

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

COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. Andrés Bueno**, Profesor auxiliar de Medicina legal, de la Facultad de Medicina.
Dr. Bañuelos, Catedrático de Patología Médica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Cilleruelo, Oftalmólogo, de la Clínica del Profesor Lagrange (de Burdeos), de la Facultad de Medicina.
Dr. Gavilán, Laringólogo, Profesor de la Facultad de Medicina.
Dr. Ledo, Dermo-sifiliógrafo.
Dr. Morales, Catedrático de Patología Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villacián, del Manicomio Provincial.

REDACTOR JEFE

Dr. Royo-Villanova Morales,
Catedrático de Medicina Legal.

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Andreu Urrea,
Prof. de la F. de Medicina.

CUERPO DE REDACCIÓN

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

REDACTORES-DELEGADOS

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

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apart.º 648 MADRID

VARI-FLEBOL

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

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
 { Acido glicerosofórico 0,046 »
 { Acido cacodílico 0,030 »
 { Hierro asimilable 0,002 »
 { Glicerosofato estricnico 1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Algunas formas de tuberculosis cutáneas tratadas por pirogalol-permanganato*, por los doctores Barrio de Medina y Cano Santacana.
La gastro-enterostomía en Y (o ipsiliforme), por J. Quemada Blanco.
Importancia de las reacciones biológicas en el diagnóstico del quiste hidatídico, por V. Baena Baena.

CRÓNICA DE OBSTETRICIA

- Tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo*, por Juan José G. Gómez-Sigler.
Sesiones Clínicas del Instituto Rubio, por el Dr. B. de M.

REVISTA DE REVISTAS

- Medicina interna*, por Querol.
Neurología y Psiquiatría, por J. M. Villacián.
Obstetricia, por Villegas.
Otorinolaringología, por M. Gavilán.
Dermatología y Sifiliografía, por Ledo.

BIBLIOGRAFÍA, por los doctores Villacián, Villegas y Ledo.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

- Comentarios rurales*, por L. Saez.
La crisis de la profesión médica en Alemania.
Creación de Centros de Higiene rural.
Los honorarios médicos en los accidentes del trabajo.
La lucha contra el intrusismo.
Los automóviles y los médicos.

CRÓNICA REGIONAL

CRÓNICA NACIONAL

CRÓNICA INTERNACIONAL

CONGRESOS, CURSOS, ETC.

VACANTES

NECROLOGÍA

DISPONIBLE

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

**- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia**

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

- 1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.
- 2.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiolitiasis (con preferencia en caso de cólico hepático).
- 3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por 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

ARTICULOS ORIGINALES

INSTITUTO RUBIO.—SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

Algunas formas de tuberculosis cutáneas tratadas por pirogalol-permanganato

POR LOS DOCTORES

BARRIO DE MEDINA, Y CANO SANTACANA,

Profesor de los Servicios

Médico alumno

La casualidad ha hecho que hayamos tratado, casi simultáneamente, tres formas distintas de tuberculosis cutánea, por un procedimiento que está casi relegado al mayor de los olvidos y que en nuestras manos hemos obtenido con él resultados muy halagadores siempre, tanto que merece la pena, a nuestro juicio, de que le saquemos nuevamente a la palestra, máxime si se tiene en cuenta que es procedimiento a seguir con gran ventaja sobre otros muchos, sobre todo en manos de compañeros no dermatólogos, o médicos generales, que al fin y a la postre no tienen la obligación de saber y dominar, un sin fin de procedimientos nuevos que en Dermatología empleamos ahora, para el tratamiento y curación de estas tuberculosis cutáneas.

Sirva, pues, esta nota clínica de aviso y recuerdo, sobre todo para el médico general y en los medios rurales, de que en esta clase de afecciones pueden disponer de un procedimiento sencillísimo, con el cual se consiguen resultados brillantes.

Está «de moda», tratar las diversas formas de tuberculosis cutánea, por medio del radium y Rayos X. por compuestos de oro, sanocrisina, helio-terapia, distintos medios quirúrgicos, lámpara de Finsen, tuberculina, etcétera, etc.; casi todos, por no decir que todos, tienen que ser manejados por personas competentes y especializadas, y no todos, además, están al alcance ni aun de estas personas especializadas.

No es nuestro objeto combatir, ni mucho menos, estos métodos, al contrario, nuestras manos los manejan a diario y con ellos conseguimos la curación de no pocos de nuestros enfermos, pero disponemos de otro, por demás modesto y sencillo, y como decimos anteriormente, al alcance de todos, el cual deseamos resucitar con la presente nota clínica, con el afán de prestar un buen consejo a médicos y enfermos y que puede competir además y aun superar, en muchas ocasiones, a todos los otros procedimientos anteriormente mencionados.

Nos referimos al pirogalol-permanganato.

El pirogalol, o ácido pirogálico, obrando como reductor, logra, sobre todo en las formas ulcerosas, vegetantes, escrofulodermas, trayectos fistulosos por lesión tuberculosa, etc., destruir toda la parte tuberculosa de la piel y tejidos subyacentes, con la particularidad de que no actúa sobre

la piel sana y una vez conseguido esto, el permanganato al 1 por 1000, actuando como oxidante, logra a la perfección, la cicatrización de la parte ulcerosa destruida por el pirogalol. La marcha a seguir, pues, en el tratamiento de estos procesos, no puede ser más sencilla. Aplicación de la pomada de ácido pirogálico al 10 por 100, hasta la destrucción de toda la parte fungosa y ulcerada; conseguido lo cual se aplicará permanganato en forma de fomentación, hasta conseguir la cicatrización de toda la parte ulcerada. Conviene a veces alterar el pirogálico con el permanganato, varias veces, hasta conseguir una curación definitiva; cuando el pirogálico no actúe sobre la lesión, conviene aumentar la dosificación del mismo, hasta un 20 por 100, únicamente cuando aún a esta concentración, no se influye sobre la lesión, pensemos que la medicación ha fracasado.

Conviene, claro está, llegar antes que nada a un diagnóstico fijo, en el sentido de tuberculosis y para ello se precisa y en muchos casos, cuando la intensidad e importancia del proceso, sobre todo, lo requiere, hacer o una investigación del bacilo de Koch a una investigación al cobaya, datos imprescindibles como todos sabemos, para afirmar la existencia de tuberculosis, pero en la práctica corriente y en los servicios de Dispensario, muchas veces nos conformamos con el diagnóstico clínico, eliminando clínicamente también otros procesos que dan cuadros parecidos a las tuberculosis cutáneas, como son los gomas terciarios de la lúes, las micosis, etcétera, etc., pero una vez llegado al diagnóstico de tuberculosis, con el pirogálico-permanganato en la forma que acabamos de indicar, se obtienen repetidos éxitos brillantes y constantes.

Claro está que la curación de estos procesos locales, no evita la obligación que tenemos de atender al estado general y vigilar cuidadosamente el mismo, ya que estas lesiones locales suelen estar ligadas a estados generales fímicos o por lo menos pretuberculosos viscerales.

Tres observaciones recogidas en relativo breve espacio de tiempo, nos han animado a publicar esta nota clínica.

La primera era un enfermo que nos envía el doctor Pallarés, el cual presentaba una placa del tamaño de la palma de la mano, tuberculosa, de forma vegetante y localizada en la cara externa de la articulación tibio-peronea-tarsiana. Llevaba de dos a tres años de existencia sin lograr la curación, pese a una porción de pomadas y diversos tratamientos que se habían hecho: una cura a base de pirogálico al 10 por 100, destruyó toda la parte fungosa y vegetante, dejando una ulceración limpia que acabó de cicatrizar el permanganato.

Las otras dos observaciones son las siguientes:

El primero es un joven labrador de la provincia de León y relata que tuvo ya dos abscesos en la región superior y lateral de ambos muslos, que tardó en curárselos cerca de un año; poco tiempo después, tuvo otros varios del mismo tipo en el dedo medio de la mano izquierda y en el brazo del mismo lado, hasta que hace unos nueve meses le salen nuevas lesio-

nes en el dorso de la mano izquierda y en el tercio superior de la pierna derecha, lesiones que vemos nosotros y diagnosticamos clínicamente como tuberculosas en su forma más bien ulcerada.

Se ha sometido a tratamiento local únicamente con pirogálico-permanganato y al cabo aproximadamente de dos meses, el enfermo se encuentra con sus lesiones completamente cerradas.

El otro caso es aún más demostrativo y brillante si cabe: Un muchacho de 18 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales dignos de mención, más que su enfermedad, que asegura viene padeciendo desde niño. Comenzó ésta, por un pequeño nódulo o tumoración en el dorso de la mano izquierda, que se reblandeció y ulceró, teniendo necesidad de hacerle una pequeña operación (un raspado de hueso, dice el enfermo), cuando tenía unos cuatro años de edad, a consecuencia de la cual su lesión ulcerosa se cerró, pero recidivando más tarde, por lo que sufrió una segunda intervención que no logró cicatrizar su lesión, ya que desde entonces viene persistiendo la misma.

A nuestra observación presenta una lesión ulcerosa de tipo francamente tuberculoso en su forma vegetante de unos cinco centímetros de larga, por dos de ancha, que empezamos a tratar lo mismo que los casos anteriores con pirogálico-permanganato, que logran la cicatrización completa en un plazo aproximadamente de mes y medio.



NOTAS SUELTAS SOBRE GASTRO-ENTEROSTOMIA Y RESECCIÓN DE ESTÓMAGO

La gástro-enterostomía en Y (o ipsiliforme)

por J. QUEMADA BLANCO

Especialista en enfermedades del aparato digestivo

Con el objeto de evitar el círculo vicioso, tan frecuente entonces, después de la gástro-enterostomía a lo von Hasker o Wölfler y, con ello, disminuir la mortalidad post-operatoria en todo lo posible, Roux (de Lausanne), ideó y practicó por primera vez (1893) un nuevo procedimiento para la anastomosis gástro-yeyunal, basado en la modificación introducida por Lauenstein-Braun en la gástro-enterostomía (entero-anastomosis de las asas aferente y eferente).

Las complicaciones son frecuentes durante el curso post-operatorio de un gástro-enterostomizado, y de todas estas complicaciones quizás sea una de las más temibles la formación de un círculo vicioso.

Bien es verdad que la frecuencia del círculo vicioso ha disminuído grandemente, debido a las modificaciones que, en la técnica de la gástro-enterostomía, se han llevado a cabo. Pero, sin embargo, alguna vez se presenta,

El círculo vicioso tiene un mecanismo especial de formación: es debido casi siempre, a la defectuosa posición de la asas (aferente y eferente), bien en el curso de la intervención, bien después de efectuada ésta, por efectos de acodamientos y adherencias que impiden o dificultan la libre circulación gastro-intestinal en una determinada y debida dirección. Por esta causa el contenido gástrico en vez de vaciarse en el asa eferente lo hace en la aferente, acumulándose en ella y distendiéndola, hasta que la distensión llega a su máximo y el intestino, luchando por desembarazarse de ese anormal contenido, lo expulsa, dando lugar al vómito total o fraccionado, pero persistente.

Establecido el círculo vicioso, requiere como único tratamiento la relaparotomización del paciente y la práctica de una entero-anastomosis que impida este acumulo de materias en el asa aferente.

De aquí partió la técnica de Roux, con la que, debido a la disposición de la anastomosis gastro-yeyunal, se consigue la supresión del citado trastorno.

Las regurgitaciones biliares también están suprimidas, ya que el punto de abocamiento del asa aferente está situado muy por bajo del estómago.

Estas ventajas del procedimiento de Roux son innegables, no pudiéndose contradecir. Teniendo sólo esto en cuenta, es una operación racional, lógica y segura.

Pero analizando concienzudamente los hechos, veremos que no está exenta de inconvenientes; inconvenientes serios que pueden dar lugar a fatales consecuencias.

Es, en primer lugar, de más larga ejecución que una gastro-enterostomía por cualquiera de los otros procedimientos (v. Hacker, Wölfler, Ricard) pues son dos las anastomosis necesarias en vez de una que hay que hacer en las ya citadas, y ya sabemos que la prolongación del acto operatorio aumenta la gravedad de la intervención y que siempre hemos de procurar reducir su duración cuanto nos sea posible.

Además son necesarias dos suturas del tipo latero-terminal, mucho menos seguras y de técnica más difícil que las latero-laterales.

Y, por último, predispone notablemente a la aparición y desarrollo del ulcus secundario.

Esta predisposición nace precisamente de la disposición de sus asas. Ya sabemos que el intestino (o por mejor decir el yeyuno), está habituado a recibir materiales alcalinizados por las secreciones biliar, pancreática y jugo intestinal, y que cuanto más alejado está del estómago, peor soporta el contacto de materiales ácidos. Pues bien, el asa yeyunal eferente, en la gastro-enterostomía de Roux, recibe el contenido estomacal ácido, o hiperácido, directamente, favoreciendo con esto la auto-digestión de la mucosa y la aparición del ulcus secundario.

Las estadísticas de numerosos autores, concuerdan todas ellas en la frecuencia de esta complicación en los casos de gastro-enterostomía a lo

Roux, frecuencia mucho más elevada que cuando se practica otro procedimiento cualquiera, (v. Hacker, Wölfler, Ricard).

Sus indicaciones son muy limitadas, estando reservada para aquellos casos en que por circunstancias especiales (adherencias, etc.), sea completamente imposible practicar uno cualquiera de los otros procedimientos; cuando el quimismo del enfermo sea normal o subnormal; o cuando, como dice Pauchet, tengamos en perspectiva una gastrectomía secundaria.

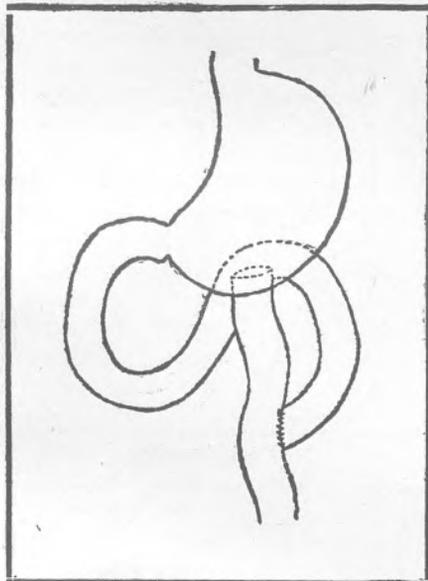


Fig. 1.--G. e. de Roux (típica)

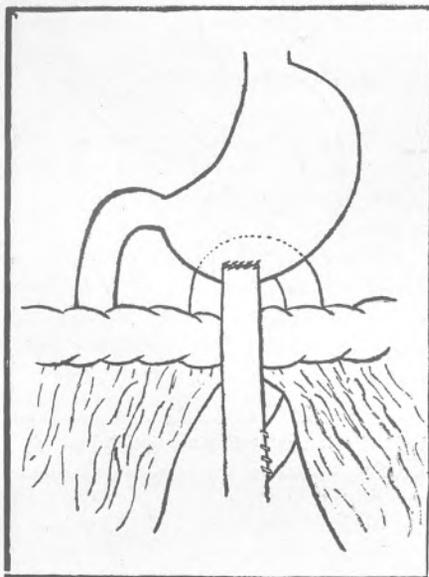


Fig. 2.--G. e. de Roux modificación anterior

En el procedimiento clásico de Roux, se sigue la siguiente técnica:

Laparatomía media xifo-umbilical.—Levantado el gran epiplon y colon transversal, se busca el ángulo duodeno-yeyunal y a unos 12 o 15 centímetros, aproximadamente, de este ángulo, se secciona el yeyuno entre dos pinzas clamps. El cabo distal se sutura a la cara posterior del estómago, para lo cual se atrae ésta a través de una hendidura practicada en un espacio avascular del mesocolon transversal; practicándose esta anastomosis en la parte más declive del estómago. Una vez suturado este cabo yeyunal al estómago, se anastomosa el proximal al distal, a unos 10 o 12 centímetros del orificio gastro-yeyunal, por implantación término-lateral (fig. 1).

En vista de que en muchos casos se encontraban con el serio inconveniente de no poder atraer o exteriorizar el estómago a través de la abertura practicada en el mesocolon transversal, a consecuencia de fuertes adherencias que fijaban su cara posterior, Wölfler y el mismo Roux, modificaron el procedimiento, pasando el cabo distal por delante del colon trans-

verso y haciendo la gastro-enterostomia en la cara anterior; recomendando Roux, para evitar compresiones y estiramientos, seccionar el gran epiplon

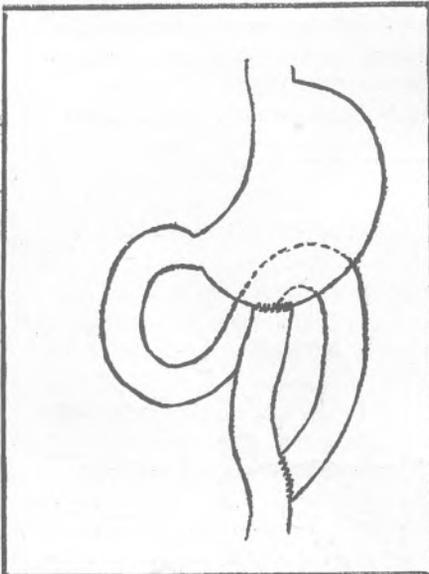


Fig. 3.-G. e. transmesocólica marginal de Pauchet

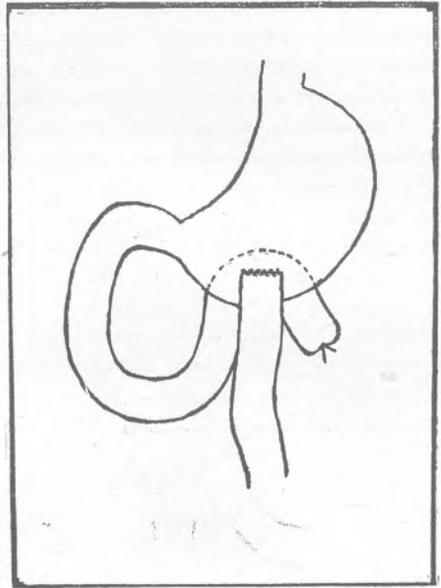


Fig. 4.--Stendel

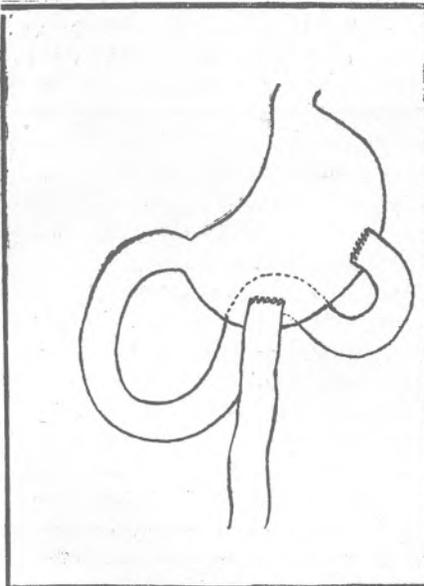


Fig. 5.--Mattoli

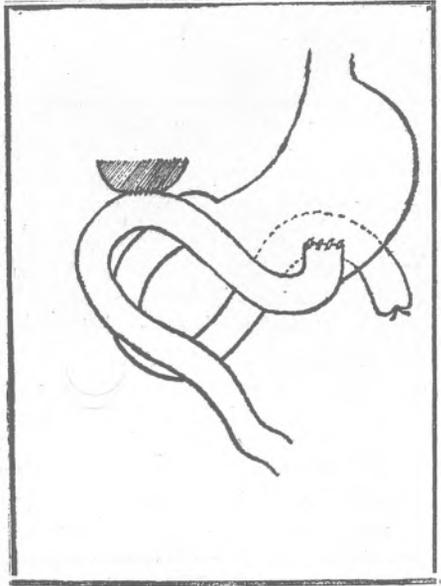


Fig. 6.--Chlumsky

en toda su altura (de esta manera el yeyuno, en su concavidad, no comprende más que el colon transversal) (fig. 2).

