

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
MISAEI BAÑUELOS — <i>Valor clínico de la diferenciación de las tuberculosis broncogénas y hematógenas</i>	153
SANDALIO GONZÁLEZ CALVO — <i>Contribución al estudio de las alergias físicas</i>	159
RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES — <i>Heridas por instrumentos punzantes</i>	145
B. NOGALES. — <i>Conducta del práctico ante un demente agitado</i>	155
F. G. ^a LORENZANA. <i>Serotórax</i>	158
DR. B. DE M. — <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	160

REVISTA DE REVISTAS

Cirugía, por Pelegrín.

<i>Sobre el tratamiento de la septicemia, meningitis y empiema por el absceso de fijación</i> — Jacob.	167
<i>La narcosis avertínica en el Tetaicos</i> — Teichmam.	167
<i>La lucha contra el dolor quirúrgicamente, en especial la cordotomía en el cáncer inoperable</i> . — Schuck.	167
<i>Una proposición para evitar las trombosis y embolias postoperatorias</i> . — W. König	167

(Sigue)

Myoston

Henning

Extracto standardizado de la musculatura, libre de albúmina, según el **Profesor Dr. J. S. Schwarzmann**, de Odesa.

Para combatir eficazmente. **ANGINA DE PECHO**, esclerosis coronaria, hipertonia, asma cardíaca, disnea en la insuficiencia cardíaca, alteraciones vasomotoras de la circulación cerebral, claudicación intermitente, angioespasmos, gangrena, eczema.

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN

BARCELONA * APARTADO 712

Tuberculosis, por G.^a Lorenzana.

<i>Algunas consideraciones sobre el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar del adolescente.</i> —A. Courcoux y A. Alibert.	168
<i>La penetración y propagación de la tuberculosis por las vías linfáticas cervicales.</i> —E. Sergent e I. Gaspar.	168
<i>Las formas pseudo-tuberculosas del cáncer primitivo del pulmón.</i> —Serget, Mignot y Durand.	169
<i>Indicaciones de la frenicectomía y del neumotórax.</i> —F. R. de Parterroyo.	170

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

<i>Método de demostración rápida de las placas seniles.</i> —P. Divry.	172
<i>El reflejo costo-pectoral. Su valor semiológico en el síndrome de compresión medular.</i> —G. G. Noto.	172
<i>Sobre las psicosis familiares. Contribución al estudio de la psicosis inducida.</i> —M. Emma.	172

Dermatología y Sifiliografía, por E. Ledo.

<i>A propósito de la dieta aclorurada G. H. S. en la tuberculosis.</i> —G. Bertaccini.	175
<i>Cervico-vaginitis hemorrágica y ulceromembranosa en el curso de un tratamiento bismútico; estomatitis concomitante.</i> —C. Simón, I. Braler, Durez et Pereton.	175
<i>Esporotricosis al cabo de 12 años. Resistencia a los tratamientos habituales.</i> —G. Bureau et V. Bureau.	174

(Sigue)

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">BOROLUMYL</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 5px 0;">FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MA-LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.</p>	<p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">INDICACIONES</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; margin: 0;">EPILEPSIA</p> <p style="font-size: 0.9em; margin: 0;">VOMITOS DEL EMBARAZO ECLAMPSIA, COREA HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO</p>
<p style="font-size: 0.8em;">GRAJEAS DE</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">YODUROS BERN-K.Y NA.</p> <p style="font-size: 0.8em;">SIN YODISMO Dorificar a 25 Centigramos</p>	
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;"><i>Tratamiento Científico y Radical de los</i></p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; margin: 0;">VARICES, FLEBITIS</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;"><i>Hemorroides y Atonías de los vasos por las</i></p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">GRAJEAS DE</p>	<div style="background-color: black; color: white; padding: 10px;"> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">VARI-FLEBOL</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 5px 0;">FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.</p> </div>
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;"><i>Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apart.º 648 MADRID</i></p>	

Ginecología y Obstetricia, por Villegas.

<i>Terapéutica mediante la hormona ovárica.</i> —Hans Wiesbader	174
<i>Observaciones sobre el aborto artificial provocado con la ayuda de una vejiga animal, según Baumm.</i> —Gión B. Giger.	174
<i>Cáncer e hipófisis</i> —Desider Engel.	175
<i>El tratamiento de Elliot. Un nuevo método para aplicar el calor vaginal.</i> —Frederick C Holden et W. S. Gurnee.	175

Oftalmología, por Cilleruelo.

<i>Tonometría antes y después de la operación de la catarata.</i> —Serrer.	176
<i>Forma benigna del síndrome de Graderigo</i> —Guichard	176
<i>Lesiones oculares en los enfermos tuberculosos</i> —Moore.	176
<i>Enfermedad ocular y apéndice vermiforme.</i> —Gresser.	176

Otorrinolaringología, por M. Gavilán y Berceuelo.

<i>El tratamiento de las supuraciones crónicas de la mucosa del oído medio con gas cloro.</i> —F. Masbock	177
<i>Los quistes de la laringe.</i> —H. Sagols.	177
<i>Chancro de la amígdala</i> —Louis Ramón.	178
<i>El problema amigdalar en la medicina interna</i> —Hercog.	178
<i>Sobre el influjo del extracto tonsilar sobre el cuadro hemático.</i> —Yercovic.	178

BIBLIOGRAFIA Y LIBROS RECIBIDOS.	179
--	-----

CONFERENCIAS.	181
-----------------------	-----

NOTICIAS.	186
-------------------	-----

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 glicerosfosfórico	0,046	»
		Acido cacodílico	0,030	»
		Hierro asimilable	0,002	»
		Glicerosfosfato estriánico.	114	milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

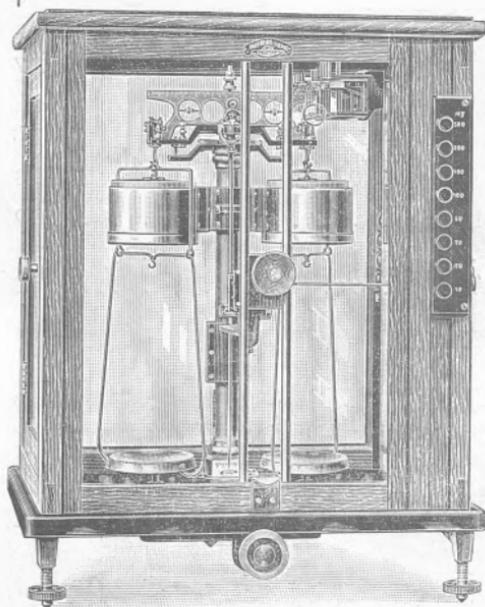
M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

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



Balanza de precisión SARTORIUS, modelo D. 3, con amortiguadores de aire, lupa de lectura y dispositivo exterior para pesadas rápidas.

: Instalaciones completas de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS
PUROS : MOBILIARIO CLÍ-
NICO : INSTRUMENTAL
QUIRÚRGICO

MICROSCOPIOS LEITZ
MICRÓTOMOS LEITZ

COLORÍMETROS, NEFELÓ-
METROS Y POLARÍMETROS
LEITZ

Electro-ionómetros gran mode-
lo de LAUTENSCHLAGER,
para P. H. según el Dr. Lücrs
MICRO-IONÓMETROS para
el P. H. patente LAUTENS-
CHLAGER.

Colorímetros Folien según Wulf
para el P. H.

BALANZAS de precisión SAR-
TORIUS.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

ALMACENES

Mayor, 79; Luzón, 2; Plaza del Conde Miranda, 3, y Codo, 3

Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

Valor clínico de la diferenciación de las tuberculosis broncogénas y hematogénas

por Misael BAÑUELOS

Catedrático de Clínica Médica en la Universidad de Valladolid

El concepto genético de las tuberculosis es un asunto que ha preocupado y preocupa actualmente a la Tisiología de nuestros días, como uno de los capítulos más interesantes de la patogenia de la tuberculosis. Aunque quizás en la práctica el valor clínico no sea muy considerable; desde el punto de vista teórico, y hasta desde el punto de vista del pronóstico, mirado el problema, tiene un gran interés. Por ello, creemos interesante divulgar algunas concepciones modernas sobre este particular, y además, porque las nuevas ideas sobre el desarrollo de la tuberculosis, en el hombre enfermo, surgidas al calor de estas investigaciones, modifican en bastante las concepciones, que se nos daban como clásicas, acerca del desenvolvimiento de la tuberculosis pulmonar.

La obra fundamental de Ranke, fundada en largos años de investigaciones anatomopatológicas y de estudios clínicos, llevadas a cabo especialmente sobre los ganglios linfáticos y la puerta de entrada de la tuberculosis, nos legó las siguientes conclusiones: Primera. Existe un primer estado de tuberculosis primaria pulmonar aislada. Segundo. Un segundo estado de tuberculosis generalizada. Tercero. Un tercer estado de tisis aislada. Entre estos tres estados, existen todas las formas de transición.

El primer foco tuberculoso tendría una gran tendencia a la curación, pero los ganglios linfáticos regionales que enferman secundariamente, tendrían una muy pequeña tendencia a la curación.

El primer estado de la tuberculosis pulmonar sería enfermedad característica de la primera infancia, y dejaría tras sí, ganglios linfáticos con alteraciones anatómicas persistentes, de tal modo, que según Bandelier, cada persona poseería, en los ganglios de su hiló pulmonar, el archivo de su pasado tuberculoso.

Y desde el punto de vista clínico, distinguía Ranke cuatro diferentes formas de extensión de los focos tuberculosos, y tres diferentes maneras de reaccionar del organismo, frente al brote tuberculoso.

Las maneras de reaccionar serían propias de cada uno de los tres períodos o estados que hemos distinguido anteriormente: en el primero, sería el característico de una enfermedad infecciosa más o menos activa; el segundo presentaría los rasgos de una pronunciada reacción anafiláctica, y el tercero, el de una peculiar inmunidad parcial; y por consiguiente, para

juzgar de una tuberculosis, se debería mirar, más que al órgano atacado, a la enfermedad y manera de reaccionar del organismo en total.

Las maneras de propagarse las tuberculosis serían: por contacto, por vía linfógena, por vía hematógena y por vía intracanicular o broncógena.

Estas concepciones de Ranke sobre la tuberculosis pulmonar, representaron un avance considerable sobre cuanto hasta entonces se conocía; pero un estudio más perfecto de las cuestiones de la tuberculosis pulmonar se inició desde 1926, en que aparecen los primeros trabajos de estudios radiológicos, sobre grandes masas de población, seriados y periódicos, que crean una concepción de la tuberculosis pulmonar, en su desenvolvimiento, basada en conceptos puramente radiológicos, y que nos explican cómo se inicia en el hombre la tuberculosis pulmonar y cómo se va desenvolviendo.

Debemos, principalmente, a Redeker las conclusiones fundamentales de la nueva doctrina de la tuberculosis pulmonar, el cual, con varios colaboradores, ha sentado una serie de principios, que hasta hoy día orientan las investigaciones nuevas, en el terreno de la patogenia y desarrollo de la tuberculosis pulmonar.

Resumamos algunos de estos principios en el terreno de la inmunidad. No existe—dice Redeker—una formación terciaria de focos tuberculosos, que conduzca a una tisis terciaria, especialmente en los adultos. Un nuevo foco terciario, en el sentido de un nuevo foco pulmonar, sin manifestaciones generales o locales, de una alergia secundaria, no existe o es extraordinariamente raro. Todo nuevo foco se desenvuelve bajo manifestaciones secundarias alérgicas, y toda tisis es, por consiguiente, secundariamente alérgica. No se pueden oponer los desarrollos exudativos y productivos de la tuberculosis como cosas contrapuestas, pues corresponden a diferentes cuadros alérgicos, y por consiguiente, son fases reactivas diferentes, alérgicas y anatomopatológicas, de una misma enfermedad. Tampoco se puede oponer como distinta, ni se puede diferenciar teóricamente, y en principio, la tisis del niño y la del adulto, y todo sujeto que muere de tuberculosis, finalmente, llega a este estado, después de un brote de alergia secundaria, y el consecuente estado que sigue de anergia de agotamiento.

Desde el punto de vista anatomopatológico, la teoría de Redeker, acerca de la tuberculosis pulmonar, se basa en la demostración de que la tuberculosis en su evolución procede por brotes, y que éstos primeramente son de carácter exudativo, y que al vencerse el brote y curarse, se da lugar a las formaciones productivas y cirróticas.

Esta doctrina, llamada todavía la nueva doctrina de la tuberculosis pulmonar, tiene un complemento clínico en el estudio de lo que se ha llamado el infiltrado precoz, visto por Rieder, en 1911, Straub y otros después, hasta Assmann, que lo señala más concretamente en 1922, y finalmente Redeker, hace, en 1926, un estudio preciso y detallado, valorándolo clínicamente en toda su importancia.

Y sobre esta misma cuestión justo es decir que los tisiólogos franceses habían hecho estudios clínicos de gran interés.

Más recientemente, las investigaciones se han dirigido a fijar cómo y de qué manera, cuándo y de qué modo surge el infiltrado precoz, cómo se desenvuelve éste y cómo se desarrolla después, en ciertas ocasiones, una tuberculosis pulmonar crónica. Y en este sentido las investigaciones de Lyd-tin son de gran interés, juntamente con las de Breuning y Redeker.

