

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

VICENTE BAENA BAENA.— <i>Estado actual de la fisiopatología del tiroides</i>	205
DOCTOR VICENTE DE ANDRÉS BUENO.— <i>Prevención de accidentes</i>	211
ANTONIO LAGUNA.— <i>Técnica general de la cura de sol</i>	225

CRÓNICA

<i>Tuberculofobia</i> , por Leopoldo Cortejo.	255
<i>El sarampión; sus complicaciones y mortalidad</i> , por el doctor Coste.	255
<i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i> .—DR. B. DE M.	257

(Sigue)

Intestinol ^{Henning}

Secretina

estimula la secreción biliar y pancreática

Pancreatina

digiere la grasa, albúmina e hidratos de carbono

Sales biliares

aumentan la secreción pancreática y biliar y activan los fermentos

Carbón animal

combina las sustancias de la putrefacción y los gases intestinales.

Preparado de Páncreas Secretina y Carbón

contra

Desórdenes de la digestión
Dispepsia, Meteorismo
y sus derivaciones



DR. GEORG HENNING FABRICA QUIM. Y FARM. BERLIN-TEMPELHOF

Muestras y Literatura: GUILLERMO HOERNER, Apartado 712 - BARCELONA.

Medicina interna, por M. Bañuelos.

<i>Sobre nuevos datos experimentales acerca de las enfermedades del sistema arterial.</i> —Marx.	141
<i>Sobre la caída o cambio de cantidad de la lipasa del suero sanguíneo por la acción de la tioxina y su inhibición.</i> —Baüer y Feil.	242
<i>Sobre la radiología del apéndice.</i> —Nranklin y Wood.	242
<i>Sobre el estado cardiovascular en los enfermos diabéticos, después de los cuarenta años.</i> —Friedman.	242
<i>Sobre la pulmonía lobar, considerada como enfermedad epidémica.</i> Guden y Wallbruch.	245
<i>Sobre trastornos de la irrigación coronaria, provocados por la ergotamina.</i> —Zimmermann.	245
<i>Cálculo del metabolismo basal, partiendo de la frecuencia del pulso y de la presión arterial.</i> —Wiechmann.	244
<i>Las brucelosis crónicas en el hombre.</i> —Julliene.	244
<i>Contribución al estudio de los caracteres de la angina límfocítica.</i> — Otto	244

Psiquiatria, por J. M.^a Villacián.

<i>Novedad en el tratamiento de la epilepsia.</i> —K. H. Stauder.	244
---	-----

Dermatología, Sifiliografía y Venereología, por E. Ledo.

<i>Tratamiento dietético del acné vulgar.</i> —Ch. Lerner.	245
<i>Quistes sebáceos: su importancia como lesión precancerosa.</i> —Merlin J. Stone and Edward A. Abbey.	245
<i>Zona y líquido cefalo-raquídeo.</i> —A. Touraine.	246
<i>Un nuevo método de análisis y de tratamiento de los estados alérgicos en dermatología: la substancia urinaria de Oriel.</i> —J. Charpy	246
<i>¿La punción occipital ambulatoria, puede ser practicada en la consulta?</i> —J. Schmitz.	247
<i>Caso de difteria vulvar.</i> —V. Manca Pastorino.	247
<i>Balanitis específica (luética).</i> —J. Folkmann.	247
<i>Contribución clínica y estadística al conocimiento de la reacción de Wassermann, llamadas irreductibles consideraciones.</i> —S. Constantino.	248

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

MÁLAGA

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Representante para Valladolid-Palencia y sus provincias:

Don Arsenio Candelas, Teresa Gil, 25, 1.º—Valladolid

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 glicerofosfórico 0,046 »
 { Acido cacodílico 0,030 »
 { Hierro asimilable 0,002 »
 { Glicerofosfato estricnico 1¼ millig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.YNA. Y

SIN YODISMO

CAFEINADO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

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

NEO
SPIROL
ESTEVE

PRIMER 914 NACIONAL
para el tratamiento de la

SÍFILIS

en todos sus períodos

INYECCIÓN
INTRAVENOSA

Esterosol. . . . } *Vitamina D. cristalizada*
Esterocol. . . . }

Vitalipol *Vitaminas A. D.*

LABORATORIO DEL **Dr. A. ESTEVE-MANRESA**

Representante en Valladolid: **LUIS PLATÓN. González Peña, núm. 14**

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, 6.



Estado actual de la fisiopatología del tiroides

por VICENTE BAENA BAENA

La atención de los clínicos e investigadores sobre la fisiopatología de la glándula tiroides, iniciada en las clásicas observaciones de Parry (1786), Flaiani (1800), Graves (1835) y Basedow (1840) en los enfermos de bocio, se ha acrecentado extraordinariamente en lo que va de siglo y adquirido en los últimos lustros, hechos de gran valor para la mejor comprensión y esclarecimiento de la misma.

Las observaciones recogidas por los investigadores, después de extirpar el tiroides a animales de diversas especies y edades, o bien administrando a los animales de laboratorio extractos tiroideos, han dado como resultado que la glándula tiroides no realiza una función especial en el organismo, sino que influye en todas las funciones orgánicas y psíquicas, regulando su intensidad y su marcha «Como el fuelle actúa sobre la combustión del hogar» (Marañón).

El tiroides influye, sobre todo, en las funciones metabólicas, en el desarrollo y forma de los animales, en la función y desarrollo genital, en la composición de los humores y finalmente, en el sistema nervioso de la vida vegetativa y psiquismo de los individuos.

Las observaciones de los clínicos, recogidas en los enfermos de mixe-dema y de mal de Basedow, concuerdan en un todo con lo comentado anteriormente; pues como Marañón comenta «Cuando vemos un organismo cuyo tiroides trabaja deficientemente, o cuya función tiroidea se ha anulado por completo, más que la intensidad de éste o del otro síntoma nos impresiona el bajo tono general de todas sus funciones; aquel organismo no crece, no se mueve, está frío, respira con lentitud, su circulación es lenta, su aptitud reproductora está anulada, su vida psíquica adormecida. Lo contrario ocurre en el hipertiroidismo: todas sus actividades se desarrollan a alta tensión, con un derroche de energía, respira de prisa, tiene exceso de pulsaciones, se mueve demasiado, su sexualidad es aguda, su imaginación turbulenta, su ideación rápida y desordenada.»

Desde remotos tiempos se creó que el principio activo del tiroides está ligado a un compuesto yodado. Diversos investigadores han demostrado que esta glándula es muy rica en yodo, pues alcanza en el hombre normal de 6 a 7 miligramos por término medio. Guiados en este sentido, los fisiólogos se esforzaron por buscar y extraer del tiroides una sustancia que, inyectada a los animales tiroidectomizados, pudiese hacer desaparecer todo el anormal funcionalismo de sus órganos. Baumann (1893) aisló un producto yodado que denominó yodotirina, Ostwald (1899) otro albuminoideo yodado, yodotireoglobulina, que creían constituían las hormonas del tiroides, pero fué

Kendall, en 1914, quien tuvo la fortuna de descubrir un producto de desintegración albuminoides, que contiene un 60 por 100 de yodo, y al que ha dado el nombre de tiroxina; esta sustancia cumple las ilusiones deseadas, es decir, cura los trastornos del hipotiroidismo, y administrada durante un cierto tiempo a dosis pequeñas, a los animales, les desarrolla el cuadro del hipertiroidismo.

A pesar de tener todas esas propiedades comentadas anteriormente la tiroxina, quedaban muchas lagunas por aclarar en la fisiopatología del tiroides, tales como el *dónde* y *cómo* actuaba la tiroxina, el de por qué no se puede encontrar dicha hormona en la sangre de los animales, ni aun en la de los hipertiroideos, el de no poder desarrollar en el animal un síndrome hipertiroideo a raíz de una administración única e intensa de tiroxina, el de no llegar a más del 16 por 100 del yodo total del tiroides, el que se halla unido a la tiroxina. Todos estos problemas han constituido el tema de estudio de los investigadores en los últimos años.

El mismo autor que descubrió la fórmula de la tiroxina, Harrington acompañado de Barger, en otros estudios realizados con Randall, descubrió en el tiroides otro producto yodado soluble en alcohol (al contrario de la tiroxina que es insoluble), al que denominaron diyodotiroxina.

En estudios experimentales realizados en diversos animales, seguidos durante años, ha demostrado Abelin que ambas fracciones tiroideas tienen acción antagónica; en efecto, después de hacer hipertiroideos a los animales, mediante la administración repetida de tiroxina, hipertiroidismo exteriorizado por el descenso del peso, aumento del metabolismo basal, elevación del número de pulsaciones y respiraciones por minuto y excitabilidad nerviosa, les dió diyodotiroxina y observó que el metabolismo basal descendía, el peso aumentaba y desaparecía la excitabilidad nerviosa y cardíaca.

En la clínica han observado los favorables efectos de la diyodotiroxina en enfermos de mal de Basedow numerosos autores, entre otros Kammerlaell, Schürmayer, E. B. del Castillo; nosotros, recientemente, hemos tenido la ocasión de aplicarla en una enferma de la clínica médica universitaria del profesor Bañuelos, con excelentes resultados.

La cuestión del lugar de acción de la tiroxina está aun hoy en estudio. Hay quien la considera en la periferia, y se fundan para ello en los resultados de las respiraciones artificiales de los órganos ejecutadas por el método de Warburg; pero no todos los autores han obtenido los mismos resultados, pues así, por ejemplo, Euler, encontró aumento de las oxidaciones y disminución de la presión de oxígeno, Reuter no halló lo mismo; por otra parte es conocido que otras sustancias, como la adrenalina, en las mismas circunstancias, produce esos mismos efectos. Según Meyer, la hormona tiroidea tiene dos lugares de acción, uno inmediato en las células de los órganos, como catalizador químico, y otro por intermedio del sistema nervioso central; por las vías de los nervios simpáticos excita las células de los órganos. Pick, Enderlen y Bohnenkamp, extirparon el simpático y el ganglio estre-

llado de un perro, y vieron que mostró después una mayor resistencia a la administración de tiroxina que los otros animales normales. Schimazono demostró que la inyección subdural de solución de tiroxina a los conejos produce unas 100 a 200 veces más aumento del metabolismo basal que cuando es inyectada intravenosamente, lo que permite sospechar la acción sobre el sistema nervioso central. B. Issekutz demostró que la administración de dosis repetidas de tiroxina a animales poiquiloterms (en los que falta naturalmente el centro diencefálico de la regulación del calor) no produce ni aumento del metabolismo basal ni tampoco aumento del azúcar a partir del glucógeno hepático.

Fellenberg ha considerado que el metabolismo del yodo está regulado por el tiroides, llegando a considerar que esta glándula juega en el metabolismo del yodo el mismo papel que el hígado en el cambio glucógeno-glucosa. En los estados hipertiroideos se encuentra siempre aumentado el contenido de yodo de la sangre, en comparación con la cifra normal. Schittenhelm y Eisler han comprobado que en los enfermos de Basedow tratados con radioterapia, en los que desciende el metabolismo basal, también el contenido de yodo de la sangre decrece, hasta llegar a la yodemia normal. La escuela de De Quervain ha demostrado que en los bociosos cretinos se halla descendida la yodemia.

Con el fin de investigar el destino de la tiroxina en el organismo animal, Fellenberg ha investigado, *in vitro*, si dicha sustancia era destruída por la sangre, llegando a la conclusión de que no la altera. En otros experimentos inyectó a conejos, endovenosamente, dosis muy altas de tiroxina, y después les extraía sangre con intervalos de tiempo variable. Con la sangre extraída trataba de explorar si en la misma existía tiroxina, siguiendo la técnica de Gudernatsch (o sea sobre la metamorfosis de los renacuajos), y observó efectos positivos hasta las 12 horas, y negativos en la sangre extraída a las 24 horas de la inyección de tiroxina. Paralelamente estudió la curva de yodemia, y encontró la cifra más alta a los 15 minutos de la inyección, y alcanzó el mínimo a las 24 horas. El yodo se eliminaba lentamente por la orina; la eliminación era más intensa a las 4 horas y aun a las 48 se encontraba yodo en la orina.

Asher y De Quervain han demostrado mediante la prueba biológica de Asher y Streuli, que el suero de cretinos contiene sustancias que neutralizan los trastornos de hiperfunción tiroidea. Saegesser ha comprobado la misma acción siguiendo la prueba biológica de Reid-Hunt. Viendo que las sustancias protectoras contra la tiroxina no pueden estar en el tiroides, puesto que existen en la sangre de los sujetos atiroideos, este último investigador ha realizado recientemente diversos ensayos con el fin de ver qué parte del suero sanguíneo o de los corpúsculos de la sangre constituye esas sustancias protectoras. Después de numerosos experimentos, ha llegado a la conclusión que la colessterina es la que inhibe la acción de la tiroxina. Abelin, por otro lado,

ha publicado que la mejor dieta para tratar los estados hipertiroideos es la que sea muy rica en sustancias lipóideas.