Ultimamente Pauchet, preconiza la implantación del cabo distal en la misma curvadura mayor (gastro-enterostomía marginal), previo despegamiento colo-epiploico, y desinsertando el epiploon de la curvadura mayor en el espacio destinado a practicar la anastomosis (fig. 3).

Basados en el procedimiento clásico de Roux, otros muchos cirujanos idearon distintas técnicas, las más de las cuales sólo fueron ejecutadas en perros por vía de experimentación, y aunque alguna se llegó a practicar en el hombre, fueron rápidamente abandonadas a consecuencia de los fracasos que proporcionaron. Por puro interés histórico, mencionaremos algunas de ellas.

Stendel, practicó en perros, la clásica gastro-enterostomía de Roux, pero con la modificación de que el cabo proximal era cerrado en bolsa, sin anastomosar, haciendo simplemente la gastro-enterostomía latero-terminal con el cabo distal (fig. 4).

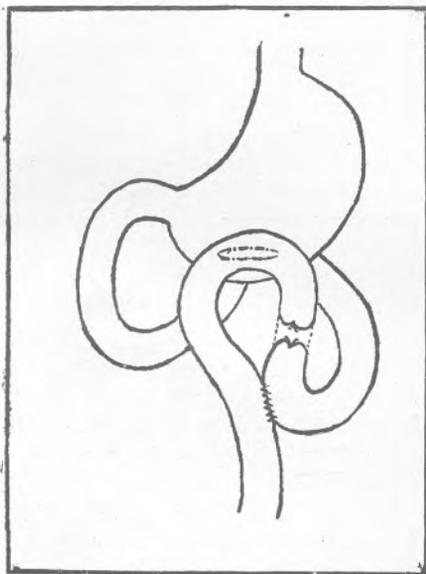


Fig 7.—Gallet

al yeyuno, a unos 10 o 12 centímetros de la gastro-yeyunostomía (fig. 7).

Estos son los procedimientos ideados para la práctica de la gastro-enterostomía en Y. De todos ellos el más recomendable es el marginal, de Pauchet, viniendo después el clásico de Roux (gastro-enterostomía retro cólica posterior), y recurriendo solamente en casos excepcionales al modificado (gastro-enterostomía ante cólica anterior).

Mattoli (1903), hizo otra modificación a la cual designó con el nombre de gastro-enterostomía por doble implantación gástrica. Los dos cabos yeyunales eran suturados al estómago; el proximal a unos centímetros por encima del distal (fig. 5).

Chlumsky, cerró el cabo proximal en bolsa y con el distal practicó una anastomosis en cara anterior de estómago, y a unos centímetros de ésta, una colecisto-enterostomía (fig. 6).

Gallet, en lugar de hacer las anastomosis de tipo término lateral, como Roux, las hizo latero-laterales. Cerró los dos extremos, del asa seccionada, en bolsa. El distal le anastomosó lateralmente al estómago; y el proximal le unió, también por anastomosis lateral,

CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA DE VALLADOLID

DIRECTOR: PROFESOR DOCTOR BAÑUELOS

Importancia de las reacciones biológicas en el diagnóstico del quiste hidatídico

por V. BAENA BAENA

La frecuencia del quiste hidatídico en España, y dentro de ella en la región castellana, es conocida de antiguo; así lo comunicaron Ribera, al Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas en 1908, y Goyanes en su discurso de la Real Academia de Medicina de Madrid, donde dijo haber operado en siete años 65 casos de quiste hidatídico; pero en la actualidad esas cifras quedan bajas si juzgamos por los existentes en la provincia de Valladolid, pues solamente en el Hospital provincial ingresan mensualmente cuatro o cinco casos, por término medio, que hacen un total de 50 a 60 anuales, ocurriendo una cosa parecida en las otras provincias; así Calvo Melendro ve en Soria unos diez casos por año.

Este relativo aumento, no creemos sea debido a que haya aumentado la hidatidosis en el perro, ni que la higiene y las costumbres sociales sean peores que años atrás sino que la achacamos al mejor conocimiento de esta afección que hace se diagnostique mayor número de casos, habiendo no obstante bastantes que escapan todavía al diagnóstico temprano, antes de que aparezcan ciertas complicaciones siempre desagradables y a veces peligrosas para la vida del enfermo.

La idea de aportar algunos datos clínicos y biológicos, fruto de nuestra modesta observación, por si pudiese obviar en algo el problema diagnóstico de esta enfermedad, es lo que nos mueve a escribir este artículo.

En los últimos años hemos visto doce casos de quistes hidatídicos, siete de pulmón y los restantes de hígado, y habremos realizado las reacciones biológicas en cincuenta procedentes de las clínicas quirúrgicas.

Coincidiendo con las publicaciones de Costantini, Estor Perrin, Finochietto, Possman y otros muchos, hemos visto que el quiste hidatídico se manifiesta por síntomas de carácter local variables de unos casos a otros, dependiendo de su localización; (la urticaria y demás síntomas de carácter anafiláctico, raramente se presentan).

En los de localización hepática, los enfermos se quejan cuando más, de dolor en el hipocondrio derecho, fijo o con irradiación variable (simulando a veces los del cólico hepático, como un caso citado por Silhol y Giraud y uno de los nuestros), de una hinchazón o abultamiento del mismo hipocondrio y algunas veces de signos de una ligera insuficiencia hepática, traducidos por náuseas, vómitos, molestias gástricas, etc., etc., pero lo

característico son los hallazgos objetivos; se encuentra una hepatomegalia parcial o total, bien es el borde superior del hígado el que asciende hasta la cuarta y aun la tercera costilla, bien es el inferior el que sobrepasa tres, cuatro o más traveses de dedo el reborde costal, ya solamente uno de los lóbulos es el que está aumentado, o se encuentra un tumor redondeado que parece que pende y está unido al hígado.

Nosotros tenemos por norma, cuando nos encontramos ante un caso de hepatomegalia pensar en qué puede tratarse de quiste hidatídico. A formarnos esta convicción y modo de proceder ha contribuido la magistral regla clínica aprendida de nuestro maestro el doctor Bañuelos, que dice: «ante un sujeto con hígado grande y buen estado general, hay que pensar en quiste hidatídico mientras no se demuestre lo contrario»; los errores cometidos por J. Silhol, J. Giraud y Brahie, en dos casos de quiste hidatídico que diagnosticaron uno de litiasis biliar y otro de embarazo, y la observación de dos casos tenidos en nuestra clínica y que la autopsia nos mostró el error de nuestro diagnóstico. Tales son:

I.—Hombre de 42 años, chauffeur, soltero. Tuvo un chancro sifilítico de joven. Tenía estrechez mitral, insuficiencia aórtica, aortitis sifilítica, hígado grande, duro y doloroso, ascitis sin esplenomegalia. Las reacciones de la sífilis (Wassermann, Meinicke y Kahn) fuertemente positivas; después de estar ingresado en la Sala de San Pablo cuatro años, fallece. En la necropsia se encontró, aparte de las lesiones de corazón y aorta, en el hígado, conjuntamente con algunos gomas, diez o doce quistes hidatídicos pequeños en cara inferior del hígado.

II.—J. O., 40 años, obrero del campo. Ingresó en Agosto del año pasado, en el Hospital provincial, con el cuadro clínico de una colangitis supurada. En la necropsia encontramos dos quistes hidatídicos supurados y abiertos en vías biliares.

Desde entonces a todo enfermo que vemos con hepatomegalia, le hacemos, aun cuando estemos seguros del diagnóstico, los análisis que más tarde comentaremos, y una radiografía de hígado con insuflación de estómago o neumoperitoneo, y desde los descubrimientos de Radt y Oka sobre la propiedad que tienen los compuestos de torio de fijarse en las células del sistema retículo-endotelial, aplicable a la obtención de radiografías de hígado y bazo, práctica tan extendida ya, sobre todo en los países de lengua alemana con el nombre de «hepato-lienografía» por el preparado denominado por Heyden «Torotrast» (dióxido de torio), que no produce ninguna molestia al enfermo y sin embargo permanece fijado largo tiempo en las células de Küpfer del hígado y que como es opaco a los rayos Roentgen, se nos abre un nuevo medio de exploración cómodo, claro y seguro, de poder desenmascarar las afecciones tumorales intrahepáticas que hasta ahora pasaban desapercibidas, sobre todo si eran pequeñas.

Referente a los de pulmón, aparte del ligero dolor de un costado y tos seca o con expectoración mucosa que presentan algunos, consideramos

como característico, desde el punto de vista de las quejas del enfermo, las hemoptisis repetidas. Hasta la actualidad no conocemos un solo caso de quiste hidatídico de pulmón que en el curso de la enfermedad, sobre todo si lleva ya algún tiempo, no haya tenido hemoptisis repetidas, pertinaces, y hasta en algunos tan intensas que hayan producido la muerte del enfermo, como ocurrió en un caso del doctor Bañuelos.

No suelen llamar bastante la atención los libros y publicaciones de la mayoría de los autores sobre este síntoma, sino que le mencionan sin darle importancia, como uno más, que pueden presentar los enfermos de quiste hidatídico de pulmón, y habiendo visto que de nuestros enfermos en ninguno de ellos faltaba, sino por el contrario, las hemoptisis repetidas eran lo más llamativo en ellos y hasta alguno como el que más abajo anotamos, era lo único que presentaban, es por lo que recalcamos la importancia que para nosotros tiene este síntoma en el diagnóstico de quiste hidatídico de pulmón, creyendo con nuestro maestro el doctor Bañuelos, que estos enfermos tienen hemoptisis más repetidas que los fímicos, como lo confirma el siguiente caso:

A. M., de Valladolid, 22 años, albañil. Antecedentes familiares y personales sin interés. En Marzo de 1931, comenzó a tener tos con expectoración mucosa, ligeros dolores en hemitórax derecho y astenia general, transcurridos cinco días tiene una hemoptisis seguida en los días sucesivos de expectoración hemoptoica; el resto de los aparatos funcionaban con regularidad. En los meses de Abril, Mayo y Junio tiene cuatro nuevas hemoptisis, habiendo estado todos esos meses trabajando. Ingresa en nuestro servicio de tuberculosos el 18 de Julio de 1931, aquejando tos con expectoración verdosa, ligero dolor en hemitórax derecho, buen apetito y el resto de los aparatos normales; había perdido tres kilos de peso durante el tiempo que llevaba enfermo.

En el examen objetivo realizado el día de su ingreso, encontramos los siguientes datos: Buen estado de nutrición, piel y mucosas bien coloreadas; tórax de forma normal, movilidad respiratoria disminuída en el pulmón derecho; submatidez en base del mismo pulmón; a la auscultación se perciben crujiidos secos en región infraclavicular del pulmón derecho y algún roce de pleura en la base. En el pulmón izquierdo no hay nada patológico. Corazón y abdomen normales. Examen radioscópico y radiográfico: vértices claros; existe un nódulo del tamaño de una moneda de dos céntimos, opaco debajo de la clavícula en el pulmón derecho, unido a hilio por estrías. En la base de dicho pulmón, hay una sombra del tamaño de una mandarina, de contornos redondeados.

Ante este cuadro pensamos se pudiera tratar de un quiste hidatídico o de una fimia. Realizamos la reacción de Weinberg por dos veces, obteniendo resultado negativo; no encontramos eosinofilia y la reacción de Cassoni no la hicimos porque carecíamos por entonces de antígeno. El análisis de esputos fué repetidas veces ejecutado haciendo los procederes

de homogeneización y en ninguno se encontró bacilos de Koch. Permanece en la clínica por espacio de cinco meses presentando una hemoptisis próximamente cada quince días. No tuvo fiebre en todo ese tiempo salvo días aislados que tenía unas décimas. Hace un mes le hacemos la intradermoreacción de Cassoni, resultando fuertemente positiva aun a las 24 horas siguientes: Se le manda operar.

Muy semejante a este es el caso descrito por M. Constantini de un enfermo que estuvo mucho tiempo diagnosticado de tuberculosis, a causa de repetidas hemoptisis que tenía y después dió el Cassoni (+++) y una eosinofilia de 16 por 100, aunque el Weinberg fué negativo; tenía seis quistes hidatídicos en los dos pulmones. Del mismo modo, M. Morenas y Despeigue publicaron otro caso también diagnosticado de tuberculosis, sólo se quejaba de hemoptisis repetidas y expectoración mucosa y padecía un quiste de pulmón; visto con radiografía y con la reacción de Cassoni (+++) la de Weinberg negativa y no tenía eosinofilia.

El enfermo anteriormente descrito, presentó durante su permanencia en nuestro servicio, más hemoptisis que todos los fímicos de la sala.

Desde el punto de vista objetivo, lo que tiene más valor es la radiografía, que si es hecha con rayos no muy duros (puesto que el líquido quístico si no está en fase de supuración, ofrece poca resistencia al paso de los rayos Röntgen (Gil Casares), nos da una sombra típica, redondeada de contornos limpios, de localización variada, y si está en la cara mediastínica de los pulmones, la radioscopia nos los distingue de los otros tumores de mediastino, puesto que en el primer caso el tumor es movible con la inspiración y la espiración. R. Finochietto.

Una vez sospechado por este examen clínico, que pueda tratarse de un quiste hidatídico, lo mismo en el caso de hígado que en el de pulmón, realizaremos como complemento el examen biológico que en ésta, como en otras enfermedades (lues, fimia, fiebre tifoidea, etc., etc.), el hallazgo positivo de las reacciones biológicas nos da cierta seguridad del diagnóstico, sin que nos impida, no obstante, seguir pensando en la afección que se investiga, el obtener un resultado negativo de las mismas.

Desde que Sabrazés, en 1899, observó que en algunos enfermos de quiste hidatídico el número de leucocitos eosinófilos se hallaba por encima de lo normal, comenzaron a publicar eosinofilia de este tipo, Achard, Vincent, Weinberg, Rosenow, Chauffard, etc., entrando de este modo en la práctica corriente de la investigación de la fórmula hematológica en los enfermos sospechosos de tener un quiste hidatídico.

Unos años más tarde, cuando se descubrió el fenómeno de Bordet-Gengou, al italiano Ghedini se le ocurrió aplicarle a los casos de quiste hidatídico, investigando en el suero de los portadores de aquellos, los anticuerpos específicos, utilizando con antígeno el líquido del quiste hidatídico del hombre o del carnero. Como sus investigaciones fuesen seguidas de éxito en muchos casos, se empezó a practicar esta desviación del comple-

mento en todos los países, distinguiéndose en estos trabajos Weinberg en Europa y Appathie Lorentz en América, por eso no nos extrañará que esta reacción lleve diferente nombre en las diferentes publicaciones que revisamos en la literatura médica; si cogemos un trabajo italiano, leeremos reacción de Ghedini; si es alemán, francés o español, reacción de Weinberg y si el trabajo es americano, tendrá reacción de Appathie Lorentz.

Por último, en el tercer lustro del presente siglo, comiéntase a aplicar en estos enfermos las reacciones de anafilaxia, siendo el iniciador Cassoni, que como realizaba la reacción en la dermis de los enfermos, por eso luego se ha dado a este fenómeno el de cutirreacción o intradermorreacción de Cassoni.

Nosotros sistemáticamente hemos realizado en todos los casos sospechosos de quiste hidatídico, estas tres investigaciones y si bien hemos visto que las tres son interesantes y positivas en algunos de los casos, sin embargo nuestros hallazgos discrepan en algo de lo publicado por diversos autores.

Hay muchos investigadores, como Leger, Weinberg y Blumenthal, entre otros, que hallan una eosinofilia en un cuarenta o cincuenta por ciento de los enfermos de quiste hidatídico, sacando la conclusión a la vista de estos datos, que la eosinofilia tiene un gran valor para el diagnóstico de la afección que nos ocupa. Nosotros como puede verse por nuestra casuística, no la hemos encontrado más que en un veinte por ciento, por lo que basados en este reducido número de positividades y teniendo en cuenta la gran cantidad de procesos variados que dan lugar a eosinofilia (algunas enfermedades infecciosas, ciertas dermatosis, el asma, las enfermedades producidas por parásitos, la leucemia mieloide, etc.), no damos ningún valor a la fórmula leucocitaria con vistas a la eosinofilia, más que cuando en la sospecha clínica de un quiste hidatídico la encontramos positiva, y aun en este caso no le damos más importancia que el tener un síntoma más, de gran importancia desde luego, pero de ningún modo le consideramos de valor absoluto. Si la prueba nos resulta negativa, en nada merma nuestra orientación y discurremos como si no se hubiese hecho tal prueba, puesto que hemos visto que en un ochenta por ciento de los casos de quiste hidatídico no hay eosinofilia. En los quistes supurados no la hemos encontrado nunca (como ya se sabía).

La reacción de Weinberg la han encontrado Appathie-Lorentz, Weinberg, Fairley y Fernández Ithurrat, entre otros, en un setenta a ochenta por ciento de enfermos de quiste hidatídico; en nuestros exámenes no hemos encontrado más que un cuarenta por ciento, que coincide con las estadísticas de Pontano, Silhol, Giraud y Brahie.

Estas diferencias quizá sean explicables por las diferentes técnicas seguidas en la marcha de las reacciones, ocurriendo en este lugar como en la reacción de Wassermann, que las técnicas nuevas han demostrado con el proceder de la titulación de todos los elementos de que se compone la

reacción, sobre todo del complemento, el por qué de los casos falsos positivos que daban las deficientes técnicas primitivas. Por otra parte, en contra de la opinión Weinberg y Fairley, que consideran esta reacción específica del quiste hidatídico (pues el último la practicó en 917 sujetos sin equinococos, encontrándola negativa en todos ellos), Mouriquand, Lesiur y Cottin la han encontrado positiva en casos de sarcoma de riñón, cáncer de estómago y cáncer de hígado respectivamente, por lo que dudan de su especificidad. Nosotros no tenemos experiencia en este sentido, pero sin embargo hemos visto un caso de aneurisma grande de aorta que por ser del tamaño del puño de la mano simulaba un tumor y por descartar el quiste hidatídico, realizamos la reacción de Cassoni que fué negativa y la de Weinberg nos dió débilmente positiva, juntamente con el Wassermann, Meinicke y Kahn, fuertemente positivos y más tarde en la autopsia comprobamos el aneurisma y vimos que el enfermo no había tenido ningún quiste hidatídico en ninguna víscera. Esta positividad inespecífica nos la explicamos perfectamente por los disturbios coloidales que provocan en el plasma sanguíneo, tanto las neoplasias como la sífilis, el quiste hidatídico y la tuberculosis, etc., modificando el coeficiente albúmino globulina y con él la inestabilidad coloidal. Por eso nosotros siempre que realizamos la reacción de Weinberg, al mismo tiempo ejecutamos la de Wassermann, y si obtenemos la primera positiva, con una negativa de la segunda, consideramos en el caso dicho, la reacción como específica. De este mismo modo piensa y así aconseja proceder, Blumenthal.

Como resultado de nuestras observaciones, consideramos la reacción de Weinberg como dato de gran valor para el diagnóstico del quiste hidatídico, puesto que si es positiva (y está hecha por un laboratorio serio, juntamente con el Wassermann) nos aclara y asegura la sospecha del diagnóstico, mas en el caso de que no sea positiva, como esto pasa en un sesenta por ciento de los casos, no variaremos nuestra conducta si a la clínica la parece y realizaremos las otras reacciones y cuantos medios consideremos oportunos para llegar al perfecto diagnóstico.

En la reacción de Cassoni, nuestra casuística (como puede verse) nos da un porcentaje de ochenta por ciento de los casos positivos, cifra que se parece a las obtenidas por Cassoni, ochenta y siete por ciento, Pontano e Ithurrat, noventa por ciento, por lo que consideramos esta reacción como la mejor y más segura, porque además de ser específica es sencilla de practicar y muy objetiva.