Resumamos las conclusiones que parecen más probables, de ser ciertas, sobre esta cuestión. Ante todo afirmemos que el desarrollo del infiltrado precoz se ha puesto en relación a menudo con las formas hematógenas de la tuberculosis pulmonar, y en íntima relación con ellas, y la suerte del enfermo, aquejado de un infiltrado precoz está ligada a la diseminación broncogena que pueda surgir. Y por ello nos ocuparemos de fijar, primero, lo que es o lo que son, mejor dicho, las formas hematógenas de la tuberculosis pulmonar y cómo evolucionan.

El brote hematógeno de tuberculosis pulmonar conduce por él solo, rara vez a la muerte, y la reacción general del organismo muestra, en tales casos, todas las formas de transición, desde la tuberculosis miliar subaguda, hasta las formas que transcurren sin ninguna reacción. Y del mismo modo es variada la suerte que corre la tuberculosis hematógena pulmonar, viéndose muy a menudo retroceder totalmente hasta no ser demostrable, y en otros casos, por el contrario, se induran los focos miliares y permanecen perceptibles en radiografía durante largo tiempo.

Muy a menudo en tales ocasiones, se desenvuelve gran cantidad de tejido fibroso pulmonar y enfisema de pulmón, que conduce a una insuficiencia de corazón derecho. Y esto, que es más frecuente en los niños, se observa también a menudo en los adultos.

Estas formas hematógenas de la tuberculosis pulmonar, son de gran importancia para la formación de focos postprimarios en el pulmón, bien puedan ser demostrables esos focos o no, y ulteriormente pueden desarrollarse todas las formas crónicas de tuberculosis pulmonar.

Estas formas tuberculosas a que aludimos, pueden desenvolverse ya, a partir de los focos que permanecen visibles radiológicamente con mayor o menor exudado, y el curso que siguen, aunque vario, se parece al de las formas miliares tuberculosas crónicas, de comienzo silencioso, larvado y tórpido, muy a menudo; pero también en otras ocasiones, acompañado de fuertes reacciones generales, siendo la temperatura de acuerdo con la manera de evolucionar la tuberculosis, y tienen la particularidad estas clínicas, de que desarrollan, relativamente pronto, cavernas en vértices, y desde este momento la tuberculosis progresa en sentido descendente, confundiéndose después, ya en su evolución estas formas, con cualquiera otra forma de tuberculosis que haya comenzado de otra manera, porque clínicamente no es fácil reconocer su manera de comenzar en todas las ocasiones. Y cuando se ha

observado un gran número de enfermos, se han podido encontrar por cualquier clínico todas las formas de transición de una tuberculosis miliar diseminada de manera regular por el pulmón, y sobre todo por los lóbulos superiores, hasta aquellas formas que se han llamado de metástasis de vértice de Simón. La propagación de tales formas en sentido descendente, después por vía bronquial, es lo corriente, pero nuevos brotes hematógenos pueden también propagar la tuberculosis en sentido descendente. En este caso, puede quedar la diseminación broncogena en segundo lugar, y aparecer la tuberculosis en forma miliar y crónica.

Mucho más interés tiene la siguiente conclusión a que llega Lydtin en un último trabajo. Cuando ha retrocedido la tuberculosis miliar hematogena, pueden desenvolverse otras formas de tuberculosis pulmonar crónica, como han afirmado numerosos autores, y éstas, corrientemente, también se desenvuelven en la parte alta del pulmón en partes circunscritas y de modo focal; en tales casos se observa un infiltrado precoz, y no pocas veces, cavernas precoces.

Se origina ocasionalmente en restos de focos diseminados; pero también, al parecer, en pulmones clínica y radiológicamente libres de focos, por lo menos en apariencia. En estas ocasiones, cabe preguntarse si no se habrá desarrollado un proceso a consecuencia de una superinfección exógena. Estas formas de tuberculosis con reacciones inflamatorias locales, conducen, también, a una fuerte reacción general muy a menudo, y la diseminación broncogena, que puede subseguir, da lugar, después, a una tuberculosis pulmonar crónica que evoluciona muy despacio.

Representan por consiguiente, los infiltrados y los focos diseminados tuberculosos, según hemos visto en lo que hasta ahora hemos manifestado, diferentes estados precoces del desenvolvimiento de la tisis, siguiendo a una diseminación hematogena.

Y es de interés afirmar que, en el tiempo, tal como se suceden los fenómenos, están más próximos a la diseminación hematogena los tipos de tuberculosis miliary dispersos, que no el infiltrado precoz, que es siempre posterior; pero después, tanto en un caso como en otro, bien partiendo de la tuberculosis miliar crónica o bien del infiltrado precoz, la diseminación de la tuberculosis, por vía bronquial y hacia abajo es lo corriente, sin que se puedan excluir nuevas diseminaciones hematógenas, como también hemos dicho anteriormente.

Desgraciadamente, la dependencia y relación entre una diseminación hematogena y el desarrollo del infiltrado precoz, es solamente demostrable en algunos casos, pero en otros, es imposible de demostrar. Por otra parte, no todo ataque de bacilemia conduce a una diseminación miliar hematogena en pulmón, pues seguramente hay muchos casos de bacilemia que transcurren y se curan sin que aparezcan focos miliary en pulmón, o por lo menos sin que se puedan demostrar; o si la aparición ha sucedido de focos

hematógenos en pulmón, éstos han retrocedido sin haber sido demostrados clínicamente. Pero todo ello viene a probar que es posible en todo caso de infiltrado precoz, el que éste haya sido precedido de un estado de bacilemia con diseminación hematógena, por lo cual no se puede admitir lo que por algunos autores se había dicho, que el infiltrado era la manifestación de la tuberculosis exógena, y la tuberculosis miliar la expresión de una diseminación hematógena. Pues si esto último es cierto, no lo es la primera afirmación.

En los casos de tuberculosis extrapulmonar, rara vez se desenvuelve una tuberculosis pulmonar progresiva, y la diseminación broncógena aparece también muy raramente. Pero cuando en ocasiones esta tuberculosis pulmonar aparece en sujetos que tienen una tuberculosis localizada fuera de pulmón, no se suele desenvolver el proceso de tuberculosis pulmonar del mismo modo que en los tuberculosos que presentan tuberculosis pulmonar aislada, pues siempre el progreso de la tuberculosis se desenvuelve en estas ocasiones más lentamente, y con dificultad se crean grandes metástasis, que por lo general tienen tendencia también a retroceder, y las cavernas cuando se desarrollan, curan a menudo, de modo sorprendente, por su rapidez, o permanecen limpias durante largo tiempo, sin dar lugar a diseminaciones broncógenas.

Por lo cual, para juzgar de la importancia de la lesión, más que el aspecto hematógeno o broncógeno que pueda presentar la tuberculosis en tales casos, se debe contar, sobre todo, con la existencia de una tuberculosis aislada pulmonar, o si existen focos extrapulmonares, o una tuberculosis generalizada.

Claro es que la suerte del enfermo no depende solamente de lo que pueda progresar la tuberculosis pulmonar exclusivamente, sino también del desenvolvimiento de la otra tuberculosis que el enfermo pueda tener. Pero el hecho es que en las tuberculosis localizadas en pulmón, la propagación broncógena y progresión por vía bronquial de la tuberculosis, es un hecho común y general que llama la atención.

En cambio, en la tuberculosis generalizada, existe en todos los infiltrados tuberculosos una especial tendencia hacia la curación, siendo referible esta manera de evolucionar la tuberculosis a un estado específico de alergia; pero esta alergia es diferente en cada individuo, y su capacidad no la sabemos medir exactamente, contentándonos para juzgar de la capacidad alérgica de cada individuo, por la manera de cómo evoluciona o ha evolucionado una tuberculosis.

Por todo lo anteriormente dicho, se llega a la conclusión de que es de gran interés, en la práctica, establecer si existe una tuberculosis extrapulmonar en un enfermo de tuberculosis pulmonar, si queremos juzgar acertadamente de la posible evolución que ha de sufrir en él la lesión tuberculosa pulmonar. Pero no siempre, por desgracia, es posible fijar, acertadamente, el tipo de tuberculosis que el sujeto padece, esto es, si es gene-

ralizada o localizada en pulmón; y si bien algún autor, como Schürmann, lo calcula en un tercio de los casos de tuberculosis, seguramente es mayor la cifra, pues es difícil poner en evidencia pequeños focos tuberculosos situados en cualquiera parte del cuerpo.

El interés más grande de todo lo dicho, está en que todo infiltrado en un pulmón libre de focos tuberculosos, es necesario contar con que un brote hematógeno le ha precedido.

De todos modos, justo es reconocer que no faltan argumentos para admitir que, en algunas ocasiones, acaso un infiltrado tuberculoso pulmonar pueda ser debido a una reinfección exógena. La significación de esta superinfección o reinfección exógena ha sido puesta de manifiesto por numerosos autores, como Romberg y Haedicke, Braenning.

La acción reactivante de la superinfección sobre focos antiguos, ha sido defendida por Redeker. Pero téngase en cuenta que la superinfección exógena creó el infiltrado, no a partir de ella, sino de la reactivación que origina de un foco antiguo.

Experimentalmente la reinfección conduce a la formación de nuevos focos, que se suelen desarrollar en los mismos lugares que los antiguos; pero sigue sin esclarecerse por qué estos focos continúan localizándose en las partes superiores del pulmón.

A pesar de toda la importancia teórica y clínica de cuanto llevamos expuesto, muchas cuestiones de la tisiogénesis permanecen en lo oscuridad y necesitan de nuevas investigaciones.

En cuanto a la diferenciación de una tuberculosis, desde el punto de vista clínico, en fase avanzada, en broncógena o hematógena, tiene ya poco interés para juzgar de la suerte del enfermo.

Y, por otra parte, ya hemos dicho que en la fase de infiltrados no es demostrable más que rara vez, el origen hematógeno porque esta fase pasó; y por otra parte, la diseminación broncógena que subsigue a los infiltrados ha de continuar, desgraciadamente, y como regla general, de modo progresivo.

En resumen: la fase hematógena de la tuberculosis pulmonar pasa desapercibida la mayor parte de las veces, y la fase broncógena de diseminación tiene casi siempre carácter progresivo a pesar de la terapéutica.

La fase hematógena mata o cura la mayor parte de las veces, y pocas veces evoluciona crónicamente. Da lugar, no obstante, a menudo, al período secundario alérgico de la tuberculosis pulmonar, con la aparición de los infiltrados; y aquí está toda su importancia clínica, porque esta lesión es la más justificable de un tratamiento antituberculoso eficaz, antes de reblandecerse y hacerse cavitaria, y aun hecha cavitaria.



Contribución al estudio de las alergias físicas

(Con motivo de un caso de urticaria "a frigori"
y urticaria "facticia")

por el doctor Sandalio GONZÁLEZ CALVO

Jefe bacteriólogo del Servicio Oficial Antivenéreo de Sevilla

De todos es conocido actualmente, que la urticaria constituye el prototipo de las dermatosis alérgicas; es un síndrome por sensibilización, ligado a un agente determinante específico, cuya existencia, con inusitada frecuencia, cabe poner en claro. Aunque posteriormente expongamos la verdadera interpretación actual de los fenómenos alérgicos, como prelude obligado a la exposición de nuestra observación personal; recordemos con Doerr, que la realización de todo complejo alérgico exige la presencia de dos sustancias, cuya unión específica se constituye en la clave del fenómeno; nos referimos a los componentes alérgeno y reagina, palabras cuya acepción encuadra en la concepción inmunológica de los clásicamente denominados antígenos y anticuerpos. En las alergias químicas, no es difícil aislar el alérgeno correspondiente; en las hoy consideradas como alergias físicas, esta empresa parece constituirse a primera vista en incierta tarea; es en apariencia tanto, haciendo honor a la verdad, como buscar el determinismo de un proceso químico en una causa física genuina. Ya insistiremos más tarde en la verdadera génesis del problema.

En las alergias físicas, según Duke, por la acción de variaciones físicas, cósmicas o individuales, se produce un cuadro superponible al provocado por motivos legítimamente alérgicos. Las oscilaciones térmicas a este propósito, son las que se prestan a comentarios normales, son en los hipersensibles al frío motivo de una crisis alérgica; llámase a este fenómeno «alergia o hipersusceptibilidad al frío»; caso muy distinto, como apunta Jiménez Díaz, a los efectos morbosos de las temperaturas extremas, producidas por el hecho de traspasar los límites del equilibrio termo-regulador en los animales homeotermos. Hechas estas consideraciones, vamos a exponer nuestra observación personal y las pruebas biológicas en ella efectuadas, para que sirvan de base a posteriores disgregaciones.

L. C., de 27 años, casado hace unos meses, refiere que cinco o seis días antes de venir a nuestra consulta (22-II-932), nota en sitios distintos un prurito no muy intenso; observándose más detenidamente, advierte que la picazón prácticamente desaparece, cuando está bien abrigado y que se exacerba en forma ostensible en el momento de desnudarse y de abandonar la cama; dos días más tarde, el prurito es más vivo y al aumentar en los momentos referidos, comprueba simultáneamente la aparición de unas manchas eritematosas, en las que poco tiempo después surgen habones de

urticaria; el rascado provoca la aparición de nuevos elementos en disposición lineal. En los días sucesivos sigue comprobando la circunstancia de ser toda esta fenomenología más evidente al acostarse y al levantarse.