Las funciones del tiroides se hallan bajo la dependencia de la hipófisis, según lo probaron los trabajos de Allén y Smith, comprobados posteriormente por Leo Loeb y su escuela, por Jansen, Houssay y otros. Eisler ha demostrado que la administración a conejos de la hormona tireotropa del lóbulo anterior de la hipófisis, les produce ascenso de la temperatura, elevación de la yodemia, aumento del metabolismo basal, taquicardia, temblor y alteraciones del estado general y hallazgo anatómico del toroides, similar a los que se observa en el mal de Basedow. La clínica muestra también casos de acromegalia con síndrome hipertiroideo, y por el contrario, no es raro ver asociados síndromes adoposogenital de Froelich con hipotiroidismo; sin embargo, según los trabajos de Schittenhelm y Eisler, parece ser que surten poco efecto terapéutico la administración de altas dosis de hormona tireotropa hipofisaria en casos de hipotiroidismo, lo que parece indicar que dicha hormona lo que hace es únicamente estimular el tiroides normal, hecho por otro lado corroborado por los experimentos realizados por Thadea en conejos. Este autor, investigando la acción de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis sobre la hematopoyesis, observó que los extractos de dicho lóbulo actuaban excitando el funcionamiento de los órganos hematopoyéticos; pero como se sabía que la tiroxina actuaba del mismo modo, a otros conejos les extirpó previamente el tiroides y después les inyectó los extractos hipofisarios, y vió que entonces no reaccionaba la médula ósea como en los animales normales, por lo que llegó a la conclusión de que la hipófisis en esta función del organismo, como en otras, por ejemplo, en el metabolismo basal y acción específico-dinámica de los alimentos, realiza su influjo mediante la excitación del funcionamiento del tiroides.

En estudios recientes se ha demostrado que el tiroides y bazo ejercen funciones antagónicas en el organismo, así, por ejemplo, el tiroides es excitador de la hematopoyesis, el bazo inhibidor. Streuli y Nakao demostraron que los animales normales resisten más los descensos de la presión del aire que los esplenectomizados. Nosotros hemos observado que los glóbulos sanguíneos de animales esplenectomizados consumen 10 por 100 de oxígeno más que los animales normales, y que los animales esplenectomizados son mucho más sensibles a la acción de la tiroxina que los normales.

En el curso pasado, Abelin ha encontrado después de numerosos experimentos realizados en ratas, que el metabolismo hidrocarbonado y el de las grasas es influenciado en sentido antagónico por la tiroxina y por las hormonas de las cápsulas suprarrenales, puesto que, tanto en el hipertiroidismo como en los animales decapsulados, halló desaparición del glucógeno hepático y muscular e hiperlactacidemia elevada.

Los resultados de las investigaciones de la escuela de Asher, con Newton y Stämpfli, han demostrado que el timo y el tiroides tienen acción sinérgica.

Actualmente créese que el tiroides se encuentra bajo la acción de los

centros diencefálicos vegetativos, o por lo menos guarda estrecha relación funcional con los mismos. Scharfers en animales, y Caupp en el hombre, han demostrado células ganglionares de actividad secretoria en el núcleo supraóptico y paraventricular, de estructura un tanto similar a las del tiroides, y en un enfermo de mal de Basedow se encontró alteración en la estructura de los mismos. Shittenhelm y Eisler han demostrado que el yodo no sólo se encuentra en gran concentración en la hipófisis, sino también en el tuber cinereo, en el hipotálamo y hasta en los cuerpos mamilares; también la médula oblongada es rica en yodo; por el contrario, la corteza cerebral y el cerebelo, son pobres en este metaloide. Por administración de tiroxina a los animales se aumenta la concentración del yodo en los lugares anteriormente comentados, por extirpación del tiroides disminuye. Las investigaciones químicas del cerebro, pertenecientes a sujetos fallecidos a causa de la enfermedad de Basedow, han dado el hallazgo de una elevada concentración del yodo en el cerebro medio e hipófisis.

Si se recuerda ahora el papel importante que anteriormente achacábamos al tiroides en el metabolismo yodado, y por otra parte los trastornos vegetativos que acompañan al funcionamiento patológico del tiroides (alteraciones de la temperatura, del metabolismo acuoso y basal, de las grasas, etc., del sudor, trastornos emocionales, etc.), sabiendo que todas estas funciones vegetativas tienen su centro director en ese lugar del cerebro medio, se deducirá que entre los centros diencefálicos, hipófisis y tiroides, existe una muy estrecha relación funcional.

De intento no hemos querido hacer hincapié en el escrito de esta Memoria, en los conocimientos de la fisiopatología del tiroides perfectamente esclarecidos y sancionados por la clínica, ya que ellos se encuentran en cualquier Manual de Patología Médica; nuestra idea directriz ha sido el resumir en pocas páginas los hechos de adquisición reciente y los que se hallan en estudio, para que el médico práctico, impedido por sus trabajos profesionales de leer las revistas de investigación científica, pueda conocerles y hasta aplicarles en su ejercicio profesional. Del mismo modo no hemos comentado ninguno de los asuntos relacionados con el problema del bocio, porque quizá él constituya solamente el tema de otra Memoria.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÑO
FORMULA

Sulfoguyacolato 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 agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.



A

Efecto del Progynon sobre el útero de una mona infantil
A=animal de control
B= animal sometido al tratamiento



B

Insuficiencia ovárica

Progynon-B oleoso



Para los casos rebeldes de trastornos climatéricos y trastornos menstruales

Cajas con 3 amp. de 50.000 U. l. cada una y cajas con 1 amp. de 250.000 U. l.

Progynon-Grageas

Para el tratamiento de los casos corrientes

Fascos con 15 y 30 grageas de 1000 U. l.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S. A.
Madrid, Apartado 479 — Barcelona, Apartado 1030

PRODUCTOS VÉLEZ

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)

Prevención de accidentes⁽¹⁾

por el doctor VICENTE DE ANDRÉS BUENO

I Notas preliminares

Son muchos los accidentes del trabajo que se registran en las Estadísticas.

No es necesario hacer una gran aportación de datos para demostrar el considerable número de accidentes de que son víctimas los obreros, como consecuencia del trabajo que realizan.

La lectura de esta clase de cifras la estimamos más que conveniente, indispensable, para toda la propaganda de prevención que se haga, sobre todo para obreros y patronos, pero no cuando la cuestión se trate entre elementos técnicos, ingenieros y médicos por ejemplo, para los cuales sólo están justificados los datos referentes a las estadísticas demostrativas de la utilidad de los medios preventivos.

Se impone la obra de prevención.

Para hacer frente al gran número de accidentes que registran las estadísticas, se ha estimado indispensable en todas partes llevar a cabo la obra de prevención bien organizada y dirigida. La necesidad de la organización preventiva como esperanza o seguridad de buen éxito, es reconocida sobre todo por quienes tengan o hayan tenido intervención más o menos directa en los accidentes del trabajo que cotidianamente se producen, por presencia, acción, cuidados al perjudicado o responsabilidad en la reparación.

A quiénes interesa que se lleve a cabo la prevención de accidentes.

Interesa sobre todo al obrero, la víctima, el que se lleve a cabo la prevención de accidentes; en primer lugar por la conservación de su salud, por lo que pueda sufrir físicamente, y, después, desde el punto de vista económico, por la disminución que tendrá en sus ingresos no trabajando.

Interesa también a los patronos, porque los accidentes ocasionan un gasto en la producción, pues son una carga por su coste y por las jornadas de trabajo que se pierden.

Interesa a las Mutualidades y Compañías de Seguros que hayan de abonar a la Caja Nacional el coste de las rentas en casos de incapacidad permanente y muerte.

(1) Resumen de las conferencias sobre esta materia, del Curso especial de Higiene Profesional y Medicina del Trabajo del Instituto Nacional de Higiene. Madrid, Abril-Mayo, 1935.

Desde el punto de vista humanitario interesa a todos, incluso a los absolutamente alejados de las cuestiones de trabajo, por que no sean actores en las mismas o no les alcance responsabilidad.

A las naciones de modo global también, porque muchos accidentes pueden suponer una pérdida considerable en la economía del país.

Finalmente, nos interesa, además de a los elementos dirigentes de las industrias y a los que están al cuidado de los obreros, a quienes hayamos de intervenir en el tratamiento de los accidentados, pues misión nuestra, tanto como la de curar, ha de ser la de prevenir, contribuyendo para ello con nuestros conocimientos, observaciones y con los medios que tengamos a nuestro alcance.

Por quién ha sido realizada la obra de prevención.

Primeramente mencionaremos la llevada a cabo por los Gobiernos en todos los países. Nuestra legislación tiene muchas disposiciones encaminadas a hacer disminuir los riesgos del trabajo.

En la Conferencia Internacional del Trabajo de Ginebra, la prevención de accidentes ha sido ampliamente tratada, y son varias las notas informativas que con este fin ha publicado el B. I. T.

Ofrece gran interés la obra realizada por asociaciones patronales o grupos de industrias, bien aisladamente o con el carácter de agrupaciones nacionales: la «National Safety Council», de Estados Unidos, la «Association des Industriels de France contre les accidents du travail», la «National Safety First Association», de Gran Bretaña, y la «Asociazione Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni sul Lavoro» (A. N. P. I.) domiciliada en Milán, que por decreto de 31 de Agosto de 1932 se ha transformado en «Ente Nazionale di propaganda per la prevenzione degli Infortuni» (E. N. P. I.).

Publicaciones periódicas sobre prevención de accidentes.

Tienen actualmente gran difusión los trabajos sobre medios preventivos y propaganda de prevención que publican algunas revistas, como la «Chronique de la Sécurité Industrielle», del B. I. T. y «Securitas», editada en Milán por la E. N. P. I. y que mencionamos de modo especial por considerarlas como las más útiles.

Museos de Seguridad e Higiene.

Instalaciones utilísimas para la propaganda de prevención. Los hay en las principales poblaciones de Europa. En España parece que hemos de tenerlo pronto en Madrid; el anteproyecto fué redactado por el general Marvá y publicado el proyecto definitivo en 1930; don Rudesindo Montoto también ha colaborado.

Nos encontramos en el mejor momento para llevar a cabo una eficiente labor de prevención.

II Causas de los accidentes

Para el estudio y organización de la obra preventiva es necesario conocer las causas de los accidentes; por qué se producen.

Las proporciones en que se encuentran los accidentes, debidos a faltas patronales, culpas del obrero o circunstancias imprevistas, que en alguna ocasión sirvieron para justificar o establecer el derecho a la reparación, deben ser conocidas, pues ellas son un complemento para la prevención digno de tenerse en cuenta, si bien debemos señalar que, comparadas entre sí algunas estadísticas, ofrecen notable diferencia, debida a que se refieren a trabajos distintos o a la distinta apreciación hecha por los observadores y aun a la época en que se llevó a cabo la observación.

De nuestras observaciones, que se refieren a más de 30.000 accidentes en un período de 10 años, hemos deducido los siguientes datos:

Accidentes imputables al obrero (descuido, imprudencia, negligencia).....	48 por 100.
Accidentes que pudieron evitarse si el obrero hubiera reaccionado con rapidez.....	2 —
Accidentes debidos a no haber utilizado aparatos protectores	14 —
Accidentes originados por causas ajenas al obrero u otras desconocidas	36 —

Accidentes mortales:

Debidos a imprudencia del obrero o de algún compañero.....	85 por 100.
Debidos a causas fortuitas	15 —

A) Causas comunes a muchos trabajos.

I.—AMBIENTE DE TRABAJO

Iluminación.—Si la luz natural o artificial es insuficiente, aumentan los peligros y los accidentes se producen con más facilidad.

Temperatura.—La temperatura media agradable es la más conveniente para realizar el trabajo. El calor excesivo es causa de accidentes, porque la fatiga llega con facilidad y los movimientos no son muy seguros y porque la atención no está tan despierta. Con el frío intenso, la destreza manual está disminuída e influye en la producción de accidentes.

Aireación.—Donde hay focos de calor (hornos o fraguas), si no se re-

nueva el aire se forman gases o neblinas que serán causa de molestias al obrero o dificultan la visibilidad en el taller. Otro tanto puede decirse de otros gases que no procedan de hornos de combustión, pero que dificultando el trabajo del obrero por las molestias que a éste le produzcan, pueden ser causa de accidentes.

2.—LOCALES DE TRABAJO

Se observan accidentes debidos a malas condiciones de los locales de trabajo: por derrumbamientos totales o parciales de los edificios, caídas de los obreros cuando hay diferencias de nivel en el piso en deterioro del pavimento, en caso de incendio si las puertas o escaleras son insuficientes, por ascensores y montacargas si no están provistos de las necesarias medidas de seguridad, por insuficiente protección de las canalizaciones de vapor, por descargas eléctricas debidas a que las conducciones no tengan el debido aislamiento.

3.—DISTRIBUCION Y ORGANIZACION DEL TRABAJO

La distribución del trabajo influye en la producción de accidentes por lo que se refiere a la fatiga, y también por la relación entre los obreros que ejecutan conjuntamente una labor, la colocación del operario en postura difícil y ciertas maniobras de peligro.

Para que los obreros puedan defenderse contra los accidentes, conviene distribuir el trabajo de modo que la fatiga no aparezca y constituya un temible inconveniente. En jornadas de 8 horas, divididas en dos mitades y aprovechando el descanso para comer, hemos observado que los períodos en que se producen más accidentes están situados: el de la mañana a las 2 o 3 horas del comienzo del trabajo, y el de la tarde a la hora o poco más de haberse reanudado (lapso de tiempo de mayor lucidez el de la mañana, cuando el obrero está más descansado).