Si observamos la casuística, veremos como hay un veinte por ciento de enfermos de quiste hidatídico en los que en las reacciones de Weinberg y Cassoni son negativas y en la fórmula leucocitaria no se halla un número de eosinófilos mayor de tres por ciento; son precisamente estos casos los más instructivos de nuestra publicación, es decir, en esta enfermedad como en tantas otras las pruebas de laboratorio son datos valiosos, complementarios de la clínica, que resuelven problemas difíciles solamente cuando los

hallamos positivos, mas hay otros que no son pocos, en los cuales a pesar de la negación del laboratorio, el clínico con su sagacidad, intuición, juicio crítico y estudio minucioso del enfermo, tiene que resolverse el diagnóstico (1).

CASUÍSTICA

| Nombre | Edad años | NATURALEZA | Reacción Weinberg | Reacción Casani | Núm. de eosinófilos | Wassermann | DIAGNOSTICO |
|---------------------|-----------|-----------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------|--|
| G. C. | 42 | Olmos de Peñafiel..... | (-) | (-) | 2 | (-) | Quiste hidatídico de hígado. |
| E. L. | 18 | Villanueva de los Infantes. | (+++) | (+++) | 4 | (-) | Idem ídem de pulmón. |
| 2. ^a vez | 20 | Idem..... | (+++) | (+++) | 6 | (-) | Idem ídem de hígado. |
| G. I. | 46 | Gallegos de Hornija..... | (+) | (++) | 3 | (-) | Idem ídem. |
| J. R. | 42 | Wamba..... | (++) | (+++) | 4 | (-) | Idem ídem de pulmón. |
| L. A. | 31 | Osma..... | (-) | (+++) | 2 | (-) | Idem ídem. |
| C. M. | 13 | Valladolid..... | No se hizo | No se hizo | Fué operada | (-) | Idem ídem de hígado. |
| 2. ^a vez | 16 | Idem..... | (+++) | (+++) | 1 | (-) | Idem ídem. |
| N. C. | 55 | Peñafiel..... | (-) | (-) | 1 | (-) | Idem ídem. |
| — | 29 | Valladolid..... | (-) | (-) | 2 | (-) | Idem ídem. |
| Chófer | 40 | Idem..... | No se hizo | No se hizo | | (+++) | Lues aórtica, hepática y quiste hid. hígado. |
| F. A. | 37 | San Miguel del Arroyo.... | (-) | (+++) | 2 | (-) | Quiste hidatídico de hígado y pulmón. |
| C. G. | 53 | Medina del Campo..... | (-) | (-) | 7 | (-) | Idem ídem de pulmón. |
| F. M. | 23 | Piña de Esgueva..... | (-) | (+++) | 4 | (-) | Idem ídem. |
| M. F. | 32 | Valladolid..... | (-) | (-) | 1 | (-) | Idem ídem de hígado. |
| J. M. | 31 | Bocos de Duero..... | (-) | (+++) | 2 | (-) | Idem ídem. |
| E. R. | 31 | Zaratán..... | (+++) | (+++) | 1 | (-) | Idem ídem de pulmón. |
| M. P. | 68 | Cogeces del Monte..... | (-) | (++) | | (-) | Idem ídem de hígado. |
| H. A. | 29 | Tordesillas..... | (-) | (+++) | | (-) | Idem ídem de pulmón. |
| M. I. | 24 | Villegarcía de Campos.... | (-) | (+++) | 2 | (-) | Idem ídem de hígado. |

Los restantes no les publicamos por no tener recogidos algunos datos.

(1) En el número correspondiente al 26-III último de la *Presse Medicale* (cuando este trabajo estaba en la imprenta) apareció un trabajo de E. Bressot sobre «L' aide du Laboratoire dans le diagnostic des kystes hydatiques», obteniendo eosinófilos en 14 por 100 de los casos. La reacción de Weinberg en 13 por 100 positiva y la de Casani en 90 por 100 positiva.

CRÓNICA DE OBSTETRICIA

Tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo

por Juan José G. GÓMEZ-SIGLER

Uno de los apartados de la moderna clasificación de Seitz, de las toxicosis gravídicas o gestosis, es el que corresponde a la emesis, hiperemesis gravídica o vómito incoercible como vulgarmente se conoce. Ninguna de las manifestaciones patológicas que presenta la mujer durante la gestación, nos demuestra tan visiblemente, cómo se pasa de un estado, el vómito, que por su frecuencia e inocuidad le consideramos como fisiológico, a la hiperemesis gravidarum, de tan fatal pronóstico en muchos casos.

La etiopatogenia de los vómitos del embarazo ha sido muy discutida, y es un problema de la fisiopatología actual. Esta consideración nos hace ver por adelantado, la inseguridad de los agentes terapéuticos y farmacológicos que se han empleado y se emplean actualmente. Se ha admitido para explicarnos el vómito grave la posibilidad de un origen psíquico, un origen nervioso reflejo y un origen tóxico. Las razones y argumentos diversos con que los defensores de estas tres teorías principales, quieren demostrar la certeza de sus hipótesis, saldrían, si las mencionáramos, del plan que nos hemos propuesto en este artículo.

Mencionaremos pues, los procedimientos terapéuticos de probada eficacia, dentro del fárrago farmacológico con que ha sido enriquecida la terapia de esta gestosis, y haremos hincapié en aquellos, que por nuestra modesta práctica de la especialidad ginecológica, tenemos experiencia, sobre todo, los últimamente adquiridos.

En ocasiones, una retrodesviación uterina que corregimos independientemente, ha sido motivo de cese de una hiperemesis, y la no repetición en embarazos sucesivos. Sin embargo no debemos caer en el error de asegurar, por la corrección de la estática en una malposición uterina, la curación de unos vómitos incoercibles.

De los trabajos de Mayer y Luizer, de Tubinga, referentes al concepto de insuficiencia relativa de antitóxicos, surgió el procedimiento de sueroterapia con el suero de embarazada normal. Ulteriormente se ha visto que estos mismos halagüeños resultados se han obtenido con solución de Ringer, y con la inyección de suero sanguíneo del cónyuge, en cantidad de 20 c. c. dos veces. (Nuestro maestro el doctor Maortua, publicó en «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades», número 357, año 1928, una casuística personal muy favorable del tratamiento de hipofunción ovárica por suero de gestante, siendo el autor de esta terapéutica, que un año más tarde, el profesor Schutz de Múnster, Wesfalen, se adjudicó como original).

A: Bartolomé, tocólogo peruano de la Maternidad de Lima, apoyándose

en la teoría patogénica de Blumm, que cree sería producido el vómito grave, por dechloruración del organismo y rotura del equilibrio ácido-básico, ha obtenido resultados muy halagadores por la inyección endovenosa de cloruro sódico. Que existe cloropenia en el vómito incoercible, es una realidad incontrovertible.

Nosotros, por indicación de Maortua, hemos obtenido óptimos resultados por la inyección de 1 c. c. de la solución al milésimo de adrenalina asociada a la inyección parenteral de cuerpo lúteo («*corpora lutea*» de Parke Davis). El mecanismo de este proceder podría ser explicado no solamente por la hipótesis de Mlle. Niskoubina que piensa serían debidos los vómitos graves, a una alteración funcional de los cuerpos amarillos y su sustitución opoterápica, sino además por la intensa reacción que a las embarazadas las produce la inyección de la adrenalina, y que subconscientemente, impresiona profundamente el substrato psíquico.

Basándose en el factor acidósico de muchos estados de hiperemesis, se ha empleado la insulina (10 unidades en dos dosis) y la ingestión de hidratos de carbono, fácilmente transformable en glucosa (jugo de naranja o mandarina, dos terrones de azúcar, etc.), o bien inyección subcutánea de suero glucosado (200 centímetros cúbicos). Titus y Talheimer han obtenido halagüeñas curaciones y nosotros tenemos varios éxitos brillantes con esta terapéutica.

Basándonos en los trabajos de Anselmino y Hoffmann, aparecidos en Diciembre del año pasado, sobre la acción de un extracto del lóbulo anterior de hipófisis, casi identificable al Prolan, sobre el metabolismo de las grasas, y la existencia en la hiperemesis gravídica de un estado de hiperfuncionamiento del lóbulo anterior de la hipófisis con producción excesiva de hormona catabolizadora de grasa, hemos empleado la irradiación Roëntgen, sobre la hipófisis, a dosis depresoras en su funcionalismo, para lograr reducir esta hiperactividad de increta, favorecedora de la hiperemesis, pero los resultados obtenidos, no obstante la cortadad de tiempo de nuestra experimentación, no son satisfactorios, ya que además se nos alcanzan los inconvenientes de esta terapéutica.

Una de las aplicaciones mejor comprobadas y más firmes de la moderna hormona de la corteza suprarrenal, la corticalina, es precisamente esta de los vómitos incoercibles del embarazo, y su mecanismo terapéutico sin duda alguna es por la cesación de los estados acidósicos. Hemos empleado en un caso esta novísima adquisición terapéutica, siguiendo las indicaciones de Swingle y Pfiffner, así como las de Rowntree y Greene de la clínica Mayo, administrando 1 c. c. diario de la hormona cortical preparada por Utende, del Instituto «Ibis», bajo las indicaciones de Alday, y el resultado ha sido enteramente concordante con el de los autores americanos. Cuando nuestra experiencia sea más firme por el mayor número de casos y resultados obtenidos, la haremos pública, y podremos determinar con seguridad si esta novísima terapéutica resuelve el problema de la curación de los vómitos incoercibles del embarazo.



SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión correspondiente al 28 de Enero de 1932

Presidencia: Doctor BOTÍN

DOCTOR VALLS MARIN.—Presentación de enfermos.—Presenta una enferma de mal de Pott, operada por el procedimiento de Albee. Llevaba en tratamiento de corsé ortopédico 8 meses, habiéndose colocado éste cuando tenía la cifosis; aún con el corsé, la insuficiencia vertebral era tan grande que la propuse la operación. Una cosa digna de anotarse, fué la curva que hubo que dar al injerto, sacando éste, aprovechando todo lo ancho de la cara antero interna de tibia, y quedando perfectamente coaptado en el lecho formado por la hemisección de 6 apófisis espinosas cogiendo en medio a las dos enfermas, que correspondían a los 6.º y 7.º dorsales, cuyo cuerpo en la radiografía aparece aplastado en cuna.

Presenta después a una niña enferma con una parálisis espástica de brazo izquierdo operada por el procedimiento de Stöffel. El brazo estaba en pronación y flexión de mano y dedos forzada. Descubierta el mediano en la flexura del codo, se seccionaron los ramos nerviosos que van al pronador redondo palmar mayor y menor flexor superficial de los dedos, habiéndose conseguido que desapareciesen las contracturas.

El doctor Yagüe hizo una atinada observación de que si al regenerarse los nervios seccionados pudiera reaparecer el estado contractura.

El doctor Valls Marín aclaró que con objeto de evitar esto, se suturaban los extremos de los filetes nerviosos cortados en unos túneles que se franqueaban por debajo del tejido celular subcutáneo y así aunque empezaran a regenerar no habría posibilidad de que encontraran los ramos periféricos.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—¿La curabilidad de los papilomas laríngeos de los niños, tratados por radioterapia profunda depende exclusivamente de la técnica empleada en su aplicación?—Este enfermo de quien me voy a ocupar, lo conocen ustedes anteriormente. Es el caso de papilomas laríngeos, que tuve el honor de presentar en la sesión clínica del día 6 de Marzo de 1930. Tan interesante ha sido para mí el estudio de este enfermo que en él se inspiró mi Memoria sobre «La Papilomatosis laríngea sofocante en los niños», que mereció por el Tribunal calificador, el «Premio Soler» de Cirugía de este Instituto, en la inauguración del curso 1930-31.

No voy a repetir su historia clínica detallada, hasta el día 25 de Junio de 1930. La comunicación se haría interminable y a quien le interese sepa que puede leerla en «Revista Ibero-Americana de ciencias Medicas», Noviembre de 1930.

Recordaré únicamente que era un niño entonces, de 2 años de edad

que vino a nuestro dispensario el día 1.º de Marzo de aquel año afecto de ronquera que databa de dos meses, acompañado de síntomas de estenosis respiratoria progresiva laríngea desde hacía unos quince días.

Por laringoscopia directa, practicada con el tubo espátula de Chevalier Jackson, diagnosticamos papilomas laríngeos abundantes, los cuales formaban como una masa papilomatosa, que obstruía casi toda la glotis y llenaba el vestíbulo laríngeo.

Al pretender hacer en la sala de operaciones una ablación con pinza, de parte de la masa papilomatosa, nos vimos precisados a practicarle una traqueotomía de urgencia para asegurar su respiración.

En días sucesivos fuimos limpiando poco a poco su laringe, con pinza y siempre por laringoscopia directa de papilomas.

Pretendimos evitar las recidivas tan tenaces en estas neoformaciones benignas administrando al enfermito diariamente sesenta centigramos de magnesia hidratada y dando toques en el punto de implantación de los papilomas extraídos, con soluciones de alcohol, progresivamente concentrado, como lo preconiza Chevalier Jackson; pero como los papilomas recidivaban, sometimos la laringe del niño a la radioterapia profunda terapéutica muy en boga en estos últimos tiempos en los papilomas laríngeos. Los doctores Arce, la irradiaron con arreglo a la siguiente técnica: Radioterapia medio penetrante de 25 centímetros de chispa, equivalente a 3 M. A., (6 milímetros de aluminio. Distancia focal, 30 centímetros. Dos campos cervicales. En cada campo se administraron 2.500 R. (Salomón). La dosis se efectuó en 20 días, haciendo dos sesiones semanales en cada lado, en total ocho aplicaciones. La medida de la dosis es en piel.

No apreciamos modificación alguna reaccional atribuible a las radiaciones en el aspecto interior de la laringe durante el tiempo en que se hizo esta aplicación.

Como el niño respiraba bien después de la ablación papilomatosa y tenía la voz normal, le decanulamos el día 7 de Junio. Sin embargo, varias veces que le exploramos por laringoscopia directa, hubimos de extraerle otros papilomas, por ello nuestra impresión de entonces, reflejada en las conclusiones de nuestra Memoria, era de que los rayos X no evitaban las recidivas papilomatosas, guiándonos por los resultados obtenidos en este caso.

Continuamos vigilando al enfermo hasta últimos de Julio, extirpando los papilomas que iban saliendo en su laringe.

Mes y medio de ausencia, en cuyo tiempo el niño no recibe nuestros cuidados, bastan para que a nuestro regreso, traigamos sus padres al enfermo otra vez con ronquera y una gran dificultad respiratoria. Sin duda los papilomas, tenaces en sus recidivas, llenaban nuevamente la laringe e impedían el paso del aire de la respiración.

Como otras tantas veces, le practicamos en nuestro domicilio, por estar cerrado el Instituto Rubio, una laringoscopia directa, pero esta vez el niño es presa de un síncope respiratorio, quedando aparentemente muerto, con

los ojos abiertos e inmóviles, cianótico, echando espuma por la boca, con relajación de esfínteres, o sea en un estado total de asfixia. Hago la respiración artificial sin resultado y entonces tomo un bisturí de una de las vitrinas, atravieso la cicatriz de la traqueotomía hecha en Marzo y pongo una cánula traqueal con lo que se inicia la vuelta de la respiración del niño, restableciéndose ésta en toda su normalidad al practicarle de nuevo la respiración artificial. Los momentos vividos, fueron, como se comprende por esta descripción de intensa emoción.

Con la necesidad de volver a ponerle la cánula, al enfermo, después de seis meses de lucha estamos como en Marzo. Confieso que por unos días el desaliento se apoderó de mí y que desconfiaba de conseguir la mejoría definitiva del niño. Pensé en que una laringostomía, sería la operación necesaria, al fin, como único medio de evitar las recidivas papilomatosas, pero antes de recurrir a esa operación, de relativa importancia, más aun que por el tacto operatorio, por las curas posteriores, tan molestas y repetidas, que el enfermo había de soportar, muy difíciles en este caso de practicar a un niño tan pequeño e indócil, ante estos inconvenientes, decidí intentar otra vez una nueva aplicación de radioterapia profunda, con técnica distinta a la empleada primeramente, aceptando la indicada en el Tratado de Radioterapia profunda de Salomón, como la más eficaz en la curabilidad de los papilomas laríngeos y que también le fué practicada al enfermo por los doctores Arce. La técnica es la siguiente: Radiación medio penetrante, filtrada por 10 mms. de aluminio, dos campos cervicales centrados sobre la laringe, una dosis total de 4.000 R. por campo, repartida en diez sesiones bisemanales.

A partir de entonces yo me limité a explorar la laringe del niño sin practicar en ella terapéutica alguna.

El enfermito soportó relativamente bien, la radioterapia por segunda vez, pero sobrevino eritema intenso y una gran inflamación laríngea, con mucha cantidad de mucosidades, que salían por la cánula y llenaban la laringe, sangrando ésta a la más suave exploración, siendo esto indicador de que esta vez había reacción local producida por las irradiaciones.

Nosotros veíamos que los papilomas se fundían, es decir, que la laringe, aunque inflamada, iba recobrando su aspecto normal y ya a partir de unos dos meses después de las irradiaciones (Abril de 1931) no había en ella ningún papiloma laríngeo. ¿Sería esto definitivo?

El enfermo respiraba al parecer, bien; tenía todo el día la cánula traqueal tapada por un pequeño corcho; su voz era completamente normal, pero faltaba conseguir la decanulación del niño, mucho más difícil, después de casi un año de cánula permanente. Yo tenía el temor de que el niño se hubiera podido hacer un canulado. En Julio intentamos la decanulación: no lo logramos, pues sin cánula el enfermito respiraba peor que con ella. Esperamos más tiempo, en Noviembre le defenestramos la cánula, pero todavía la respiración con la cánula tapada durante el sueño se hace muy rui-

dosa. Libero el cavum nasofaríngeo, de vegetaciones adenoideas, que encuentro en él buscando probables dificultades en la respiración nasal y ya por fin, tras de muchos tanteos el enfermito queda sin cánula el día 25 de Enero del corriente año.

El niño no tiene papilomas laríngeos, los rayos X los han hecho desaparecer. Desde Abril está limpia su laringe de estas neoplasias, habla normalmente y ahora respira bien sin la cánula. Como en mis conclusiones de la Memoria del Premio Soler, ante el primer resultado radioterápico, decíamos de los rayos X «que no habían respondido a las esperanzas que en su eficacia habíamos puesto» he de rectificarme justamente, de esa apreciación, diciendo lo que también allí supusimos, «que la verdadera eficacia de los rayos X en el tratamiento de los papilomas laríngeos en los niños, estriba indudablemente, en la manera de radiar, o sea en la técnica empleada.» Veán ustedes en este caso concreto; una técnica primero, que no dió resultado, honradamente decimos: «los rayos X, no han respondido a la eficacia de que algunos nos hablan, en la curación de los papilomas laríngeos.» Empleo de otra técnica más tarde que responde cumplidamente y que al parecer cura al enfermo: tenemos que creer ahora en todo lo contrario.

Se hace, pues, preciso, como nosotros adelantábamos entonces, que los radiólogos se pongan de acuerdo en la manera de tratar los papilomas laríngeos por los rayos X, pues no cabe duda que es un progreso inmenso poder curar a estos enfermos tan difíciles de tratar por otros medios, tan tenaces en sus recidivas y que requieren en ocasiones la práctica de operaciones repetidas y grandemente expuestas para la vida de los niños. Hasta tal punto es esto cierto, que el tratamiento de los papilomas laríngeos en la infancia, ha sido siempre la desesperación de los laringólogos y una de las enfermedades que más han puesto a prueba su pericia y su paciencia. Nada más grato para nosotros que someter a estos enfermos sencillamente a la irradiación con seguridades de curación, que antes no poseíamos, con tantísimos otros medios empleados para su tratamiento.