En este momento, viene a nuestra consulta; en la anamnesis el dato más importante que se recoge, es la existencia de un prurito reciente que el mismo enfermo relaciona con el cambio brusco de temperatura; desnudado totalmente, no se advierten señales de la más pequeña lesión; lo que sí nos dice es que ha notado mucho frío y que en algunos sitios comienza a sentir picor (antes de desnudarse no acusaba ninguna sensación pruriginosa); muy poco después, observamos la aparición de manchas eritematosas irregularmente redondeadas, localizadas con preferencia en aquellos lugares donde el prurito minutos antes se había manifestado; seguimos la observación sin tocar para nada la piel del enfermo e impidiendo, asimismo, que él se toque o rasque. Bastan muy pocos minutos para que en el centro de las manchas se produzcan verdaderos habones de urticaria.

Hecha la constatación de esta crisis urticariana espontánea, con un instrumento romo, logramos producir una urticaria «facticia» de las más intensas; el dermatografismo papuloso es verdaderamente impresionante. Citamos al enfermo para observación detenida al día siguiente, quedándonos con la plena y firme convicción de estar en presencia de un caso curioso de urticaria «a frigore» y urticaria «facticia».

Provocación espontánea de la urticaria.—El día 25 de Noviembre, en ayunas, a las diez de la mañana, mandamos desnudar al enfermo:

Minuto 1.º Nada observamos.

» 2.º »

» 3.º Ligeró prurito en región deltoidea derecha.

» 4.º Ligeró prurito en región deltoidea izquierda.

» 5.º Tres manchas eritematosas en el hombro derecho y parte alta del brazo del mismo lado.

» 6.º Prurito en sitios distintos y más manchas.

» 7.º Sobre las tres primeras, típicos habones de urticaria.

» 8.º Manchas eritematosas en región cervical.

» 9.º Manchas eritematosas en el pecho.

» 10.º Aparecen nuevos habones.

» 15.º La urticaria llega a su acmé.

Después, algunas de las lesiones comienzan a palidecer, va cediendo el prurito y el todo desaparece al cabo de una hora y cuarto aproximadamente.

¿Deducciones? De momento podemos afirmar, que al desnudarse, el cambio de temperatura ha ocasionado una urticaria típica. Sobre aquellos sitios no invadidos provocamos una urticaria «facticia», mediante presiones lineales moderadas con un instrumento romo; la respuesta dermatográfica es intensísima; compruébase, ante todo, una inmediata e intensa reacción

tricomotora, y sucesivamente, de manera explícita, las imágenes objetivas seriadas de la raya dermatográfica; la reacción final linfagoga resalta extraordinariamente. La presión ligera en un punto se acompaña de parecidos fenómenos.

Comprobación de la crisis hemoclásica.—Se han verificado conteo de glóbulos blancos, fórmula leucocitaria y tomado la presión arterial, antes de desnudar al enfermo, en el acmé de su urticaria y en pleno período de regresión de ésta. He aquí los resultados:

A) Antes de desnudarse

Leucocitos: 8.800 por milímetro cúbico; P. A. Mx.: 13; Mn.: 8.

Fórmula leucocitaria

Granulocitos neutrófilos	54
» eosinófilos	1
Linfocitos	20
Monocitos	22
Formas de transición	3

B) En el acmé de la urticaria

Leucocitos: 6.760 por milímetro cúbico; P. A. Mx.: 10; Mn.: 7.

Fórmula leucocitaria

Granulocitos neutrófilos	40
» eosinófilos	4
Linfocitos	31
Monocitos	19
Formas de transición	6

C) En pleno período de regresión de la urticaria

Leucocitos: 8.400 por milímetro cúbico; P. A. Mx.: 12; Mn.: 8.

Fórmula leucocitaria

Granulocitos neutrófilos	61
» eosinófilos	3
Linfocitos	22
Monocitos	11
Formas de transición	3

Ante estos resultados, podemos concluir que simultáneamente a la urticaria por el frío se ha producido un choc coloido-clásico típico, revelable por la leucopenia, la caída de la presión arterial y la inversión de la fórmula leucocitaria con, al mismo tiempo, eosinofilia.

Transmisión pasiva con el método de Praussnitz y Kustner.—Tomamos sangre a nuestro enfermo antes y después del brote de urticaria al frío (sin que se haya superpuesto el brote de urticaria facticia). El suero obtenido por centrifugación fué inyectado a tres sujetos normales (0,1 cc. en inyección intradérmica); al mismo tiempo se les hizo una intradermo-

reacción con suero de un sujeto sano. Hagamos constar un detalle a propósito de la técnica seguida: no han sido propiamente endermo-reacciones, sino inyecciones intracutáneas un poco más profundas en las que no ha habido formación neta de pápula, como testigo de una intradermo-reacción bien hecha. Precisamente por esto, los resultados obtenidos son, a juicio nuestro, más objetivos.

TESTIGO I, A. J.

A) *Prueba con suero del enfermo antes del brote.*—A los 10' halo eritematoso de 10×10 mm.; no hay formación de pápula. A los 30' el halo es de 8×7 mm.; después desaparece bastante rápidamente.

B) *Prueba con suero en pleno brote de urticaria.*—A los 5' pequeño halo eritematoso y pápula neta; a los 10,5 el tamaño de aquél es de 15×9 mm. y la pápula mide 5×3 mm.; a los 15' desaparece el halo y persiste la pápula con iguales dimensiones, notándose aún perfectamente a los 45'.

C) *Prueba con suero de un sujeto normal.*—A los 15' reacción eritematosa nula, con pequeñísimo esbozo de pápula que desaparece a los 10' siguientes.

TESTIGO II, R. R.

A) *Suero antes del brote.*—A los 10' halo eritematoso de 18×15 mm. y pápula de 3×3 mm.; a los 30' halo pequeño y pápula nula.

B) *Suero en el acmé del brote.*—Halo grande y pápula manifiesta a los 5'; a los 10' aquél mide 45×33 mm. y la pápula 6×3 mm.; a los 30' el halo es tenue y la pápula persiste siendo aún perceptible al cabo de una hora.

C) *Suero testigo.*—A los 15' halo de 10×10 mm. y no pápula.

TESTIGO III, J. A. R.

A) *Suero antes del brote.*—Reacción nula.

B) *Suero en pleno brote.*—A los 5' pequeño halo y esbozo de pápula; a los 10' el halo es de 18×17 mm. y la pápula de 4×2 mm.; a la media hora, halo de 12×11 mm. y persistencia de la pápula.

C) *Suero testigo.*—Reacción prácticamente nula.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, parece lógico pensar que el suero de nuestro enfermo, en pleno acmé de su urticaria, adquiere un poder urticariógeno manifiesto; ¿se forma en la piel alguna sustancia, que penetrando en la circulación general comunica a la sangre esta propiedad? Posiblemente y así parecen haberlo demostrado Torok, Lehner, Urban y otros autores.

Los comentarios a que el caso expuesto se presta, son los siguientes: En nuestro enfermo hay dos tipos de urticaria manifiestos: la «a frigore» y la «facticia»; su comprobación simultánea ¿ha sido en verdad coincidente o puramente fortuita?; es decir, la respuesta urticárica a la presión y la urticaria al frío ¿datan conjuntamente de ocho días o cabe aislarlas cronológi-

camente? Nosotros no creemos que hace precisamente ocho días, se hayan instalado coetáneamente ambos fenómenos; a juicio nuestro, la urticaria al frío ha surgido en un individuo con diátesis alérgica larvada; el dermografismo probablemente existía con anterioridad y sería tal vez signo de un complejo alérgico remoto; lo que ha pasado es que nuestro enfermo no ha notado nunca sensación alguna pruriginosa, que obligándole a rascarse, pusiera de manifiesto un estado de labilidad o eretismo cutáneo oculto. El estado alérgico puede permanecer larvado mucho tiempo y sólo circunstancialmente surgir algo que exteriorice aquella tendencia. Este algo sería el denominado por Jiménez Díaz «factor de realización».

¿Cómo se explica el estado alérgico equilibrado? En un trabajo de Lehner y Rajka, publicado en 1929 en la «Klinische Wochenschrift», hay un esquema a este propósito muy demostrativo: la sensibilización comienza en el momento en que se inicia la formación de reaginas, pero simultáneamente comienzan a crearse dereaginas (antagónicas de aquéllas), y del predominio de unas y otras depende que los fenómenos alérgicos se exterioricen o permanezcan ocultos.

En el «Tratado de Enfermedades alérgicas» de Jiménez Díaz, al estudiar los factores «disposición» y «exposición», hace un breve comentario asimismo de los estados alérgicos equilibrados; ambos factores participan con variable intensidad en el determinismo de estos fenómenos; en un individuo con «disposición» marcada, la crisis alérgica se constata aún en presencia de medios pobres de alérgeno; pero en aquél con diátesis alérgica discreta, la crisis no surge aún en presencia del factor alérgico. Este estado de equilibrio alérgico puede mantenerse indefinidamente o dar señales de actividad en uno de estos dos casos: 1.º Ante medios muy ricos en alérgeno. 2.º Ante una crisis vegetativa que exacerba la disposición.

Aplicando estas consideraciones a nuestro caso, es muy posible que estemos en presencia de un individuo con diátesis alérgica larvada, tal vez muy remota, cuyo equilibrio ha sido roto por una crisis vegetativa reciente; de esta manera, nos explicaríamos la urticaria «a frigore» y la «facticia».

¿Podemos considerar la urticaria «a frigore» como un fenómeno alérgico? En nuestro caso creemos que sin duda alguna; la historia clínica y los detalles de la exploración biológica dan amplio fundamento a este criterio; entre otras cosas hemos comprobado un choc coloido-clásico verdadero, y han proporcionado resultado afirmativo las pruebas de transmisión pasiva, ajustándose a las normas de Praussnitz y Kustner. En ese caso ¿obraría el frío como verdadero alérgeno? Aclaremos ante todo un detalle: la aplicación de hielo o cloro-etilo, en un sitio determinado no provoca en nuestro enfermo la aparición de la urticaria; advierte el picor y las manchas cuando se desnuda en una habitación a temperatura un poco baja; es precisamente el cambio de temperatura, vestido a desnudo, el factor determinante de su urticaria. No sabemos si la aplicación de hielo en super-

ficies más extensas provocaría la crisis alérgica; tampoco podemos puntualizar, si además de la temperatura, hay algo en el ambiente que pueda serle nocivo. A pesar de todo estamos convencidos de que la clave del proceso está en el cambio de temperatura, experimentado particularmente al desnudarse.

¿Cómo actuaría el frío? ¿Sería (volvemos a repetirlo) un legítimo alérgeno?; alérgeno en el estricto sentido de la palabra, no; sin embargo, las interesantes investigaciones de Lehner han demostrado que el frío provoca la formación de una sustancia intermedia (entzündungsvermittelnder Stoff), que desempeñaría el papel de antígeno. Las reaginas se formarían a expensas de esta sustancia intermedia, que llenaría en verdad el papel de un alérgeno (autoalérgeno). Estando ya constituido el sistema alérgeno-reagina, la crisis alérgica quedaría fundamentalmente explicada.

No entramos en la intimidad del mecanismo de la alergia, por no hacer demasiado extensa esta comunicación. Apuntemos, no obstante, la hipótesis de Weissenbach y Brisset, acerca de la acción del frío expuesta en un trabajo reciente, publicado en «Les Annales de Medecine»; el frío para ellos no puede considerarse como un antígeno legítimo; sin embargo, por mecanismo tisular o humoral, provoca la formación de un antígeno, verdadero autoantígeno. Este antígeno en el individuo normal sería asimilado o espontáneamente destruido por un mecanismo desconocido, quedando inhabilitado, por tanto, para la creación de anticuerpos. En el enfermo sensibilizado al frío, la sustancia o sustancias nacidas de la acción de éste, juega el papel de antígeno por no destruirse ni asimilarse «in situ» y quedar por tanto capacitadas para la producción de anticuerpos. El conflicto antígeno-anticuerpo, se manifiesta por una urticaria en el curso de una nueva exposición al frío.

Mecanismo de producción de la urticaria «facticia».—Según Lewis, la acción mecánica actúa sobre las células de la piel poniendo en libertad una sustancia cuya acción se desenvolvería en los capilares, determinando su dilatación y la consiguiente exudación; parece ser que esta sustancia sería químicamente semejante a la histamina o por lo menos histaminoide, pero no teniendo aún noción concreta sobre su composición química; Lewis ha propuesto denominarla sustancia H.

Gay Prieto ha logrado la transmisión pasiva del poder urticariógeno en un caso de urticaria facticia, por ello sostiene su patogenia netamente alérgica. Según él, por la acción mecánica se produce en la piel una sustancia desconocida, que actuaría a la manera de los antígenos; al unirse esta sustancia con los anticuerpos específicos, fijos en el endotelio de los vasos dérmicos, se produce la reacción alérgica urticárica.

En cuanto a tratamiento, de acuerdo con Gay Prieto, aconsejamos al

enfermo fricciones enérgicas diarias con un guante de crín, al acostarse y al levantarse, teniendo el balcón o ventana abiertos. Al mismo tiempo, en un principio, se le inyectó una serie de alergón. Posteriormente ha tomado adrenalina al milésimo por vía oral y ginérgeno en comprimidos. El paciente nos dice estar bastante mejorado.

