS PUROS

INSTALACION COMPLETA

MOBILIARIO



Establecimientos **J O D R A**

Príncipe, n.º 5

MADRID

El valor de la carga eléctrica es digno de tenerse en cuenta, por tener carga electro-positiva los elementos activos del retículo-endotelio. Recuérdese también que según Ehrlich los iones electro-negativos son bastante menos tóxicos y de más fácil difusión osmótica.

El Solganal B, es un aurotroglucosa con un 50 por 100 de oro. Tiene una posición privilegiada entre los distintos compuestos, ya que su índice terapéutico es de 1 : 75, lo que significa que su toxicidad es 20 veces menor que la del Krisolgan y 10 veces menor que la de la Sanocrisina.

Los datos experimentales y clínicos, su índice terapéutico, la regularidad de la absorción y eliminación, han conducido al autor a considerar el Solganal B oleoso como muy práctico para el tratamiento ambulatorio del lupus eritematoso.

Recomienda el autor la prudencia en el tanteamiento de las primeras dosis; después de una primera inyección de 0,02 gramos asciende a 0,04-0,08-0,1-0,2 gramos, repitiendo esta última dosis, que solo sobrepasa ante el estacionamiento de las lesiones. Media entre cada una de las inyecciones, 4-5 días.

Buena tolerancia local, calificando de óptima la tolerancia general, en lo que concierne a los eritematológicos tratados. Entre 40 enfermos, señala dos aurides, dos reacciones renales con albuminuria, una de las veces acompañada de diarrea y hematuria. Una auride escarlatiniforme.

Sobre 32 casos de lupus eritematoso, curación en 16, o sea el 50 por 100; mejoría en 12, 36 por 100. Ninguna modificación o empeoramiento en 4 casos, 14 por 100.

En las formas recientes de escasa hiperqueratosis, los resultados fueron mejores. Con uno a tres gramos de Solganal se obtuvo la «restitutio ad integrum».

Más rebeldes fueron las formas discoides y más difíciles aún las formas centrfugas con atrofia local, especialmente las que databan de muchos años.

Parece que la acción del oro prepara y favorece excelentemente la acción ulterior de la nieve de ácido carbónico (como nosotros anotábamos, hacía siete años, tenía lugar con el Bi).

Raras las recidivas, sobrevinieron de tres a ocho meses después de la curación.

Somarroni las vió en un 20,3 por 100 de los casos y piensa que el solganal se muestra frente al lupus eritematoso como la mejor de las sales de oro.

También obtuvo buenos resultados el «chilblain lupus» y en el lupus pernio, haciendo reservas sobre su situación en el próximo invierno.

En dos casos de sarioide de Boeck, la resolución del infiltrado se obtuvo y en uno la curación fué precedida por la colicación del infiltrado.

En resumen el Solganal se muestra electivamente activo sobre el lupus eritematoso y en otras tuberculides; su toxicidad es escasa; manejado con cautela es bien soportado, y solo o ayudado por alguna medicación local, permite obtener resultados estéticos óptimos.

HEPATORRADIL

PODEROSO
RECONSTITUYENTE

FÓRMULA: Principios solubles de hígados frescos. - Extracto de malta sometido a la acción de los rayos ultravioleta. - Iodo naciente (métodos BEAUDIN y COURTOT). - Arsénico. - Fósforo. - Calcio y jarabe de rábano perfeccionado. (VITAMINAS A, B, C, y D.)

LABORATORIOS GRAIÑO

LEVADITI, HORNUS, VAISMAN y MANIN.—Mecanismo de la acción preventiva ejercida por el bismuto en la sífilis experimental.—«Académie de Médecine». París, 23 Octubre 1934.

Según Kolle, la acción preventiva y curativa del bismuto en la sífilis humana y experimental, no sería debido a una influencia esterilizante del metal sobre los gérmenes específicos, sino a una sencilla inhibición del potencial proliferativo de estos: si a un conejo aparentemente indemne de toda treponemosis, se le extirpan los depósitos bismúticos algún tiempo después de su inyección, poco más tarde vemos aparecer un chancro sobre el punto en el que se practicó la inoculación de prueba; el virus estaría dormido, no aniquilado.