Si esta curación clínica actual persiste, como hay que suponer, después de nueve meses sin recidiva, yo atribuyo el resultado, al empleo de la técnica segunda, pues las primeras aplicaciones pasaron por la laringe sin que ésta manifestase la más leve modificación, los papilomas se reproducían después, tan rápidamente, como antes de radiar al enfermo y es que indudablemente fué empleada una dosis insuficiente. Desecho el pensar en una acumulación de dosis, por haber transcurrido seis meses de la primera a la segunda serie de aplicaciones radioterápicas.

De todos modos, ante casos como éste, nadie dudará de que, para poder interpretar bien los hechos, se impone un estudio detenido de estas cuestiones tan interesantes de radioterapia, que todavía hoy no tienen la claridad meridiana de toda terapéutica perfectamente conocida.

Doctor Yagüe: Hace constar la satisfacción con que ha oído la comunicación del doctor González Villanueva. Dice que si se le permite opinar

sobre el valor curativo de la segunda técnica radioterápica empleada en este enfermo, cree que tal vez el resultado tan satisfactorio obtenido, obediencia no a ella solamente, sino a que pudiera suceder que las primeras aplicaciones hubieran llevado a cabo en la laringe, como una especie de sensibilización, que facilitara los efectos de las segundas. Y piensa que son estas cuestiones de radioterapia dignas de mucha meditación y estudio, porque no hay duda de que significan un gran progreso en el tratamiento y curación de muchos procesos, algunos de tantísima importancia como el que nos ocupa y que no obedecen a otras terapéuticas.

Doctor Soler: Celebra mucho haber llegado a tiempo para conocer detalladamente este interesante caso. Asegura que en su ya dilatada práctica radioterápica ginecológica, le ocurren a él casos parecidos al no obtener resultados satisfactorios con el tratamiento por los rayos X de algunas enfermas, en la primera sesión de aplicaciones y luego después a la otra u otras veces que trata a las mismas enfermas empleando igual técnica u otra distinta, se le curan, sin que realmente sepa a qué atribuirlo. Por último felicita al doctor González Villanueva y al mismo tiempo le estimula para que publique la terminación de la historia de este enfermo, iniciada en su Memoria del Premio Soler, por las grandes enseñanzas clínicas que se derivan del estudio del mismo.

Doctor Barrio de Medina: Felicita en primer término al doctor González Villanueva, por el éxito obtenido en este enfermito; pregunta cuánto tiempo transcurrió desde la primera a la segunda sesión de radioterapia; coincide con los doctores Yagüe y Soler en sus apreciaciones y las confirma con su experiencia en el tratamiento por radio de ciertos procesos cutáneos análogos a los papilomas, que necesitan a veces series de dos y tres ciclos para conseguir su curación, siendo la acción unida de estos ciclos la causa de la misma y lamenta que el doctor González Villanueva no se haya acordado, en los momentos de duda, que tuvo para el tratamiento de este enfermito, del tártaro emético en inyección intravenosa, que le recomendó en su primera intervención para confirmar en este caso más la influencia favorable que en estos casos tiene a veces el tártaro estibiado.

Doctor González Villanueva: Agradece muchísimo las felicitaciones e intervenciones de los doctores Yagüe, Soler y Barrio de Medina, pues con sus valiosas opiniones hacen todavía más interesante su comunicación y espera la oportunidad de que se le presenten nuevos casos de papilomas laríngeos en niños, para someterlos de primera intención a la acción de la radioterapia profunda con la segunda técnica empleada ahora, y así sabremos la verdad de su eficacia. De todos modos muestra su gran satisfacción por haber recurrido a los rayos X otra vez, para poder proclamar que ciertamente serán estas irradiaciones las que hagan el milagro de curar la papilomatosis laríngea de la infancia, sin tener que recurrir a ningún otro tratamiento.

OXIDAL

es un poderoso activador de la oxidación celular; sus propiedades son por lo tanto las de la respiración interna, o sea: propiedades energéticas, de restauración y crecimiento celular, de desintoxicación

ES UN VERDADERO RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Iodarsolo Primer producto de yodo y arsénico.
Elixir, inyectables.

Zimema Hemostático fisiológico — todas las hemorragias. Ampollas de 1 $\frac{1}{2}$ y 3 cc.
Fascos con solución.

Aglicolo Diabetes y glicosurias.
En fascos.

Lejomalco Dextrina y maltosa en polvo — alimentación artificial y mixta — destete — trastornos gastro-entericos de los lactantes.
En botes.

Caseal Cálcico Caseinato de calcio para la proteinoterapia.
Ampollas de 5 cc. para adultos y de 2 cc. para niños.

Narcotal Extracto completo del opio.
Ampollas, comprimidos y solución.

Goneal Caseinato de calcio y plata — consecuencias gonocólicas.
Ampollas de 2 cc.

Ergal Extracto medular suprarrenal inyectable — simple, con estricnina, con atropina. Ampollas de 1 cc. Fascos con Ergal simple para vía oral.

Cortical Extracto inyectable de corteza suprarrenal. Inyectable de 2 cc. y fascos para vía oral.

Luteal Extracto inyectable de cuerpo lúteo.
Ampollas de 2 cc.

Ovarial Jugo ovárico fisiológico y terapéuticamente activo. Inyectable (cajas de 12 ampollas de 1 cc.)
Fascos vía oral.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

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

MEDICINA INTERNA

SOMA WEISS AND G. KENNETH MALLORY.—Lesiones del cardias producidas durante el vómito. «The Journ. of the Am. Med. Ass.», 16 Abril 1932.

La historia clínica de tales enfermos se caracteriza fundamentalmente por la aparición de náuseas y vómitos persistentes, que con gran frecuencia, van precedidos de un largo período de excesos alcohólicos. El síntoma más interesante es, sin embargo, la hemorragia, cuya intensidad es muchas veces la causa de la muerte. En la autopsia se descubren lesiones características en forma de fisuras longitudinales que se extienden desde el segmento inferior del esófago por un lado hasta la porción cardíaca del estómago.

Los cambios de presión que ocurren en el estómago durante el vómito y la constante regurgitación de jugo gástrico, constituyen seguramente los factores responsables de tales lesiones, que profundizan hasta la capa muscular y abren arteriolas y venas, causando de esta manera la hemorragia, cuya abundancia depende de la importancia de los vasos abiertos. Algunas veces estas alteraciones parietales agudas persisten ulteriormente en forma de lesiones ulcerativas crónicas, cuya sintomatología hemorrágica puede prestarse a confusión con las hematemesis debidas a la úlcera péptica. Los autores han observado varios enfermos de esta dolencia, referidos en un trabajo anterior; en este artículo presentan dos historias con protocolos de sección. El primero falleció a consecuencia de una hemorragia fulminante debida a una hendidura de la pared esofágica anormalmente profunda. El segundo enfermo había padecido con anterioridad varias hematemesis, hasta que en una de ellas, fué ingresado en el hospital con un cuadro de abdomen agudo. La laparotomía no permitió demostrar la existencia de úlcera pilórica que se sospechaba, y el vientre fué cerrado sin más exploraciones.

Fallecido el paciente en shock, reveló la autopsia la presencia de una ulceración de cardias con perforación en mediastino y empiema.

Los autores insisten en la conveniencia de sospechar la existencia de tales lesiones en todo alcohólico inveterado con historia gástrica de ulcus, sobre todo si los movimientos de náuseas y vómitos alcanzan gran intensidad que puedan producir dichas dislaceraciones parietales.

A. SCHÜRMEYER UND E. WISSMANN.—Sobre los efectos de la diyodotirosina en el tratamiento de la enfermedad de Basedow. «Klin. Wschr.», 16 Abril, 1932.

Los estudios sobre fisiopatología tiroidea han entrado en una nueva fase desde que en el año 1929 demostraron Harington y Randall que una gran parte del yodo tiroideo se encuentra en esta glándula en forma de diyodotirosina, fracción iodada, soluble en los ácidos, que había sido descrita anteriormente por Kendall y que nuevamente adquiere interés de actualidad en las modernas investigaciones de patología y tratamiento de las afecciones tiroideas. Al estudiar la naturaleza de la acción de la glándula tiroide se plantea el problema de fijar la importancia de la diyodotirosina y de sus relaciones con la tiroína,

pues ambas substancias actúan conjuntamente, y sin embargo su acción aislada es muy diferente. Hay que admitir una correlación fisiológica entre ambas, siendo muy probable que las numerosas diferencias registradas en la acción de la sustancia tiroidea total y de la tirosina, sean explicadas por la separación artificial del sistema proteico tirosina-diyodotirosina.

Los autores han estudiado la acción de la diyodotirosina en varios casos de enfermedad de Basedow, suponiendo que en esta afección el equilibrio se encuentra perturbado a favor de un exceso en el componente tiroxina. Los resultados obtenidos confirman la eficacia del tratamiento, que en los siete casos estudiados se manifestó por descenso del metabolismo, acelerado, de dichos enfermos, logrando en pocos días, con mejoría paralela de todos los síntomas subjetivos y objetivos, disminución de la frecuencia del pulso y sorprendente aumento del peso corporal.

Por otra parte, la eficacia de la diyodotirosina supera a la del tratamiento iódico de Plummer, pues nunca va acompañada su administración de los trastornos secundarios debidos al iodo inorgánico, hecho que no puede atribuirse a diferencias de dosificación, pues según han demostrado las investigaciones de Abderhalden, Abelin, etc., sólo la diyodotirosina es capaz de acelerar la metamorfosis de los renacuajos. Por éstas y otras razones resulta la diyodotirosina mucho más ventajosa que el iodo en el tratamiento preoperatorio de la enfermedad de Basedow.

H. ZONDEK UND A. BIER.—Hipótesis y sueño. «Klin. Wschr.», 30 de Abril de 1932.

En una comunicación anterior han expuesto Z. y B. los resultados de sus investigaciones, efectuadas en enfermos de locura maniaco-depresiva y en los cuales se observa constantemente una disminución de la cantidad de bromo contenida en sangre, como síntoma exclusivo de dicha ulceración mental e independiente en su intensidad de la fase en que se encuentre el enfermo. Se comprende fácilmente la trascendencia de tales hallazgos, no sólo desde el punto de vista clínico sino también por revelar una importancia fisiológica del bromo que no había sido valorada hasta ahora. Téngase en cuenta, por otra parte, que la cantidad de bromo sanguíneo es cien veces superior a la del iodo.

El insomnio es uno de los síntomas más destacados en los enfermos de esta naturaleza y partiendo de este hecho han investigado los autores la existencia de una posible relación entre el bromo y el mecanismo del sueño provocado. Las experiencias han sido realizadas en perros sometidos a la acción hipnótica del somnífero durante tres días y los resultados confirman la hipótesis de trabajo.

En el cerebro del hombre y del perro normales se observa siempre la máxima concentración de bromo a nivel de los núcleos del cerebro intermedio y sobre todo en la hipófisis, órgano muy rico en dicho cuerpo. Pues bien, a los tres días de sueño la cantidad de bromo contenida en la hipófisis disminuye considerablemente, desde 15-30 mg. % hasta 5-7 mg. %, al propio tiempo que sobreviene un enriquecimiento en bromo a nivel del bulbo y protuberancia. A las tres o cuatro horas después del sueño se han restablecido las condiciones normales de concentración en dichas regiones.

Zondek ha preparado un extracto hipofisario muy rico en bromo y supone la existencia de una hormona hipofisaria (Bromhormon), que juega papel importante en el mecanismo del sueño artificial y quizás también en el sueño natural. Dichas variaciones del contenido en bromo no son resultado de acciones tóxicas inespecíficas e independientes del sueño, pues la administración de grandes cantidades de opio a perros, que en este animal no producen acción hipnótica, no va acompañada de alteraciones en la concentración de dicho halógeno.

QUEROL.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

HARTMANN Y WEISMANN.—El tratamiento de la melancolía por la decolina.—«Medizinische Klinik», tomo 27, número 50, 11 Diciembre 1931.

Algunos autores atribuyen los trastornos característicos del «delirium tremens» y de la melancolía, a la perturbación de las funciones hepáticas. Esta hipótesis ha sido aprovechada por De Crinio, que ha empleado con éxito la decolina (ácido deshidrocólico) en estas dos afecciones.

Hartmann y Weismann han emprendido este estudio en 16 casos, que describen minuciosamente. Por vía intravenosa han inyectado 10 cc. diariamente en general durante cinco días seguidos; algunos hasta diez días. En algunos pacientes tuvieron que ser interrumpidas a causa de los vómitos, diarrea y fiebre que determinaban.

De los 16 casos, 5 mejoraron inmediatamente después del tratamiento, y 3 algunas semanas más tarde; de entre estas 8 mejorías, 4 han sido durables, permitiendo dar el alta a los enfermos.

Estos ensayos merecen ser continuados, principalmente en las melancolías ansiosas, en donde los resultados han sido más sensibles.

H. HOUSTON MERRIT.—Las convulsiones epilépticas de la demencia parafítica.—«Archives of Neurology and Psychiatry», vol. 27, núm. 1, Enero 1932.

Numerosas observaciones del cerebro a través del agujero de trepanación, han demostrado la palidez del mismo durante los ataques convulsivos, testigo indudable del espasmo vascular. La frecuencia de las convulsiones en el curso de la P. G., ha suscitado al autor a estudiar las lesiones del asta de Ammon en estos enfermos, ya que se conoce la frecuencia de tales lesiones regionales en la epilepsia genuina.

De 30 cerebros de paralíticos, en que Merrit ha encontrado esclerosis del cuerno de Ammon, noventa por ciento habían presentado manifestaciones convulsivas. En los casos examinados no existían obliteraciones vasculares ni relación causal aparente entre la esclerosis y la reacción inflamatoria perivascular. Se puede, pues, admitir un espasmo vascular para explicar la esclerosis del cuerno de Ammon y una relación entre este espasmo y las convulsiones. Esta relación está todavía mal conocida y no constituye, probablemente, más que un anillo de una cadena en la génesis de las crisis convulsivas, pero en la actualidad el único anillo histológicamente demostrable es la isquemia.

J. M.^a VILLACIÁN.

OBSTETRICIA

J. LEON.—*Algunos ensayos sobre la reacción de Manoiloff.*—«Ginecologie et Obstetrique». Tomo XXV. Número 4. Página 285.

El autor ha hecho un detenido estudio de la reacción de Manoiloff en el diagnóstico del embarazo, que es en suma el objeto de la reacción; a continuación estudia los resultados de dicha reacción con la sangre de las parturientes y del cordón umbilical, y por último estudia el quimismo de la prueba, llegando en su trabajo a sacar las siguientes conclusiones: Que la reacción de Manoiloff no sirve para el diagnóstico precoz del embarazo, ya que durante los dos primeros meses de la gestación, la prueba resulta negativa, dudosa o débilmente positiva.

La frecuencia de los resultados positivos aumenta progresivamente con la edad del embarazo.

La reacción no es específica del estado grávido, puesto que resulta positiva en las mujeres no embarazadas y particularmente en las fibromatosas y en las que presentan trastornos de la menopausia.

Una prueba positiva no afirma la existencia de gestación.

Un resultado negativo elimina casi con seguridad una gestación de más de dos meses.

La reacción de Manoiloff, practicada con la sangre venosa de mujeres en trabajo, da siempre una coloración naranja.

La misma prueba con la sangre del cordón umbilical, da, en general, un tinte marrón o lila.

El estudio comparativo de la curva de la prueba de Manoiloff durante el embarazo, el parto y el puerperio y de las curvas del pH y de la reserva alcalina de la sangre de mujeres embarazadas, en trabajo y en puerperio, demuestra que no existe paralelismo entre ellas.

Las diferencias notables de coloración que da la reacción de Manoiloff con la sangre de parturientes y la sangre del cordón umbilical, no parecen poder ser explicadas por diferencias del pH y de la reserva alcalina de la madre y del niño, puesto que éstas son insignificantes.

Contrariamente a la opinión de varios autores, el autor considera que las variaciones de la reacción del medio, no parecen ser suficientes para explicar el mecanismo de la reacción de Manoiloff.

La técnica que el autor de este trabajo ha requerido para llegar a estas conclusiones, es la técnica original de Manoiloff, que como sabemos, se reduce a mezclar 5 gotas del suero sanguíneo a examinar—fresco, no calentado, claro y transparente—con 1 c. c. de la solución acuosa recientemente preparada al 2 por 100 de **diuretina** químicamente pura, y en seguida con una gota de una solución alcohólica filtrada de azul de Nilo, al 2 por 1.000. En los casos positivos, según Manoiloff, se obtendrá un color amarillo o amarillo rosado, y en los casos negativos, una mezcla azul, azulado o rosa azulado.

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

H. GOECKE.—El empleo del pernoctón en la eclampsia.—«Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie». Tomo LXXXVIII. Números 3 y 4 Junio 1931.

El autor emplea el pernoctón en la eclampsia desde 1928. En 31 casos, donde este método ha sido empleado, no sobrevinieron más que 4 veces accesos en el postpartum, mientras que en 30 casos donde no ha sido empleado, los accesos se observaron 9 veces en el postpartum. Las dosis empleadas han sido alrededor de 6 centímetros cúbicos, sin tener para nada en cuenta el peso de la parturiente. Los niños no parecen haber sufrido con este tratamiento. Ellos estaban simplemente un poco más somnolientos que habitualmente cuando la inyección había sido empleada poco tiempo antes del parto. La agitación de las parturientes no ha sido traspasada de la que se observa ordinariamente en las eclámpicas. Se ha asociado generalmente el tratamiento al parto provocado, el Stroganoff y la sangría.

En la eclampsia del postpartum, este método ha hecho cesar al instante, en los 3 casos donde ha sido empleado, los accesos. Pero en caso de síntomas preeclámpicos del postpartum, el autor considera que el pernoctón puede ser empleado a título profiláctico.

COTTE.—Sobre ciertas metrorragias de origen ovárico.—Soc. de Chir de Lyon du Juin 1927, in Lyon Chir. Tomo XXIV. Número 6. Página 741.

Cotte, que no había llegado a comprobar lo bien fundado de las hipótesis de De Rouville y Sappy, sobre el origen luteínico de ciertas metrorragias, creyó más verosímil la explicación de Schröder. Para este autor, el óvulo maduro no podrá ser puesto por la ausencia de rotura folicular. Y resultaría de este modo, la formación de numerosos folículos atrépsicos, que serían los causantes de la metrorragia. En tales ovarios no se ve jamás ningún cuerpo amarillo en evolución y esto prueba bien la acción de estos quistes foliculares en el desarreglo de la ovulación, hasta el punto de que es suficiente su enucleación para ver la menstruación emprender su curso regular. Cotte, para apoyar la opinión de Schröder, cita un caso típico.

VILLEGAS.

OTORINOLARINGOLOGIA

REBATTU y EUVRARD.—De la tuberculosis de las glándulas salivales y en particular de la submaxilar. «Revue de Laryngologie Otol. Rhin.» número 4, Abril, 1932.

Es una afección muy rara. Su historia comienza en el Congreso de la tuberculosis de 1888, con una comunicación de Valude; después han seguido trabajos de Paoli, Stobenrauch, Pinoy y más recientemente en 1923, el de Braun que publica 36 observaciones. Casi todos los casos publicados se refieren a tuberculosis local primitiva.

El A. publica un caso, motivo de su trabajo, de tuberculosis primitiva de la glándula submaxilar.

Desde el punto de vista patogénico, hay que pensar que la infección puede seguir dos caminos: ascendente, canicular o descendente, por vía linfática o sanguínea.

La poca frecuencia de esta afección de las glándulas salivales hace pensar que la saliva es un medio poco favorable para el desarrollo del bacilo de Koch, por eso los pocos casos de tuberculosis bucal y lingual son siempre secundarios. Por consiguiente debe tratarse casi siempre de una infección descendente por vía sanguínea o linfática, y así se desprende de las investigaciones experimentales de Pinoy.

Desde el punto de vista anatómo-patológico distingue Lenormant, una forma difusa, caracterizada por una induración general de la glándula sembrada de pequeños focos caseosos o de abscesos miliares y una forma circunscrita, más rara, que termina por la formación de colecciones frías, a veces voluminosas, con sus paredes sembradas de tubérculos.