Sevilla, Enero 1933.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- Weissenbach y Brisset.—*Etude biologique d'un cas d'urticaire a frigore. Crise hemoclasique et epreuve de Prausnitz y Kustner positives.* «Ann. de Med.» Nov. 1932.
- Covisa y Gay Prieto.—*Contribución al estudio de la urticaria al frio.* Actas Dermosifilográficas. Octubre, 1930.
- Lehner.—*Kalteurticaria.* «Klinische Wochenschrift». Febrero, 1929.
- Jiménez Diaz.—*El asma y otras enfermedades alérgicas.* Ed. España. Madrid, 1932.
- Gay Prieto.—*Estudio experimental de un caso de urticaria facticia.* Actas Dermosifilográficas. Marzo, 1932.
- Pinedo.—*Valor semiológico de los dermatografismos.* «La Clínica». Agosto, 1932.
- Pasteur Vallery-Radot y Rouqués.—*Les phénomènes de choc dans l'urticaire.* «Ann. de Derm. et de Syph.» Octubre, 1929.
- Lehner y Rajka.—*Über das wesen der Allergie.* «Klinische Wochenschrift». Septiembre, 1929.



Heridas por instrumentos punzantes

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Son instrumentos de forma alargada, terminados en punta más o menos aguda, de un diámetro muy variable, pero nunca muy importante, de sección circular o poligonal (triangular, cuadrangular, etc.). Pueden ser naturales o artificiales. Los instrumentos artificiales son los más frecuentes: alfileres, agujas, clavos, compases, limas, punteras, tijeras, flechas, puñales, tiralíneas, bayonetas, espadas, lanzas, etc., etc. Los instrumentos naturales son más raros: espinas, aguijones, cuernos, etc., de ciertos animales. Los tipos generales de lesiones que producen esta categoría de instrumentos, pueden ser superficiales, profundos, de fondo ciego, en canal completo.

Mecanismo general de acción

Los instrumentos punzantes, lesionan los tejidos penetrando en ellos y rechazando lateralmente los elementos que atraviesan. Si el instrumento es muy fino (agujas), la dislocación es muy pequeña, y una vez retirada el arma, los tejidos vuelven sobre sí mismos, por su propia elasticidad, desapareciendo casi el trayecto ocasionado. Si el instrumento es de cierto diámetro, como es el caso más frecuente en medicina legal, entonces no es una separación lo que se verifica, sino una verdadera y propia laceración

de los tejidos, traspasando los límites de su elasticidad. Por esto, al retirar el instrumento, no hay un retorno completo del tejido a su estado anterior, y el trayecto, y la solución de continuidad de los tejidos superficiales, permanecen claramente visibles. De aquí, que algunos tratadistas prefieran la palabra perforante a la palabra punzante.

Caracteres de las heridas por instrumentos finos

En la superficie se observa un pequeño punto rojizo, que cuando se secciona en el cadáver, muestra una pequeñísima estría rojiza, apenas visible, que corresponde al trayecto producido por el instrumento. Debido al pequeño calibre del arma, los elementos de los tejidos no son más que separados, y como éstos vuelven en sí por su propia elasticidad, una vez separado el instrumento, resulta que a los 2-3 días, salvo posibles complicaciones, por lo general inflamatorias, desaparece toda huella de la herida. Por lo general, estas heridas insignificantes, son levísimas, aun cuando no puede excluirse en absoluto que sean graves y aun mortales, no sólo por complicaciones infecciosas, sino también por efectos directos.

Caracteres de las heridas por instrumentos de ciertos calibres

Si el instrumento es de mayor calibre, determina una hendidura con ángulos ligeramente redondeados, que no se prolongan jamás en cola, como en las heridas cortantes. Si el instrumento es de gran calibre y superficie desigual, los márgenes de la herida son irregulares, ligeramente contusos, recordando en algo el aspecto de las heridas contusas; incluso los márgenes pueden presentar a veces muescas más o menos acentuadas, si el instrumento presentaba ángulos desafilados, aristas romas, etc.

Leyes de Filhos.—Un instrumento redondeado o cónico, da lugar a pequeñas heridas perfectamente semejantes a las que resultarían de la acción de un estilete aplanado y bicortante. Las heridas están siempre dirigidas en un mismo sentido en una dada región, y se diferencian de las producidas por un instrumento bicortante propiamente dicho, porque éstas pueden presentar cualquiera dirección.

Ley de Langer.—Cuando un instrumento punzante de sección redonda, lesiona un punto donde convergen varios sistemas de fibras de dirección divergente, la herida toma una forma triangular o en punta de flecha.

Aspecto superficial de las heridas según la región.—La dirección superficial de las heridas, en las diversas regiones, está en relación con la diversa dirección de las fibras elásticas del dermis cutáneo. Por lo general, en una dada región, presentan una dirección constante, aun cuando pueden encontrarse excepciones individuales. Veamos la dirección general de estas heridas en las principales regiones:

Cuello.—Dirección transversal en la región anterior, y de arriba a abajo, y de atrás a adelante en las regiones laterales. *Tórax.*—Dirección transversal en la línea media; dirección paralela a los espacios intercostales y a las costillas en las partes laterales; dirección vertical en la axila; dirección transversal en la espalda, con tendencia a una oblicuidad hacia abajo, tanto más pronunciada, cuanto más se aproxima a la columna vertebral. *Abdomen.*—Dirección transversal en la línea media, con tendencia a la oblicuidad hacia abajo, tanto más acentuada cuanto más lateral es la región donde radica la herida. En los individuos con amplios pliegues transversales en la pared abdominal, se observa una dirección transversal; tal sucede en los viejos, donde la dirección de la herida sigue la dirección de las arrugas, y no sólo en la región abdominal, sino en todas las demás regiones. *Extremidades.*—Dirección paralela a su eje.

Aspecto de la profundidad de la herida.—Cuando el trayecto atraviesa diversos tejidos superpuestos por planos, la dirección en cada uno de éstos será diferente, según sea la dirección de los elementos elásticos de cada uno de ellos. Por tanto, en los diversos planos, la dirección de la herida resultará diferente, e incluso podrá encontrarse en dos planos subsiguientes, dos soluciones que formen entre sí un ángulo recto. Ejemplo típico son las heridas del estómago; en la serosa, la hendidura tiene una dirección paralela a la de la grande y pequeña curvatura; en la muscular, se observa una dirección transversal, y en la mucosa una dirección un tanto oblicua.

Identificación del instrumento

Identificación general.—Como por lo general la herida se determina en dirección paralela a la dirección de las fibras, resulta que la dirección de la herida, cualquiera que sea la forma del instrumento, presenta una forma alargada en ojal, y así vemos cómo un instrumento cónico da heridas en esta forma, en lugar de redondeadas como parecería lógico. De modo que en estos casos, la forma de la herida no recuerda la del instrumento, únicamente la amplitud de la herida, suele ser tanto mayor cuanto mayor es el diámetro del instrumento. Mas hay que tener en cuenta, que como la desviación de los bordes se verifica sin gran mortificación de sus elementos, éstos conserven su elasticidad, en virtud de la cual, al retirar el instrumento, vuelven sobre sí mismos, con lo cual la abertura suele resultar con un diámetro menor que el del instrumento. Por lo que respecta a los datos que nos proporciona la profundidad de la herida, si se observa una dirección diferente en los distintos planos, hay casi la certidumbre de que el instrumento que la produjo es de la categoría de los punzantes, debiendo excluirse los instrumentos inciso-punzantes, porque las heridas que producen tienen en todo su trayecto, la misma dirección que en la superficie cutánea.

Identificación específica.—Hemos visto que los caracteres de la lesión en las partes blandas y en los órganos huecos y parenquimatosos, nos pro-

porcionan datos para determinar el tipo general del instrumento que produjo la herida, pero no sirven para la determinación precisa de la forma y diámetro del arma. La identificación específica sólo podrá hacerse cuando el instrumento perfora o lesione profundamente huesos y cartílagos. En estos casos, como se trata de tejidos poco elásticos, no hay retorno al estado normal una vez retirada el arma, y la forma y dimensiones de la herida corresponden con bastante aproximación a la forma y dimensiones del instrumento; cuando el instrumento o parte de él permanecen en el seno de la herida (no es difícil en las lesiones óseas que se rompa la punta del arma y que quede clavada en el hueso), la total y exacta identificación del arma que produjo la lesión, no presenta la menor dificultad. Esto se observa con particular evidencia en los huesos de cierta plasticidad, sobre todo los esponjosos (bóveda craneal, esternón, huesos ilíacos, etc.), siendo más difícil su apreciación en el cráneo fetal y en los huesos de los viejos. Cuando el hueso perforado tiene cierto espesor (esternón, etc.) y el instrumento presenta diámetros rápidamente crecientes, de la punta a la base, la perforación es en tronco de cono, con la base mayor en la superficie externa. Si el instrumento presenta una punta más bien roma, la perforación es también en tronco de cono, pero la base más ancha corresponde a la superficie interna, pareciéndose mucho a las perforaciones de los huesos planos por proyectiles de armas de fuego. Según hemos apuntado, todos los datos expuestos presentan sus excepciones, como en los huesos de cráneos fetales, donde por instrumentos de diámetro considerable se observan pérdidas de sustancia, y en los huesos de los viejos, que presentan fácilmente fracturas irradiadas, que desfiguran el aspecto. Téngase, además, siempre en cuenta, que en los jóvenes los huesos y cartílagos, dotados de una elasticidad superior a la media, dan lesiones menores que el diámetro del instrumento.

Identificación de las circunstancias del hecho

La presencia del instrumento o de sus fragmentos en el seno de la herida, puede servir para precisar las circunstancias en que el individuo fué herido. En un caso de Binda, fué identificado el autor de un robo por haberse encontrado en una herida de la mano—que él atribuía a otras causas—una gruesa espina análoga a las del lugar donde se cometió el robo. En un caso de Borri, durante el saqueo comunista de una fábrica en Florencia, un individuo muere a consecuencia de una herida penetrante en el abdomen; en la autopsia se encontró una larga y gruesa punta de cristal, y pudo excluirse el homicidio que se sospechaba y confirmar el accidente por la penetración en el abdomen de una varilla de cristal, que adornaba la mesa del local en cuyo saqueo tomaba parte la víctima.

Relación entre la profundidad de la herida y la longitud del instrumento

La herida interesa sólo partes blandas.—En estos casos una hoja corta puede ocasionar un trayecto de longitud mayor, porque bajo la presión del instrumento, los tejidos se deprimen, para luego, cesada la presión, volver a su posición natural. El caso más frecuente son las heridas abdominales, a través de la pared anterior, las cuales, por la presión activa del instrumento, o por la contracción refleja de los músculos parietales, o porque el peso del herido descansando sobre el arma aumenta la presión, se deprimen considerablemente, de modo que una hoja no muy larga puede alcanzar órganos profundos y hasta cuerpos vertebrales, y cuando los tejidos vuelven a su primitiva posición, o cuando el meteorismo hizo las paredes más prominentes, da la impresión de que se trata de una hoja larga si se valora en sí todo el trayecto. También en las heridas torácicas, si el arma penetró por un espacio intercostal que es depresible, puede dar un trayecto mayor que la longitud del arma.

La herida interesa porción esquelética.—Basta comparar las dimensiones de la lesión ósea, con toda la longitud de la hoja del arma, para poder establecer hasta qué punto de la hoja penetró el arma en el hueso.

Dificultades para la valoración de la longitud del trayecto.—En las heridas del cráneo y otras cavidades, pueden intervenir condiciones intracavitarias, que dificultan la apreciación exacta de la longitud del trayecto. Tal sucede cuando la herida interesa el pulmón, con pneumotórax, derrame pleural, hidrotórax, etc. Igualmente la presencia de adherencias pleurales o la producción de una abundante hemorragia. Hechos análogos se observan también en cráneo.

Pronóstico de las lesiones

Por lo general, las producidas por agujas muy finas, son del todo inocentes, y en algunas personas que presentan zonas anestésicas, no produce el menor dolor, ni el menor derramamiento de sangre. Debe tenerse en cuenta que la aguja puede desaparecer completamente en los tejidos y migrar por ellos una distancia mayor o menor; así por ejemplo, una aguja que penetró por la palma de la mano, salió algún tiempo después por la región de la espalda. Cuando se trata de instrumentos de tallo más grueso, las lesiones pueden ser a menudo graves, y no raramente mortales, ya que fácilmente alcanzan gruesos vasos profundos y órganos importantes. Aun pequeñas lesiones superficiales pueden resultar graves por complicaciones infecciosas, debidas a instrumentos bien muy infectados, bien que permanecen como cuerpos extraños, y siendo la herida despreciable o difícil de desinfectar, presentan fácilmente supuración, con predisposición a un curso flegmonoso, que se extiende ampliamente, y en otros casos infección tetánica.

Suicidio-Homicidio-Accidente

Suicidio-Homicidio.—Es uno de los problemas médico-legales que más frecuentemente se plantean. Para esclarecerlo, el perito tendrá en cuenta, sobre todo, el sitio de la herida, su número y los caracteres de los vestidos.