4.—MAQUINARIA

En la maquinaria común a muchas industrias, la que engendra la fuerza motriz, por ejemplo, serán causa de accidentes:

Las explosiones de calderas o generadores de vapor por corrosiones interiores o exteriores, desgastes del material, mal funcionamiento, fuego mal mantenido, etc.; pueden agravarse las consecuencias de la explosión por el derrumbamiento del local.

Roturas de los tubos de nivel.

Roturas de los tubos de conducción de agua o vapor con proyección de éstos.

Las bielas, manivelas, volantes y bolas del regulador, si los obreros se aproximan demasiado o caen sobre ellos.

Desprendimiento de gases tóxicos o del carburante utilizado en los motores de explosión; en éstos también lanzamiento brusco del volante al ponerlo en marcha a mano.

Las transmisiones, si no están protegidas.

En los motores eléctricos, además del peligro de las partes en movimiento, el de la corriente.

Deterioro de piezas o irregularidad en la marcha en motores y transmisiones.

5.—HERRAMIENTAS

Las herramientas son causa de accidentes: por uso incorrecto o descuido y, por lo que a ellas en sí se refiere, si tienen algún defecto o están estropeadas.

6.—CONDICIONES PERSONALES Y ESTADOS PARTICULARES DEL TRABAJADOR

El factor humano juega tan interesante papel en la producción de accidentes, como el que se refiere al rendimiento en el trabajo.

Entre las condiciones personales que han de tenerse en cuenta, están:

a) La inadaptación al trabajo, debido a:

Falta de condiciones personales para desempeñar el oficio.

A que el obrero carece de la afición necesaria para realizarlo; o

A que el desempeño del oficio le produce disgusto.

Debe culparse en gran parte de la inadaptación, al mal sistema que se sigue para la elección de oficio.

b) La falta de atención, muy necesaria en algunos trabajos de peligro, en los que la excesiva confianza es causa, con frecuencia, de accidentes.

c) Las reacciones ante los estímulos exteriores que, si son rápidas, servirán para que el obrero se aleje del peligro y no sufra accidente.

Influyen algunos estados particulares del trabajador, como:

a) Ciertas enfermedades compatibles con el trabajo (padecimientos crónicos, defectos de percepción, intoxicaciones, alcoholismo crónico).

b) La fatiga, aparecida por defectuosa distribución del trabajo, calor excesivo (más accidentes en verano), poco descanso (los lunes mayor número de lesiones en el trabajo) y algunos estados patológicos.

7.—FORMACIÓN PROFESIONAL DEFICIENTE O INCOMPLETA

La influencia de la formación profesional deficiente se observa sobre todo en los aprendices, que se hieren menos los bien seleccionados e instruidos convenientemente, que los no elegidos y dejados durante el aprendizaje con gran libertad.

B) Causas de los accidentes en las principales industrias y en la agricultura.

1.—MINAS, CANTERAS, TURBALES Y SALINAS

Incluidas en un solo grupo por la similitud de muchos de sus trabajos, tomamos como tipo las minas de carbón, por ser en España las más numerosas, las que emplean mayor número de obreros, porque en ellas se dan riesgos particulares que no se dan en otras, y porque se encuentran representados todos los métodos de extracción y arrastre.

Los peligros para los obreros se encuentran:

a) En los pozos, la rotura del cable que ocasione el desprendimiento de la jaula o cuba (caída de las personas que en ellas vayan o de piedras que hieran a quienes están debajo), escape de la jaula hasta la polea.

b) En galerías y transversales, desprendimientos de trozos de roca o golpes contra el techo y paredes de la galería, accidentes debidos a la circulación (atropellos por las vagonetas, golpes de los que en éstas van montados contra las trabancas, aplastamiento por las vagonetas contra las paredes).

c) Planos inclinados. Las roturas de cables o de enganches son causa de que al soltarse las vagonetas adquieran gran velocidad en el plano, arrojando a quienes encuentren a su paso y chocando contra otros trenes.

d) Permanencia en talleres. Desprendimiento de piedras, peligro de subir o bajar por bastidores y mampostas.

e) Hundimientos de galerías, transversales y explotaciones, si se ha entibado mal o las maderas se han deteriorado.

f) Explosiones extemporáneas de las materias que se utilizan en los barrenos.

g) Accidentes por el grisú. Al prenderse este gas y hacer explosión, se producen hundimientos; algunos obreros son lanzados a gran distancia; hay proyección de piedras, se forma llama al incendiarse el polvo de carbón, llama que quema a los obreros; los gases tóxicos ocasionan la asfixia.

h) Incendios (independientemente del grisú, al prenderse el polvo de carbón) por imprudencias, caída de lámparas y cortocircuitos en las conducciones eléctricas.

i) Oxido de carbono. Hay en algunas minas desprendimiento de CO, que si se produce súbitamente y en cierta cantidad, puede ser causa de accidentes mortales.

j) El agua en las galerías, que aparece en ocasiones en cantidades considerables.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

k) Utensilios de trabajo: picas y martillos neumáticos de los picadores y hachos de los entibadores.

2.—METALURGIA

En altos hornos los accidentes más frecuentes son:

a) Quemaduras por contacto con el metal fundido; las sufrirán los limpiadores, moldeadores, fundidores y rompedores de fundición. Operación peligrosa es la de destapar el horno y cuidar la salida del metal fundido para regularla.

b) Caídas. De obreros, por obstáculos o en las escaleras, y de objetos desde gran altura.

c) Asfixias por anhídrido carbónico y por el óxido de carbono. Pueden sufrirlas los obreros encargados de la limpieza y reparación de las conducciones. En la obtención de otros metales (tostación, reducción, precipitación) se observan los mismos peligros y el de que se produzcan enfermedades profesionales por intoxicación crónica.

3.—FABRICACION DEL ACERO

En la fabricación del acero, bien por el método Bessemer o por el de Martín-Siemens, el peligro es el de las quemaduras.

4.—TRABAJO DEL HIERRO Y DEMAS METALES

a) Fundición. Las quemaduras son frecuentes ya desde que sale del horno el hierro colado; las cucharas, si se vacían por descuidos, atropellos o caídas, vierten el metal fundido que quema a los obreros; si las cajas están húmedas, pueden hacer explosión al entrar el metal líquido. Si en el taller se forman neblinas o humos, pueden aumentar los accidentes.

b) Talleres de forja. Las quemaduras en estos talleres son debidas a las escorias y a las chispas. Los machos pilones ofrecen peligro, en particular cuando se escapa la pieza golpeada.

c) Laminación. El peligro mayor en los trenes de laminación está en las quemaduras por contacto con la pieza que se lamina.

d) Trefilería. En el estirado en frío las lesiones son debidas a acción contundente. En otras operaciones, como recocido, desoxidado, galvanizado y devanado, existe también el peligro de quemadura. Para alambres gruesos es aplicable lo dicho para la laminación.

e) Talleres de construcciones mecánicas. Las máquinas-herramientas son peligrosas, particularmente por los engranes, proyección de trozos metálicos de la pieza trabajada que son lanzados con violencia y por los aplastamientos de dedos o de la mano que a veces originan especialmente las prensas.

Las piedras de esmeril pueden romperse y herir los fragmentos al obrero, pero por ellas el accidente más frecuente es la proyección de partículas que se clavan en los ojos.

Los sopletes de la autógena son causa de quemaduras por chispas o por inflamarse los gases al escapar por un tubo de conducción que esté roto o en el mismo soplete; la acción de la llama en los ojos no protegidos es sumamente desagradable y perjudicial.

Las grúas, puentes y los aparatos neumáticos, ofrecen asimismo peligros de variable importancia.

5.—INDUSTRIAS QUIMICAS

La maquinaria utilizada en las fábricas de productos químicos puede ser causa de los mismos accidentes que otras máquinas de que se ha hablado. Las explosiones en estas fábricas pueden producirse por los generadores de vapor, por autoclaves, por mezclas detonantes y por tubos de gases comprimidos. Se observan casos de intoxicaciones agudas por aspiración de gases tóxicos y la asfixia. También existe el peligro de quemaduras por contacto con sustancias corrosivas.

6.—INDUSTRIAS TEXTILES

En las industrias textiles, además de los peligros de engranajes, transmisiones y piezas móviles de las máquinas, está el de las lanzaderas.

7.—INDUSTRIAS DE LA CONSTRUCCION

En trabajos de albañilería y hormigón armado, los accidentes suelen ser debidos a caídas del obrero de andamios, escaleras o techos y precipitación en hoyos, así como a caída de ladrillos, herramientas, etc., sobre la cabeza de los obreros.

Los canteros están expuestos a proyección de partículas de piedras a los ojos. En derribos, al abrir zanjas y en trabajos subterráneos, los accidentes son frecuentes por diversas causas.

Los carpinteros están expuestos a muchos de los peligros que se citan para los albañiles cuando trabajan en los edificios, y, en el taller, a la acción vulnerante de la maquinaria para la madera y de las herramientas.

Otros obreros del ramo de construcción, como hojalateros, plomeros, metalúrgicos que colocan los armazones metálicos de los edificios, los de calefacciones, fumistas, etc., pueden sufrir accidentes de diversas clases, bien en el taller al preparar las piezas o en el edificio en construcción.

En este grupo de la construcción pueden incluirse la de caminos, obras hidráulicas y alcantarillado, así como las navales.

8.—INDUSTRIAS ELECTRICAS

En las fábricas de electricidad el peligro mayor y más grave es el de la corriente eléctrica; las consecuencias suelen ser la muerte—que en ocasiones no necesita ser muy elevada la corriente para que se produzca—y quema-

duras de variable importancia. Otros accidentes en las fábricas de electricidad son los debidos a las transmisiones y piezas movibles de los motores y las caídas cuando se trabaja a gran altura.

En las líneas de conducción eléctrica—al ser instaladas o reparadas—además del peligro de la corriente, está el de caídas de los postes.

En las fábricas de aparatos y maquinaria eléctrica, se observan los mismos peligros que en otras fábricas análogas. Los instaladores electricistas pueden sufrir los mismos accidentes que otros obreros de oficios similares.

9.—FERROCARRILES

Puede haber accidentes graves o mortales entre los obreros que hayan de circular mucho por las vías, cuando son atropellados por un tren.

Los enganches y desenganches del material móvil son causa de muchos accidentes, algunos muy graves o mortales.

Los obreros ferroviarios que van en los trenes, pueden sufrir golpes contra postes, puentes o muros muy próximos a la vía, y están expuestos a que les alcancen las consecuencias de los choques o descarrilamientos que tengan los trenes en que viajen.

Los escapes del material en estaciones de rampa inclinada pueden ser causa de accidentes a los obreros a quienes alcancen en su camino y a los que intenten hacer el calco con los vagones ya en marcha.

Quienes trabajan en la vía o circulen por ella, se exponen a caídas por tropezar contra obstáculos como agujas, señales, etc., o a quemaduras por las chispas o el vapor que desprende una máquina que pase a su lado.

10.—OTRAS INDUSTRIAS O TRABAJOS

Se han mencionado las industrias y trabajos más importantes por su peligro o por el número de obreros que a ellos se dedican.

Lo ya dicho es aplicable a los demás trabajos no mencionados, como industrias de la alimentación, del papel, cartón y caucho, de cueros y pieles, alfarería y cerámica, vidrio y cristal, fábricas de ladrillos, etc.

11.—AGRICULTURA, GANADERIA Y TRABAJOS FORESTALES

Como causas de accidentes entre los obreros agrícolas, están:

a) Las debidas al medio (rayo, insolación, inundaciones, terremotos, picaduras de insectos, mordeduras de ofidios y las causadas por la configuración del terreno).

b) Por los útiles de trabajo (cortaduras en los pies con hachas y en las manos con hoces).

c) Máquinas agrícolas. Por los animales que las transportan y por los motores que las mueven: cuando éstos están en marcha exponen a muchos accidentes si el obrero se acerca demasiado a los sitios peligrosos o introdu-

ce las manos o los pies involuntariamente en la zona de acción; otro tanto puede decirse de las sierras mecánicas instaladas en los bosques para dividir los troncos.

d) El acarreo. Caídas del carro en marcha y paso de las ruedas de éste sobre el cuerpo del obrero; precipitación del carro y su conductor por un terraplén.

e) Por acción vulnerante del producto que se recoge (púas o pinchos de algunos tallos, aceitunas recogidas por ordeño, espigas de los cereales, cuyas aristas se clavan en los ojos, árboles que caen al ser accionados).

f) Intoxicaciones, cuando los obreros tienen que manipular sustancias explosivas o parasiticidas.

g) Caídas de los árboles o escaleras, generalmente por recoger los frutos.

h) Cuidado de animales. Lo mismo los animales que sirven como elementos auxiliares en el laboreo de las tierras—caballos, mulas, vacas, bueyes—al ser cuidados por los obreros, que el ganado lanar, cabrío, de cerda, etcétera., para cuya crianza trabajan algunos obreros agrícolas, exponen a accidentes de diversas clases por pisadas, coces, mordiscos, cornadas y caídas cuando sirven de cabalgadura.