Se ha negado por algunos la invasión tuberculosa de las glándulas, achacándola a los ganglios de la vecindad o a los contenidos en el interior mismo de la cápsula. Es posible que estos ganglios jueguen el papel de intermediarios, pero no puede negarse la tuberculosis del parenquima glandular comprobada histológicamente.

El «cuadro clínico» de la tuberculosis glandular no ofrece nada característico; como se trata casi siempre de formas primitivas, nada hace pensar en la tuberculosis y el diagnóstico sólo se ha hecho en el caso de Simson y Massey, porque era una tuberculosis secundaria en un tuberculoso pulmonar.

La evolución es lenta, insidiosa, la tumefacción unilateral aumenta lentamente, sin dolores ni trastornos funcionales; generalmente es circunscrita, puede ser difusa y parecer que forma cuerpo con el maxilar; la piel puede estar invadida y enrojecer. Algunas veces se nota fluctuación. No se aprecian ganglios en la vecindad.

Una vez asegurados de que se trata de una lesión de la glándula, hay que distinguir entre un goma, un tumor o un cálculo.

Será conveniente investigar los antecedentes sífilíticos y hacer una reacción serológica y hasta un tratamiento de prueba.

En cuanto a los tumores primitivos, casi siempre mixtos, son muy raros, su consistencia en general es dura, sus contornos irregulares y no presentan jamás fluctuación.

Los cálculos intraglandulares exigen un reconocimiento detenido, la palpación bimanual con un dedo en la cavidad bucal para explorar los conductos excretorios. Aun así fácilmente quedará la duda entre tumor y cálculo.

La idea de tuberculosis, asegura el A., no será casi nunca evocada, a menos que se trate de un tuberculoso. Pero cualquiera que sea el diagnóstico, la indicación operatoria es evidente y debe consistir en la extirpación total de la glándula si se trata de la submaxilar y el tratamiento general, rayos X, rayos ultravioleta, etc., en la parótida.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

ACIEGO DE MENDOZA.—Tuberculosis laríngea y sanocrisina. «Rev. Esp. y Amer. de Lar. Otol. y Rin.» Número 3. Marzo, 1932.

Después de describir el fundamento del tratamiento de los tuberculosos por las sales de oro, estudia ligeramente las indicaciones de este tratamiento y relata cinco historias clínicas, de otros tantos enfermos de tuberculosis pulmonar con tuberculosis laríngea, todos del Sanatorio del Guadarrama.

Reune los casos estudiados en tres tipos clínicos, como formas más frecuentes de tuberculosis laríngea.

En el grupo primero, incluye dos casos que son modelo, dice, de los efectos beneficiosos que sobre las formas de tuberculosis laríngea productiva e infiltrativa, bien sean de evolución lenta o rápida, ejercen las sales de oro, unidas en estos casos, como en todos los estudiados por el A., a las máximas condiciones favorables de tratamiento general, reposo, sobrealimentación, etc.

El segundo grupo lo constituye un caso de tuberculosis laríngea de tipo progresivo exudativo ulceroso en el que se obtienen grandes éxitos con el tratamiento sanocrisínico.

El tercer grupo es el de los casos graves de tuberculosis laringopulmonar, en enfermos con gran expectoración, lesiones cavitarias en ambos pulmones, que no mejoran con el tratamiento sanatorial y que la sanocrisina produce en ellos pequeñas mejorías de poca duración, con regresiones que conducen en corto plazo a un término fatal.

Sus conclusiones son:

1.^a Las sales de oro son unos excelentes coadyuvantes para el tratamiento de la tuberculosis laríngea, unido siempre a todos los tratamientos que en la actualidad disponemos para atacar dicha dolencia, ya que aumenta sus actividades terapéuticas.

2.^a Su empleo facilita, por las modificaciones que en el estado del enfermo produce, la aplicación de terapéuticas que sin su concurso no hubieran podido ser empleadas.

M. GAVILÁN.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFÍA

P. CHEVALIER ET G. BERNARD.—El método de Pollitzer, en el tratamiento de la sífilis.—«Société de Thérapeutique», 13 de Abril de 1932. París.

Pollitzer, preconiza el ataque de la sífilis por dosis altas de arsenicales, conjugando este ataque corto y a fondo, con la impregnación del organismo por metales pesados.

Los autores han presentado los resultados que han obtenido en doscientos casos y exponen el método que, en definitiva, es el siguiente: el enfermo debe permanecer en cama, sometido a una dieta láctea, vigilando el funcionamiento renal y el estado del hígado, siendo por lo tanto tratamiento de hospital o de sanatorio.

El primer día el enfermo acostado está sometido a leche exclusivamente. Los tres días siguientes continuando en cama y con esta única alimentación, se inyecta cada mañana por vía intravenosa noventa centigramos de novarsenobenzol, lo que hace en los tres días una dosis de dos gramos setenta centigramos. Las inyecciones se practican con la lentitud y precauciones habituales.

Por regla general la primera inyección va seguida de una fuerte elevación térmica, malestar general, etc.

Los días siguientes, haciendo tratamiento ambulatorio, se inyecta también bismuto a las dosis habituales. Después de reposar un mes, se repite el tratamiento.

Este tratamiento parece indicado en los adultos jóvenes y robustos de ambos sexos. Las dosis indicadas son las correspondientes al tipo medio. No debe emplearse en los tuberculosos, en los cuales está contraindicado.

Parece ser que los accidentes específicos desaparecen sensiblemente antes que con el tratamiento habitual de dosis progresivas. A los autores les parece ejercer acción notable en las sífilis activas y más aún en los casos recientes, por lo rápidamente que obra, la seguridad de su profunda acción y su inocuidad habitual, siempre que se observen las más elementales reglas de prudencia.

A. V. FERRARI.—Sobre tres casos de eritema figurado. Arch. Ital. di Derm., Sifil. e Vener. Vol. VIII, fasc. I, Marzo 1932, pág. 119.

Descripción de tres casos de eritema figurado, bastante diferentes por su aspecto morfológico y por su causa posible. El primero de tipo Darier, hace pensar en una hipotética causa infecciosa por la sintomatología reumatoide que le acompaña. Del tipo de eritema anular y como expresión de una infección tuberculosa coexistente el segundo, entrando en el cuadro del eritema de Lipschütz, el último, sin poder precisar su etiología.

Ferrari, comprendiendo que el grupo del eritema figurado tiene un carácter provisional y sólo cabe agrupar los casos de etiología ignorada, excluye su segundo caso, que considera como aspecto particular de un exantema tóxico tuberculoso.

COLE, HENDERSON, CETTINGEN and SOLLMANN.—Presencia de cantidades no uniformes de bismuto en las suspensiones oleosas de bismuto.—Arch. of Derm. and Syph. Vol. XXIV, núm. 5, pág. 739.

Es sorprendente aprender por estas investigaciones de los autores ingleses, que las cantidades de bismuto aspiradas por la jeringa, según la práctica habitual para inyectar a nuestros enfermos, varía en proporciones inspechadas, pudiendo llegar hasta un 166 por 100.

La repartición de las sales bismúticas en las ampollas, es muy desigual por la dificultad de mantener homogénea la suspensión. La agitación no obvia estos inconvenientes, ni tampoco la presencia de pequeñas bolas de vidrio impiden que una parte de la sal reste en el envase; de ahí, concluyen los autores, la ventaja de emplear los compuestos lipo-solubles.

LEDO.

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

BIBLIOGRAFIA

M. BAÑUELOS GARCIA.—La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.—Ediciones Baldacci, Provenza, 427, Barcelona.

Ninguna cuestión debiera interesar tanto al médico práctico como la del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por tener que enfrentarse a diario con enfermos de tal naturaleza; juicio que es valedero no sólo para el médico general y para el tisiólogo, si no para aquellos que dedicándose a otras disciplinas médicas, han de formularse con inusitada frecuencia la relación e interdependencia que tengan el estado o la enfermedad de su especialidad por la que son consultados, y la tuberculosis pulmonar que a la vez se está desarrollando en su enfermo.

En esta monografía del Catedrático de Patología y Clínica médica de Valladolid, se estudia científicamente un método de tratamiento que las más de las veces basta para curar la enfermedad, o que en todo caso, siempre debe ocupar un puesto de avanzada entre los diversos procedimientos que se elijan para curarla.

Con razón se lamenta el autor de la escasa importancia que en los tratados, grandes o pequeños, de Medicina interna y en los dedicados exclusivamente a la patología y clínica de la tuberculosis, se concede a este método curativo. He ahí por qué nunca con más razón que ahora, se haría legítimo repetir que viene a llenar esta obra un vacío que se dejaba sentir en la clínica de la tuberculosis.

Los que hemos sido discípulos del doctor Bañuelos, sabemos muy bien el interés que pone siempre en enseñar a sus alumnos la técnica de la cura de reposo; y los que le conocimos cuando, nombrado Catedrático de esta Facultad, finalizábamos por entonces nuestros estudios académicos, podemos asegurar, sin temor a que se nos contradiga con fundamento, que el conocimiento de la mencionada cura y el nombre del doctor Bañuelos, son dos cosas tan íntimamente compenetradas, que es imposible evocar éste, en el concepto de profesor, sin que inmediatamente surja el primero. Tal vez sea este el motivo fundamental de que, consciente o inconscientemente, esta monografía la dedique a quienes han sido sus alumnos hasta 1931.

En siete capítulos estudia, sucesivamente, la historia de la cura de reposo; los diversos grados de la misma; la manera de llevarla a cabo, según el lugar y la profesión y medios económicos del enfermo; sus indicaciones; los resultados que se obtienen según la modalidad de la tuberculosis pulmonar tratada, y la naturaleza del enfermo; cómo ha de volver éste a sus ocupaciones, y la significación terapéutica de la cura de reposo entre los distintos procedimientos de combatir la tuberculosis pulmonar.

Es una obra fundamentalmente detallista. Partiendo del principio de que la cura de reposo es un método de tratamiento fundado en principios biológicos bien conocidos y probados, es evidente que su puesta en práctica ha de seguir una técnica rigurosa: el mérito del libro está, sin embargo, en no hacer de ese método algo tiránico, si no que, sin dejar de ser riguroso, sabe amoldarla y dotarla de la flexibilidad necesaria para su más perfecta adaptación, según las muy diversas formas de enfermedades y variedades de pacientes, no tan sólo, esto último, desde el punto de vista que pudiéramos

llamar constitucional, sino económico, profesional, etc. Y aquí encontramos otro de los méritos más salientes que el autor imprime a su libro: el sello tan indeleble de buen clínico que sabe darle. Porque es la mayor verdad, en el orden de tratamiento de enfermos, que bien poco útil se consigue cuando, disponiendo de una gran cantidad de conocimientos terapéuticos de toda índole, no se posee ese don tan individual de saber aplicar a cada caso lo más conveniente en un momento dado; del mismo modo, a como el mejor Juez, será aquel que con la misma norma rígida—el Código en este caso—sepa adaptarla a las infinitas modalidades de las partes litigantes o a las variables circunstancias del delito.

El libro está escrito con claridad y sencillez de quien domina el asunto; tan claro que su lectura habría de ser muy provechosa a los mismos enfermos: les disciplinaría, y al mismo tiempo les levantaría el ánimo—al comprobar en sí mismos los excelentes resultados que obtendrían—, que tan necesario es en una enfermedad tan larga, que para colmo de ironía deja intactas, la mayoría de las veces, y hasta hipersensibles, las facultades psíquicas de quienes las padecen, para que sea más doloroso el contraste de su triste realidad, con los sueños e ilusiones que pudieran haberse forjado para un inmediato porvenir. Si a la campaña de lucha social contra las enfermedades, lleva como parte integrante el conocimiento, por la gran masa de población, de los medios de combatir las, el libro que estamos comentando, pudiera ser uno de los más eficaces en una campaña de esa índole contra la tuberculosis, científicamente llevada.

No deja de abordar este libro, sucintamente, otros temas en relación con el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, siempre, claro está, enfocado todo ello desde el punto de vista de la cura de reposo como terapéutica fundamental en las indicaciones magistralmente señaladas en el capítulo correspondiente. Así, da reglas de indudable sabor práctico, fruto de bien meditados juicios clínicos, sobre la cura de aire, la dietética, la gradual reintegración a los ejercicios y al trabajo requerido por la profesión del enfermo, campeando en todo ello ese aire de indudable seguridad que finamente se percibe cuando el autor, antes de tomar la pluma, ha meditado seria y profundamente sobre los problemas que ahora traslada al papel. El capítulo final, en que se valora y se razona la significación de la cura de reposo entre los demás procedimientos médicos o quirúrgicos de combatir la tuberculosis pulmonar, le obliga a una muy corta y sustanciosa digresión sobre los modernos conceptos que el radiodiagnóstico ha venido a revelar sobre el origen, evolución y diseminación de la tuberculosis pulmonar, y que de manera evidente demuestra a su vez que la cura de reposo es el medio más eficaz, bien sola o formando en todo caso parte fundamental de todo un plan terapéutico, para favorecer y facilitar la tendencia a la latencia que poseen las lesiones tuberculosas, una vez vencidos los primeros momentos de desarrollo.

Los Laboratorios Baldacci, al editarla con el esmero que lo han hecho, harán un gran bien si consiguen, como es de esperar, la mayor difusión de la obra entre los médicos de habla española. Y nosotros, los médicos españoles, debemos estarles muy agradecidos por las extraordinarias facilidades que, con toda seguridad, han de dar para su adquisición.

REVISTA CLINICA CASTELLANA cuenta hoy con un motivo de justo

orgullo al felicitar al doctor Bañuelos, miembro de su Consejo directivo, consideración que no había de ser óbice para que expresara su plena satisfacción por el éxito que ha de alcanzar su última publicación, ni la amistad que le profesa el que estas líneas escribe, podría serlo para que ocultara el deleite con que ha saboreado las 71 páginas de su excelente Monografía.

J. M.^a VILLACIÁN.

S. RECASENS.—Tratado de Obstetricia.

Acaba de publicarse la sexta edición del Tratado de Obstetricia, del doctor don Sebastián Recasens, con varios capítulos originales del doctor don Luis Recasens Serrano; aparece la obra dividida en dos fascículos, con un total de 1.191 páginas, ilustrada con 430 grabados en el texto y 20 láminas, magníficamente editada, y presentada en papel couché, por la conocida casa Salvat Editores, S. A., de Barcelona, que han puesto todo el esmero y habitual acierto en el presente tratado.

Conocida la personalidad y competencia del maestro de la generación actual de médicos, doctor S. Recasens, y la de su colaborador doctor Recasens Serrano, sería más que suficiente para poner de relieve la importancia y utilidad de este tratado.

No se trata de una nueva edición, sino de un libro nuevo, ya que sus autores han renovado totalmente todos los capítulos, dándoles la extensión y modernidad necesarios.

Para mejor formarse idea de lo completo de este libro, exponremos su índice de materias.

Se encuentra dividida la obra en Parte normal y patológica. La Parte normal, comprende siete capítulos: Anatomía de los genitales femeninos—Fisiología—Gestación—Parto—Alumbramiento—Puerperio fisiológico y Lactancia.

La segunda parte está dedicada a la Patología de las funciones de reproducción, dividida a su vez, en 4 capítulos: Patología de la gestación—Patología del parto—Patología del puerperio y Operaciones obstétricas.

Al final de cada capítulo, se encuentra extensa bibliografía, motivo por el que el presente tratado es utilísimo al especialista.

Para el estudiante de medicina y el médico general, es el libro indispensable, ya que de su estudio puede sacar un juicio clarísimo del funcionamiento del aparato genital femenino, de los problemas de diagnóstico obstétrico (clínico-biológico y radiográfico), de la conducta ante un parto y puerperio normales o patológicos y del momento oportuno para sentar una indicación obstétrica.

De lo expuesto se deduce que el presente tratado ha venido a cubrir un vacío en la literatura médica española.

VILLEGAS.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

M. KAUFMANN.—Amasamiento, gimnasia, terapéutica e hidroterapia.—Traducción de J. Canalejas y J. Núñez Toranzo. Un volumen de 220 páginas con 177 grabados en color y negro. Editorial Plus Ultra, Madrid 1932.

El doctor Kaufmann, perteneciente al Instituto Hidroterápico de la Universidad de Berlín, ha tratado de resumir en forma concisa y atrayente, las materias que se exigen a los futuros amasadores. La teoría y la práctica expuesta en este libro, son frutos de una larga experiencia personal en la enseñanza y recogida también por otros profesionales.

Siendo su preocupación constante, los riesgos que la práctica ciega de estos procedimientos puede acarrear, logra hacerles resaltar al examinar someramente los más importantes procesos patológicos en relación con el tratamiento adecuado, sea masaje, hidroterapia, diatermia o luminoterapia.

En casi un centenar de páginas, hace un estudio preliminar anatomofisiológico, estudiando tejidos, sistemas, órganos y funciones de modo atrayente, ayudándose de numerosas figuras, muchas en color.

En las siguientes secciones, estudia el masaje, sus indicaciones y contraindicaciones, la gimnasia terapéutica, las diversas aplicaciones de la hidroterapia y sus variedades. Después de exponer la técnica de baños envolturas, etcétera; baños de lodo, arena, ácido carbónico y otros puntos muy interesantes, da nueve lecciones sobre vendajes, pasando, por fin, en la sexta parte, a exponer unas nociones bien seleccionadas de patología de los diversos aparatos, terminando por un capítulo en el que se exponen los primeros auxilios en fracturas, luxaciones, hemorragias, asfixias, etc.

Es un libro, en resumen, muy útil a nuestros auxiliares y también a los futuros internos, que la Editorial Plus Ultra ha editado esmeradamente.

LEDO.

OBRAS RECIBIDAS

- (12) M. W. THEWLIS.—Geriatría.—Prevención y tratamiento de las enfermedades de la vejez. Salvat Editores, S. A., Barcelona.
- (13) F. W. PRICE.—Tratado de Medicina Práctica. Tomo primero, Gustavo Gili, Editor, Barcelona.
- (14) Mme. MILLET-ROBINET.—El Consejero de la mujer en la Granja. Gustavo Gili, Editor, Barcelona.
- (15) A. WOLFF-EISNER.—Recientes innovaciones en terapéutica experimental y quimioterapia. M. Marín, Editor, Barcelona 1932.
- (16) V. MEISEN.—Varices y Hemorroides y su nuevo tratamiento por inyecciones. M. Marín, Editor, Barcelona 1932.
- (17) E. POLLAR.—Las cefalalgias y su tratamiento. M. Marín, Editor, Barcelona 1932.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

COMENTARIOS RURALES

La Sanidad y el Estatuto catalán

por Lorenzo SAEZ

Inspector municipal de Sanidad

Prometíamos al final de nuestro artículo anterior, comentar la influencia que la aprobación de los Estatutos regionales en cuanto afecta a la Sanidad, puede tener en las aspiraciones de los médicos rurales y principalmente en la que consideramos como básica el pase al Estado.

En la Asamblea de I. M. de S. celebrada en el mes de Junio pasado, el señor Canal, representante de Barcelona, leyó un trabajo muy notable como todos los suyos, sobre organización sanitaria rural, pero en el cual no se definía claramente, si la función sanitaria correspondía al Estado o a las regiones. Esto promovió un debate interesantísimo, tras del que se acordó nombrar una ponencia formada por los señores Canal (Barcelona), Díz Jurado (Pontevedra), Ayerra (Navarra), Alemany (Teruel), Peña y el que esto escribe representantes de Valladolid, que dictaminase principalmente si la sanidad debe ser función del Estado. La ponencia acordó por unanimidad, que la Sanidad debe ser función del Estado.

El proyecto de Constitución de la República Española en su artículo 14 decía y así fué aprobado: «Son de la exclusiva competencia del Estado español la legislación y ejecución directa de las materias siguientes... 15 defensa sanitaria en cuanto afecte a intereses extrarregionales. El artículo 15 dice: «Corresponde al Estado español la legislación y «podrá» corresponder a las regiones autónomas la ejecución, en la medida de su capacidad política, a juicio de las Cortes, sobre las siguientes materias... 7.ª Bases mínimas de la legislación sanitaria interior.