Sitio de la herida.—Por lo general, el sitio donde radica la lesión no determina de un modo categórico si se trata de un suicidio o de un homicidio. La solución del problema por este dato es muy delicada, y lo único que podemos deducir son juicios de probabilidad, basados sobre el complejo de elementos extrínsecos e intrínsecos que presenta el cadáver (condiciones del lugar donde fué encontrado, posición del arma respecto al cadáver, particularidades de la mano que debía empuñar el arma en casos de suicidio, etcétera). Generalmente, el suicida elige aquellos sitios en los cuales tiene seguridad de alcanzar órganos vitales, como por ejemplo la región cardíaca; mas téngase en cuenta, que este sitio puede ser elegido también por el homicida, y que es también muy frecuente que el suicida elija otras regiones, como el resto de la superficie anterior del tórax o el abdomen. Orientan el juicio en favor del homicidio, cuando las heridas están localizadas en regiones que la víctima no puede alcanzar por sí misma. Orientan también el juicio en el mismo sentido, cuando además se observan heridas en otras regiones, que si bien la víctima puede alcanzar por sí misma, no hay razón para que las presente en caso de suicidio; así, por ejemplo, heridas en las manos, que se encuentran en casos de homicidio, o porque la víctima intentó protegerse, o porque intentó desarmar al agresor. No obstante, en algunos casos de suicidio, pueden encontrarse también heridas en las manos, mas por lo general se trata de casos excepcionales, aplicables por especiales circunstancias, como alienados que se hieren en las más diversas y extrañas partes del cuerpo, individuos que toman el arma por la hoja, sujetos que intentan matar a otro antes de suicidarse, riñas que precedieron al suicidio.

Número de heridas.—En el homicidio, por lo general, son más de una, bien porque fueron varios los agresores, bien porque el único agresor, en ímpetu de ira u obcecación, reiteró los golpes, aun sin intención de matar, o bien con intención de matar, continuó asestándolos, hasta estar seguro de haber dado uno o varios ciertamente mortales. En tales casos, el número de heridas es muy variable y radican en las más diversas regiones, sea porque el agresor en momentos de furia asestó los golpes al azar, sea porque la víctima intentó huir o defenderse de los golpes, o desviarlos de las regiones que cree más peligrosas. Pero si la simultaneidad de lesiones es frecuente en los homicidios, ello no excluye el suicidio. En los casos de multiplicidad de lesiones, el encontrar varias heridas muy próximas en la región cardíaca, deponen a favor del suicidio, pues es poco frecuente que el asesino tenga la oportunidad de repetir los golpes casi en el mismo sitio; de modo que en el homicidio, lo frecuente es que las heridas se distribuyan sobre una

superficie mayor. Deponen a favor del homicidio, el encontrar en el cadáver, además de estas heridas, otras lesiones, como contusiones, excoriaciones, etc.; mas esto no es más que un indicio, ya que tales lesiones pudo producirselas accidentalmente el individuo antes de suicidarse, o por haber reñido antes con otra persona, suicidándose poco después. Deponen también a favor del homicidio, el encontrar sobre el cadáver heridas por armas diferentes, que podrían indicar la intervención de varios agresores; mas esto tampoco es prueba decisiva, puesto que no es raro observar que un individuo intente el suicidio con un arma y al no conseguirlo la cambie por otra más segura. Más importancia tendría para juzgar a favor del suicidio, el encontrar sobre el cadáver, además de las heridas mortales por estos instrumentos, huellas de otro mecanismo de muerte violento, excepcionalmente usado como medio de homicidio (ahorcamiento).

Examen de los vestidos.—El suicida, con objeto de asegurarse que hiere una parte vital, suele abrirse los vestidos o quitárselos para alcanzar con el instrumento la región desnuda. Por el contrario, deponen a favor del homicidio, el encontrar los vestidos lacerados en diversos puntos, y sobre todo, encontrar netas soluciones de continuidad en correspondencia más o menos exacta con la solución de continuidad de la piel.

Accidente.—La experiencia demuestra que accidentalmente pueden producirse lesiones de esta naturaleza, las cuales, juzgando con criterios de probabilidad, pueden ser consideradas como dolosas. Por lo general, las heridas producidas accidentalmente con estos instrumentos, son únicas, mas esto no es un carácter patognomónico. Dificilmente puede afirmar el perito si una herida producida por estos instrumentos es o no accidental, deberá limitarse a decir, si dados los caracteres de la herida y su localización, es o no atendible que se haya producido de un modo accidental, según las circunstancias indicadas. Esto tiene particular importancia en aquellos casos en que el autor de un homicidio, para atenuar su responsabilidad, atribuye la lesión a un hecho accidental, debido, a que mientras el tenía en la mano el instrumento, por una razón cualquiera, la víctima, inadvertidamente sería lanzada sobre él. Sin negar su posibilidad, el hecho es sumamente raro, para admitirlo es necesario que la herida no presente caracteres que contradigan la versión del acusado, como son los que se refieren al sitio, profundidad y dirección de la herida. En lo que se refiere al sitio, el perito debe reflexionar, sobre si la herida producida en las circunstancias mencionadas por el acusado, puede radicar en la región donde se observa; si esto fuera imposible, resultaría evidente la falsedad de la versión. En lo que se refiere a la profundidad, puede decirse que una herida muy profunda difícilmente puede producirse de una manera accidental. Por lo que afecta a la dirección, cuando lo es claramente de arriba a abajo, no puede considerarse como producida accidentalmente según el modo indicado. Otro dato para diferenciar la herida accidental de la producida por suicidio u homi-

cidio, se refiere al trayecto, que cuando es doble, indica que el arma fué retirada en parte, pero no totalmente de la herida, y después nuevamente hundida en diversa dirección; pues bien, esto se comprende fácilmente en el homicidio y aun el suicidio, pero es inadmisibile en una herida accidental.

Heridas en vida o después de la muerte

Las heridas producidas después de la muerte, presentan la misma forma en hendidura que las producidas en vida, pero la falta de tumefacción en los bordes y de sufusiones sanguíneas en el trayecto, las distingue de las producidas en vida. Cuando estos datos sean poco marcados, porque la herida resulte rápidamente mortal, o el instrumento sea muy fino, el examen cuidadoso y completo del cadáver, que ponga en evidencia la causa de la muerte, dilucidarán las eventuales dudas.

Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

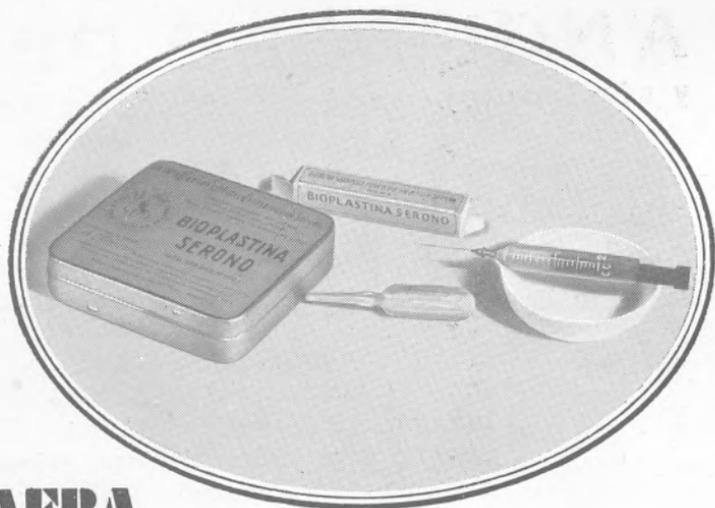
La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

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



ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminado de músculo fresco

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

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

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

Conducta del práctico ante un demente agitado

por B. NOGALES (de Palencia)

De todos los problemas que de urgente resolución se plantean en la penosa labor del médico rural, es este del tratamiento de un demente agitado, el que por las graves derivaciones que puede tener en breves horas para el individuo y la colectividad, reclaman inmediata y enérgica actuación del médico, que evite a la par, el cruel trato que generalmente se da a estos pobres enfermos con el empleo de todos los medios coercitivos mecánicos, que además de ser un peligro para la salud, nunca calman la agitación, actuando—dice Magnan (refiriéndose a la camisa de fuerza)—«como el agua sobre el aceite hirviendo».

Son casos éstos, por otra parte, en que a diferencia de otros de «medicina de urgencia», no podemos recurrir a consultar nuestros libros de la Facultad en donde nada de esto se nos enseñó, ni aun siquiera los mínimos conocimientos, como en las otras especialidades, para saber dónde llega nuestra labor y empieza la del especialista.

Y ello es doblemente triste en esta especialidad, en que un temor injustificado que se apodera de la familia es causa de que una agitación episódica, muchas veces de origen psicógeno o toxiinfeccioso, de curso episódico superficial y curable en el medio familiar, se le recluya en un Manicomio, en donde aprenderá nuevos síntomas y en donde posiblemente—si no hay una seria organización científica—se quedará allí para toda la vida.

Así que seamos requeridos, lo primero que tenemos que hacer es cerciorarnos, por medio de pequeñas preguntas sobre antecedentes mentales (ataques, ideas delirantes, de grandeza, de humildad, de persecución, etc), de la naturaleza verdaderamente psicótica de la agitación y no de una reacción agresiva de tipo psicógeno, que tiene diferente tratamiento. Enseguida nos enteramos de las condiciones de peligrosidad en que se encuentra el enfermo (está en su cuarto, pero está suelto, tiene o puede tener objetos peligrosos en la mano y se ha hecho fuerte, o bien está ya atado y vigilado, o la agitación es más verbal que motriz y está en cama insultando y gritando pero es menos peligroso), tanto en un caso como en el otro, al disponernos a influir terapéuticamente, preguntaremos si el enfermo padece o padeció lesiones renales, cardíacas o pulmonares que puedan contraindicar la administración de medicamentos; nos interesará también por este motivo, y para una terapéutica más acertada, las condiciones como se presentó la agitación, si padeció otras anteriores, si tenía fiebre o estaba pasando una enfermedad infecciosa (tífica, bronconeumonía, grip-

pe) o tóxica (saturnismo, uremia, alcoholismo) o del tipo de los alcaloides (morfina, codeína, etc.).

Si el enfermo está suelto, pero dentro de una habitación, nos enteraremos del número de ventanas y puertas que tiene, qué objetos había dentro, cuál son las condiciones físicas del sujeto y qué tiempo lleva en esta actitud; con estos datos solicitaremos la ayuda de tres hombres, de habilidad y fuerza, que provistos de una manta de lana cada uno entrarán al mismo tiempo y por diferentes sitios en la habitación, protegiéndose sus cuerpos con las mismas mantas, al tiempo que uno le echará una manta sobre la cabeza, procurando no apretar demasiado por el peligro de asfixia, otro le sujetará los brazos contra el pecho por medio de la otra manta, anudándola por la espalda, y el tercero procurará inmovilizarle las piernas, y así de esta forma dominado y echado sobre la cama o sobre el suelo, le destaparán la cabeza, al tiempo que el médico, que ya tenía previamente preparada una jeringa con 6 cc. de Somnifeno, le hará una inyección, si puede intravenosa, de 4 cc. o intramuscular profunda en la nalga de 5 a 6 cc., según el estado de corpulencia y peso del individuo (1 cc. por cada 15 kilos de peso).

Todo esto lo habremos hecho sin hablar para nada con el enfermo y lo menos posible entre los que le sujetan, para lo cual previamente les habremos dado instrucciones que eviten toda pregunta en el momento. Ya sólo falta esperar a que comience la sedación y el sueño, en cuyo momento se le quitarán las ligaduras, le metemos en cama y como precaución, sólo —a más de los hipnóticos que después reseñaré—, le pondremos una sábana doblada que la anudaremos a cada lado de la cama, y que cruzará transversalmente por encima del pecho y brazos a los que sujetará ligeramente.

Quedaremos a su cuidado a un hombre (que no sea de la familia) con las advertencias de que no hable para nada con el enfermo, al que deberá atender sólo en aquello que considere de suma necesidad, y con el encargo de que le administre cada 4 o 5 horas, o cuando amenace despertar, 20 a 30 gotas de Dial o Somnifeno, alimentación líquida cada 6 horas, abundante bebida caliente entre horas (te claro o tila) y alguna inyección de aceite alcanforado o 15 a 20 gotas de cardiazol, si es que el médico lo cree, a la vista de su estado, conveniente.

Se comprende que menos trabajo costará dominar a un enfermo que se nos presenta en las otras condiciones que más arriba reseñaba, en el cual la agitación no era tan intensa o era más verbal que motriz, pero tanto en un caso como en el otro hemos ya dominado «químicamente» al enfermo y nos toca ahora afianzar un poco nuestro diagnóstico para llegar a una terapéutica más adecuada, y entonces pueden presentarse las siguientes particularidades:

Si hemos llegado al diagnóstico de una causa infecciosa, y si no hemos

podido llegar a descubrir el agente etiológico, en cuyo caso no olvidaremos el tratamiento causal, haremos de todos modos terapéutica anti-infecciosa general, régimen desintoxicante y baños calientes a 33 o 35°, lo más prolongados posible (3 a 4 horas), con los cuidados pertinentes ya conocidos, de agua fría a la cabeza, vigilar pulso, temperatura, sudoración, al cual añadiremos, en algún caso y si contamos con buena eliminación urinaria, de 20 a 25 gotas de Somnifeno, con el cual prolongaremos la sedación: conseguida ésta, que siempre es lo preliminar para seguir toda terapéutica, y si el caso es susceptible le haremos una sangría, que es particularmente indicada en el delirio agudo, eclampsia puerperal, pero antes, repito, hay que tranquilizar su estado. Si la agitación es de tipo epiléptico (acceso crepuscular de intensa agresividad, o estado de «mal epiléptico»), lo que mejor resultado nos dará será el luminal sódico (ampollas dosificadas a 0,22 gramos Bayer) que se inyecta por vía intramuscular (alguna vez lo he inyectado por vía intrarraquídea o intracisternal con buenos resultados, pero esto no siempre es fácil), repetir las ampollas de 1 cc. cada ocho horas, a más un purgante drástico o salino, según el estado de «sopor o embotamiento cerebral» y un absceso de fijación de 1 a 1 y 1/2 cc. de trementina que, según mi experiencia, en todos los casos debe ponerse, pues la proporción de resultados favorables, «evidentemente favorables» en los estados de mal epiléptico, ha sido del 100 por 100.