12.—OTRAS CAUSAS DE ACCIDENTES

a) *Autolesiones*.—Las lesiones que voluntariamente, de propósito, se produce el obrero, hacen en ocasiones aumentar considerablemente la cifra de accidentes; el móvil que puede impulsar a quienes obran así suele ser el procurarse un descanso, especialmente si con la indemnización que se les abone por incapacidad, unida a algún otro subsidio que perciban, nivelan o sobrepasan el jornal que cobran. Estas son las autolesiones que podríamos llamar primitivas, distintas de las caracterizadas por las manipulaciones de diversas clases que en sus heridas hacen algunos obreros para prolongar la baja o para procurarse una indemnización por incapacidad permanente.

b) *El paro*.—El paro tiene relación con las autolesiones cuando los obreros procuran retrasar el alta, si saben que han de ser despedidos, o intencionadamente se hicieren cuando saben va a terminar la obra en que trabajan. Pero la relación del paro con los accidentes del trabajo la encontramos también, sobre todo en la agricultura en tiempos de recolección, por haber tenido que ocupar a los obreros parados a quienes había que dar trabajo en otros menesteres muy distintos a sus anteriores actividades.

c) *Obreros que no hacen uso de medios protectores*.—Obreros hay que por descuidos o alardes de valor omiten la protección de las máquinas, no hacen caso de los avisos de peligro o desatienden los consejos de prudencia. Hay otros que no usan los medios protectores que deben llevar colocados, porque dicen que les estorban, que les dificultan el trabajo o porque se avergüenzan ante sus compañeros de aparecer como timoratos o excesivamente previsores.

III Labor de prevención contra los accidentes

A) La organización internacional del trabajo.

La obra del B. I. T. en orden a prevención de accidentes es copiosa y de extraordinaria importancia.

Iniciada en el Tratado de Versalles y en las sesiones de la Conferencia Internacional de 1918 y 1919, se creó un servicio especial para estudiar el plan internacional y después el subcomité de Seguridad; se ha publicado la información documental para la sesión de 1928 y las respuestas de las naciones al cuestionario enviado, así como el Convenio para carga y descarga de buques, la recomendación relativa a prevención de accidentes, la que hace referencia a máquinas accionadas por fuerza mecánica y varios folletos muy interesantes en la Sección de Estudios y Documentos.

B) Legislación española.

Los textos legales que en España hacen referencia a la prevención de accidentes son:

1. El Reglamento de la Ley de Accidentes del Trabajo en la Industria, capítulo III, sección 1.^a, artículos 44 a 51.
2. El «Catálogo de mecanismos preventivos de los accidentes del trabajo», aprobado por R. O. de 2 de Agosto de 1900. Le encontramos el inconveniente de que es sumamente impreciso, porque solamente enuncia, pero no detalla ni describe.
3. «Clasificación de las industrias y trabajos prohibidos a las mujeres menores de edad y a los niños menores de 16 años.» Real decreto de 25 de Enero de 1908.

C) Medios generales que deben emplearse para que los accidentes no se produzcan.

Para evitar los accidentes del trabajo cuyas causas quedan señaladas, deben oponerse medios de muy diversas clases, que, de modo general y aplicables a las diversas industrias y trabajos, podemos dividir en mecánicos, psicológicos y gráficos (sin que esto quiera decir que seguiremos este orden en la descripción).

Son medios mecánicos los que tienden a hacer de la protección de la maquinaria y de los lugares peligrosos de trabajo, así como del cuerpo del trabajador; como psicológicos están las pruebas psicotécnicas, y entre los gráficos los que se utilizan para llevar a conocimiento del obrero la utilidad de la protección y la manera de ponerla en práctica.

Al describir las medidas de prevención de los accidentes, seguiremos un orden análogo al llevado al tratar de las causas de los accidentes.

I.—LOCALES DE TRABAJO

a) *Condiciones de construcción.*—Poseerán resistencia y seguridad suficientes; contruídos con buenos materiales estarán reforzados en los sitios que hayan de soportar pesadas cargas. Se procurará que las estancias del mismo piso estén a igual nivel. Las puertas se abrirán con facilidad y hacia afuera, y tanto éstas como las escaleras, tendrán la suficiente amplitud para caso de evacuación rápida.

b) *Iluminación.*—Con la natural se procurará aprovechar la mayor cantidad de luz lo más uniforme posible, evitando las sombras exteriores o interiores.

En los edificios libres por todos los lados, se orientarán los ángulos a los puntos cardinales; en otro caso, el lado principal al Este, Nordeste o Sueste. Se evitará el estorbo de edificaciones vecinas, muros y árboles, construyendo el edificio alejado prudencialmente de ellos.

En edificios de una sola planta es buen sistema el de tejados en «diente de sierra», «sheds», orientando al Norte el lado más vertical cubierto de cristales.

En edificios de pisos, la iluminación será lateral por amplios ventanales que lleguen hasta cerca del techo, con superficie de ventanas proporcional a la altura de los locales y a los trabajos que en ellos se ejecuten.

El color de las paredes será blanco o tonos claros de verde, azul o amarillo, que fatigan menos.

El alumbrado artificial se procurará que sea lo más aproximado posible a la luz natural. Iluminación difusa, sin sombras, es la mejor y con intensidad en relación con la clase de trabajo.

Los focos luminosos estarán colocados a suficiente altura para que no deslumbren ni originen sombras molestas; si en trabajos finos se ha de colocar un foco muy próximo, se procurará que alumbré el sitio del trabajo, pero que los rayos luminosos no se proyecten en la cara del obrero.

c) *Temperatura.*—Son más convenientes que las estufas en invierno, los sistemas de calefacción por vapor, agua caliente o electricidad; la inyección de aire caliente, a la vez que hace elevar la temperatura, renueva la atmósfera viciada por humos, polvos o neblinas.

La refrigeración puede ser necesaria en ciertos talleres, en verano, cuando a la temperatura ambiente se suma la de hornos o fraguas.

d) *Aireación.*—Puede hacerse por aire caliente a la vez que la calefacción, por aspiración con potentes extractores o inyectando aire como se hace en las minas.

(Concluirá)

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

Desde hace 30 años
acreditada
y preferida

Arsenoferratoso
(Licor ferro-arsenical con 0,3% Fe. y 0,003% Ars.)

El preparado ideal para la
medicación combinada de
Hierro y Arsénico

Frascos de origen con unos 250 grs.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim - Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

„BOEHRINGER" Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.

BARCELONA - Apartado 5.052

MADRID - Apartado 10.025

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

linfatismo, esrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etc., etc.

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteinoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

SURRETAL

extracto total suprarrenal; *inyectables.*

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; *gotas e inyectables.*

ERGAL

extracto medular suprarrenal; *gotas e inyectables.*

GONEAL

químio-proteinoterapia; *inyectables.*

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; *inyectables.*

NARCOTAL

extracto del opio; *gotas, comprimidos, inyectables.*

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

MASTAL

extracto de mama funcionante; *gotas e inyectables.*

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA

Agente: M. VIALE / Provenza, 427-BARCELONA, / Carretera de Maudes, 5, Hotel-MADRID

Técnica general de la cura solar

por ANTONIO LAGUNA

Es difícil hallar un procedimiento terapéutico cuya técnica sea de más sencilla aplicación.

Teóricamente, consiste en exponer la región enferma o el cuerpo a los rayos solares; mas prácticamente hay que evitar, bajo pena de tropezar con los peores de los fracasos, el confundirlo con la simple exposición al aire, si hemos de llegar a alcanzar de la cura todo el beneficio posible.

Los modos de aplicación han sido extremadamente variables, según los autores que han recurrido a este método terapéutico y efectos que han querido obtener.

Así, entre los principales, tenemos el método de Rickli, método de Mechl y el método de Hamasse y Malgat.

La técnica de la cura solar descansa en los principios siguientes:

1.º La *insolación* deberá tener un período de preparación en el que debe destinarse un número de días variables, según las condiciones del sujeto enfermo a la *adaptación*, a la *altura* y al *entrenamiento* de la cura.

2.º La *insolación* deberá ser *directa* y *total*; en determinados casos *regional* o *local*.

3.º La *insolación* deberá ser: *progresiva*, *metódica*, *continuada* y *vigilada*.

4.º La *insolación* deberá ser de *baño* caliente o de *baño* frío, según los casos y reacciones individuales.

5.º La *insolación* deberá ser (según indicaciones) de *movilización* o de *inmovilidad* y reposo del enfermo durante la cura.

6.º La *insolación* deberá ser en la *dosificación* y *posología* variable, según las reacciones generales y locales del enfermo, que hace preciso vigilar en cada caso particular.

1.º *Período de preparación*.—En general es necesario disponer previamente a todo enfermo a la *cura solar*, y a su vez conocer la sensibilidad del mismo a los efectos de la cura, porque no es posible tener reglas absolutas, ni hay tampoco fórmula que se adopte a una categoría determinada de enfermos para relevarnos de este período de preparación.

Entiendo que son necesarios ocho días para acostumbrar a un enfermo residente en la ciudad, a las condiciones nuevas del aire, de ozono, de luminosidad que halle en las alturas, para habituarlo a las reacciones vitales que para él resultan.

Es preciso también informarse antes de exponer al enfermo al *sol*, acerca de sus reacciones generales en caliente y en frío, o simplemente al aire libre.

Se llevará a efecto, permaneciendo el enfermo en la habitación y en la

cama abiertos los balcones, o bien en una galería, en donde el aire y el sol tengan libre entrada.

El enfermo permanecerá en ella una hora durante el primer día, dos horas el segundo día, tres horas el tercer día, y así sucesivamente. Durante este tiempo, se toma con regularidad la temperatura y el pulso, se anotan el número de respiraciones y se informará del estado de sus bronquios y corazón; se procede también al examen de la orina y aun de la sangre; se toma el peso, y a partir del día en que la tolerancia es completa para la cura de aire, empieza el tratamiento helioterápico propiamente dicho.

2.º La *insolación* deberá ser *directa* y *total* en determinados casos, *regional* o *local*.

Los rayos solares habrán de impresionar la piel normalmente en su superficie, sin interposición de vidrieras ni objeto alguno que llegue a impedir los rayos *ultra-violetas*; una insolación en una habitación o galería cerrada por vidrieras es perfectamente ineficaz, aun cuando los rayos caloríficos pasen conservando todas las radiaciones más el aire para lograr sus buenos efectos.

Según Rollier, la acción directa del *sol* y del *aire* sobre la superficie total del tegumento es necesario y constituye el más enérgico de los tónicos y el mejor reconstituyente; y lógico es admitir, que la piel en estas condiciones experimentalmente, bajo la influencia de una excitación continua y moderada, un estímulo funcional favorable.

La *insolación* directa exige tomemos la precaución de poner al sujeto enfermo al abrigo del viento y de las corrientes de aire; pero no se tema por esto una ligera ventilación, pues el calor muerto y sofocado, al provocar una sudación abundante, anemia y debilita a los enfermos, y los expone a riesgos de enfriamientos bruscos; he aquí uno de los motivos por qué la cura solar cerca del mar y en la montaña, donde reina un fresco y brisa agradable, es siempre inferior a la insolación en el llano y a la sofocante atmósfera de la ciudad.

Si se quiere hacer helioterapia en la ciudad, procuraremos establecerlo en las terrazas y aprovecharemos los espacios libres de patios o jardines que existan en el seno de la ciudad. En las habitaciones o galerías es difícil poder practicar la cura, bien por la elevación que tienen los edificios, y aun cuando penetre el *sol* por los balcones o ventanas, no puede ser utilizado cuando está próximo al zénit.

No debemos contentarnos en la práctica de la cura solar con medidas a medias o remedos de remedios, y por ello tenemos que reconocer los inconvenientes del lecho para realizar una buena insolación, y a más, si la orientación de la habitación es de *este-oeste*, queda perdida la casi totalidad del tiempo óptimo de insolación, y si la orientación es *sur*, entonces la zona soleada durante el verano es de aplicación difícil.

Si el enfermo guarda cama, se le trasladará a una galería, o en su misma habitación, que tenga ancha puerta vidriera que abra sobre un balcón, se le resguardará por medio de cortinas sujetas por sus extremidades, que le res-

guarden suficientemente del viento y corrientes de aire, y a su vez permita la *insolación*.

En el campo debería practicarse la *helioterapia* en lugares descubiertos, sin más resguardo contra el viento que una tapia o cuerpo de edificio en forma de escuadra, o bien rodeado por un biombo, de manera que forme una especie de jaula abierta por arriba y uno de los lados, de modo que permita la insolación y esté a cubierto de miradas extrañas.

En las orillas del *mar* ha de practicarse lo más cerca posible de la playa, ya sea en galerías de cura, ya sobre terrazas, y puede también efectuarse en una embarcación con débil brisa y viento en popa.

Recordando que a más de la acción local, el *sol* posee una acción general manifiesta muy favorable, estamos obligados, cualquiera que sea la lesión que hayamos de tratar, llegar progresivamente y con los cuidados necesarios, a hacer insolación total, porque no solamente hemos de tener en cuenta la acción local, sino también la acción general sobre el conjunto de las funciones orgánicas: acción tónica, aceleración de la nutrición, modificaciones favorables de la fórmula sanguínea, etc., etc., cuya influencia beneficiosa se dejará sentir en todo el organismo, y de modo especial sobre el estado local.