Los artículos citados, determinaron la protesta del cuerpo de I. M. de S., iniciándose en Aragón y expresada ante los poderes públicos por el Comité ejecutivo de nuestra Asociación. Mientras tanto, los rurales catalanes guardaban el mayor silencio, cuando era lógico esperar su protesta, ya que su representante fué uno de los que firmaron la ponencia mencionada, y hasta su gestión con los diputados de su región para que la Sanidad fuese desglosada de las materias comprendidas en el Estatuto. Su silencio fué todavía más significativo al encargar el Presidente de la Generalidad catalana (sin haber sido discutido ni aprobado por las Cortes el Estatuto) la confección de un proyecto de organización sanitaria regional al Sindicato de médicos de Cataluña, olvidando que allí tiene sus representantes la Asociación nacional de I. M. de S. y por lo tanto haciendo a ésta un significado desprecio que los Inspectores catalanes han sufrido sin la menor protesta. ¿Con resignación o con agrado? No lo sabemos, su actitud se presta a los mayores equívocos. Siempre estuvieron

representados en nuestras Asambleas, menos en la última celebrada en Enero, a la cual asistió el señor Canal pero sin llevar oficialmente la representación de Barcelona, ni de las restantes provincias catalanas. ¿Por qué? Esto también lo silencio al hablar requerido por el escrito que castellanos y aragoneses sometieron a la consideración de la Asamblea y en el que se les invitaba a definir su actitud en el problema sanitario. Claramente el señor Canal en interesante diálogo con el señor Ruiz Heras manifestó que los rurales catalanes mantenían la opinión emitida por la ponencia de la Asamblea anterior, es decir que la Sanidad debe ser función del Estado. Todavía más dijo el señor Canal, que los catalanes seguían y seguirían dentro de la Asociación, lo cual se compagina muy bien con su carácter obligatorio pero no con su falta de representación oficial en la Asamblea, si es que pretenden demostrar su compañerismo al resto de los rurales españoles.

Las manifestaciones de Canal fueron bien acogidas por determinados sectores de la Asamblea, pero en el ánimo de muchos representantes quedó flotando la duda sobre la sinceridad de sus declaraciones y sospechamos que el señor Canal no supo en aquel momento interpretar el pensar y el sentir de la mayor parte de sus paisanos, pues es lógico suponer para explicar su retraimiento, que los rurales catalanes piensan, con el régimen autonómico, conseguir una independencia similar a la que los demás soñamos para todos pasando al Estado. Quizá también, aunque extraoficialmente, hayan recibido ofrecimientos que colmen sus ilusiones, o se vean coaccionados por el ambiente sindical y no puedan exteriorizar en Cataluña lo que el señor Canal dijo en Madrid.

En el problema sanitario catalán hay un enigma, que la próxima discusión del Estatuto pondrá en claro. La legislación sanitaria según la Constitución corresponde al Estado y la «ejecución» podrá corresponder a la región, lo cual interpretado al pie de la letra no es motivo para que los catalanes se formen grandes ilusiones con las ventajas del Estatuto en esta materia, pero sospechamos que debe haber otra interpretación, por cuanto en la Comisión del Estatuto catalán, han formulado voto particular, pidiendo que la Sanidad sea función del Estado el señor Royo Villanova, el señor Irazo de la minoría al servicio de la República y los representantes de las minorías del señor Maura y radical-socialista. ¿A qué pedir esto si las regiones sólo podrán ejecutar en materia sanitaria lo que el Estado legisle? Algún peligro habrá en el Estatuto para la Sanidad nacional o algún privilegio para los sanitarios catalanes, cuando los mencionados señores se oponen al dictamen de la Comisión.

Que existe un algo que nosotros no sabemos descifrar o interpretar, es indudable para explicarnos el silencio de los titulares catalanes y sospechamos que en todo caso su situación será más ventajosa sobre los demás, pues si en el Estatuto se deriva algún beneficio para el ejercicio profesional en Cataluña, llevarán la ventaja del dialecto, y si de su autonomía resulta algún inconveniente nos veremos perjudicados con su competencia.

En fin, que de todo esto es fácil que como siempre le toque a Castilla «el de la cabeza gorda». Pronto lo veremos y el tiempo se encargará de desvanecer nuestras sospechas o de quitar la venda de los ojos de algunos a quienes fácilmente convencieron las explicaciones del señor Canal en la Asamblea. Nosotros no salimos convencidos, sino confundidos, y sospechamos que el pacto

de San Sebastián puede ser un obstáculo para que los titulares españoles vean realizada su aspiración de pasar al Estado.

La impresión que me causó la última Asamblea es optimista, en cuanto se refiere a la unión de la clase y al alejamiento de los personalismos.

No creo en la eficacia y preveo el fracaso de la táctica societaria a seguir en caso de que los poderes públicos no atiendan nuestras aspiraciones; la huelga de los servicios oficiales es ineficaz y comprometida en las actuales circunstancias, en que un gobernante enérgico, puede disponer del personal suficiente para hacer fracasar nuestros planes. Se dirá que la clase está cansada de elevar respetuosamente peticiones que no son atendidas y convencida de que no se alimenta de promesas, y son muchos los que creen en procedimientos radicales para conseguir nuestros fines. Peor organizados que los médicos están los veterinarios, y ha bastado que un amante de su profesión y de sus compañeros ocupe un alto puesto para que sus aspiraciones lleven camino de convertirse en realidad. Si nuestros compañeros en las Cortes tuvieran el cariño hacia sus hermanos de profesión que tiene Gordón Ordáx, es indudable que dado su número y su influencia en los diversos sectores políticos, serían muy suficiente para resolver de una vez nuestros problemas. Es doloroso escuchar de labios de ciertos compañeros que ellos se deben más a la disciplina del partido que a nosotros. El Director general de Ganadería no ha necesitado ni el estímulo de la clase veterinaria para cumplir un deber de compañerismo y de conciencia profesional, haciendo de sus planes cuestión de gabinete y jugándose su carrera política en defensa de la clase a que pertenece.

Ultimamente parece iniciarse una reacción en los partidos políticos en favor de nuestras aspiraciones, reacción en la que han intervenido nuestros compañeros diputados, como iniciadores de ella. El señor Lerroux, ha prometido solemnemente crear el Ministerio de Sanidad; Acción Republicana, ha aprobado también ponencias en ese sentido y no hace mucho tiempo el Gobierno anunció la creación de la Subsecretaría de Sanidad. En fin todo esto indica que nuestro problema no está olvidado y por referencias particulares, sé que existen ofrecimientos de garantizar mejor nuestra situación sin que se llegue todavía al pase definitivo. También se vislumbra una nueva orientación en la organización sanitaria, que pudiera ser beneficiosa para la clase. Pero donde tenemos que quemar el último cartucho, pues con ello nos jugamos definitivamente el mediano presente y el mejor porvenir es en la organización del seguro de enfermedad. Es aquí en donde el Consejo de Colegios médicos de España tiene que jugarse la última carta si queremos subsistir como clase y es de esperar también que estando al frente de él Pérez Mateos a quien la clase médica no ha rendido aún el tributo de gratitud que merece, ganemos la batalla y podamos tener, si no un porvenir económico lisonjero, una mayor satisfacción espiritual en el desempeño de nuestro cometido.



La crisis de la profesión médica en Alemania

Antes de la guerra, los médicos alemanes, podían asegurar su existencia presente, la tranquilidad de su vejez y hacer frente a una enfermedad inesperada, que les obligara a abandonar su trabajo. Las diferentes compañías de seguros de todas clases venían en su ayuda.

Pero ahora las cosas han cambiado mucho; la guerra, la inflación, las especulaciones, la pérdida de las colonias y la pobreza general del país, habiendo arruinado a las clases medias, han repercutido de una manera particularmente penosa sobre la situación de los médicos. Actualmente, los doctores que llegan a una cierta edad, no pueden pensar en retirarse de la profesión, por no disponer ya de los ahorros con que contaban antes de la guerra y que entonces se despreciaron, hasta que hoy día han quedado reducidos a nada.

El problema no es tan grave como en Austria y en Hungría, pero esto no quiere decir que sea envidiable la situación de los médicos germanos. Según el anuario médico del Reichs—Reichs Medizinal Kalender—, publicado a fines del año 1928, contábase en el vasto territorio teutón—excluida la región del Saar y la ciudad libre de Dantzig, en donde existen 496 médicos—unos 48.000 galenos, existiendo además, cerca de 3.000, que por causas diversas no viven de la profesión. Ahora bien, viendo la población total de unos 65.000.000 de habitantes, resultan aproximadamente 0,758 médicos por cada 1.000 habitantes. De dicho número de médicos—según el Deutsche Medizinische Wochenschrift—hay que deducir cerca de 5.000, asistentes o voluntarios. Entre los 43.400 profesionales restantes, 30.000 (69,1 por 100 aproximadamente) practican la medicina general y 13.000 (30,9 por 100) son especialistas.

Hace poco las revistas profesionales de mayor circulación, publicaban el siguiente cuadro:

| POBLACIÓN | Número de ciudades | Población total | Número médicos | Médicos generales | Especialistas |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------------|
| De más de 100.000 habitantes | 45 | 16.600.000 | 18.798 | 10.718 | 8.080 |
| De 50.000 a 100.000 | 49 | 3.500.000 | 3.577 | 2.079 | 1.498 |
| De 20.000 a 50.000 | 164 | 4.900.000 | 4.434 | 2.662 | 1.772 |
| De 10.000 a 20.000 | 280 | 3.800.000 | 2.725 | 2.087 | 638 |

Es de notar en este cuadro—copiado de la «Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale», París, Febrero de 1929, página 81—cómo la proporción de médicos especialistas, disminuye sensiblemente a medida que decrece la densidad de población de las ciudades.

En 1901, el número de médicos era de 27.000; en 1921, fué de 36.186, con una proporción de 0,599 por 1.000. Desde ese año, el número de galenos ha aumentado notablemente. En realidad, los 48.000 médicos que actualmente existen en Alemania, constituyen ya casi una inflación. Lo que pudiera llamarse repuesto por enfermedades, jubilaciones, muertes, etc., está representado por un número anual de médicos que oscila alrededor de los 1.500. Pero

en 1927, terminaron su carrera 2.465; en 1928, 4.222, y en 1929, 3.797. No hemos visto publicadas las cifras exactas correspondientes a los años 1930 y 1931, pero en ambos años se calcula que han pasado de los 4.000.

Sin embargo, existe la esperanza—por ahora nada más que esperanza— de que el número de médicos disminuirá notablemente en los próximos años y de que también se reducirá mucho el número de inscripciones en las Facultades y Escuelas de Medicina. Así se observa, que el número de nuevos alumnos de las escuelas secundarias alemanas, ha disminuido considerablemente este año. Se estima esta disminución en un treinta por ciento para todo el país. Las causas de tal disminución son, la crisis económica y el hecho de que los nuevos alumnos pertenecen a una generación menos numerosa, a consecuencia de la gran guerra.

De todos modos, hoy por hoy, la situación es bastante grave. Constituyen legión los titulados en Medicina que discurren por las calles con el calzado roto y los trajes raídos. Son muchos los médicos proletarios que acuden a las oficinas en calidad de escribientes o aumentan sus exigüos ingresos profesionales, trabajando los ratos libres como representantes o comisionistas de productos comerciales.

Otro factor que contribuye al empobrecimiento general de la clase médica en Alemania, es la enorme extensión del seguro de enfermedad. En el «Deutsche Medizin. Wochens» de 9 de Diciembre de 1927, pág. 2.126, el doctor K. Finkelrath, señalaba los extraordinarios progresos de estos seguros sociales. Según este minucioso estudio, el número de asegurados en las cajas de enfermedad, que en 1914 era de 16.525.667, en toda la extensión del Reich, alcanzaba en 1925 la cifra de 20.175.356, a pesar de la disminución del territorio. Por otra parte, la mayor parte de las cajas aceptan seguros familiares y actualmente puede decirse que casi la totalidad de la población alemana pertenece a las Krankenkasse (cajas aseguradoras).

Además, parece ser que existe entre las clases modestas alemanas un ferviente deseo de que se llegue a la centralización de las Krankenkasse, esperando que de esta centralización se deriven ventajas positivas para la colectividad.

El obstáculo principal que se opone a esta unificación, es la pugna existente entre las cajas aseguradoras y las organizaciones profesionales médicas, ya que sus relaciones se desenvuelven en un ambiente de gran hostilidad. Los médicos, protestan—y con razón—de que sólo se destine al pago de los honorarios profesionales el 15 por 100 del presupuesto de gastos de las Krankenkasse, y éstas dicen que todo tendría fácil arreglo si se rebajase el número de médicos a su servicio, de 32.000 que son en la actualidad a 20.000. Hoy día, estos 32.000 médicos, perciben entre todos, unos 340 millones de marcos.

Los médicos alemanes no cesan de clamar contra la pésima situación económica en que se encuentran, alegando que con los honorarios que perciben no pueden amortizar los gastos que lleva aparejados la adquisición de locales apropiados y del instrumental moderno necesario. Piden que por lo menos, las Krankenkasse, costeen por su cuenta los locales y el instrumental de que tienen necesidad los médicos por razón de su profesión. Pero lo peor del caso, es que en la lucha entre los médicos y las Krankenkasse, intervienen, no solamente las pasiones profesionales, sino también los odios políticos.

Es de suponer que en esta lucha sean los médicos los derrotados y triunfen las sociedades de seguros, pues el hecho más grave es que existen actualmente más de veinte millones de alemanes, para los cuales una enfermedad adquiriría caracteres de gran catástrofe irremediable, sino disfrutaran mediante una módica cuota mensual, de un excelente servicio médico.

Aparte del agobio que significa este incierto porvenir de la profesión médica, la mayoría de los estudiantes alemanes se ven obligados a ganar el sustento de cada día al mismo tiempo que estudian, sin saber si al terminar la carrera no tendrán que insertar en los diarios anuncios como este que a diario llenan las columnas de los periódicos, políticos y profesionales de Alemania. «Doctor en tal Facultad, con varias publicaciones, desea cualquier empleo». Y esto en competencia con cuatro millones y medio de alemanes que desean también el mismo empleo; cualquier empleo por ínfimo que sea.

Agréguese a esto, el hecho de que el curanderismo está reconocido en Alemania. Las autoridades alemanas, reconocen dos clases de profesionales de la Medicina: los médicos con diploma y los curanderos. Estos últimos, no necesitan para ejercer, más que declarar su profesión de curandero en la Alcaldía de barrio, lo mismo que el comerciante, el abogado y el propio médico. Según las últimas estadísticas, ejercen oficialmente la profesión de curandero, unos 12.500 individuos, o sea, son curanderos el 25 por 100 de los que ejercen la medicina en Alemania. La culpa de esto, la tienen principalmente los mismos médicos, pues fué a instancias de sus más autorizadas asociaciones, como se consignó en la ley de 1869, el libre ejercicio de la Medicina. Además, no existe ninguna lucha, ni resistencia organizada contra los abusos del ejercicio ilegal de la Medicina y los estragos del charlatanismo.

Otro factor que contribuye notablemente a agravar el problema de la plétora, es el de los continuos progresos del feminismo médico. Acaso sea Alemania, el país que cuenta con mayor número de mujeres dedicadas al ejercicio profesional de la Medicina. Las más recientes estadísticas, acusan un número cada vez mayor de doctoras en esta disciplina. En 1909, sólo existían 82 en todo Alemania. Actualmente se cuentan 2.562, de las cuales 476 ejercen en Berlín. Y esta cifra aumentará notablemente, pues en el año 1931, había 3.428 estudiantes de Medicina del sexo femenino, inscritas en las diversas Facultades del Reich.

Para luchar contra esta abundancia de Médicos, en la última exposición de Dusseldorf, fué construido un pabellón especial ofrecido a la Medicina, y en el gran cartel anunciador se advertía a los visitantes la necesidad del «numerus clausus» para los que quisieran emprender estos estudios. No obstante, a pesar de esta advertencia, el número de aspirantes aumenta continuamente.

Ultimamente en la Asociación de los profesionales médicos de Alemania, más numerosa e importante—la Deutsche Aertzetag— que representa a más de 40.000 médicos, se ha exteriorizado de una manera explosiva la deplorable situación económica en que se encuentran la mayor parte de los médicos europeos y ante el ministro Wirth han formulado sus quejas y luego suscrito un manifiesto que ha sido dirigido a todos los médicos del mundo, del que E. Oliver Pascual traduce las siguientes palabras, cuya gravedad no hace falta subrayar:

«La profesión médica alemana, anuncia a todo el mundo con fuerte inquietud

tud, que la salud del pueblo alemán está haciéndose cada vez más deficiente, como consecuencia de la crisis económica y que el pueblo alemán empieza a ser víctima del hambre, cuyos terribles efectos todos tendremos que temer. La Humanidad tiene que unir sus manos para formar un frente único, contra el hambre y contra la enfermedad. En estas horas de tránsito y ensayo, nosotros ponemos nuestra fe en la creencia de que, mediante el alivio de la pesada carga de las reparaciones, el pueblo alemán no será arrojado a la desesperación...»

Creación de Centros de Higiene rural

La «Gaceta» publica una disposición creando los siguientes Centros secundarios de Higiene rural: Hellín, Albacete, Alcoy (Alicante), Reinosa (Santander), Plasencia (Cáceres), Sigüenza (Guadalajara), Jaca (Huesca), Linares (Jaén), Algeciras (Cádiz), Lorca (Murcia), Talavera de la Reina (Toledo), Villalón (Valladolid), Villafranca del Bierzo (León), Valdepeñas (Ciudad Real), peñaranda de Bracamonte (Salamanca), Pozo Blanco (Córdoba).

Al frente de cada uno de estos Centros, y bajo la directa dependencia del respectivo inspector provincial de Sanidad, habrá un oficial sanitario, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, que deberá dedicarse íntegramente a la Jefatura y funciones personales propias del Centro y al cual le estará prohibido el libre ejercicio de la profesión.

Las funciones que habrán de desarrollar los jefes de Centros secundarios de Higiene rural, serán las de efectuar, por delegación del inspector provincial de Sanidad, todos los trabajos de carácter exclusivamente técnicos encomendados a estos funcionarios, muy especialmente los que se refieren a estudios demográfico-sanitarios, higiene social, propaganda higiénica, lucha contra la mortalidad infantil y enfermedades evitables.

Los jefes de Centros de Higiene rural darán cuenta semanalmente al inspector provincial de Sanidad de los trabajos realizados, para que éste lo transmita a la Dirección general de Sanidad en el mismo período de tiempo, con las observaciones que considere pertinentes.

Las funciones técnicas de los jefes de Centros secundarios de Higiene rural abarcarán una zona y actividades que serán señaladas por el inspector provincial de Sanidad, teniendo presente las posibilidades de transporte, medios de relación y eficaz vigilancia por parte del referido jefe.

Al objeto de evitar una duplicidad de servicios, y en la necesidad de coordinar todos al fin sanitario común, el jefe del Centro secundario de Higiene rural, tendrá bajo su dirección todas las instituciones dependientes del inspector provincial de Sanidad que radiquen en su zona.

Por la Dirección general de Sanidad se darán cuantas órdenes sean precisas para el mejor cumplimiento de este nuevo servicio.

Los honorarios médicos en los accidentes del trabajo

En el Colegio Provincial de Médicos de Zaragoza se ha discutido ampliamente una penencia sobre la elevación de tarifas de honorarios médicos en la asistencia de los accidentes del trabajo, siendo aprobada en todas sus partes.

Por ella queda elevada la tarifa mínima de 15 a 25 pesetas por accidente, haciendo constar la obligación de la Sociedad aseguradora, o del patrono en defecto de aquella, de suministrar el material de cura por su cuenta y de poner al servicio del médico, para las visitas a domicilio, un coche o abonarle una peseta por kilómetro de recorrido.