Podemos mantener la sedación de estos estados epilépticos o bien sólo ayudar a la acción del absceso de fijación, que se instala a partir de las 15 horas, con luminal en sellos (3 de 0,15 al día), Sacersan (4 pastillas al día).

Si se trata de una agitación que corresponde a psicosis esquizofrénica o maníaco depresiva, fácil de diagnosticar si se investiga la personalidad anterior del sujeto, emplearemos la terapéutica sedante general, a la cual podremos añadir la sábana termógena de Kráepelin, que mezclada con agua a la temperatura de 20°, la extenderemos bajo el enfermo en la cama, cubriéndole después todo su cuerpo, excepto cuello y cabeza, y que para conservar más el calor la cubriremos con un par de mantas en toda su superficie; este tratamiento conveniente de aplicar en todos los casos, lo creemos más indicado todavía en los períodos depresivos de la psicosis circular, ayudado de la terapéutica opiada (inyección de pantopón, en casos agudos o cura de tintura de opio en casos menos agudos), así como por el contrario creemos más indicado el absceso de fijación en los estados de agitación de la esquizofrenia, estados maníacos, parálisis general y reacciones cerebrales en el curso de procesos tóxico-infecciosos.

En el delirium tremens, delirios febriles y en la encefalitis epidémica, da buenos resultados también la bromidia, de la que se tomará cada 4 horas próximamente una cucharadita de las de café, que lleva cada una

1 gr. de bromuro, 1 gr. de hidrato de cloral, 1 ctgr. de beleño y otro de cáñamo indiano.

Ya no tenemos más que hacer que sostener todo lo más posible esta sedación, manejando con tacto y prudencia esta serie de medicamentos y medios físicos y plantear ante la familia la necesidad de un tratamiento y una asistencia más especializada, bien en el medio familiar o en el Sanatorio.

Porque no obstante la admirable labor que hasta este momento ha desempeñado el médico de cabecera, la enfermedad, lógicamente en casi todos los casos, sigue su curso y se presentan nuevos síntomas como negativismo a la alimentación—más difícil de tratar en el medio familiar—, se sostengan las ideas fuertemente delirantes de persecución, de suicidio, que de no recluirle supondría contar con una asistencia familiar, que falta en la mayoría de los casos, o se presenta un estado estuporoso e infranqueable a toda actuación del médico, en cuyos casos se impone el consejo de un especialista o la necesidad de una reclusión, que si no se trata de un enfermo que se encuentre en un período final, en el que ya no quepa hacer ninguna terapéutica, debemos buscar un «verdadero Sanatorio Psiquiátrico», en el que haya un mínimo de organización científica y de ambiente Sanatorial, en el sentido que tantas veces ha propugnado Vallejo Nájera.



NOVEDADES TERAPÉUTICAS

Serotórax

por Felipe G.^a LORENZANA (de León)

El tratamiento colapsoterápico de la tuberculosis pulmonar por el neumotórax artificial, de tan extraordinaria utilidad, ofrece muchos veces dificultades en cuanto a su utilidad, debido a las adherencias que impiden un buen efecto, y también en lo que se refiere a la forma clínica de la lesión tuberculosa, en la que cavidades con reacción esclerosa no ceden ante las presiones que prudentemente deben dejarse en cada insuflación. Ante estas dificultades de todos conocidas, son muy variados los procedimientos empleados para luchar contra ellas, frenicectomía, neumolisis intrapleural, plumbaje, etc., que comprende en resumen todo el tratamiento quirúrgico del momento en la tuberculosis pulmonar.

A ello viene a sumarse, un procedimiento expuesto por Tribulet y Sors, y comunicado por estos autores a la *Société d'études scientifiques sur la Tuberculose*, en la sesión del 12 de Noviembre último, procedimiento que han denominado serotórax, y que consiste en la introducción de suero artificial en la pleura, hasta conseguir bañar el muñón que mantiene la cavidad o cavidades irreductibles, en el curso de un neumotórax artificial.

Tratan con ello los autores de provocar una irritación pleural, y cuyas consecuencias (tendencia retráctil de la pleura visceral, engrosamiento de la pleura mediastínica, que asegura su fijación, y la impermeabilización que evita una gran reabsorción de aire en los neumotórax insaciables), buscan con objeto de conseguir de modo artificial, los resultados de un exudado pleural espontáneo, lo que si desde el punto de vista biológico no se consigue, se obtiene desde luego al efecto mecánico.

Tribulet y Sors han propuesto el suero, en sustitución del aceite por más manejable, por provocar reacciones menores, y porque además su reabsorción fácil, permite suprimir el tratamiento en cualquier momento. El objeto es pues de utilizar en estos casos el serotórax, en vez del oleotórax, como intervención de menos peligros e inconvenientes y de los mismos resultados. Usan asimismo el suero glucosado con objeto de evitar las reacciones térmicas del suero sano. En resumen, se trata de provocar una reacción pleural por el procedimieto más inocuo. De la misma manera, exponen que en caso de una perforación pulmonar, el suero no ofrece los accidentes tardíos del aceite, por su rápida reabsorción en los alveolos pulmonares.

Debido a la citada reabsorción, fácil, tiene el inconveniente, de la necesidad de reinyectar frecuentemente con objeto de mantener el nivel líquido a la altura deseada.

Para ello, comienzan inyectando 5, 10, 20 centímetros cúbicos de suero glucosado con objeto de tantear la tolerancia. La reacción pleural para que se produzca necesita una gran cantidad de líquido, 100-200 centímetros cúbicos. Se inyectará una o dos veces por semana, la cantidad necesaria, de suero templado, hasta conseguir mantener la altura deseada del líquido y el resultado buscado. Para Tribulet y Sors, este resultado está conseguido cuando los esputos ya no tienen bacilos, y la exploración radiológica muestra un muñón bien colapsado sin cavidades. Durante el tratamiento, que en un caso que presentan duró tres meses, inyectaron 4.526 centímetros cúbicos, debe dejarse la presión intrapleural, negativa. Conseguido el resultado, se reduce el tratamiento a proseguir el neumotórax, dejando que se reabsorba el suero, lo que se verifica en breves días.

Las indicaciones de esta modalidad de colapso, son según Tribulet y Sors, las siguientes: La primordial, es el caso, del muñón pulmonar en neumotórax total, antes o después de la sección de las bridas, en el que persisten una o varias cavidades no colapsadas que mantienen la eliminación de bacilos, y sintomatología de actividad. Muchas veces después de un Jacobaeus, las cavidades no se retraen por un estado de inercia pulmonar, determinada por lesiones antiguas fibrosas o neumotórax de larga fecha.

El mediastino fácilmente desplazable por la presión del aire inyectado, se favorece su fijación por la reacción pleural consecutiva al serotórax. Los neumotórax insaciables, que exigen en la frecuente reinsuflación, es susceptible de favorecer la impermeabilidad pleural por esta misma reacción.

Estas son las fundamentales indicaciones del serotórax.

No siempre se desliza este tratamiento en completa apacibilidad, sino que a veces sobrevienen algunos accidentes, consistentes en algunos dolores, náuseas y ligera elevación térmica, que como se ve apenas ofrece importancia, en comparación del éxito que supone hacer desaparecer una caverna, productora de bacilos y hacer de utilidad práctica un neumotórax insuficiente.

SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión del día 24 de Noviembre de 1932

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR BOTIN.—**Caso clínico.**—Presenta una enferma de la que quiere decir dos palabras. Vino a la consulta hace dos semanas aproximadamente, profundamente anemiada como se aprecia todavía, con una hemorragia uterina muy copiosa, producida por un mioma de gran tamaño que llegaba, por el vientre, cerca del ombligo, y por abajo se hundía en la excavación pelviana, alcanzándose por los fondos de saco vaginales.

El cuello, del que había desaparecido el hocico de tenca, invadido por el tumor, se alcanzaba con mucha dificultad, muy alto, rechazado detrás del pubis, apreciándose sólo el orificio externo. Con este síntoma era fácil diagnosticar que el origen del mioma fué el istmo del cuello. Lo primero que se hizo fué un taponamiento apretado e inyectar suero glucosado, caféina, etc., y en los días sucesivos Sero-Serum Rivier e inyección intravenosa de Calcium Sandoz, reposo, alimentación apropiada. Fórmula leucocitaria: leucocitos, 8.400; hemátíes, 2.560.000; hemoglobina, 30 por 100; valor globular normal, 1,19; polinucleares neutrófilos, 80; idem eosinófilos, 1; linfocitos, 14; monocitos, 4; indica de Arneth, desviado a la derecha.

Esta intensa oligocitemia, acompañada de una disminución importante en la proporción de hemoglobina, nos obligaba a tratar de reponer a la enferma antes de intentar la operación, que considerábamos imprescindible. Lo primero era detener la constante hemorragia, que no se consiguió con los medios que acabo de decir. Se trató de hacer una transfusión, que no fué posible por el estado de sus venas. No intentamos la radioterapia, porque cuando un mioma sangra con tanta constancia y tan copiosamente, es, o porque es de desarrollo submucoso o porque está en degeneración; y en ninguno de ambos casos se consigue nada práctico con las radiaciones, y en cambio se producen las lesiones de la piel que ustedes conocen, y que teniendo que operar son causa de complicaciones post-operatorias. Se decidió la intervención. Anestesiada toleró perfectamente la intervención, sin que hubiera incidente que lamentar. Practiqué una histerectomía que forzosamente tuvo que ser total, pues no habiendo cuello, libre del tumor, no había manera de hacer una subtotal, porque hubiéramos tenido que formar el muñón con tejido tumoral y esto no puede hacerse por razones fáciles de comprender. Se extirpó, como digo, totalmente útero y anexos, y el doctor Lozano copió, directamente del natural, la pieza patológica, en la que se ven perfectamente detalladas la disposición de las cosas. El útero cabalgando sobre el tumor normal libre de tumor hasta el orificio interno.

El mioma tuvo su origen en el istmo del cuello y se desarrolló en pleno parenquima del conducto cervical, desde el orificio externo hasta el interno, invadiendo más su cara posterior, de evolución abdómino-pelviana, modelando materialmente la excavación y al crecer levantó el repliegue vesical muy alto. En el dibujo sacado, se ve el sitio del corte para el despegamiento de la vejiga. La disposición de este órgano en los tumores que crecen subperitonealmente, hay que tenerla en cuenta en el acto operatorio, para evitar herir la vejiga. La operación se desarrolló normalmente, siendo algo laboriosa la primera parte—porque la neoplasia en su porción pélvica estaba profundamente encajada—, hasta que conseguimos penetrar en la vagina por el lado derecho, que era el más asequible. Lleva esta enferma 13 días de operada sin ninguna complicación. Los síntomas post-hemorrágicos han ido desapareciendo, dolores de cabeza, mareos, zumbidos, somnolencia, sed, etc., y aunque la reposición de la sangre dura varias semanas en las anemias intensas, el estado general ha ido mejorando y la enferma va reponiéndose. Sin embargo, hecho un nuevo recuento globular, nos encontramos con cifras más bajas: leucocitos, 9.500; hematíes, 1.296.000; hemoglobina, 29 por 100; valor globular, 1,12; la fórmula leucocitaria y el esquema de Arneht, normales. No hay alteraciones de importancia en los hematíes que indiquen otros procesos.

Claro que esto es muy relativo, ya que el estado de la enferma es francamente mejor. Hemos empezado a tratarla con Hepatrat, sin dejar la medicación que tenía reconstituyente.

He querido presentarles este caso, porque es verdaderamente poco frecuente el que los miomas desarrollados a expensas del cuello lleguen a adquirir este volumen y no evolucionen hacia la vagina; por todas estas circunstancias he conceptualizado interesante el caso y lo presento a ustedes.

DOCTOR BARRIO DE MEDINA.—Pregunta la vía de administración del Hepatrat, y al responderle el doctor Botín que por vía digestiva, aconseja se haga por vía hipodérmica y asociado al arsénico o hierro, toda vez que en esta forma da resultados terapéuticos más rápidos e intensos.

DOCTOR YAGUE.—El caso es en realidad interesante. Se trata indudablemente de una enferma que ha tenido en la intervención su curación.

Mas por lo sucedido después me atrevo a preguntar si en su historia no hay otros particulares, por dos razones: La primera, porque en las anemias intensas originadas por abundante pérdida de sangre, en cuanto ésta cesa, los sujetos suelen reponerse con gran facilidad, y la segunda, porque cuando no se rehacen de esta manera, puede ser debido a que haya aclorhidria con anulación de la secreción gástrica y alteración de la formación globular.

Está ya reconocida por todo el mundo la relación que hay entre esta perturbación digestiva y la formación globular, al extremo de estimarla

algunos como causa de las anemias perniciosas; de otra parte, en las aclorhídricas se injertan de modo transitorio fases de anemia grave, por lo que si el tratamiento de la anemia se hace sin tener en cuenta los trastornos digestivos, los enfermos no logran adquirir situación favorable.