Se efectúa la insolación total estando el cuerpo completamente desnudo y confortablemente instalado sobre la cama o *chaise-longue* con mullido, que permita fácilmente los movimientos.

La cabeza deberá cubrirse con un amplio sombrero de tela blanca o con una sombrilla, y hacer uso de cristales ahumados oscuros para proteger los ojos contra una luz demasiado viva.

Algunos enfermos experimentan cierta repugnancia descubrir sus tegumentos al sol, a pesar de las explícitas recomendaciones, y unos se limitan con descubrir únicamente la lesión, otros, llevan su timidez hasta recubrir con gasa la lesión, y los más titubean en presentar la totalidad de sus miembros inferiores.

Es necesario reconocer también que para salvar estas conveniencias sociales, se necesitan condiciones climatéricas particulares y locales apropiados.

Cuando no esté indicado o no sea posible la insolación total, deberemos practicar la local o parcial, limitada a la región lesionada. Así, Malgat no insola sino el tórax en los tuberculosos pulmonares; el abdomen en aquellos casos de perimetritis dolorosas; en los miembros, en los casos de tuberculosis osteo-articulares, adenitis, etc., etc. Fuera de estos casos, creemos con Rollier y con Jaubert, que el baño de sol total está indicado en todos los casos, si es aplicado según ciertas precauciones.

La situación en la insolación local es distinta a la insolación general. En estos casos, no habrá que temer una deplorable repercusión general por el hecho de haber sido prolongadas las sesiones. En la insolación local habrá que inspirarse esencialmente en el axioma de que la larga duración de la

insolación es el factor fundamental del éxito, váyase progresivamente al principio para evitar reacciones locales intensas del foco, que podrían ser la consecuencia de una exposición local prematura o demasiado intensa; y una vez se haya formado la pigmentación, puede ya prolongarse la exposición todo lo posible, tan es así, que sus efectos beneficiosos son tanto más evidentes cuanto más se deje la parte enferma expuesta al aire y a la luz durante todo el día, para que los rayos solares lleguen sobre su superficie, y a esta constante acción se atribuyen los éxitos más rápidos.

Considerables es el número de observaciones que de artritis fungosas, de osteo-artritis abiertas o cerradas que la helioterapia ha curado; de otros casos en que se fundieron las fungosidades al mismo tiempo que cesaban los dolores y se recobraban los movimientos de la articulación.

Se temía hasta aquí exponer a las radiaciones solares la cabeza y el pecho de los tuberculosos pulmonares, bajo pena de producir accidentes terribles, que pueden alcanzar desde la fiebre y hemoptisis, hasta la generalización granúlica.

Sin modificar en nada lo fundamental de la técnica general, puede exponerse el pecho primero y la espalda después, una o dos veces por día durante unos minutos cada vez, y progresivamente se aumentará la duración de las sesiones de exposición, sin que haya el temor, estando bien reglamentado, que ocurra el más mínimo incidente.

Aun cuando no se trate más que de insolación regional, es conveniente que el cuerpo esté protegido, de modo que evite una transpiración perjudicial, y lo mejor sería cubrirse por encima de la camisa con una bata o manta, que se puede ceñir a voluntad, según la temperatura aumente o refresque.

En efecto, el tratamiento helioterápico deberá ser progresivo; toda interrupción algo larga en la cura solar acarrea perjuicios a la cura y ocasiona un retorno atrás. Nada importa que en ciertas regiones haya un *sol* magnífico, si ha de permanecer varias semanas oculto; mucho más preferible es un brillo menos vivo pero cotidiano.

Empezaremos tratando las susceptibilidades de cada individuo, procediendo por insolaciones parciales: 1.º Manos y pies, después piernas y antebrazos, seguidamente brazos y muslos, no llegando a la insolación total sino después de haber provocado un verdadero hábito.

Asimismo, se graduará con todo cuidado la duración de las sesiones; por no haber observado una progresión prudente, cuando en los comienzos es demasiado largo el baño de sol, es por lo que se ven enfermos padeciendo cefaleas intensas, trastornos gástricos, cansancio, fiebre, etc., etc. En cambio, el baño bastante corto e interrumpido, tan pronto como cesa de sentir bienestar el enfermo no aumentándole sino metódicamente día tras día, proporciona una verdadera «euforia».

Después de haberse atemperado el enfermo, es cuando emplearemos la marcha siguiente en la insolación.

1.^a semana.—Día 1.^o Dos sesiones de cinco minutos: piernas y brazos.

Día 2.^o Dos sesiones de cinco minutos: piernas y antebrazos.

Día 3.^o Dos sesiones de diez minutos: piernas y antebrazos y cinco para muslos y brazos.

Día 4.^o Dos sesiones de quince minutos: piernas y antebrazos y diez para muslos y brazos.

Día 5.^o Dos sesiones de veinte minutos en los cuatro miembros.

Día 6.^o Dos sesiones de veinticinco minutos en los cuatro miembros.

Día 7.^o Dos sesiones de treinta minutos en los cuatro miembros.

2.^a semana.—Durante esta segunda semana se continúa aumentando cada sesión de insolación de los miembros unos cinco minutos por día, y hacia el día 12, últimos de la semana, se podrá descubrir el abdomen, comenzando por cinco minutos al final de la primera media hora de la insolación de los miembros; después de más cerca del comienzo de la sesión, aumentando en cada una el tiempo de exposición en diez minutos.

Durante este tiempo, la insolación de los miembros inferiores, todo por entero, continuará prolongándose mañana y tarde, de suerte que en verano esta duración podrá llegar a dos horas y otro tanto por la tarde; durante el invierno, es más restringida la posibilidad de insolación, y la duración no podrá exceder de una y media hora en todo el día.

3.^a semana.—En esta tercera semana se insola el tórax, siguiendo la misma progresión metódica que en el vientre y de igual manera. Se recomienda cubrir con un paño la región precordial para evitar posibles trastornos cardíacos.

4.^a semana.—Por último, en esta cuarta semana, a contar desde el principio del tratamiento, la insolación será total durante una hora dos veces al día, para todo el cuerpo, y si la estación se presta a ello, se podrá prolongar mucho más para la mitad inferior.

Desde el momento que el cuerpo haya sido expuesto durante una hora al sol, la progresión deberá continuar con una regla tan rigurosa y se podrá seguir por etapas más prolongadas. Si el enfermo adopta la posición vertical, o bien se encuentra en la horizontal, se expondrá al sol alternativamente la cara anterior y la posterior del cuerpo. A medida que se va obteniendo el entrenamiento y la pigmentación de la piel, las precauciones son menos necesarias, y el enfermo podrá permanecer al sol hasta seis horas, experimentando siempre una sensación de bienestar completa.

¿Qué duración tendrá el baño de sol? Es un elemento importante de la cura la duración favorable de los baños de sol, estando en parte reglada: 1.^o, por la observación de los enfermos; 2.^o, por las indicaciones y la idiosincrasia de cada caso en particular; 3.^o, por las fórmulas de reacción y de adaptación suministradas por Grelnitz; lo esencial es no provocar reacciones peligrosas.

Se deberá tener en cuenta, en casos particulares, la tolerancia de los

enfermos, cuya duración varía con las afecciones tratadas y las interrupciones más o menos largas impuestas por las variaciones de tiempo.

En los sujetos sensibles se disminuirá de la mitad todos los tiempos, sobre todo si empiezan en una estación caliente, y cuando las interrupciones hayan sido largas, se volverá a empezar por una etapa anterior a la que se hubiera suspendido.

Será preciso suspender la insolación una hora antes de la comida de medio día y no continuarla hasta dos horas después.

La *vigilancia* deberá ejercerse no solamente para el cumplimiento general de la cura, sino también, y sobre todo, para los detalles de ésta; es, pues, menester, que el médico vigile muy detenidamente y que juzgue cada caso tomado en particular; aquí, como en todos los tratamientos largos, es preciso contar con los desfallecimientos de la voluntad, con las claudicaciones de los enfermos, para quienes todos los pretextos son buenos, con el fin de acortar o eludir una sesión de insolación; esto sin hablar de los caprichos de los niños, a quienes los padres no saben imponer una continuada disciplina. Así vemos que toda cura solar confiada a padres o parientes (con algunas excepciones) está segura de fracasar.

¿Qué horas son las convenientes para la insolación?.—Entre las diez de la mañana y las dos o tres de la tarde, que es cuando llega a su máximo la actividad de las radiaciones; por consiguiente, esa parte del día es la que conviene utilizar sobre todo; mas por esto no se crea que antes de las diez y después de las tres sea indiferente la exposición al sol; las mesuraciones actinométricas de Nogier revelan un máximo de intensidad química entre las diez y las dos, pero no quiere decir esto que haya que descuidar las radiaciones oblicuas de los comienzos de la mañana o de las últimas horas de la tarde.

La insolación deberá ser de baño caliente o de baño frío, según los casos y reacciones individuales.—La temperatura del baño de sol ha sido objeto de opiniones bien variables. Los autores han dividido los baños de sol en fríos y calientes.

Para Rickli, el baño frío o baño de luz era el baño habitual; el baño con sudación representaba una cura a alta temperatura, que podría alcanzar a 55° y seguido de aplicación de una camiseta húmeda.

Para Malgat, el baño caliente es aquel cuya temperatura es superior a la del cuerpo; sus límites favorables son 37 y 42°; el baño frío es el que cuya temperatura es inferior a la del cuerpo.

Montenis hace notar que el límite entre el baño caliente y el baño frío depende más de la sensación del enfermo que del grado termométrico; en efecto, la temperatura es muy diversamente soportada, según el estado de la atmósfera y costumbre del enfermo.

La temperatura más favorable para los baños de sol es de 35 a 40°, muy próxima por consiguiente a la del cuerpo humano; por encima y por debajo de esta cifra, los enfermos toleran muy desigualmente las variaciones tér-

micas, y la tolerancia depende de la lesión que debe tratarse, del período de entrenamiento, del estado general del enfermo, de su resistencia, etc., etc.

La insolación deberá ser (según indicaciones) de movilización o de inmovilidad del enfermo durante la cura.—En el primer caso se trata del *baño alemán*, como le aplicaba Reckli; en el segundo caso se trata del *baño francés*, como se aplica ahora generalmente, con la sola restricción de que en los casos en que la temperatura desciende por debajo de cierto grado, la movilización, si el estado del enfermo lo permite, resulta una necesidad.

En los casos de reposo e inmovilización a determinadas lesiones, como cexalgias, artritis tuberculosas de la rodilla, etc., etc., es preciso, para que la inmovilización continúe, ingeniarse por modos varios para conciliar el reposo con la insolación.

La insolación deberá ser, en la dosificación y posología, variable, según las reacciones generales y locales del enfermo.

La dosificación de la acción de los rayos luminosos se establecerá, para cada caso particular, por una observación atenta de los fenómenos reaccionales, pues en casos semejantes o parecidos, un enfermo puede reaccionar desfavorablemente, en condiciones en que otro soporta bien el tratamiento; por consiguiente, para establecer la posología, será preciso vigilar día por día, en cada caso particular, las reacciones generales y locales del enfermo para apreciar en qué medida puede la cura continuar, progresar de intensidad o por el contrario, debe moderarse o interrumpirse momentáneamente.

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.

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

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

SPASMOSÉDINE

EL PRIMER SEDATIVO Y ANTIESPASMÓDICO ESPECIALMENTE PREPARADO PARA LA TERAPÉUTICA CARDIO-VASCULAR



SEDATIVO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: J. M.^a MALASCH. Avenida 14 de Abril, 440-BARCELONA
Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

CULTURA ANTITUBERCULOSA

TUBERCULOFOBIA

Por la Asociación Nacional de Escritores Médicos ha sido premiado nuestro distinguido colaborador el Dr. Leopoldo Cortejoso, estimando el trabajo que más abajo reproducimos como uno de los dos escritos de divulgación médica más interesantes del año 1934. Fué publicado en el «Norte de Castilla» con fecha de 24 de Febrero de 1934.—N. de la R.

La tuberculosis es, sin duda alguna, la enfermedad social que produce un más vivo sentimiento de angustia en el ánimo de las gentes. Todos la temen. Y a tal extremo llega este temor a la tuberculosis, que la sola sospecha de padecerla ha provocado en todo tiempo innumerables impulsos suicidas.

Este temor ha nacido de la contemplación de los estragos que la tuberculosis produce en el individuo, en la familia y en la raza. En efecto, jamás enfermedad social alguna ha provocado en el hogar del enfermo mayor número de complicaciones de índole moral, sentimental y económica. Pero, aparte de todo esto, el enfermo y sus familiares, que suelen acoger con relativa tranquilidad un diagnóstico de cardiopatía, de úlcera gástrica y de sífilis, por ejemplo, se quedan angustiados ante un diagnóstico de tuberculosis y le rechazan muchas veces con energía, cuando no con indignación, huyendo de la palabra como de un estigma infamante.

Y no es que sea una supuesta incurabilidad de la afección lo que determine esta actitud de contraataque, pues, por realmente incurable—y ello es del dominio vulgar—, se tiene un cáncer de cualquiera víscera y su hallazgo produce intenso choque psíquico, aplanamiento, sufrimiento indefinible, desesperación, pero no este movimiento de repulsa y este sentirse afrentados que envuelve la revelación de la tuberculosis en el seno de una familia.