La lucha contra el intrusismo

En la Junta general extraordinaria celebrada en el Colegio oficial de Médicos de Zaragoza, se discutió una penencia sobre este tema, aprobándose las siguientes conclusiones:

1.^a Que se nombre una comisión llamada de Intrusismo, encargada de redactar, en el menor tiempo posible, un proyecto de Reglamento.

2.^a Que este proyecto de Reglamento se remita a todos los Colegios Médicos de España para su aprobación.

3.^a Que una vez en poder de esta Comisión este proyecto de Reglamento, luego de aprobado por el resto de los Colegios, se eleve al Consejo de Colegios y éste a su vez, lo presente al Gobierno de la República para su aprobación definitiva y publicación en la «Gaceta», y

4.^a Que entre tanto se redacta este Reglamento y se remite al Consejo de Colegios y éste al Gobierno, los inspectores provinciales de Sanidad, subdelegados y Colegio de Médicos hagan cumplir a toda costa lo legislado, procediendo como primera medida a la supresión de las placas de estos auxiliares anunciando las horas de consulta.

Acordóse también comunicar a los Colegios de Farmacéuticos, Practicantes y Comadronas, que el Colegio de Médicos está dispuesto a perseguir con la mayor energía los frecuentes y escandalosos casos de intrusismo, que tanto perjudican a la clase médica.

Los automóviles y los médicos

El Colegio de Médicos de Zaragoza, se ha dirigido al gobernador civil de la provincia, para que en días de huelga y algarada permita que los coches de los médicos lleven una placa en la que se lea: «Médico.—Colegio de Zaragoza» y que en tales épocas las autoridades tengan a disposición de los médicos unos cuantos taxis. También se acordó dirigirse a los demás Colegios de España y al Consejo Superior, a fin de que los coches de los facultativos no se consideren como de lujo a los efectos de la contribución.

En relación con esta cuestión de los coches de los médicos, recogemos el siguiente hecho que acaba de suceder en Las Palmas:

La prensa local ha publicado una nota del Colegio de Médicos, en la que se relata lo ocurrido con motivo de la fiesta del 1.º de Mayo, referente a la circulación de vehículos para el servicio sanitario.

Según se afirma en dicha nota, el sábado el Colegio de Médicos recabó del gobernador civil unos pases para que se permitiera la libre circulación de automóviles de los médicos durante el día 1.º de Mayo. En el Gobierno Civil, dieron las autorizaciones, pero les advirtieron que tenía que visarlas el presidente de la Federación Obrera, sin cuyo requisito no podrían circular.

Al llegar a poder de los médicos y ver éstos que además de suscritas por la Comisaría de Policía estaban refrendadas por el presidente de la Federación Obrera, las rechazaron, pues a su entender era suficiente la autorización del Gobierno Civil, sin que éste tuviera que compartir la autoridad con otras entidades, muy respetables, pero que nada tienen que ver con los casos como éste.

Se comenta vivamente lo sucedido con los médicos al ponerles limitaciones para el libre ejercicio de sus sanitarios servicios durante la fiesta del 1.º de Mayo.

El Juzgado ha aceptado la denuncia del Colegio de Médicos hecha en este sentido.



CRÓNICA REGIONAL

VALLADOLID

Función social de los hospitales.—El sabio oftalmólogo, director de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander, doctor don Emilio Díaz Caneja, desarrolló este interesante tema en la Academia de Medicina. Comenzó su conferencia con un detallado estudio histórico de la creación, desarrollo y vida de los hospitales a través de los tiempos.

Antes del cristianismo estaba justificada la creación de estos centros que albergaban enfermos, por el cumplimiento de un deber del señor para con el esclavo. Con el cristianismo cesó la esclavitud y surgieron otros deberes, como el de procurar asistencia a los que la necesitaban para su salud. Después, el feudalismo se inspiró en aquel criterio; más tarde, la Monarquía tuvo que preocuparse de la asistencia de enfermos y corrección del pauperismo en las ciudades cortesanías.

La asistencia hospitalaria era ejercida entonces por la caridad de los religiosos. Al lado de iglesias, monasterios y catedrales, surgían centros hospitalarios; todavía pueden verse junto a grandes monumentos centros para la asistencia de enfermos; por aquella época, la iglesia cumplía la Sanidad pública y el Culto. Los concilios dictaron normas para la asistencia hospitalaria; los de Tours y Aquisgrán deben mencionarse especialmente, y, en el segundo de los citados, a la vez que se señalaban los deberes del obispo y canónigos, se designaba a uno de éstos para regir el hospital; más tarde, estas obligaciones les fueron quitadas a los eclesiásticos por los obispos y concilios, asignándolas a las Cámaras de Comercio y otros elementos seculares (hotel Dieu, de París). La primera organización hospitalaria digna de ser señalada como modelo de distribución de locales y personal, es la del hospital Pantokrator, fundado el año 1136.

En el tiempo del feudalismo continuaban los hospitales de origen episcopal y se crean otras fundaciones de los gremios. Después, las Cruzadas, la realeza —que se preocupó de la secularización de ciertas instituciones—; Francisco I, que confía a la Municipalidad los centros hospitalarios; Luis XIV—«El Estado soy yo»—tuvo el exacto concepto de hacer la Sanidad función del Estado; Luis XV crea las primeras clínicas quirúrgicas que inaugura Luis XVI, la Revolución, en cuyo período sufre la asistencia hospitalaria las consecuencias del nuevo estado social—la Convención quiso hacerse dueña de los bienes de los hospitales, cosa que no llegó a cumplir por haberse dado cuenta a tiempo de que estaban bien regidos—; más tarde, el siglo XIX, con la creación en Francia de la Dirección general de Asistencia pública, análoga organización en Alemania, y la dependencia de los hospitales en España de la Dirección general de Administración local, que pasara a la Sanidad hasta que se cree el ministerio correspondiente.

Pasa a ocuparse el doctor Díaz Caneja después, de la función que los hospitales desempeñan en la enseñanza de la Medicina. Todos los hospitales deben utilizarse en beneficio de la enseñanza; terminados los estudios en la Facultad, deben los alumnos tener un período de internado en un hospital —que para esto funcionarán con el control del Estado—y hacer las pruebas académicas en la Universidad o establecer los estudios para post-graduados en centros hospitalarios de cierta importancia.

Describe a continuación la enseñanza de los post-graduados en la Casa de Salud Valdecilla, donde merced a la generosidad del fallecido marqués y de su sobrina, la señora marquesa de Pelayo, se han podido ofrecer magníficos elementos de estudio.

Posteriormente trata de otra actividad del hospital, la formación de enfermeras, que deben hacer estudios especiales para obtener un diploma del Estado, y tener presente quienes alcanzan tal título, que cuidar enfermos no es oficio, sino vocación, y que la salud del enfermo no puede ser moneda que se discuta en régimen paritario o de sindicato.

Propone que la formación de las enfermeras la hagan los hospitales, y los títulos los expidan las Universidades, previo examen en la Facultad correspondiente.

Termina con un bello párrafo sobre la función social de los hospitales, cuyo fin principal es hacer el bien al enfermo.

El doctor Clavero del Campo, catedrático.—En brillantísimas oposiciones ha sido nombrado catedrático de Higiene y Prácticas de Bacteriología de la Facultad de Medicina de Cádiz, nuestro paisano el Inspector Provincial de Sanidad de Santander, don Gerardo Clavero del Campo.

Alumno meritísimo de nuestra Facultad, demostró su gran preparación y cultura en cuantas oposiciones actuó, logrando triunfos señalados.

Su laboriosidad le ha llevado a cargos importantes que hubieran colmado las ambiciones de cualquiera, notablemente en el que en la actualidad desempeña con tanta competencia y acierto.

Este nuevo triunfo de Gerardo Clavero del Campo, enorgullece con razón a sus maestros y compañeros, y cordialmente le enviamos un abrazo con nuestra enhorabuena, que hacemos extensiva a su padre y hermano, compañeros nuestros también.

Viaje de prácticas al Sanatorio de La Fuenfría.—Organizado por el profesor de Higiene de esta Facultad de Medicina, doctor Zapatero, días pasados fué una caravana, compuesta en su mayoría por alumnos del 6.º curso de medicina, a la que acompañaban algunos médicos de esta localidad, a visitar el Sanatorio de La Fuenfría (Cercedilla).

De las enseñanzas sacadas de esta visita al Sanatorio modelo—el mejor de Europa, en boca de un ilustre fisiólogo extranjero—y de cómo fueron agasajados los excursionistas por el Consejo de Administración y personal técnico directivo, nos ocuparemos en el próximo número.

SALAMANCA

La votación del premio «Cañizo».—En la Facultad de Medicina se constituyó la mesa para la adjudicación por votación, entre los alumnos del sexto curso, del premio «Cañizo», importante este año 900 pesetas.

Formaban la mesa: el decano de la Facultad, don Godeardo Peralta; el catedrático del sexto curso, don Serafín Pienna; el miembro del Patronato, señor Colella, alumno de sexto año. De escrutadores actuaron los señores Iscar y De Miguel.

Efectuada la votación, en la que tomaron parte la mayoría de los alumnos

del referido curso, fué adjudicado el premio, por mayoría, al señor Colella, obteniendo algunos votos, Carrasco Pardal, dos votos, Sánchez Hernández y un voto, Iglesias, con algunas papeletas en blanco.

El primer doctor de Valdecilla.—Ha sido entregada a los marqueses de Pelayo la primera tesis doctoral hecha en el Instituto de Postgraduados de la Casa de Salud Valdecilla por un médico interno del mismo.

El nuevo doctor es el señor Domínguez Borreguero. La tesis ha sido calificada de «sobresaliente» por el Tribunal de la Facultad de San Carlos, de Madrid. Está dedicada al difunto marqués de Valdecilla, a quien se la hubiera entregado solemnemente, según se pensaba. Es un notable trabajo de investigación, de más de 400 páginas, sobre la «Esclerosis múltiples», una de las más graves enfermedades del sistema nervioso.

El marqués de Pelayo agradeció la atención e indicó a los médicos que le visitaron, la conveniencia de constituir una agrupación que les mantenga unidos después de terminar su internado en la Casa de Salud.

El nuevo doctor señor Borreguero, marcha pensionado a Alemania por el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, en cuya Universidad se licenció.

Estado actual de la lucha antivenérea.—En el Ateneo pronunció una Conferencia sobre este tema, el doctor Bejarano. Manifestó que en España entra esta lucha en una nueva fase que ha de prestarle la máxima eficacia y dignidad. Hace historia de la labor de profilaxis realizada en nuestra nación, con la creación y multiplicación de los dispensarios oficiales, dirigidos por un cuerpo médico especializado después de rigurosa selección. Manifiesta que si la labor de estos dispensarios no ha dado todo el rendimiento apetecido, ello es solo debido a la persistencia del sistema reglamentarista, en cuyas causas de fracaso se extiende el conferenciante insistiendo en su desigualdad en cuanto a trato para ambos sexos y en su aspecto indigno e injusto, por explotar el estado una lacra social para atender necesidades muchas veces no relacionadas con este aspecto. Pero esto ha terminado con el decreto presidencial preparador de la nueva ley que transporta al Estado los gastos correspondientes. Lee varios artículos del proyecto de ley, en el cual se implanta el abolicionismo, el delito sanitario, el tratamiento obligatorio, la declaración obligatoria condicional y la intervención del Estado en todos los centros benéfico-sanitarios, tanto oficiales como particulares.





Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS

3 FÓRMULAS: Simple -- Con lecitina -- Infantil

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

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

Eficaz e inocuo

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

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

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

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



LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

DISPONIBLE

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

CRÓNICA NACIONAL

MADRID

España y la legislación de enfermedades profesionales.—Sobre este tema disertó en la Casa del Pueblo, el 17 de Marzo, don Julián Torres Fraguas.

Sostuvo el conferenciante que España ha sido y sigue siendo una excepción en el problema de la salubridad de los trabajadores.

Historió el desarrollo de la legislación social a partir de la revolución francesa. Se detuvo en el estudio de las enfermedades profesionales y su legislación, clasificando esta última en tres grupos: germano, anglosajón y francés. Manifestó que no se puede admitir que en España se reconozcan únicamente tres enfermedades profesionales: las derivadas del plomo, mercurio o carburo. Se refirió a las enfermedades profesionales de la mujer, a la que causa grandes daños el benzol. Aquellas industrias que vivan a costa de la salud de los trabajadores no deben subsistir. Hay que procurar la creación de casas de salud y sanatorios para que puedan curarse en ellos los trabajadores.

Abogó por la creación de una caja para los casos de enfermedades profesionales, puesto que ya las hay para los accidentes del trabajo.

BILBAO

Entre médicos.—Desde hace algún tiempo reinaba bastante revuelo entre los médicos de Bilbao por la constitución de un organismo regional dedicado al cultivo de la ciencia médica y que tenía entre otros proyectos la organización de un Congreso vasco-navarro.

Así las cosas, había sido nombrado para una de las ponencias del Congreso uno de los más distinguidos médicos de Bilbao.

Este contestó al organismo regional que no aceptaría el nombramiento hasta que lo ratificara la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, entidad que, a su juicio, es la única que por su historia y su prestigio puede dedicarse a la organización de esta clase de Congresos científicos.

Para tratar del asunto que había despertado gran apasionamiento entre los elementos médicos, se convocó junta general extraordinaria a la que asistieron casi todos los médicos en ejercicio de Bilbao.

Después de un apasionado debate en el que la mayoría de médicos coincidieron con la opinión expuesta por el denunciante se acordó, en su vista dirigirse al organismo regional en el sentido de que son las Academias locales las que deben determinar sobre el asunto y a las que debe dirigirse la organización regional, pues las Academias son las que prestigian todos los estudios científicos que en el orden médico se realizan en el país.

El asunto está siendo objeto de animados comentarios entre la clase médica.

LA CORUÑA

Accidentes del trabajo en el aparato respiratorio.—Sobre este tema pronunció una conferencia en el centro «Germinal» el ilustre médico y periodista doctor Enrique Hervada.

Se entiende por accidente del trabajo—comenzó diciendo—toda lesión

corporal que el operario sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.

La interpretación de esta definición ha dado lugar a numerosas controversias, girando todas las discusiones sobre si en el enunciado se deben incluir o no las enfermedades profesionales.

No debe confundirse la enfermedad profesional con el accidente, pero entre tanto no se llegue en España a la promulgación de una ley que regule las indemnizaciones de las enfermedades, no háy más remedio que admitir, como dice Oller, que cierto número de éstas, entre en los accidentes, si no se quiere dejar totalmente desamparado al obrero, contra el espíritu de la ley.

Conviene empezar aclarando que todo traumatismo puede provocar diferentes lesiones según cuales fueran las condiciones del organismo, anteriores al accidente. Por esta razón es necesario saber si antes de una contusión torácica ya era el accidentado un catarrósico. La despreocupación por la tos y la expectoración, es muy natural en un sujeto que no sufre alteraciones en su vida corriente, pero el médico no puede mirar con igual indiferencia estas manifestaciones patológicas que explican en muchos casos la existencia de una bronquitis anterior.

Las fracturas de las costillas son frecuentes. El tórax de los jóvenes, por ser muy elástico, se fractura con meroa facilidad. Ambrosio Paré cuenta la historia de un niño de dieciocho meses, sobre cuyo pecho pasó una carroza con cinco gentilhombres, sin que se produjera fractura. De los cuarenta a los sesenta años, en cambio, las costillas se rompen fácilmente. En los ancianos se observa corrientemente este accidente con traumatismos realmente insignificantes, como por los esfuerzos producidos por la tos o los estornudos.

La cuarta, quinta, sexta y séptima costillas son las que a menudo se fracturan. Las tres primeras costillas están relativamente protegidas por la clavícula y la masa de los pectorales y las cinco últimas, unidas indirectamente al esternón, y por ser móviles suelen huir delante del traumatismo.

Los signos cardinales de las fracturas de estos huesos son: dolor localizado, crepitación durante la tos y limitación de los movimientos para toser a causa del dolor.

Por un gran esfuerzo puede producirse la rotura del pulmón. El esfuerzo obliga a una inspiración profunda seguida del cierre de la glotis, si en éste momento una contusión obra sobre el pulmón, por intermedio de la pared costal, el pulmón estalla lo mismo que el cartucho de papel que se sopla y se cierra con la mano para estallararlo de un golpe seco dado con la mano opuesta.

Después de una contusión violenta, se ha podido observar la pneumonia traumática, es decir, la formación de un hematoma sub-pleural que se infecta por la vía bronquial.

Un foco de congestión pulmonar no puede atribuirse al traumatismo más que cuando corresponde exactamente al punto del tórax contundido y se ha presentado antes de transcurrir los cuatro días siguientes al accidente.

En los sujetos afectados de una tara patológica (arterioesclerosis, albuminuria, diabetes) de una tuberculosis, o de un cáncer latente, la muerte puede sobrevenir después de un traumatismo ligero. Un obrero recibe un golpe en el flanco derecho, el día 4 de Octubre. Al otro día se acuesta y un facultativo

diagnostica de cirrosis hipertrófica con ascitis, ajena al trauma. El 13 de Octubre fallece, y la viuda reclama la indemnización por accidente del trabajo, por considerarlo totalmente sano antes del golpe. La autopsia demuestra que el accidentado tenía un cáncer del hígado con ascitis. La demanda no fué admitida.

Un tuberculoso avanzado muere en un servicio hospitalario. La viuda reconoce que su esposo era un tuberculoso, pero dice que quince días antes de su fallecimiento había caído contra un muro durante su trabajo en una obra. A raíz de este traumatismo tuvo una hemoptisis abundante y un síncope. La autopsia revela, en efecto, la existencia en el lado derecho de un enorme hematórax causado por la fractura de tres costillas. La tuberculosis cavitaria del lado izquierdo no intervino para nada en el fallecimiento. El patrón lo ha reconocido sin protesta.

Un traumatismo torácico puede agravar una tuberculosis tórpida que ya sufría un obrero y por este accidente, quedar el operario en un estado de manifiesta inferioridad para el trabajo. El perito tiene que precisar la indemnización que le corresponde por su menor rendimiento para la producción.

Cuando a consecuencia de un traumatismo es necesario que un hombre de edad permanezca en cama, puede sobrevenirle una neumonía hipostática, capaz de originar una terminación letal. ¿Es el accidente el responsable de la muerte? Sin duda alguna, puesto que sin el accidente el herido no hubiera permanecido acostado tanto tiempo y por lo tanto no hubiera padecido los fenómenos hipostáticos culpables de la muerte.

El doctor Hervada, que amenizó su conferencia con la exposición anecdótica de casos diversos por él tratados, fué oído con creciente interés y calurosamente aplaudido al final de su notable trabajo de divulgación científica.

SAN SEBASTIAN

El lumbago en los accidentes del trabajo.—Sobre este tema disertó en la Academia médico-quirúrgica, el doctor Oller. Empezó hablando de la medicina del trabajo. Dijo que hasta ahora ha estado muy abandonada y la medicina quirúrgica se ha beneficiado con el estudio de estos temas; y lo mismo ocurre con las enfermedades profesionales, asunto muy interesante, porque en España aún no está reconocida en la Ley y se equipara a los accidentes. En todos los países la Medicina del Trabajo tiene cátedras y se estudia con todo interés; en España, en el Instituto de Reeducación Profesional y en la Escuela Nacional de Sanidad es en donde se tratan estos estudios. Disertó sobre «El lumbago en los accidentes del trabajo», asunto de gran interés que le ha ocupado varios años, haciendo encuestas y estadísticas a las Compañías de Seguros, escuelas, etcétera, encontrándose que tenían multitud de nombres diferentes que indican una diversidad de opinión acerca de lo que constituye el lumbago.

El primer problema es saber si existe dolor; el segundo, si se trata de un dolor neurálgico o reumático, y el tercero es ver si ha pasado inadvertida una lesión grave de columna vertebral y se cree en una simulación.