Claro está que cuanto digo, son afirmaciones hechas por los demás, pero las cuales me han sido dables comprobar.

Hay, además, una particularidad en que quisiera que el doctor Botín fijase un momento su atención. Si esta enferma tenía su riesgo accidentalmente en la anemia aguda ¿una transfusión sanguínea no la hubiera podido poner en condiciones de mejoría rápida?

En cuanto a medicación—y toco el mismo punto que el doctor Barrio de Medina—, pienso que las preparaciones de hígado no suelen ser suficientes por sí solas en los estados de gran disminución globular, y en cambio ésta se logra si se las asocia a preparados de hierro. Por eso las corrientes últimas en la práctica, buscan esta reunión, y en algunas preparaciones aún más recientes se lo hace también al cobre. De los resultados de estas últimas no conozco todavía resultados suficientes para juzgar.

Respecto a elección de preparado, pienso como el doctor Barrio de Medina que en los sujetos de mala tolerancia gástrica se deben preferir los inyectables.

Para ver si en esta enferma la falta de restauración orgánica tuviese un motivo importante en trastornos digestivos, creo que se debe hacer un examen de su quimismo gástrico y del estado globular, ya que en la anemia perniciosa hay alteraciones globulares debidas a la de órganos hematopoyéticos o a algún grupo de éstos; y de todo, deducir la terapéutica que puede ser más útil en este caso para el restablecimiento de la paciente, ya que por fortuna ha salvado los riesgos quirúrgicos merced a las hábiles actuaciones del doctor Botín.

DOCTOR BOTIN.—Interviene nuevamente agradeciendo las intervenciones de los doctores Yagüe y Barrio de Medina, y considera muy acertadas sus indicaciones.

Desde luego—continúa diciendo—, con la transfusión de la sangre se hubiera repuesto más rápidamente la enferma, pero quizás se me olvidara decir que lo intentamos y no fué posible hacerlo por el estado y disposición de sus venas, pues a pesar de haber caído en la vena la sangre a inyectar, ésta no pasaba. Y claro es que aun en estas condiciones no hubo más remedio que ir a la operación, porque la enferma se agotaba y difícilmente hubiera podido resistir una repetición de la hemorragia.

Respecto al tratamiento post-operatorio seguido, he de decir que hemos empleado de preferencia el Heparat, buscando activar la función hematopoyética para conseguir la regeneración de la sangre. Lleva muy pocos días de tratamiento y la enferma va mejorando positivamente, aunque el recuento globular y la fórmula leucocitaria demuestren otra cosa. Al hacer el recuento

globular también se examinó el estado de los hematíes, no encontrando alteraciones globulares. Parece por lo tanto, que se trata de una anemia post-hemorrágica.

El doctor Yagüe queda encargado del examen del quimismo gástrico de esta enferma, y respecto a la forma de administrar el Hepatrat, desde hoy se hacía ya por vía hipodérmica, porque la enferma lo empezaba a tolerar mal por vía digestiva, presentándose diarrea y trastornos gástricos. Pero creo que hay que esperar el efecto del tratamiento algunos días, visto que la enferma mejora de su estado general.

DOCTOR PALLARES.—¿Quiste hidatídico?.—Esta enferma se presentó hace unas semanas en el Dispensario porque había notado una tumoración en el vientre. Desde luego esta tumoración, aunque hace mucho tiempo que la nota la enferma, ha evolucionado sin causar trastornos acentuados. Únicamente nos dijo que notaba el aumento progresivo del vientre y algunos síntomas de compresión.

Nosotros la hemos explorado y nos encontramos efectivamente con que tiene una tumoración que coge todo el sector derecho del vientre, y que da toda la impresión de un proceso de tumoración de contenido líquido, probablemente un quiste hidatídico. Se han hecho las reacciones serológicas que se hacen en estos casos y casi todas ellas han sido positivas, pero al explorar el órgano afectado, entre los compañeros que vienen a mi Clínica de Cirugía General, han surgido algunas diferencias en lo que respecta a la localización del tumor.

Se trata de una tumoración líquida que se mueve y que al localizarse en sector derecho y siendo un quiste hidatídico, dada su presencia cerca del hígado, la primera impresión que se tiene es la de una localización hepática. Pero bien explorada la enferma, a mí me da la impresión de que se trata de una tumoración que parece se extiende hacia la región renal. Se percute y se encuentra una zona menos maciza que parece corresponder a masa intestinal. Yo soy de los que creen que puede ser un quiste hidatídico, que partiendo del riñón, se extiende hacia la parte anterior del vientre. Sin embargo, como estas cosas suelen quedar enmascaradas, yo querría que alguno de ustedes explorase a la enferma y pudiéramos llegar a un diagnóstico definitivo de localización, indispensable para poder intervenir a la enferma, porque esto tiene un gran interés diagnóstico, ya que si se llegara a fijar la localización y se viese que era una cosa renal, habría que hacer la intervención por vía posterior en vez de hacerlo por la vía anterior, como ocurriría en otro caso.

DOCTOR MIRAVED.—Veo yo en esta enferma una cosa que ví en un enfermo que operé el año pasado. A mí me parece que éste es un caso exactamente igual que aquél. Se trataba de un muchacho de 25 años, con una tumoración lo mismo que ésta, exactamente igual. Se le había hecho un

diagnóstico parecido al que aquí se ha hecho. Yo le ví y me quedé con la misma duda que tenemos ahora: ¿es una cosa renal?, ¿es un quiste hidatídico? o ¿es un cosa de órganos interiores?

Me encargaron a mí de operar al enfermo, y fuí a operarle en la creencia de que era una afección renal, pero me encontré con que el riñón estaba completamente sano. Entonces entré en el terreno de la cirugía general; hice la operación y me encontré con que era un quiste hidatídico; tuve la suerte de poderle extraer, y todo salió admirablemente, y el muchacho se puso bien. Creo que ahora se trata de un caso análogo; de modo que si el doctor Pallares lo estima conveniente, creo que se puede tratar a la enferma de modo análogo, como hicimos en el caso que acabo de referir.

DOCTOR PALLARES.—Antes de la exploración que propone el doctor Miraved, y que yo creo muy importante en este caso, considero que se debía inyectar pasta opaca por vía rectal para hacer permeable todo el conjunto de la zona afectada, y esto nos dará una exploración muy útil, porque nos demostrará donde está el colon transverso. Además me parece que ésta es una exploración muy fácil de hacer. Esto es lo que nos proponemos hacer, y si llegamos a una localización fija, entonces llevaremos la intervención por la vía que corresponda al diagnóstico hecho.

DOCTOR YAGUE.—Es una tumoración que está por delante del riñón y por detrás de los intestinos y profundamente adherida, una tumoración de tipo hidatídico, que corriendo desde el ciego al colon la zona intestinal, hubiese dejado por delante el intestino y hubiera colocado el riñón por detrás. Hay que tener en cuenta además, que es necesario fijar la situación del hígado y ver la colocación que hay entre el hígado y el riñón.

Yo estimo que ésta es una tumoración independiente no pediculada, y aquí lo interesante es ver la situación para saber cuál debe ser su acometida. Realmente en esta enferma, no hay más que un detalle, el problema del diagnóstico. Hay, en primer término, un problema que es el de determinar la naturaleza del tumor, pero éste ya se ha resuelto, puesto que se sabe que se trata de un tumor hidatídico, y el segundo problema, es el de la localización para saber por dónde debe ser intervenida, y a mí me parece que debe ser intervenida por la vía anterior, sin perjuicio de rectificar como siempre ante lo que den los hechos nuevos de las investigaciones que se practiquen.

DOCTOR PALLARES.—Rectifica insistiendo que, a pesar de todo, no desecha la orientación de una localización renal.

DR. B. DE M.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

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

CIBALGINA

"CIBA"

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

INDICADA

en

Medicina general **Cirugía, Odontología**
Ginecología **Radioterapia**

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

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.

Curas de desmorfinización.

Comprimidos Gotas Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 **BARCELONA** *Apartado 744*

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

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

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

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

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

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

CIRUGÍA

Sobre el tratamiento de la septicemia, meningitis y empiema por el absceso de fijación.—JACOB. «Detsch. med. Wschr.» 1933, núm. 2.

El autor abona decididamente en favor de este tratamiento que juzga muy útil y que no se explica, dice, cómo ha sido abandonado en la práctica. Aconseja provocar dicho absceso con la inyección de 3 centímetros cúbicos de trementina en el adulto y de uno y medio en el niño, habiendo visto que enfermos ya agotados han recuperado resistencias y vencido la infección.

Aconseja no abrir el absceso en el primer día sino esperar a que no haya reabsorción; limitándose a puncionarle. Cita la eficacia del tratamiento hasta en un caso de meningitis.

La narcosis avertínica en el Tetaicos.—TEICHMANN. «Münch. med. Wschr.» 1933, número 4.

Además de grandes cantidades de antitoxina en un caso hasta 32.500 inyecciones intrarraquídeas, 120.000 intravenosas y 130.000 intramusculares, recomienda el autor el tratamiento con avertina. En la ejecución de la narcosis, es ventajoso emplear una sobredosis de este fármaco intrarrectalmente, aproximadamente de 0,5 gramos a un gramo por kilogramo de peso.

Una corta dosis de morfina repetida puede prolongar el sueño. Aconseja naturalmente el autor tratar rápida y enérgicamente la herida.

La lucha contra el dolor quirúrgicamente, en especial la cordotomía en el cáncer inoperable.—SCHUCK. «Deutch. Med. Wehr.», núm. 1, 1933.

El autor rechaza por incompletamente interceptora de la vía de la condición dolorosa, tanto la sección de las raíces posteriores como la de los cordones posteriores; ya que los «dolores vasculares» por compresiones sobre el simpático van por los ramificantes y si bien algunos siguen la vía radicular posterior; otros no.

Propone la sección bilateral del cordón anterolateral de la médula respetando el haz piramidal cruzado. El autor propone esta intervención principalmente para los casos de cáncer inoperable de la pelvis menor, p. e., el uterino. Se muestra muy satisfecho de los resultados.

Una proposición para evitar las trombosis y embolias postoperatorias.—W. KONIG. «Deutch. Med. Wehr.», 1933, f. 88, t. 3.º.

En este trabajo de gran interés práctico aconseja el autor el uso del Sympatol por vía oral o una inyección en todos los operados durante los siete días primeros a partir de la intervención. La dosis por la boca es de veinte gotas de la solución al 10 por 100, tres veces al día. Presenta unos cuadros con la disminución de las embolias en operados con este tratamiento profiláctico, que son verdaderamente alentadores para luchar contra esta tan temida complicación, tan frecuente principalmente en los operados de vientre.

TUBERCULOSIS

Algunas consideraciones sobre el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar del adolescente.—A. COURCOUX y A. ALIBERT. «París Medica». 7 de Enero de 1933.

Los autores comienzan exponiendo la necesidad de un temprano diagnóstico, y debe ser la preocupación del médico que quiere prevenir la tuberculosis en el adolescente.

Exponen un estudio hecho sobre 625 adolescentes de ambos sexos, siendo la proporción en los jóvenes y muchachas sensiblemente igual. Respecto a la edad de comienzo, es débil a los catorce años aumentando hasta su máximo hacia los dieciseis y descendiendo después. En las muchachas, la aparición es más precoz, lo que relacionan los autores con la pubertad más temprana. Respecto al factor social, encuentran que en la clase acomodada la tuberculosis se desarrolla más tardíamente que en la clase obrera.

Pasan después a estudiar los modos de comienzo. De los 625 casos, de doce a diecinueve años, encuentran un 9 por 100 de primo-infección tardía, y creen que el número de cuti-reacciones negativas en adolescentes que pasan de dieciseis años, es relativamente importante.

Exponen el comienzo por hemoptisis, por los signos de impregnación, otras veces semejando una afección pulmonar aguda banal, la reacción pleural, el comienzo insidioso, con flaqueamiento del estado general, la forma infecciosa semejando una fiebre tifoidea, la tifo-bacilosis, y por último la latencia de la tuberculosis y cuyo descubrimiento es casual con ocasión de una exploración radiológica.

Por último exponen los factores diagnósticos fundamentales que deben tenerse en cuenta, los antecedentes hereditarios, el hábito exterior sobre todo si ha decaído rápidamente, la existencia de signos de impregnación, la existencia de febrícula, y en el examen clínico y radiológico, no debe esperarse a que aparezcan signos físicos para sospechar la tuberculosis pulmonar sino que no debe prescindirse de la investigación radiológica y especialmente la radiografía.

La penetración y propagación de la tuberculosis por las vías linfáticas cervicales.—

E. SERGENT e I. GASPAS. «Presse Medica». 21 de Diciembre de 1933.

Los autores han hecho un estudio experimental en que demuestran la propagación de la tuberculosis desde los ganglios linfáticos cervicales, pasando a los traqueo-bronquiales y llegando al bazo, pulmón e hígado.

Para demostrarlo han inoculado primeramente con bacilos los ganglios cervicales y para poder observar la propagación por las vías linfáticas, han usado una sustancia opaca a los rayos X, la tinta china y el lipiodol. Inyectando tinta china, intraganglionariamente, se impregnan a las dos o tres semanas los ganglios retroesternales, al cabo de un mes, los traqueo-bronquiales y a los dos meses, se encuentra la materia colorante en los pulmones a lo largo de ellos y algunas veces sobre toda la superficie pulmonar.