Luego deben ser otros los motivos de la tuberculofobia. Y, en efecto, otros son, entre los que quizá tenga la mayor importancia la falta de cultura de las gentes, de esa clase de gentes, en las que el instinto de conservación, hipertrofiado, aplasta toda idea humanitaria, haciéndoles ver en el enfermo tuberculoso el peligro que mata, no apercibiéndose, quizá, en su egoísmo inconsciente, de que el tuberculoso es un enfermo que sufre, no un voluntario creador de dolores; una víctima caída en la lucha, nunca un culpable ni menos un delincuente.

Este oscuro sentimiento de aversión tiene un precedente en la historia del mundo, que igualmente se justifica por la ignorancia, y es el trato infamante que los hombres de la Edad Media dieron a los enfermos de lepra, a los que se perseguía por el campo como a animales dañinos. Ahora no se persigue al enfermo, naturalmente, pero se huye en ocasiones exageradamente de él. Y esto no sólo por quienes carecen de toda clase de conocimientos médicos, sino incluso por personas a quienes las cosas sanitarias les son familiares.

Donde la tuberculofobia es más manifiesta todavía, es en el medio rural, indudablemente por el más bajo nivel cultural de los campesinos. Raro será el médico que haya ejercido en el campo, a quien no se haya vituperado y menospreciado por el «delito» de atreverse a diagnosticar un enfermo como tuberculoso. La familia aceptará que se diga que el enfermo tenía una anemia, una gripe mal curada, un simple catarro descuidado; pero ¡pobre del médico que se decida a pronunciar la palabra afrentosa...! La familia del enfermo no le perdonará jamás lo que considera un agravio incalificable. Esto es hasta tal punto cierto, que el médico se siente coaccionado y vacila antes de emitir un diagnóstico o extender un certificado de defunción, lo que trae como consecuencia un error en las estadísticas, por omisión unas veces, por falseamiento de la verdad, otras. Por eso no es posible juzgar debidamente la realidad y el alcance que tiene la tuberculosis como enfermedad del pueblo.

Una de las manifestaciones del horror exagerada a la tuberculosis, se encuentra en el interrogatorio de los presuntos tuberculosos y sus familiares. Raramente confiesan con espontaneidad la presencia anterior de tuberculosos en la familia, y es mucho más frecuente que los interesados se obstinen en ocultar con cuidado los antecedentes patológicos, incluso en aquellos casos en que, por realizarse el interrogatorio en establecimientos especializados—Dispensarios, Sanatorios—, parecería natural que los enfermos demostrasen una mayor confianza en este punto. Yo recuerdo, a este fin, el caso de una muchacha, a quien reconocí en un Dispensario antituberculoso, con una historia clarísima de tuberculosis pulmonar, tratada como tal durante varios años y que, sin embargo, en el interrogatorio se atrevía a acusar, indignada, a los médicos que la habían tratado, de confundir sus hemorragias supletorias por amenorrea—afirmaba ella—con hemoptisis tuberculosa. Hay en todo esto, indudablemente, un subconsciente impulso defensivo, cuyo origen hay que buscar en lo más recóndito del psiquismo del enfermo.

Hay que acabar con la tuberculofobia de las gentes—y de no pocos médicos—refrenando este horror exagerado a una enfermedad que no es, al fin y al cabo, más que una de tantas enfermedades infectivas. Bien es verdad que la tuberculosis, considerada socialmente, tiene una considerable importancia, que ninguna otra enfermedad infecciosa puede igualar. Pero en el caso concreto del individuo enfermo, el tuberculoso es un ser desgraciado, al que hay que consolar, aliviar y curar por todos los medios posibles, con

un alto sentido humanitario, que haga imposible que a su alrededor se siembre la repulsión y la desconfianza.

Lor partidarios de la transmisión de la tuberculosis por herencia condenan, como es natural, la tuberculofobia con gran energía; para ellos el contagio, entre adultos, no existe; siguiendo su criterio, puede permitirse la convivencia más íntima con tuberculosos sin peligro alguno. Admitir esto supondría caer en el extremo más opuesto, colocando a la humanidad al borde de una gran catástrofe.

Para terminar, que el tuberculoso sea mirado y considerado no más que como un enfermo que precisa, en mucho mayor grado que otros enfermos, las más delicadas atenciones. Y que las gentes se habitúen a juzgar la aparición de la tuberculosis en el seno de una familia como una desgracia, como una inmensa desgracia si se quiere; pero nunca como una falta inconfesable, como un delito o como una mancha de oprobio.

LEOPOLDO CORTEJOSO

NOTAS DE TERAPÉUTICA APLICADA

El sarampión; sus complicaciones y mortalidad

por el doctor COSTE

El profesor Nobécourt empieza su lección de clínica médica del 21 de Mayo de 1932, con estas palabras: «El sarampión es una enfermedad muy frecuente y de mucha mortalidad» (1).

Y citando a Rober Debré y Pierre Joannon, recuerda que «la cifra de los fallecimientos debidos al sarampión solamente, es superior a la mitad de la cifra total de los provocados por la escarlatina, la coqueluche y la difteria reunidas.» De este fuerte tributo—un millón de víctimas en Europa de 1900 a 1910—, las nueve décimas partes recaen sobre niños menores de 5 años, y de esta suma, el 30 son pequeños de menos de 1 año.

Y, en un magistral estudio estadístico (2), el profesor Nobécourt demuestra que, en los niños de menos de 1 año, el 49 por 100 de los casos de sarampión toman formas graves y complicadas: La bronco-neumonía aparece en el 31 por 100 de los casos, y es mortal en una proporción del 78 por 100; las formas hipertérmicas sobrevienen en el 15 por 100 de los atacados de sarampión, y son siempre mortales.

Estas cifras emocionantes dan la razón a Renault (3), que ha escrito recientemente que «las bronco-neumonías son, en la inmensa mayoría de los casos, complicaciones bastante tardías, y que curar prontamente un caso de sarampión es ponerlo, por lo mismo, al abrigo de la mayoría de las complicaciones pulmonares.»

(1) Concours Médical, 17 juillet 1932.

(2) Concours Médical, 24 juillet 1932.

(3) Nouvelles Thérapeutiques, man 1932.

Es todavía más exacto para las formas hipertérmicas, que son «cien por cien mortales.» Es natural que el niño que «pasa» su sarampión a 37° estará mejor defendido para luchar, sea contra la virulencia particular de la infección morbosa, sea contra las infecciones asociadas. Evidentemente que si el proceso morboso se presenta atenuado durante el período pre-eruptivo, el niño, que por otra parte estará inmunizado como si hubiera pasado su erupción, está ipso facto al abrigo de complicaciones de toda naturaleza, como también de la predisposición morbosa, tan tenaz, semillero de todas las infecciones ulteriores, tuberculosis en particular.

Todo sarampión, hasta el más benigno, merece, pues, ser tratado desde que el diagnóstico haya sido establecido, por uno de los métodos aprobados en la terapéutica moderna: de una parte la sueroterapia por el suero de convalescente (suero preventivo de Nicolle y Conseil, suero-atenuación de Debré y Raviña) cuando es posible aplicarlo; de otra parte, la erythroterapia y los trabajos de Collier, Ronaldson y Naquet, han vulgarizado (4) que está indicado en todos los casos.

La amidopirina láctica a pH = 3,2 (erythra) es mejor que un banal antitérmico. Su acción es verdaderamente electiva sobre el sarampión si las dosis son convenientemente administradas. La eliminación por el riñón se hace sin acumulación ni fatiga. Conviene que el organismo esté impregnado continuamente de erythra, de donde proviene la regla indicada por Naquet. La regla de los dos 4: «4 gotas por año de edad cada 4 horas.»

En los hospitales, donde este método ha sido experimentado, ha dado resultados tan definitivos que no ha habido más remedio que inclinarse ante la elocuencia de los hechos.

En el período pre-eruptivo, la enfermedad se acorta en el 60 por 100 de los casos (5). En el período de exantema se observa en el 75 por 100 de los niños de menos de 1 año, y en el 94 por 100 de los otros casos, un descenso térmico inmediato, seguido de la desaparición de los signos pulmonares precoces y de la extinción rápida de la erupción. Las complicaciones clásicas no aparecen jamás cuando el tratamiento ha sido verificado a tiempo.

Entre tanto, en los casos de sarampión simple, erythra, hasta cuando es administrada tardíamente, consigue siempre la defervescencia y abrevia la convalecencia.

La terapéutica anti-sarampionosa ha entrado, pues, en un período activo, y por tanto, podemos esperar que las próximas estadísticas demostrarán su eficacia.

(4) L'Hôpital, août 1931.

(5) Vincent recientemente protesta una vez más contra el mito del «sarampión metido por dentro.» «La légende de la «rougeole rentrée». Progrès Médical, 29 octobre 1932).

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

DOCTOR BERITENS: Colectistitis supurada.—Presenta una enferma que ya fué presentada también en una sesión pasada por el doctor Pallarés; tenía una colecistitis supurada con empiema vesicular, abundantes cálculos e insuficiencia hepática.

Como se recordará cuando fué presentada la enferma en aquella ocasión, se dijo que la operación fué en extremo laboriosa por las múltiples adherencias de la vesícula. Una de estas adherencias muy fuerte, era al estómago, y al despegarla cayó una insignificante cantidad del pus contenido en la vesícula, en la cavidad peritoneal, pus que podía presumirse que fuese aséptico y que no lo era, pues la enferma sucumbe por peritonitis.

Hace cinco días que está en estas condiciones que han visto ustedes, resistiendo con una energía orgánica admirable el desenlace que es de presumir.

DOCTOR YAGÜE: En orden a la terapéutica, se dice que cuando la colecistitis está en buenas condiciones y no hay peligro inmediato, la colecistectomía es la operación ideal, pues al quitar el foco se les evita todo peligro. Pero cuando no sucede así, el proceso está supurado o complicado, esta intervención puede sobrepasar las resistencias del enfermo y conviene limitarse a la colecistectomía. Sus menores riesgos han hecho que los cirujanos le hayan vuelto a poner en uso después de haberla tenido en abandono relativo; con ellas se hace el drenaje del foco supuratorio y más tarde, al mejorar el estado general del paciente, será dable en un segundo tiempo, efectuar la operación más completa que convenga, si es que no basta la primera para curarle.

Pueden así los resultados ser más brillantes, que son los que más seducen, pero a ellos serán siempre preferibles los más útiles, aun cuando sean menos halagadores, ya que el fin supremo de la Medicina es el logro del mayor beneficio para la Humanidad con el menor riesgo posible.

En último análisis el mayor motivo de lo que sucede, puede hallarse en que la enferma ha venido tarde a operarse y cuando su hígado—muy reducido de volumen, de consistencia dura y nacarado en el aspecto—, estaba ya grandemente afectado, con la grave alteración celular a que dan lugar estos procesos y en plena insuficiencia hepática, con lo que al disminuir la función antitóxica el sujeto se encuentra siempre en malas condiciones de resistencia al llegar a la operación. Para evitarlo hay que operar tan pronto como se establezca la indicación de intervenir y antes

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

que se llegue a período de tales deficiencias, en los que la gravedad acrece de modo considerable.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA: Traqueotomía por estenosis laríngea progresiva.—Se trata de una enferma de 76 años que tiene un proceso estenósico de laringe. Es una antigua enferma mía que ya tuvo una proliferación de la cuerda vocal izquierda que yo le extirpé hace tres años, quedando bien; hace año y medio que se le volvió a tratar por recidiva, siendo la proliferación, al parecer, de aspecto benigno y a pesar de que entonces la dije que en cuanto notase la menor molestia, ronquera o la más ligera dificultad para respirar, viniese a verme, no lo hizo a pesar de estar nuevamente con ronquera desde Agosto y apareciendo ahora en Octubre dificultad progresiva respiratoria.

En estas condiciones la vimos anteayer con otra proliferación de la misma cuerda, pero de mucho mayor tamaño que la que tuvo anteriormente. Como en esta ocasión lo más importante era asegurar la respiración, se le hizo una traqueotomía para conseguirlo, y ahora hay que ver si por vía natural se puede extirpar la proliferación haciendo previamente una biopsia para poder darnos cuenta antes de la naturaleza de la misma.

Yo pienso que esta proliferación será de tipo benigno, ya que los procesos de naturaleza maligna de laringe son raros en las mujeres, y si es así y se puede, se hará la extirpación por vía natural y si no por tirotomía.

Si fuese un proceso maligno, yo prefiero en este caso hacer un tratamiento por radioterapia profunda, ya que una laringectomía parcial o total a la edad de esta enferma sería seguramente de malos resultados.

He presentado esta enferma por no ser frecuentes estos casos de procesos estenósicos laríngeos de la mujer.

DOCTOR YAGÜE: Me permito preguntar el por qué estas enfermas por ser mujeres están excludidas de tener procesos malignos laríngeos, ya que se dice por algunos, que el que estos casos se presenten casi siempre en los hombres, es debido a que estos fuman, y yo recuerdo el caso de que una vez un proceso de este tipo se presentó en una mujer y después rebuscando en sus antecedentes, se supo que había fumado.