La radiografía y la cirugía han demostrado que hay muchas de estas fracturas, pues sólo dan ligeros síntomas, y esto puede ocurrir no sólo por caídas, sino también por esfuerzos. En cambio, es muy escéptico con las distensiones tendinosas y roturas musculares, y no cree que en esta región puedan ocurrir

creyendo que el lumbago es una alteración o trastorno que cae dentro del campo neurológico. El reumatismo muscular y vertebral, que en muchos individuos que pasan de 40 años presentan lesiones de espondilolitis y otras alteraciones óseas, que dan cuadros dolorosos que corresponden al lumbago.

Dignóstico: El lumbago de esfuerzo es un síndrome en que hay un síntoma, dolor, contractura y, por exclusión, no hay lesiones de reumatismo, fractura, etcétera, y que dura poco tiempo; es brusco, coincide con un traumatismo a menudo insignificante y tiene que abandonar en seguida el trabajo; es un punto doloroso, muy fijo. La piel en el traumático no acusa dolores; en el reumático, sí, y da elevación de temperatura y obedece al salicilato.

El reumatismo vertebral, cuya lesión asienta en el disco intervertebral, que al aplanarse reacciona con producción de osteofitos y atrofia vertebral. Cuando ya está más avanzada, la vértebra parece en forma de diábolo; los osteofitos algunas veces se rompen y son los causantes del lumbago. Cuando el obrero tiene esta lesión latente y se revela con el accidente, tiene una importancia grande porque plantea el problema del estado anterior, y el conferenciante termina insistiendo en que hay muchas fracturas de columna vertebral que pasan o pueden pasar desapercibidas. Presentó a continuación interesantes radiografías.

BARCELONA

Exposición sumaria de la doctrina de Freud, por el doctor Pedro Font y Puig.—En el Ateneo barcelonés, el doctor Font y Puig, dió una conferencia sobre este tema. Comienza hablando de la psico-análisis, para lo cual es preciso conocer lo que el individuo siente pero no sabe que siente. Los caminos para llegar a este resultado, son dos: los actos fallidos (olvidos, equivocaciones...) y los sueños.

Las enfermedades nerviosas no son sino represiones de tendencias del individuo: tendencias que pueden ser regresivas o estancadas en el desenvolvimiento de la sexualidad. Aunque el poder de plasticidad, la sublimación o el temperamento artístico facilitan la desviación de la tendencia y evitan a menudo las neurosis, que en caso de represión se producirían.

La psicoterapia constituye, pues, en hacer retornar a la conciencia aquello que está ausente por la represión. Conseguido esto, como que la neurosis tiene por origen la represión de la tendencia—y no propiamente la tendencia—el enfermo verá la relación entre la tendencia y el síntoma de su enfermedad, y haciéndole conocer aquello que ignoraba, quedará el enfermo curado.

La psicoterapia no es una nueva forma de la hipnoterapia, pues la primera tiende a curar la causa del síntoma, y no simplemente éste, en que los efectos de aquélla son por eso permanentes y en que significa para el individuo, no una confianza en otros, sino un aumento de sus propias energías y un aumento de su fuerza moral.



PARIS

UN APARATO PARA EVITAR LOS PELIGROS DE LA PRECIPITACION DESDE GRANDES ALTURAS

El inventor Albert Sauvan había pretendido en varias ocasiones realizar pruebas en un avión dotado de una cabina de su invención que, merced a originales y poderosos amortiguadores neumáticos e hidráulicos aseguraba, según el inventor la inmunidad en los casos de estrellarse el aparato contra el suelo.

Las autoridades le prohibieron realizar tales ensayos, pero Sauvan, acompañado de su esposa y dos amigos, llevó su aparato, desprovisto del motor, a un terreno abrupto, montañoso, con profundos abismos, a cinco kilómetros de Escragmolles.

A las once en punto de la mañana, el aviador, con un tiempo hermoso, se presentó con su aparato y, con la ayuda de un madero, lo colocó sobre el borde del precipicio, al fondo del cual, descendieron el alcalde, un mecánico y un fotógrafo, colocándose junto a un manantial.

Llegado el momento el inventor, colocado en su cabina hizo impulsar el aparato unos 20 metros, para lanzarse al vacío, rebotando de roca en roca.

El precipicio tenía más de 200 metros de profundidad.

Todos creyeron que se había matado el inventor; pero, cuando llegó al fondo, el alcalde y el mecánico abrieron la portezuela de la cabina y vieron, como si fuera cosa de magia, a Sauvan sano y salvo, que les estrechó la mano efusivamente.

El experimento, fué un éxito.

Lo repetirá delante de los técnicos, debidamente autorizados y se propone salir bien de la segunda prueba.

EL CINE SONORO EN LOS HOSPITALES

Numerosos hospitales han instalado, de algunos años a esta parte, aparatos cinematográficos para presentar películas a los enfermos que padezcan enfermedades largas pero curables. Los «Films» documentados o de distracción ofrecen una saludable distracción a la soledad o al aburrimiento, sobre todo cuando se trata de enfermos que padezcan males que necesiten de largo tratamiento. Al servicio de las enfermedades mentales el problema de recrear a los enfermos es de una gran importancia, puede decirse de una importancia capital.

Ahora que el cine dispone de aparatos portátiles sonoros, podrá con más facilidad prestarse a las condiciones especiales de los diversos tipos de hospitales.

Varios hospitales de Francia, hallanse dotados al presente de instalaciones cinematográficas, siendo algunas de ellas fijas y otras móviles. El problema actual es el de instalar aparatos sonoros, ya que la dificultad de componer programas mudos es cada día más notoria.

En los Estados Unidos, donde el cinematógrafo ha arraigado con más facilidad en las costumbres, como puede ser testimonio de ello el elevado porcentaje de salas en relación con el número de habitantes, numerosos hospitales han adquirido ya aparatos sonoros, habiendo Western Electric suministrado una considerable proporción de estos equipos, en la mayoría de los casos portátiles.

El hospital de incurables de Nueva York da cada semana tres sesiones de cine sonoro para recreo de los enfermos. El hospital Saint Elisabeth, de Washington, da dos. El sanatorio del Estado de New Hampshire, en Glencliffe, que hace diez años ya había adoptado el cinematógrafo, acaba de adquirir un aparato sonoro. El hospital del Estado de Norwich (Connecticut) posee igualmente un aparato sonoro, de lo cual se felicita, por lo favorable que resulta este medio de distracción en cuanto a los servicios de los enfermos de los nervios. La Dirección de los Antiguos Combatientes (Administración de Veteranos) ha adoptado igualmente el cine sonoro para sus hospitales y su Hotel de Inválidos. Las Mansiones de Veteranos de Alejandría (Luisiana), Augusta (Georgia), Northampton (Massachusetts) y Perrey Point (Maryland), dan cada una de ellas dos sesiones de cine sonoro cada semana.

La Western Electric, suministradora de la mayor parte de estas instalaciones, ha dirigido recientemente un cuestionario, para conocer los resultados obtenidos en terreno medical. Las contestaciones recibidas demuestran que los médicos y jefes de servicio conceden la mayor importancia a las sesiones de cine sonoro que puedan darse en esta forma por todas las salas de sus hospitales. Aparte de esto, el aparato non-sincrónico permite hacer música en las salas donde se hallen enfermos postrados en el lecho.

UNA VACUNA CONTRA LA ESCARLATINA

Un despacho del «New York Herald» comunica que por el servicio de Higiene pública de los Estados Unidos se ensaya en estos momentos un nuevo método de vacuna contra la escarlatina. Los experimentos han dado excelentes resultados, y no parece lejano el día en que el método se haya generalizado.

El tratamiento consiste en la invención de un producto compuesto de gérmenes de la escarlatina y de un antitóxico.



CONGRESOS, CURSOS, ETC.

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA LUZ

Bajo la presidencia del Profesor De Nobele (de Gante) se reunirá este Congreso en Copenhague, durante los días 15 a 18 de Agosto próximos.

Los temas a tratar serán los siguientes: 1.º Papel del pigmento en la biología de la luz y en el efecto terapéutico de los baños de luz. 2.º Cómo el efecto de los baños de luz puede explicarse en la tuberculosis. 3.º Bases y orientación de las investigaciones helio-climáticas en relación con las medidas de higiene pública. 4.º La unidad de medida.

Secretario del Congreso, doctor René Ledent, 24 rue Ste. Marie.—Lieja (Bélgica).

CONGRESO INTERNACIONAL DE EUGENESIA

El III Congreso Internacional de Eugenesia, tendrá lugar en Nueva York (Museo de Historia Natural) los días 21 a 23 de Agosto. Del 22 de Agosto al 22 de Septiembre, estará abierta una exposición de Eugenesia.

Para informes y detalles: Mr. Harry H. Laughlin. Cold Spring Harbor, Long Island, Nueva York.

CONGRESO NACIONAL DE PATOLOGIA DIGESTIVA

Bajo la presidencia del doctor Gallart se ha reunido un grupo de gastroenterólogos barceloneses para constituir la Comisión organizadora del segundo Congreso nacional de Patología digestiva, que por acuerdo del primer Congreso, reunido en Valencia, debe celebrarse en Barcelona en la primavera de 1933.

Acordaron también fijar para la celebración del Congreso los días 11, 12 y 13 de Mayo de 1933, y dar comienzo seguidamente a los trabajos de organización y propaganda.

Se han encargado de la redacción de las ponencias los doctores Oliver Pascual y Gutiérrez Arrese, de Madrid, Etiología y Patogenia de las colitis; doctor Jimeno Márquez, de Valencia, Diagnóstico clínico y tratamiento médico de las colitis; doctor García Peláez, de Madrid, Tratamiento quirúrgico de las colitis.

Al hacer públicos estos acuerdos, la Comisión organizadora del citado Congreso, invita a todos los médicos que se interesen por la gastroenterología a colaborar en el mismo, recordándoles que los temas de ponencia se refieren todos al estudio de las colitis en sus diferentes aspectos, y que para dar mayor unidad e interés científico a las deliberaciones del Congreso, es de la mayor conveniencia que las comunicaciones tengan relación con el mismo tema.

Para toda clase de informes, dirigirse al secretario, calle Claris, 113, entresuelo, Barcelona.

CONGRESO INTERNACIONAL DEL ASMA

Los días 4 y 5 de Junio se celebrará en Mont-Dore, bajo el patronato de M. Blaiset, Ministro de Sanidad Pública, y la Presidencia del Profesor Bezançon.

Veintiséis ponencias serán presentadas por las más altas autoridades francesas y extranjeras, especializadas en el estudio de las vías respiratorias y por primera vez se celebrará un amplio debate en el que serán expuestas y discutidas las diversas concepciones referentes a la etiología, patogenia y tratamiento de esta afección.

Adhesiones y datos: Secretariat du C. Int. de l'Asme, 19, rue Aubert, París (IX^o).

VALENCIA

CURSILLO SOBRE «CANCEROLOGIA Y CURITERAPIA»

La Liga Valenciana contra el cáncer, anuncia que en el próximo mes de Abril se celebrará un cursillo de «Cancerología y Curiterapia», dedicado especialmente a los alumnos de los últimos cursos de la Facultad de Medicina y al que podrán asistir también los médicos que lo soliciten.

Dicho cursillo constará de sesiones teórico-prácticas y de conferencias extraordinarias; unas y otras estarán a cargo de los doctores Rodríguez Fornos, López Sancho, López Trigo, Berenguer, Bartual Vicéns y Monmeneu. Las sesiones teórico prácticas serán bisemanales y tendrán lugar en el Consultorio de Oncología que funciona bajo los auspicios de la L. V. C. y que provisionalmente se halla instalado en la Casa de Socorro de Colón. Las conferencias se celebrarán en el local que oportunamente se anunciará.

La matrícula será gratuita y limitado el número de inscripciones, las cuales podrán solicitarse los miércoles y sábados en la citada Casa de Socorro de Colón (Consultorio de Oncología).



G. DOIN & C^{IE}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

PARIS (VI^E)

TRATADO DE MICROBIOLOGÍA

PUBLICADO BAJO LA DIRECCIÓN DE

L. NATTAN-LARRIER

PROFESOR DEL COLEGIO DE FRANCIA

**TOMO I. — INMUNIDAD, INMUNIZACIÓN,
ANAFILAXIA, HONGOS, BACTERIAS PATÓGENAS**

Un volumen en octavo de 1.100 páginas, con 166 figuras en el texto y 8 láminas en color fuera de texto

En rústica: **295 fr.** Encuadernado: **310 fr.**

MANUAL DE PRÁCTICA MÉDICA

OBRA PREMIADA POR LA ACADEMIA DE MEDICINA (PREMIO ITARD)

TERCERA EDICIÓN COMPLETAMENTE RENOVADA POR EL

DR. PAUL SAVY

PROFESOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LYON

MÉDICO DEL HOTEL-DIEU

Un volumen en octavo de 1.776 páginas, con figuras en el texto y cuatro láminas en color fuera de texto

Cart.: **110 fr.**

MANUAL DE RADIO-DIAGNÓSTICO

POR **PAUL LAMARQUE**

PROFESOR AUXILIAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTPELLIER

Un volumen en octavo de 750 páginas, con 374 radiografías fuera de texto y esquemas explicativos

Cart.: **125 fr.**

LOS TUMORES DEL CEREBRO

por el

Dr. L. Puusepp

Un tomo en cuarto, de 634 páginas, ilustrado con 221 grabados en el texto. Rústica, 45 ptas. Tela, 48. Pasta, 50.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA

por el

Dr. J. Janet

Un tomo en cuarto, de 552 páginas, ilustrado con 143 grabados en el texto. Rústica, 30 ptas. Tela, 34. Pasta, 35.

TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA

por los doctores

Enriquez, Laffitte, Laubry y Vincent

Cuatro tomos en cuarto. Publicados el primero, segundo (1.^a y 2.^a partes) y tercero (1.^a parte). Los 4 volúmenes publicados: Tela, 249 ptas. Pasta, 253 ptas.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y VENÉREAS

por los doctores

E. Lesser y J. Jadassohn

(14.^a edición)

Dos tomos en cuarto. Publicado el segundo, de 568 páginas y 93 grabados. Rústica, 41 ptas. Tela, 45. Pasta, 47.

TRATADO DE OBSTETRICIA

por el

Dr. S. Recasens Girol

Un tomo en cuarto, de 1.208 páginas, 430 grabados en el texto y 20 láminas en negro. Rústica, 80 ptas. Tela, 85.

LOS RAYOS ULTRAVIOLADOS EN TERAPÉUTICA

por el

Dr. J. Saidman

Un tomo en cuarto, de 740 páginas, ilustrado con 190 grabados y 4 láminas en negro. Rústica, 42 ptas. Pasta, 46.

TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA

por los doctores

L. Testut y A. Latarjet

(8.^a edición)

Cuatro tomos, con un total de 5.062 páginas, ilustrados con 4.432 grabados. Rústica, 304 ptas. Tela, 324. Pasta, 328.

GERIATRÍA

por el

Dr. M. W. Thewlis

Un tomo en cuarto, de 368 páginas, ilustrado con 24 grabados intercalados en el texto. Rústica, 20 ptas. Tela, 23.

VACANTES

ALICANTE.—Polop (partido judicial de Callosa de Ensarriá), 2.200 pesetas, tercera categoría. 1.700 habitantes, a cuatro kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Benidorm, a nueve kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

BADAJOS.—Villagarcía de la Torre (partido judicial de Llerena), 2.200 pesetas, tercera categoría. 3.289 habitantes, a seis kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea de la línea Mérida-Sevilla. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo. Hay otra titular.

BURGOS.—Santa Gadea del Cid (partido judicial de Miranda de Ebro), 1.650 pesetas, cuarta categoría. 1.344 habitantes, a 10 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Miranda de Ebro. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

CACERES.—Brozas (partido judicial de Alcántara), 2.750 pesetas, segunda categoría. 5.163 habitantes, a 15 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Torrico de San Pedro, a 29 kilómetros. Concurso de méritos. Solicitudes al 15 de Junio próximo. Guardia Civil. Hay dos titulares más.

CIUDAD REAL.—Terrinches (partido judicial de Infantes), 1.650 pesetas, cuarta categoría. 1.509 habitantes, a veinticinco kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Valdepeñas, a 49 kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

HUELVA.—Villalba del Alcor (partido judicial de Palma del Condado), 2.750 pesetas, segunda categoría. 4.164 habitantes, a cuatro kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea de la línea Sevilla-Huelva. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo. Hay otra titular.

HUESCA.—Apiés (partido judicial de Huesca), 1.650 pesetas, cuarta categoría. 947 habitantes, a once kilómetros de la capital. Estación más próxima, Huesca. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

LEON.—Roperuelos del Páramo (partido judicial de León), 2.200 pesetas, tercera categoría. 1.239 habitantes, a doce kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea. Concurso de méritos. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

LEON.—Algadete (partido judicial de Valencia de Don Juan), 1.650 pesetas, cuarta categoría. 738 habitantes. Estación más próxima, Valencia de Don Juan. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio.

LERIDA.—Noves del Segre (partido judicial de Seo de Urgel), 2.200 pesetas, tercera categoría. 2.049 habitantes, a trece kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Puigcerdá, a 56 kilómetros. Concurso de méritos. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

LOGROÑO.—Calahorra (capitalidad del partido), 2.750 pesetas, segunda categoría. 10.767 habitantes. Estación férrea de la línea Zaragoza-Bilbao. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo.

PALENCIA.—Villaramiel (partido judicial de Frechilla), 2.200 pesetas, tercera categoría. 3.051 habitantes, a trece kilómetros de la cabeza de Partido. Estación férrea de la línea Palencia-Villalón. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio. Hay otra titular.

SALAMANCA.—Valdecarros (partido judicial de Alba de Tormes), 2.200

pesetas, tercera categoría. 1.522 habitantes, a once kilómetros de la cabeza de partido. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio.

SEGOVIA.—Juarro de Voltoya (partido judicial de Santa María la Real, de Nieva), 1.375 pesetas, quinta categoría. 483 habitantes, a doce kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Ortigosa del Pestal, a cinco kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio.

TOLEDO.—Sevilleja de la Jara (partido judicial de Puente del Arzobispo), 2.200 pesetas, tercera categoría. 2.682 habitantes, a cuarenta kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Talavera de la Reina, a 46 kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio. Iguales, 6.000 pesetas.

VALENCIA.—Fuente Encarroz (partido judicial de Gandía), 2.200 pesetas, tercera categoría. 2.657 habitantes, a cinco kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Potries, a tres kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio.

VALENCIA.—Onteniente (cabeza de partido), 2.500 pesetas, segunda categoría. 12.407 habitantes, a 96 kilómetros de la capital. Estación férrea de la línea Játiva-Alcoy. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 15 de Junio próximo. Clase de la plaza, tocólogo. Instancias reintegradas con sello municipal de una peseta.

ZARAGOZA.—Malanquilla (partido judicial de Ateca), 2.200 pesetas, tercera categoría. 1.063 habitantes, a treinta kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Calatayud, a 30 kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 5 de Junio.

A V I S O

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar y opositar a la plaza de médico titular de El Escorial, que antes de hacerlo deben enterarse de las condiciones en que se encuentra dicho partido.

A fines del pasado mes de Abril, falleció en esta ciudad, don Pablo Azpeitia, padre de nuestro querido compañero de Redacción, el doctor Diego Azpeitia Iglesias, del Hospital Provincial de Logroño y del distinguido alumno de esta Facultad, don Pablo.

A toda la familia doliente, y en especial a nuestro compañero, expresamos nuestro pesar por su desgracia.

En el actual mes de Mayo falleció también, en esta capital, don Florentín Quemada, personalidad destacada en los negocios y persona que contaba con singulares dotes de inteligencia, por lo que era muy respetado y querido.

A nuestros compañeros don José y don Luis, hijos del finado, a su hermano el titular de Rueda don José, así como al resto de la atribulada familia, enviamos nuestro pésame más sincero.