Las experiencias de los autores muestran que si se administra a conejos dosis insuficientes de ciertos compuestos bismúticos insolubles, la excisión del foco metálico puede desencadenar a veces fenómenos que semejan un despertar de la actividad patógena, pero que cuando se manejan compuestos oleo-solubles a dosis realmente eficaces, la prevención es constante; se traduce por la no aparición del sífiloma (in situ), por la esterilidad del sistema linfático periférico y por la vuelta a la receptividad inicial; la ablación del foco bismútico, practicada 105 días después de la administración del bismuto oleo-soluble, no va seguida de recidiva alguna aun después de 226 días.

El bismuto bajo forma adecuada y a dosis suficientemente elevadas, tiene una acción preventiva radical contra la sífilis y realiza una verdadera esterilización.

LEDO



eficaz e inocuo

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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA.

OPHTHALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

OTORRINOLARINGOLOGIA

PROFESOR DOCTOR A. G. TAPIA.—Los sonidos y el mecanismo de la audición.—
«Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología». Año 25,
número 3. Marzo, 1934.

Divide el autor el artículo que dedica precisamente a los no especialistas, en dos partes:

- I. Factores indispensables para la función auditiva.
- II. Mecanismo de la audición.

I

Entre éstos considera:

- a) Un agente excitante adecuado = las vibraciones sonoras.
- b) Un aparato excitable = el órgano del oído y dentro de él el aparato de Corti.
- c) Un conductor de la excitación = la rama coclear del nervio acústico, y
- d) Un centro receptor = el cerebro, capaz de comprender los sonidos, retener su representación y producir, incluso, esas grandes composiciones musicales que tanto exaltan el ánimo.

a) Excitante adecuado

Después de enumerar los excitantes, inadecuados productores de sensaciones auditivas anormales, claro está, tales como los zumbidos producidos por algunas sustancias medicamentosas (quinina, ácido salicílico, etc.), diversos productos engendrados anormalmente en nuestro organismo, que obran sobre el oído en forma de descargas toxémicas (uremia, gota, azotemia, diabetes, etc., etc.), estudia el autor los sonidos que clasifica en simples y complejos, estudiando en estos últimos tres cualidades: la intensidad, el tono o altura y el timbre.

DE LA INTENSIDAD, dice entre otras cosas que está condicionada por la cantidad de energía de las partículas vibrantes; hasta el punto que cuanto mayor es la fuerza viva, más intenso es el sonido, y como la fuerza viva depende del cuadrado de la velocidad y ésta del camino recorrido (amplitud), resulta que la intensidad del sonido es proporcional al cuadrado de la altitud.

TONO O ALTURA.—Después de extenderse en consideraciones sobre sonidos agudos y sonidos graves, dice que la capacidad auditiva del oído humano para el número de vibraciones, se extiende, a partir de 8 v. d. hasta que el número de vibraciones pasa de 32.768.

TOSFERINA

SANOFERINA en ampollas de 5 c. c.

Precio: 5 pesetas; por correo 5,50

Muestras y literatura: Farmacia de su autor

A. MARTÍN MATEO

Santiago, 41 - VALLADOLID - Tel. 1844

En el lenguaje articulado tenemos, combinando las letras que se forman fonemas de tipo agudo, como pisa, siete, casi, etc.; y de tipo grave, como muro, cloro, mulo, etc.

En las voces cantadas, las notas emitidas ocupan una extensión algo mayor de cuatro octavas, desde del do 1 (64 v. d.) hasta el do 5 (1.024 v. d.); si bien hemos de tener en cuenta que ningún cantante puede recorrer toda esta zona de la escala vocal, porque la extensión de la voz varía según los sexos y la contextura laríngea; así tenemos: que la voz de hombre escalona de tercia en tercia; el bajo comienza en el fa 1, el barítono en el la 1, el tenor, en el do 2. La voz de mujer reproduce exactamente el aumento de tercia en tercia: la contralto comienza en el fa 2, la mezzosoprano en el la 2 y la soprano en el do 3.

VOZ DE BAJO.—No existe más que una voz de bajo, aunque se dan algunas modificaciones en diferencias circunstanciales, que obligan a ampliar la clasificación. La voz de bajo tiene una extensión de dos octavas y va desde el fa 1 hasta el fa 3. Cuando por las condiciones físicas del individuo, la configuración orgánica de su laringe, cuerdas anormalmente más largas, etc., la voz suele descender a veces hasta el do 1, pero en este caso rara vez alcanza el fa 3 y se quedan en el mi 3 o en el re 3. Por el contrario, la voz de bajo suele ser más clara de timbre y se le llama voz de bajo cantante.