Pero yo pregunto si es que hay razones de carácter anatómico para que en los hombres se produzca una alteración que no se presenta en las mujeres o es una razón fisiológica (hormonal) que preserva a las mujeres de la aparición de estos procesos malignos.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA: La razón desde luego no se debe a un factor anatómico; fisiológica puede ser que sea esta la razón que explique esta diferencia, ya que la mujer a pesar de lo que se suele decir, hace muchos menos esfuerzos con su voz que los hombres y estos procesos laríngeos se favorecen en parte por el mal uso de la voz: tal vez pudiera ser por compensación, ya que la mujer tiene más facilidad que el hombre para presentar otras localizaciones epiteliales o mejor, por una causa de origen hormonal por lo que las mujeres no presentan procesos epiteliales de laringe.

Yo en mis muchos años de especialista, sólo recuerdo un caso de una mujer con un proceso maligno epitelial laríngeo con biopsia positiva que desapareció de mi consulta y al cabo de tres años me dijeron que había muerto de un proceso cerebral, por lo que pienso si tal vez aquello no era de tal naturaleza maligna. La causa no debe tampoco ser el que los hombres fumen, ya que hoy también lo hacen las muje-

res, y sin embargo los epitelomas laríngeos siguen tan raros como antes en el sexo femenino.

A mi juicio, la sífilis favorece mucho más que cualquier otra causa la aparición de estos procesos malignos, aunque claro está que tal enfermedad la padecen también las mujeres; yo he encontrado la sífilis en un 80 por 100 de los casos con procesos epiteliales laríngeos como antecedente y es que la sífilis ataca con mucha frecuencia la mucosa laríngea y este proceso específico, unido a los malos usos de la voz, debe contribuir mucho a la neoformación epitelial maligna del órgano vocal.

DOCTOR BARRIO DE MEDINA: Hace diversas manifestaciones sobre los distintos pronósticos que ofrecen las lesiones epiteliales según la variedad histológica a que pertenezcan y al sitio o región donde asienten, considerando por tanto que el pronóstico ha de variar entre que se trate de una lesión de tipo espino-celular o basocelular.

Le interesa recoger la afirmación hecha por el doctor González Villanueva de que cuenta en su estadística con una relación entre sífilis y cáncer de laringe, que pasa del 80 por 100, ya que en las estadísticas que de otros autores yo tengo recogidas, ésta no rebasa la cifra de un 33 a un 35 por 100, y aun cuando yo no tengo hecha de mis observaciones una relación que pueda aportar en este momento, sí puedo decir, grosso modo, que los casos de cáncer laríngeo que yo he observado por habernos consultado previamente ante la sospecha de que se trate de una sífilis laríngea o de una lesión laríngea por asentar sobre un terreno específico, nosotros no encontramos como hemos dicho antes, una relación que pueda sobrepasar la cifra de ese 33 o 35 por 100 que antes hemos mencionado.

DOCTOR GONZÁLEZ VILLANUEVA: En mi práctica encuentro un tanto por ciento mucho más elevado de neoplasias epiteliales laríngeas con sífilis anterior, tanto que puedo presentarles incluso casos de laringectomizados totales en quienes por tener las reacciones serológicas intensamente positivas, se hizo un buen tratamiento específico antes de operarle y como su proceso laríngeo no se modificaba, dada la claridad clínica y el resultado irrefutable de la biopsia, se les quitó la laringe, por que era la única manera de obtener su curación. Dichos enfermos, repito, eran al mismo tiempo antiguos sífilíticos y esto de sífilis y cáncer en laringe sucede con más frecuencia de lo que se cree.

DOCTOR CHACÓN TUBIO: Abceso perinefrítico.—Se trata de una enferma ya presentada en una sesión anterior por el doctor Miraved y que diagnosticó de abceso perinefrítico, probablemente abscesos miliares subcapsulares. Diagnóstico nada fácil de hacer si se tiene en cuenta que toda la sintomatología de la enferma se reducía a una hipertermia de 39° y más, y un dolor que acusaba muy vivo en flanco e hipocóndrio derechos. Tanto es así que la enferma había sido diagnosticada anteriormente de apendicitis. En estas condiciones y con un estado de gran postración llegó a manos del doctor Miraved, que como digo la diagnosticó de abceso perinefrítico y sin más exploraciones que un análisis de orina, normal, una fórmula leucocitaria que arrojaba un número de 20.000 leucocitos y una buena prueba de función renal fué intervenida confirmándose plenamente el diagnóstico que había hecho.

Ya al abrir la pared se vió que la grasa no presentaba ese aspecto rosado típico de la grasa normal, sino por el contrario tenía una coloración grisácea sucia, algo ajamonado y estaba endurecida, todo lo cual hizo presumir que debajo existiera una colección purulenta. En efecto se desbridó ampliamente y se encontró un foco de pus y fuertes adherencias a la cápsula propia de riñón que hubo que liberar cuida-

dosamente, pues de lo contrario la supuración se hace interminable y los enfermos se eternizan; no sólo se confirmó el diagnóstico de absceso perinefrítico, sino lo concerniente a los abscesos miliars, por lo cual se descapsuló en parte el riñón, dejando un amplio drenaje, sin que hasta ahora podamos decir que el riñón haya sido afectado, pues la orina, como dije antes, era completamente clara y sin pus en el sedimento. No sé si habrá que hacer nefrectomía; hasta el momento actual el riñón se ha defendido bien y los análisis de orina sucesivos dirán.

DOCTOR YAGÜE: ¿Cuál es la patogenia que se da a estos procesos perinefríticos? Porque hay una cierta proporción de estos procesos que casi siempre son debidos a gérmenes intestinales que al emigrar a otros órganos producen una enfermedad por no haber en estos órganos la capa epitelial protectora que existe en el intestino.

DOCTOR CHACON TUBIO: Desde luego que en algunos casos es producido por gérmenes que proceden del intestino, colibacilo sobre todo, pero más frecuentemente es producido por el estafilococo y así vemos en los antecedentes de estos enfermos que han padecido forunculosis u otras afecciones supurativas, amígdalas inflamadas, etc. Esta misma enferma tiene en la historia frecuentes anginas y una supuración de oído, que aun en la actualidad persiste y que muy bien pudiera ser el punto de origen de su afección peri-renal.

DR. B. DE M.

Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

LITERATURA,
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

ANTIBLEFARINA
OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

MEDICINA INTERNA

MARX.—Sobre nuevos datos experimentales, acerca de las enfermedades del sistema arterial.—«Deutsche Medizinische Wochenschrift», número 13.

El autor resume el trabajo del siguiente modo: Por excitación del sistema hipofisario se obtiene a través de la hormona de la parte posterior de la hipófisis, perturbaciones de la función renal y de la función sanguínea. Tanto en la sangre como en el líquido cefalo-ráquideo de los enfermos renales, puede demostrarse la presencia de sustancias, que lo mismo que la hormona posterior de la hipófisis, producen inhibición de la diuresis, hematuria e hipertonia.

Con esto colaboran otros numerosos factores en la producción de la hipertensión arterial, siendo unos genotípicos y otros fenotípicos, además de otros de naturaleza infecciosa neurovegetativa y hormonal; todos los cuales será necesario tener en cuenta en el estudio de cada enfermo.

Sus relaciones con la fiebre ganglionar no están bien esclarecidas.

El examen hematológico muestra un aumento de los linfocitos, con la presencia de otras células muy semejantes a éstas.

BÄUER Y FEIL.—Sobre la caída o cambio de cantidad de la lipasa del suero sanguíneo por la acción de la tiroxina y su inhibición.—«The Journal of American Medical Association».

El resumen de su trabajo es como sigue: El principio obtenido por los autores húngaros Balo, Lovas y otros, y suministrado por la casa Henning y extraído del páncreas, y que no ejerce ninguna acción sobre el azúcar sanguíneo, posee evidentemente una acción protectora, extraordinariamente intensa, contra la tiroxina.

Pocas inyecciones, de pequeña cantidad de esta sustancia, protegen a los animales, aun durante cuatro meses, contra la acción tóxica de la tiroxina, y no se presentan en el hígado las lesiones necróticas que esta sustancia produce.

La sustancia obtenida del páncreas, por los autores referidos, produce un aumento de la lipasa en el suero sanguíneo; y en los enfermos hipertiroides se produce, primero, una disminución de la lipasa en grado muy pequeño, seguida de un aumento considerable de la misma.

FRANKLIN Y WOOD.—Sobre la radiología del apéndice.—«The British Medical Journal», número 11, de 1935.

De sus estudios deducen las siguientes conclusiones: Que el apéndice, cuando no está bloqueado por lesiones fibrosas o por adhesiones, puede ser llenado de bario

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VACOTONIL

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

DEL DOCTOR GRAÑO

y estudiado con cuidadosa técnica radiológica, permitiéndonos las radiografías de estos apéndices un diagnóstico radiológico en la mayoría de las ocasiones.

Los signos principales característicos de enfermedad apendicular son los siguientes: Dilatación de la luz del apéndice, fijación en una posición, retraso en el vaciamiento, defectos de repleción y no llenarse nunca después de repetidos intentos.

FRIEDMAN.—Sobre el estado cardiovascular en los enfermos diabéticos, después de los cuarenta años.—«Archives of Internal Medicine».

El resumen de su trabajo podemos hacerlo del modo siguiente: En una serie de ciento veinte enfermos de diabetes azucarada, en personas de más de cuarenta años, se pudo demostrar clínicamente arterioesclerosis de la aorta en el setenta y cinco por ciento; en las arterias de la retina en el sesenta y nueve por ciento, y unas veces en la aorta y otras en la retina, en el ochenta y nueve por ciento.

El corazón estaba aumentado de tamaño en el cuarenta y siete por ciento de los enfermos.

Existía hipertensión en el cincuenta y seis por ciento. Y anomalías electrocardiográficas en la onda T y defectos de conducción en el treinta y cinco por ciento.

Nueve décimos de los enfermos habían vivido expuestos a causas capaces de provocar la arterioesclerosis, y ésta era más frecuente en las mujeres que en los hombres, y además tanto más frecuente cuanto más edad tenían ambos.

Solamente las alteraciones cardíacas disminuían después de los sesenta años, y la retinitis era más frecuente en los casos graves que en los casos benignos.

Tanto las lesiones vasculares como las cardíacas, no eran referibles, en la mayoría de los casos, a reumatismo ni a sífilis.

GUNDEN Y WALLBRUCH.—Sobre la pulmonía lobar, considerada como enfermedad epidémica.—«Deutsche Medizinische Wochenschrift, número 14, de 1935.

De sus estudios parece desprenderse que no hay duda de que la pulmonía aparece como enfermedad epidémica. Y pareciendo esto más frecuente en los tiempos modernos que en los pasados.

Estas pulmonías epidémicas parecen ser producidas con mayor facilidad por el tipo I de los neumococos, y además parecen ser favorecidas por los enfriamientos y provocadas por enfermedades por enfriamiento, condicionándose además el estado epidémico de tales pulmonías de tipo I de neumococos, por ser este germen muy habitual en la boca de numerosos sujetos sanos.

ZIMERMANN.—Sobre trastornos de la irrigación coronaria, provocados por la ergotamina.—«Klinische Wochenschrift», número 14, de 1935.

El resumen del trabajo puede hacerse del siguiente modo: Fundado en tres casos estudiados por el autor, éste llega a la conclusión de que graves trastornos de circulación coronaria se presentaron como consecuencia de tratamientos por la ergotamina.

En dos casos de tireotoxicosis, después de la administración de ergocolina, se presentaron ataques repetidos de taquicardia y fibrilación auricular. En un tercer caso, que era una enferma, por la aplicación de ginergero se provocó un ataque de angina de pecho mortal.

En todos los casos existían ya previamente lesiones en el miocardio y en las coronarias, que podían haber hecho prever la posibilidad de la aparición de los trastornos.

El autor concluye que en los casos de vagotonia cardíaca y en los casos de tirotoxicosis y en las anemias graves, se deben tomar precauciones en la administración de preparados ergotámicos.

WIECHMANN.—Cálculo del metabolismo basal, partiendo de la frecuencia del pulso y de la presión arterial.—«Deutsche Medizinische Wochenschrift», número 11, 1935.

El resumen es como sigue: De las fórmulas dadas para el cálculo del metabolismo basal, la mejor es la fórmula de Read modificada.

Pero no puede ser aplicada en los casos en que exista una enfermedad vascular o de corazón.

En numerosos otros casos, las cifras obtenidas con la fórmula de Read y el análisis de gases, muestran una concordancia verdaderamente sorprendente, ocurriendo esto incluso en las tireotoxicosis.

En los casos límites de ligeras tireotoxicosis, la fórmula se aplicará con gran precaución. Claro es que esta fórmula no hace innecesarios los análisis de los cambios gaseosos, sino que puede emplearse cuando éstos no puedan realizarse, y siempre teniendo en cuenta las circunstancias anteriormente mencionadas.

JULLIENE.—Las brucelosis crónicas en el hombre.—«Presse Medicale» número 33, de 1935.