Como ejemplos de bajos profundos que podrían cantarlo todo, cita el autor a Roveri, Ferrone, De Angelis, Bettoni, Mansueto, etc.

Cita entre bajos cantantes, a Chaliapine, Journet, Passero y Aníbal Vela.

VOZ DE BARITONO.—Dos octavas también, desde el sol 1 hasta el la 3, alcanzando algunas veces el si 2 o el do 4, lo que llaman los italianos barítono brillante. Estas voces pueden cantar muy bien los barítonos de «La Traviata», «La Favorita» y «El Barbero de Sevilla».

Como ejemplos de grandes barítonos, cita a Titta Ruffo, Stracciari, Galeffi, Amato, Montesanto, Danise, Viviani, Aguirre, Sarobe, etc.

Como barítonos brillantes menciona: a José de Luca, Matías Battistini, y los de zarzuela, de Emilio Sagi-Barba y Marcos Redondo.

VOZ DE TENOR.—Esta voz alcanza igualmente dos octavas, desde el do 2 hasta el do 4, que es el llamado do de pecho.

Por la intensidad de la voz, por la agilidad del timbre, se distinguen tres clases de tenores: tenor dramático, lírico, llamado también de medio carácter y tenor ligero. Entre los primeros cita a Tamagno, Biel, Paoli, Chiodo, Rouselliere, etc.

Como tenores líricos cita a Pertile, Gigli, Fleta, Kiepure, Lázaro, Anselmi, Roumeu, etc.

Y entre los tenores ligeros nombra a Massini, Bonci, Borgioli, Schipa y Juan García.

VOCES DE MUJER.—Son, como queda apuntado, equivalentes respectivamente a las voces de bajo, barítono y tenor, y se denominan contralto, mezzosoprano y soprano.

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

LA VOZ DE CONTRALTO se extiende desde el fa 1, en clave de violín, hasta el fa 4, citando entre las figuras más salientes a Paulina García (Viardot), hermana del inventor del laringoscopio.

LA VOZ DE MEZZOSOPRANO es la más frecuente, y se extiende desde el la 2 hasta el la 4. Cita como ejemplo brillante de esta clase de voz a la inolvidable tiple española, Lucrecia Arana, y las actuales, Aurora Boades, la Besanzoni, la Velázquez y la Supervía.

LA VOZ DE SOPRANO se extiende de do a do en clave de violín (do 3 a do 5). España ha producido maravillosas cantantes de este género: Adelina Patti, María Barrientos, Elvira Hidalgo, Angeles Oteín, Mercedes Capsir, Ofelia Nieto, Matilde de Lerma, etc., etc., y la Malibrán, la más famosa de nuestras tiples, hermana también del inventor del laringoscopio.

DEL TIMBRE DE UN SONIDO distingue que los cuerpos sonoros al vibrar emiten, además del sonido simple fundamental, que da carácter al tono, varios sonidos accesorios complementarios, llamados armónicos, que unidos con el fundamental, dan lugar a la característica del sonido llamada timbre.

b) Aparato excitable

Al hablar del aparato excitable recuerda la anatomía del oído externo, oído medio, y oído interno o laberinto. Se extiende en consideraciones anatómicas y fisiológicas del oído interno (laberinto anterior), contextura histológica del órgano de Corti y la teoría de la resonancia de la membrana basilar.

c) y d) Conductor y receptor de la excitación

La materia que informa este capítulo la toma el autor de la obra «Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados», publicada en 1904 por nuestro genial compatriota, cumbre de una mentalidad sin par, don Santiago Ramón y Cajal.

El conductor de la excitación es el nervio ocular, rama del nervio acústico. Su núcleo de origen está situado en el caracol, en un conducto que rodea espiralmente al modiolus a la altura del nacimiento de la lámina espiral ósea, posee células nerviosas bipolares con ramas periféricas, que llegan hasta el órgano de Corti y ramas centrales, que atraviesan igualmente el modiolus para formar el nervio coclear, que penetra en el conducto auditivo interno donde se une al nervio vestibular para ir juntos al bulbo, allí termina el nervio coclear en dos ganglios, el ventral o anterior y el lateral o dorsal. La corriente refleja y la corriente directa comunica los núcleos de origen de los nervios motores con el cerebro.

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 aseptico y antiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

Se extiende en consideraciones fisiológicas y termina con unas consideraciones sobre el cerebro, del que habla de las subregiones según Ecnómo.

El artículo está ilustrado con un esquema del campo auditivo, según la notación española, italiana, francesa y alemana, y además 10 láminas.

PROFESOR P. CALICETI.—**La broncoinyección como método terapéutico.**—«Bronchoscopie, Oesophagoscopie et Gastroscopie», núm. 1. Enero, 1934.

Después de exponer la técnica de la broncoinyección y de hablarnos sobre el mecanismo fisiopatogénico sobre la absorción pulmonar en los diferentes medicamentos, describe la vía natural entre los procedimientos empleados, que clasifica en supraglótica y translótica. Pasa después a describir como método empleado, la vía transcutánea. Preconiza el término de broncoscopioterapia en lugar del de broncoaspiración de Jackson o el de broncoscopia medicinal de Lamariey.

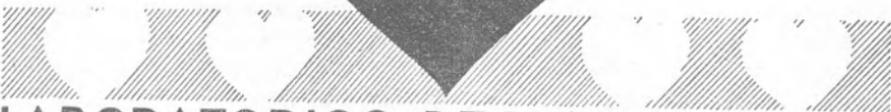
BERCERUELO.

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA



TONICO
CARDIACO



LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M.^a BALASCH**

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

PEDIATRIA

DOCTORA ANKERHOLD-HELLNER.—**Hernia diafragmática congénita con desplazamiento y cambio de posición del estómago e intestino.**—(Arch. fur. Kinderheilkunde). Junio, 1931.

Desde la aplicación de los rayos X se diagnostican con mayor frecuencia las hernias diafragmáticas; el caso actual presenta el cambio de posición de estómago e intestino.

El 12 de Septiembre de 1930 es llevado al Hospital un niño de cinco semanas padeciendo trastornos de la nutrición y faringulosis; se trata de una distrofia; el niño pesa tres kilos. Se encuentra hacia el vértice del pulmón izquierdo y hacia el hilio, submacidez y debilidad del murmullo respiratorio. En la parte inferior del hilio izquierdo hay macidez, y más adelante timpanismo. El pulmón derecho está sano, salvo una zona de macidez pequeña por delante. La respiración es corta, sobre todo durante la toma de alimentos. La macidez cardiaca está a la derecha y por auscultación se escuchan los tonos netos a la derecha también. Pulso, 140 a 150. El hígado se encuentra a la derecha y se palpa al nivel del ombligo; el bazo no se palpa.

Por radiografía se nota: a la derecha, hacia la periferia, un pulmón normal, después, hacia el centro, la sombra del corazón y de los vasos, con la punta de aquel hacia la izquierda. A la derecha, en la parte inferior, hay una sombra con algunas manchas claras; arriba, el pulmón está comprimido. Después de la administración de papilla, se encuentra: la papilla ingerida entra por el cardias en el polo inferior del estómago; éste se llena hacia la pared torácica izquierda. Poco después comienza el vaciamiento del estómago por el píloro, que se encuentra en el polo superior del estómago. La papilla pasa de arriba abajo y de izquierda a derecha por el duodeno y el intestino delgado. Una hora más tarde la papilla llega al intestino grueso. El colon ascendente está en el lado izquierdo y llega hasta la mitad del tórax donde se incurva, y el ángulo agudo que forma conduce a la porción transversa en descenso y a la izquierda de la línea media; desde aquí la papilla se va al asa sigmoidea. En este caso se trata sin duda de un desarrollo embriológico probablemente anormal.

Muerte de apnea y de debilidad cardiaca, después de una comida. En la autopsia se encuentra una pérdida de sustancia a nivel del diafragma (malformación congénita), una hernia congénita pasando por este orificio, y una malposición de los órganos de la cavidad abdominal antes mencionados.

DOCTOR FROELICH.—**El diagnóstico de la tuberculosis en el niño durante los tres primeros años.**—(Acta Paediátrica). 28 Abril, 1932.

El sabio doctor de Oslo subraya la importancia del tuberculino-diagnóstico en la primera edad. Hoy gracias a la cuti-reacción acompañada de la reacción de sedimentación, de la fórmula leucocitaria, la radiología y la bacteriología, nosotros podemos resolver el problema tan complejo de la tuberculosis infantil.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

Pone a consideración tres puntos:

¿El niño es afecto de tuberculosis?

¿Dónde está localizada la infección?

¿Cuál es la extensión de la tuberculosis?