El autor ha estudiado numerosos casos de brucelosis crónicas junto a las brucelosis subagudas. Y de sus investigaciones resulta que un quince por ciento de los enfermos de fiebre de Malta suelen evolucionar de manera crónica durante muchos años; citando entre sus observaciones una enferma que se infectó en 1909 y un hombre que se infectó en 1919, y que todavía en la actualidad padecía fiebre de Malta.

El diagnóstico se suele establecer mejor que por la reacción de aglutinación, que suele ser negativa, casi sin excepción, por la intradermoreacción positiva a la melitina o brucelina.

La mayor parte de los casos fueron observados en el medio rural, donde los enfermos realizan mal el tratamiento. Y en cuanto a la sintomatología, pueden ser

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

muy variadas las reacciones clínicas, pues se presentan muy a menudo como manifestaciones de reumatismo crónico osteoarticular, principalmente localizadas en la región lumbar.

Pero también son frecuentes las formas nerviosas y aun encefálicas de las brucelosis crónicas. Así como las formas cariovasculares y hematopoyéticas con modificaciones de la fórmula leucocitaria.

OTTO.—**Contribución al estudio de los caracteres de la angina linfocítica.**—(Münchener Medizinische Wochenschrift), número 12.

De su cauística, que se refiere a seis enfermos, llega a las conclusiones siguientes: Que el diagnóstico no es fácil a no ser que se practique análisis de sangre, siendo las enfermedades con que más se puede confundir, difteria, absceso de faringe y leucemia linfática aguda.

El curso de la enfermedad es muy semejante el de la angina urcerosa de Plaut Vincent, y en ningún caso se encontraron también espirilos y bacilos fusiformes.

M. BAÑUELOS

PSIQUIATRIA

K. H. STAUDER.—**Novedad en el tratamiento de la epilepsia.**—(Archs. Psyquiatric), 1934, tomo 102.

El ataque epiléptico está directamente influenciado por los trastornos vasomotores, siendo éstos una de las principales causas de su génesis.

En el cerebro y en distintas regiones del organismo, se comprueba el espasmo vascular que coincide con el comienzo del ataque hasta desaparecer al final del mismo. De esto deduce el autor, que durante la crisis circulan por la sangre sustancias vasoconstrictoras que aumentan la tensión vascular y de probable origen hipofisario. También hace un estudio muy completo del metabolismo del agua en estos enfermos, quedando demostrado que la hidro-retención favorece la aparición del ataque, y las fuertes diuresis lo alejan. Otro factor importante es el equilibrio entre la colessterina y lecitina. La abundancia de la primera inhibe los ataques, la riqueza de la segunda los favorece y estimula.

Todos estos hechos los ha comprobado el autor clínicamente, y recomienda como tratamientos esenciales la supresión de alimento, la reducción de líquidos y otros factores que producen hipertensión, recomendando en cambio la acetilcolina y algunos barbitúricos que la rebajan.

Cree el autor que hay que tener en cuenta las antedichas observaciones para un tratamiento actual de epilepsia.

J. M.^a VILLACIÁN

DERMATOLOGÍA, SIFILOGRAFIA Y VENEREOLOGÍA

CH. LERNER.—**Tratamiento dietético del acné vulgar.**—«Arch. of Dermatology and Syphilology», vol. 31, núm. 4, pág. 526. April, 1935.

Breve revista sobre la literatura correspondiente. Del mismo modo que para el lupus tuberculoso se emplea la dieta Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch, y teniendo en cuenta los estudios de Raining y Hopf, Lermer publica los resultados obtenidos en 20 enfermos con acné vulgar, a los que sometió a una dieta en la que la sal común estaba equilibrada con calcio, potasio y magnesia, administrando por vía parenteral y oral fórmulas de sal compensada sin recurrir a ninguna otra terapéutica, obteniendo buenos resultados en los pacientes con formas pustulosas e induradas, y piensa que la aplicación de dosis fraccionadas de roentgenterapia habrían activado la curación indudablemente. Como en toda terapéutica dietética, la dificultad estriba en el cuidado y rigor con que el enfermo la practica.

MERLIN J. STONE and EDWARD A. ABBEY.—**Quistes sebáceos: su importancia como lesión precancerosa.**—«Arch. of Dermatology and Syphilology», vol. 31, núm. 4. April 1935, pág. 512.

Comentan los autores los trabajos estadísticos anteriores, singularmente los de Caylor y Bishop. La frecuencia de la degeneración maligna sería de 9,2 por 100 para Bishop, de 3,44 por 100 para Caylor, y los autores señalan un 2,2 por 100 en 363 casos, siendo la edad en que más frecuente se presenta los 47 años (Stone y Abbey).

Todos los quistes sebáceos, concluyen los autores, deben de ser extirpados, puesto que pueden degenerar. En las tres series de casos consideradas, se estimaron porcentajes distintos de evolución maligna. Aconsejan los autores el examen histológico de todo quiste extirpado.

No parece necesario intervengan traumatismo alguno para precipitar la evolución maligna.

La excisión debe de ser amplia cuando se trata de un quiste ulcerado o recidivante, estando indicado un tratamiento con rayos roentgen en los casos en los que se comprueba una evolución maligna.

Todo lo que antecede, justifica que en lo sucesivo se tenga en cuenta la importancia que como lesión precancerosa corresponde a los quistes sebáceos.



Medicamentos para la Dermo-Sifilografía
la Oftalmología y la Oto-Rino-Laringología

(Solicite literatura y consulte nuestra publicación periódica "Analecta Terapéutica")

Laboratorios del Norte de España, S. A.
e e Especialidades Endo., Mannon, Vaccinas, y c

A. TOURAINE.—**Zona y líquido cefalo-raquídeo.**—«Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie», tomo 6, número 4, April 1935, pág. 289.

Doble interés tiene el estudio del líquido cefalo-raquídeo en el curso del zona: teórico y práctico. En clínica la meningitis del zona no se exterioriza sino raramente y es importante precisar la frecuencia, momento, carácter e intensidad de esta «meningitis silenciosa» y de ello fijar el valor pronóstico según las diversas anomalías de la enfermedad (zona generalizados, parálisis; algias persistentes, etc). En lo sucesivo las discusiones sobre la patogenia habrán de tener en cuenta las alteraciones del l. c. r. ¿La meningitis es primitiva o secundaria a la ganglio-radiculitis? ¿Llega la infección al ganglio, de la meninges o a lo largo del nervio periférico? ¿Sirve el l. c. r. de medio de propagación en los casos de zona doble o generalizado o bien, la meningitis es manifestación de vecindad, accesoria, episódica de la ganglio radiculitis?

Touraine analiza 27 observaciones personales y las une a 118 publicadas en la bibliografía mundial, y con este material esboza un estudio de la meningitis del zona. Esta es frecuente pero inconstante, parece ser secundaria, de resonancia local, posterior a la lesión ganglionar y proporcional a su importancia y a la intensidad de la erupción cutánea.

Generalmente es una «meningitis silenciosa» que no se exterioriza clínicamente. En el l. c. r. se hace ostensible por linfocitosis, albuminosis y aumento de glucosa, sobre este extremo Chaliier insistía en la frecuencia de este carácter, sin glucosuria ni hiperglicemia, en los casos con algias persistentes. Aunque en algunos casos estos elementos pueden aparecer disociados, generalmente evolucionan de modo paralelo. La edad del sujeto, modalidad de la erupción, localización, anomalías, etc., no parecen influir sobre el l. c. r.

La reacción meníngea es pasajera y desaparece en 15-20 días, pero como parece ser más persistente en los casos de algias prolongadas, adquiere entonces valor pronóstico.

Estos hechos hacen pensar en que el l. c. r. no es la vía de llegada del virus del zona al territorio nervioso, ni tampoco parece sirva para su diseminación en los casos de zona, doble generalizado.

J. CHARPY.—**Un nuevo método de análisis y de tratamiento de los estados alérgicos en dermatología: la substancia urinaria de Oriel.**—«Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie», tomo 6, número 4, Avril 1935, pág. 310.

Después de los estudios de Oriel en 1928-30, numerosos trabajos han aparecido en todas las lenguas sobre «la substancia P»; el que nos ocupa, resume los trabajos de la escuela de Lyon, hechos bajo la inspiración del profesor Gaté.

Aparte del interés teórico y al que el autor deliberadamente da de lado en su trabajo, dos consecuencias de gran trascendencia práctica sienta el autor. La substancia de Oriel puede ser el instrumento de una terapéutica específica de notable eficacia y superior a los métodos hoy conocidos. Como método de exploración es, en segundo lugar, de gran utilidad en medicina y sobre todo en dermatología pura, en donde el estudio de la «substancia P» puede ser fructuoso cuando se aplique al estudio de síndromes bien definidos clínicamente, pero cuyo mecanismo de producción o nos es desconocido totalmente o bien se complica e intriga de diversas patogenias, dando complejos dermatológicos por demás abundantes en nuestra práctica diaria.

Termina el autor con las palabras de Savy y Thiers (La substance d'Oriel dans le traitement des états allergiques-*Presse Médicale*, 10-Nov. 934), «basta haber manejado este misterioso polvo blanco, extraído de la orina del enfermo, haber comprobado los efectos terapéuticos notables que permite obtener en algunos casos; de haber seguido con ansiedad la evolución impresionante de las reacciones provocadas por una posología imprudente, para convencerse de su potencia, buena o mala, según el modo de aplicación del método que se usa».

J. SCHMITZ.—¿La punción occipital ambulatoria, puede ser practicada en la consulta?—(*Dermatologische Wochenschrift*), tomo 99, número 51, 22 Dec. 1934, páginas 1.642.

El autor, como Memmesheimer, se pronuncia por la afirmativa después de haber practicado sin incidente 75 punciones. Los enfermos pueden volver fácilmente a su domicilio (señala sin embargo una pequeña hemorragia de la cisterna).

Sólo con una larga práctica, comenzada bajo una buena dirección, podría realizarse la punción occipital ambulatoria.

V. MANCA PASTORINO.—Caso de difteria vulvar.—(*Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografía e Venereología*), vol. XI, fasc. III, April 1935, pág. 237.

Caso de terminación mortal. Ulceraciones agudas de los genitales de una niña de cinco años. Diversas investigaciones clínicas, bacteriológicas e histológicas, permiten precisar la naturaleza diftérica. Con este motivo el autor hace el estudio sintético de la enfermedad en su polimorfismo clínico, señalando que las estadísticas más recientes dan una frecuencia notable de las formas dermatológicas, y con este motivo formula como deducción práctica la profilaxis por la anatoxina de Ramón, en aquellos niños en los que la continuidad de sus tegumentos estuviera rota por procesos eczematosos, intertrigos, etc., presentando así fáciles puertas de entrada para el bacilo diftérico.

J. FOLKMANN.—Balanitis específica (luética).—(*Dermatologische Wochenschrift*), tomo 99, número 48, 1.º Dec. 1934, pág. 1.558.

Historia de un enfermo que presentaba una extensa balanitis del glande y de la cara interna del prepucio, cuyo comienzo databa de diez días. Posteriormente había aparecido una adenopatía indolente. Coitos anteriores: tres y seis semanas antes. Ninguna otra lesión ni cutánea ni mucosa. En la abundante serosidad del glande re-

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 y sépticoantiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

petidos exámenes al ultra muestran la existencia de numerosos spirochetas, algunos microbios banales. Ni bacilos fusiformes ni otros espirilos. W. positiva. Histológicamente: un infiltrado perivascular de linfocitos y células plasmáticas.

Para el autor esta balanitis representa la lesión inicial y hace resaltar la importancia de esta noción.

(Nosotros hace ya diez años, al comentar la sífilis criptogénica invocábamos la posibilidad de que en muchos casos el chancro fuera minúsculo o en todo caso no típico y fugaz).

La posibilidad de la balanitis específica, lesión primera, nos la sugería la historia de un enfermo de nuestro padre en el que con toda verosimilitud una balanitis había abierto la historia de una sífilis. («La sífilis sin chancro». Comunicación a la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, Actas Dermo-Sifiliografías. Febrero Marzo 1925, E. L.).

S. CONSTANTINO.—Contribución clínica y estadística al conocimiento de la reacción de Wassermann, llamadas irreductibles consideraciones.—«Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografía e Venereologia», vol. XI, fasc. III, April 1935, página 274.

Las reacciones de W. verdaderamente irreductibles son a juicio del autor ciertamente excepcionales. Entre un millar de enfermos tratados durante largo tiempo en la clínica del profesor Flarr, uno solo puede considerarse como merecedor de ser serológicamente irreductible. Del examen de esa observación saca el convencimiento de que no es suficiente el período de cuatro años de cura y vigilancia para hablar de W. i. siendo necesario un período subsiguiente de otros tres años de vigilancia del enfermo. En esta forma no es difícil ver claramente que la pretendida irreductibilidad es la manifestación de una lesión luética.

Dentro de la obscuridad que encierra la esencia de la reacción y pronóstico de la misma, el estudio sistemático de la alergia cutánea con antígenos específicos, puede aportar algún nuevo conocimiento.

LEDO

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

(Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAIRO)

COMPOSICIÓN: MALTA IRPADIADA con longitud de onda precisa. — Exto de hígados frescos de ternera. — Fosforo — CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado.

VITAMINAS A y D, mas elementos sales asimilables.

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAIRO

HEPATORRADIL