El conocimiento del contagio familiar que toma parte en los primeros años, nos pone en seguida en vías de diagnóstico. Los síntomas nos aproximan a él: descenso de peso, anorexia, palidez, tos sin signos físicos, febrícula. Si la reacción a la tuberculina es positiva, exalta el valor de estos signos vagos por sí mismos. La adenopatía tráqueobronquial se afirmará por la triada: tos bitonal, estridor respiratorio y acceso de sofocación. Confirmación por el examen radiológico. No se dará importancia más que a las sombras mediastínicas de gruesas adenopatías yuxta-traqueales, que se destacan bien de los campos pulmonares o de los ganglios gruesos del exterior de los bronquios derechos.

El examen de la piel proporcionará un sólido punto de apoyo: eritema nudoso, kerato-conjuntivitis flictenular, tuberculides papulo-necróticas, algunos líquenes, gomas bacilares, etc., pueden orientar el diagnóstico hacia la granulia o hacia la tuberculosis meníngea. Asimismo la polimicro-adenitis y la espina ventosa. La fiebre puede ser reveladora de un proceso tuberculoso después de un examen atento y de una crítica cerrada. Sabiendo que un niño ha vivido en un medio tuberculoso, la tos más ligera o la fiebre, aunque no tenga el carácter de tal, deben conducir a un detenido examen de todo el aparato, con vistas al diagnóstico antedicho. En las infiltraciones epituberculosas (Grancher). Los signos son más acentuados y hasta pueden llegar a conducir al diagnóstico de pleuresía. El examen radiológico mostrará las sombras hiliares triangulares, cisuritis, o una banda transversal.

Nota.—En la revista «Archives de Medecine des Enfants», existe una nota diciendo que este mismo asunto puede ser consultado en las sesiones del V Congreso pediátrico septentrional, en Copenhague, Agosto, 1931.

DOCTOR BETINOTTI y DOCTOR SANMARTINO.—Un caso de tuberculosis congénita.—«Arch. Argen. de Pediatría». Marzo, 1933.

Niño nacido en Diciembre de 1931, en una Clínica Ginecológica de la Argentina. Pesaba 3.150 gramos y medía 0,49 metros. La madre murió poco tiempo después de tuberculosis miliar; se la separó de su hijo, que sin embargo estuvo en contacto con ella dos días. Desgraciadamente el niño, a pesar del aislamiento, palidece, vomita y muere en convulsiones a los 25 días de su nacimiento. Apirexia: reacción de Piquet negativa. Autopsia, treinta horas después de la muerte: pulmón bastante putreficado por el examen histológico; pequeños nódulos caseosos en el hígado y en el bazo, con



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÍÑO
FORMULA

Sulfaguayacolato de potasa	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
Hepatorradil C S. para	f50 —

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

hallazgo de algunas células gigantes; asimismo lesiones, ganglios mediastínicos en estado caseoso y hallazgo de bacilos de Koch en estas lesiones, todas ellas llevadas a cabo por inoculación en el cobaya.

De esta interesante observación, ilustrada con 8 figuras, los autores llegan a la conclusión de la tuberculosis congénita. Su opinión no será aceptada sin reserva; el niño a pesar de haber sido separado pronto de su madre, estuvo con ella dos días. El niño ha podido entonces contaminarse. Existe una publicación en la que el niño padece su infección tuberculosa a los 25 días y otro que la padece a los 40. Solamente se puede hablar de tuberculosis congénita en los enfermitos que fueron separados del medio tuberculoso desde el nacimiento, puesto que casos como el que publican estos autores se encuentran bastantes en la literatura, pero admitiendo los respectivos autores la contagiosidad del proceso.

DOCTOR RAUL CIBILS.—**Tabes infantil.**—«Prensa Médica Argentina». Agosto, 1933.

Común en el adulto, es rara la tabes en el niño. En la Argentina, tan solo se habían publicado dos casos, de unos quince años el más joven. El caso de los autores es un caso de nueve años e ingresó en el departamento el 14 de Abril de 1932.

El padre sano en apariencia, se ha conservado siempre bien. Otros cuatro hermanos viven sanos, seis muertos. Los abuelos paternos viven sanos. La madre padece cefálea hace bastante tiempo; hace dos años tuvo un parto prematuro. No se ha podido hacer examen somático ni serológico de dichos miembros de la familia. El enfermito nació a término; lactancia materna hasta los dos años; padeció rubeola al año, y a los cuatro sufrió la mordedura de un perro en el cuero cabelludo. En 1931, la maestra y los padres notaron un trastorno de la visión en el niño, que le hizo abandonar sus estudios. Poco a poco la vista se pierde y algún tiempo después sufre unos dolores gástricos (crisis) que se acompañan de vómitos y duran desde unas horas a un día. Consultado por entonces se le reconoce una doble atrofia de la papila, reacción de Wassermann francamente positiva; se le ponen 12 inyecciones de bicianura.

Estado actual: Desarrollo por debajo del correspondiente a su edad. Hipotonía muscular, sobre todo en el miembro superior derecho. Cabeza un poco braquicéfala. Algunas alopecias en el cuero cabelludo y otras discretas no cicatriciales. Frente olímpica, pupilas irregulares con ligera midriasis y fijeza, no nistagmus. Ceguera derecha, visión conservada en la izquierda. Atrofia pupilar doble primitiva con conservación de la mácula izquierda. Microodontismo, dientes superiores separados, paladar ojival, pulso 100. Psiquismo normal, instrucción rudimentaria; el niño no sabe leer, ni escribir, ni contar. Reflejos: bicipital, estilo-radial, tricipital y cúbitopronador, conservados; cuboideo, rotuliano y aquilino abolidos, masetérico normal; abdominal cremas-

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VAGOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO); Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUMINAL. (En grageas de 4 o 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO

teriano y plantar conservados. Ni clonus, ni Romberg. Ni incoordinación ni dismetría, marcha normal, quizá algo de marcha sobre los talones.

Sensibilidad conservada, excepto la profunda. Anestesia testicular. No trastornos de la articulación de la palabra. Punción lumbar: presión de Claude, 21, 12 y 50; 8 centigramos de líquido limpio, pequeños grumos de albúmina, 0,20; cloruros, 6,22; glucosa, 0,11; urea, 0,24; linfocitos, 9,22; reacción de Wassermann y del benjui coloidal, fuertemente positiva.

El 27 de Abril, fuertes dolores de cintura durante diez minutos; el dolor de estómago en forma de crisis se repitió el 2 de Mayo. El 3 de Mayo polaquiuria, disuria y a veces incontinencia. Bismuto una serie, después de unas inyecciones de mercurio. En Octubre (25 klg.) serie de bismuto, cinco miligramos por kilo de peso. En Enero, tratamiento arsenical; a la primavera mejora, desapareciendo los trastornos gástricos y urinarios; la marcha es casi sin talonear, un Wasserman llevado a cabo es debilmente positivo.

Conclusiones: Copiamos las conclusiones de los autores. Dada la sintomatología clínica y hiológica de nuestros enfermos, estamos ampliamente facultados para afirmar el diagnóstico excepcional de tabes infantil. Para ella nos basamos en la atrofia óptica con abolición de los reflejos patelares y aquilinos, con trastornos urinarios francos y crisis gástricas repetidas, concordando con el síndrome completo de líquido cefalorraquídeo atribuido a la tabes.

Nos permitimos al final copiar asimismo una nota, diciendo que en el número de 1933, de «Archives de Medecine des Enfants», en la página 684, se puede encontrar un documentado trabajo sobre esta materia extractada.

ALLUÉ HORNA



ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir.—Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas.

Rápida antiseptia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

HEMOBICAL: Aperitivo hematógeno rápido, antituberculoso, vigorizador, recalificante único.

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

BIBLIOGRAFIA

Atlas manual de Anatomía.—VICTOR PAUCHET y S. DUPRET. Versión de la segunda edición francesa, por A. Varela Castro. Un volumen de 376 páginas de 19 × 12 centímetros, con 354 láminas en negro y en colores. Barcelona, 1934. Gustavo Gili, Editor. Calle de Enrique Granados, 45. Encuadernación flexible en cuero artificial, pesetas 20.

El doctor Víctor Pauchet, antiguo profesor de Anatomía y práctica operatoria de la Escuela de Medicina de Amiens, ha prestado al redactar este «Atlas manual de Anatomía» un servicio inapreciable a los estudiantes de Medicina, a los médicos en general y muy particularmente a los cirujanos, que por medio de este utilísimo Atlas podrán repasar en menos de cinco minutos, antes de emprender una intervención quirúrgica poco frecuente, cualquier punto dudoso respecto a constitución y relaciones entre los órganos de la región en que deban operar. Incluso los médicos dedicados a Medicina general, que no suelen disponer de tiempo para consultar los voluminosos tratados de Anatomía y que sin embargo necesitan a menudo refrescar sus conocimientos anatómicos, hallarán en este manual un auxiliar precioso para sus consultas rápidas.

El notable dibujante anatómico, S. Dupret, conocidísimo por la rara perfección con que cultiva su especialidad, ha presentado tan hábilmente esquematizadas las 354 láminas de página entera que constituyen el Atlas, que sería muy difícil superar, en perfección y claridad, la concienzuda y minuciosa labor del artista.

LIBROS RECIBIDOS

DRS. MISAEL BAÑUELOS, JUAN ANDREU URRRA y FERMIN QUEROL.—**Manual de Patología Médica** (primer tomo).—Editorial Científico-Médica. Plaza Urquinaona, 8 y Trafalgar, 1. Teléfono 24206. Barcelona.

F. MONTERDE y J. LOPEZ-BRENES.—**Estudio electrocardiográfico de las enfermedades del corazón.**—Un volumen de 439 páginas, con 192 grabados en el texto. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1934.

M. LOEPER y CH. MICHEL.—**Formulario práctico de Terapéutica y Farmacología.**—(Antiguo formulario de Dujardin, Yvon y Gilbert Michel). Trigésima segunda edición española corregida por el doctor Angel Ortega Diez. Un volumen de más de un millar de páginas en octavo. Casa Editorial Bailly-Bailliere, S. A. Núñez de Balboa, 21. Apartado, 56. Madrid, 1934.

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.

NOTICIAS

INAUGURACION DE CURSO EN LA SOCIEDAD DE TISIOLOGIA

Bajo la presidencia del director general de Sanidad, y con la asistencia del inspector general de Instituciones sanitarias, doctor Cortezo, e inspector provincial de Sanidad de Madrid, doctor Bardaji, ha inaugurado el curso la Sociedad Española de Tisiología.

Pronunció el discurso de apertura el exdirector de Sanidad, doctor Verdes Montenegro, el cual trató de las últimas disposiciones sanitarias aparecidas en la «Gaceta». Señaló a los sanitarios españoles las ventajas que proporcionará la implantación de dichas disposiciones.

Contestó al orador el Presidente de la Sociedad, doctor Palanca, el cual expuso su opinión sobre tales medidas sanitarias. Hizo votos por la prosperidad de la Sociedad Española de Tisiología, que bajo su período presidencial alcanzó un gran esplendor.

El Secretario de la Junta de gobierno dió cuenta de la labor científica desarrollada por la Sociedad durante el curso pasado.

A continuación hizo uso de la palabra el director general de Sanidad, que prometió elevar a la Superioridad las justas aspiraciones de los tisiólogos españoles.

Finalmente, declaró abierto el curso académico.

DON SINFOROSO VILLACIAN PEÑA.—En Burgos y a la avanzada edad de 85 años, ha fallecido el padre de nuestro querido compañero del Comité directivo de REVISTA CLINICA CASTELLANA, José M.^a Villacián Rebollo y del también colaborador don Antonio, médico del Hospital de Vitoria.

Era el finado persona que por sus muchos merecimientos conquistó el respeto y simpatías generales; retirado de la profesión después de largos años de ejercicio, vivía retirado, disfrutando de un bien ganado descanso, con la satisfacción interior de ver a sus hijos seguir su misma profesión, en la que en plena juventud han alcanzado un gran prestigio.

La noticia del fallecimiento del doctor Villacián Peña, nos afecta especialmente a cuantos unidos por tantos vínculos con José M.^a Villacián, le admiramos y queremos; hacemos nuestras sus alegrías y en sus penas nos sentimos más unidos a él; bien sabe nuestro querido amigo que en estos momentos no está solo.

Al resto de su familia hacemos llegar el testimonio de nuestro sincero pesar.

Nuestro querido maestro y compañero, el profesor Murueta Goyena, sufre en estos días el dolor de ver cómo uno de sus hijos le ha sido arrebatado por implacable dolencia.

El finado, joven médico que con notable aprovechamiento cursó en nuestra Facultad, muere cuando se le ofrecía un brillante porvenir, merecido por sus cualidades excelentes.

Respetuosamente nos inclinamos delante del dolor de la familia del profesor Murueta Goyena, al que expresamos la parte que tomamos en su pena.