Con el lipiodol se obtienen los mismos resultados, pero algo más rápidamente.

El control radiográfico y necrópsico realizado en estas observaciones les permite afirmar que la propagación se hace por las vías linfáticas, lo que demuestran inyectando el producto intracapsularmente y en el tejido vecino sin que se desplace del sitio inyectado. Establecen que entre los ganglios cervicales profundos y los retroesternales y traqueo-bronquiales existen comunicaciones, lo que no excluye la posibi-

lidad de una propagación por la vía vascular venosa hacia corazón derecho. La comunicación linfática citada, puede permitir según los autores, la propagación por vía retrógrada desde los ganglios traqueobronquiales al pulmón, mediante la aspiración torácica respiratoria.

Las formas pseudo-tuberculosas del cáncer primitivo del pulmón.—SERGENT, MIGNOT y DURAND. «París Medicales». 7 de Enero de 1933.

Los autores hacen consideraciones sobre la necesidad de no considerar el cáncer de pulmón como enfermedad excepcional, diagnosticándose en la actualidad más frecuente no solamente por los mejores medios diagnósticos, sino por un aumento real en la frecuencia absoluta. Citan las varias hipótesis etiológicas, humo de fumadores, polvo de grandes ciudades, gases de combate, alquitrán de las carreteras, etc.

Hacen constar, que dicha enfermedad puede simular los más distintos padecimientos respiratorios, pero especialmente la tuberculosis pulmonar cuya confusión puede ser fácil. Exponen asimismo que el cáncer de pulmón no suele tener el comienzo lento, sino en forma aguda febril, semejando una neumopatía banal.

Pasan revista a las características que puede presentar. Así citan como síntoma muy frecuente, la hemoptisis aun más que en la tuberculosis, la cual no suele revestir el típico aspecto de jalea de grosella, sino un carácter banal, que puede confundirse con otras de cualquier otra causa. Puede presentar una localización lobar, traduciendo a la exploración física los signos característicos, otras veces es hiliar, partiendo en este caso de uno de los bronquios principales. Adopta otras veces un tipo escleroso muy retráctil, deformando el tórax y mediastino. También se observan formas cavitarias, siendo fácil confundirlas con las tuberculosas. Puede el cáncer invadir pleura semejando una pleuritis, sin embargo la punción será negativa, soliendo observar la parálisis del frénico y del recurrente y el síndrome frénico-pupilar, cuando afecta mediastino. Sin embargo, pueden presentarse, formas pleuríticas verdaderas, de este origen muy rebeldes y que este hecho puede servir de orientación en cuanto al diagnóstico. Asimismo puede determinar un neumotórax espontáneo, y por último exponen como no infrecuente la coexistencia de tuberculosis y cáncer, en cuyo caso el diagnóstico es más difícil por haberse demostrado la lesión tuberculosa y referir a ella todo el síndrome.

Terminan el trabajo, exponiendo los elementos de diagnóstico, de los cuales citan la sintomatología, consistente en dolor, disnea, tos, expectoración, hemoptisis, parálisis recurrenial, síndrome frénico-pupilar, astenia, adelgazamiento, anemia, fiebre. Los signos físicos, variables según la forma y localización, pueden ser variables sin

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

que tengan nada de característicos, señalando como orientación la uniteralidad absoluta. No deben dejar de buscarse las adenopatías periféricas, y debe hacerse broncoscopia.

La exploración radiológica es necesaria, sin embargo, no ofrece ninguna imagen típica, presentando un aspecto proteiforme, y citando como más frecuente la localización lobar, concluyendo en que la rigurosa uniteralidad de la imagen, es lo habitual en los tumores de pulmón y raro en la tuberculosis. La exploración por lipiodol es muy demostrativa.

La evolución, es progresiva en el cáncer mientras que la tuberculosis es intermitente.

La exploración biológica debe consistir, en ausencia de bacilos de Koch, y negativa la inoculación, demostración de células cancerosas en la expectoración, líquido pleural, o en la punción exploradora, y la biopsia de un ganglio o de fragmento de tumor.

Terminan, con consideraciones sobre la evolución, pronóstico y tratamiento.

Indicaciones de la frenicectomía y del neumotórax.—F. R. DE PARTEARROYO.

«Revista Española de Tuberculosis». Febrero, 1933.

El autor comienza, tratando de aunar opiniones sobre la cuestión de las indicaciones de la frenicectomía frente al neumotórax. Hace ligera historia sobre las primeras indicaciones en lesiones de base y su utilidad después en cavidades altas, así como sobre lesiones de cualquier localización pulmonar.

Trata después del mecanismo de acción, citando diversas opiniones, el reposo consecutivo, la acción trófica determinada por las fibras simpáticas seccionadas con el frénico, acción hiperémica, poder retráctil del pulmón, después de la intervención, opinión por la que muestra preferencia el autor, aun reconociendo el secreto del mecanismo íntimo.

Partearroyo hace consideraciones sobre las indicaciones de la frenicectomía comparándola con el neumotórax no encontrando justificados por poco frecuentes en la actualidad los temores de las complicaciones del neumotórax, y siendo desde luego insuficientes para desechar un tratamiento tan útil como el neumotórax y recordando que la frenicectomía también tiene sus complicaciones, aparte de ser un tratamiento perpetuo, cosa que con el neumotórax se puede llegar hasta donde se desea y suprimirlo en cualquier momento. En cuanto al factor social de la frenicectomía, dice Partearroyo, que con neumotórax de corta duración se obtuvieron magníficos resultados, además que con este tratamiento se consigue mejor vigilancia del enfermo.

Pasa después a exponer su criterio sobre las indicaciones de la frenicectomía y el neumotórax. Tanto una como otra, son tanto más útiles cuanto más recientes son las lesiones. Son las cavernas la indicación principal. Estas cavernas cuando son recientes son elásticas y por el contrario el otro tipo de cavernas rígidas antiguas, son duras y no se retraen fácilmente. En las primeras, recomienda el autor hacer frenicectomía, y neumotórax en las segundas.

El tamaño de las lesiones condiciona también, utilizar uno u otro método. Cuanto mayores sean las cavidades y más extensas las lesiones, menos probabilidades de éxito proporcionará la frenicectomía.

Respecto a la agudeza, cuanto mayor sea ésta, menor es la indicación de la frenicectomía.

En cuanto a la localización, si las cavernas son basilares y tienen cierto tamaño se obtiene una deformación, por lo que es preferible primero el neumotórax para achicarla. La región parahiliar, la considera como la zona de elección para la frenicectomía como primera indicación, pues el neumotórax aquí no actúa fácilmente. La región subclavicular, es la zona más frecuente de localización de las cavernas, y aquí actúa favorablemente la frenicectomía, y puede practicarse como indicación primera siempre que reúna las anteriores condiciones de tipo anatómico, antigüedad, agudeza, etcétera. En los demás casos, Partearroyo prefiere el neumotórax. En las cavernas puramente apicales, no cree de utilidad la frenicectomía y prefiere el neumotórax, y si éste no fuera eficaz ni aun con la sección de adherencias, utiliza un plomaje en las pequeñas y una plastia local en las mayores.

Trata asimismo del factor social, y cree que debe tenderse a curar lo más rápida y económicamente posible y esto no siempre se consigue con la frenicectomía.

En caso de duda sobre la utilidad de la frenicectomía debe inutilizarse temporalmente por medio de la alcoholización del nervio.

En lesiones unilaterales, más extensas, multicavitarias, febriles, se practicará el neumotórax como primera indicación. En cuanto a lesiones bilaterales, el autor la rechaza como primera indicación, y solo se hará después del fracaso del neumotórax como primera indicación.

La frenicectomía asociada al neumotórax la emplea, en adherencias de base y parte alta, para relajarlas, así como en la sínfisis pleural consecutiva a un derrame, también con objeto de evitar molestias de los enfermos de neumotórax antiguo y cuyo pulmón no se expansiona.

No se muestra conforme en hacer frenicectomía como preliminar a una plascia, excepto en lesiones extensas.

En la hemoptisis se intentará siempre neumotórax, solamente en casos de fracaso podrá practicarse la frenicectomía. Las frenicectomías bilaterales, deben restringirse todo lo posible.

Cree en la utilidad de la frenicectomía temporal por alcoholización, congelación, aplastamiento, etc. del frénico, en casos en que dude de la utilidad de la intervención, lo que permitirá una restitución de la función.

Termina el autor su trabajo con estadísticas de diversos autores y expone la suya de la que deduce que de 64 frenicectomías comparadas con los neumotórax igualmente y en la misma época, el neumotórax hizo abacilares un 65,2 por 100, y la frenicectomía, el 30 por 100. Comparando la desaparición de bacilos con la desaparición de imágenes radiográficas, deduce que lo primero es superior a lo segundo. De éstas es de donde puede obtenerse la curación, y cree que con la frenicectomía no se llegaría al tanto por ciento de éxitos obtenidos con el neumotórax.

G.^a LORENZANA.

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

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Método de demostración rápida de las placas seniles.—P. DIVRY. «Rivista di patologia nervosa e mentale», v. XL, fasc. 2. Septiembre-Octubre, 1932.

Resumen del método:

- 1.—Cortes a congelación de 20 micrones (material formolado).
 - 2.—Paso por el agua destilada.
 - 3.—Impregnación en caliente en una solución argéntica compuesta de:

Líquido de Hortega	5 cm. ³
Agua destilada	5 cm. ³
Piridina	X gotas
 - 4.—Reducción en formol «neutro» al 10 por 100 eventualmente después de paso rápido por el agua destilada.
 - 5.—Montaje en gelatina-glicerina.
- Tres bellas microfotografías acompañan al trabajo.

El reflejo costo-pectoral. Su valor semiológico en el síndrome de compresión medular.—G. G. NOTO. «Rivista di patologia nervosa e mentale», v. XL, fasc. 2. Septiembre-Octubre, 1932.

El autor refiere dos observaciones de compresión espinal por tumor extramedular correspondiente a los segmentos D_3 — D_4 . En ambos casos el reflejo costo-pectoral faltaba, mientras existía el reflejo escapulo-humeral de Bechterew y estaba conservada la motilidad activa del gran pectoral.

Basándose en estas observaciones, discute la teoría de Hoffmann sobre los reflejos profundos, y concluye por afirmar que el reflejo costo-pectoral tiene contenida su vía aferente en los fascículos posteriores, en el segmento medular que de D va a L_1 — C_8 . La importancia de este reflejo radica en que en la mencionada zona medular no existen centros o vías de otros reflejos medulares conocidos.

En todos los individuos sanos está presente el reflejo; falta en el lado paralizado en los hemipléjicos con contractura.

La técnica de exploración consiste en percutir con el martillo en pleno cuerpo de la séptima costilla, en una zona comprendida entre la línea axilar anterior y media, que provoca, en casos normales, una contracción refleja de los fascículos inferiores del gran pectoral, que unas veces se ve y otras es mejor palparla. El enfermo debe estar en decúbito supino y es de mucha importancia que guarde completo relajamiento muscular, con el brazo en ligera abducción sobre el tronco, o en alto, paralelamente a la cabeza con el antebrazo flexionado de modo que circunde la cabeza.

Sobre las psicosis familiares. Contribución al estudio de la psicosis inducida.—M. EMMA. «Schizophrenie», a. II, v. 1, n. 3. Octubre, 1932.

El autor describe 7 casos de psicosis familiar. Dos de ellos pertenecen a la llamada psicosis inducida; en otros tres casos las manifestaciones psicopáticas de uno de los sujetos consanguíneos entran como elemento en el delirio o en los otros síntomas del otro sujeto; en un tercer grupo de dos casos, los sujetos presentan fuera del delirio otras manifestaciones morbosas análogas.

Del examen de los casos resulta que en ninguno de ellos el mecanismo patogénico reside en la comunicación o inducción de la psicosis; y en general, un tal mecanismo parece poco probable en el síndrome de este tipo.

Resulta por el contrario evidente la existencia de una predisposición homóloga a reacciones psicopáticas similares en las psicosis familiares, que en la inducida alcanzan su mayor grado. Tal predisposición encuentra su base en comunes factores hereditarios y constitucionales existentes en sujetos consanguíneos por comunes propiedades del plasma germinal, que constituyen el substrato biológico de esta forma morbosa.

J. M.^a VILLACIÁN.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

A propósito de la dieta aclorurada G. H. S. en la tuberculosis.—G. BERTACCINI. «Giorn. Ital. di Derm. e Sifil». Fasc. VI. Dic. 1933, pág. 1753.

La dieta Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch, da en las tuberculosis cutáneas, éxitos indiscutibles aunque no pueda hablarse de curación en muchos casos y sí sólo de mejoría.

Estando en la actualidad en litigio cuál es el mecanismo de acción y cuál el valor de los diversos elementos que es preciso tomar en consideración en la dieta G. H. S., Bertaccini ha querido experimentar en el conejo, la influencia eventual que el cloruro de sodio pudiera ejercer sobre la tuberculosis experimental (generalizada).

Dos lotes de conejos han sido inoculados con virus bovino y humano (resistente el conejo a éste).

Sometidos a dietas diversas (Cl Na 15 días antes de la inoculación; alimentación con 4 gr. de Cl Na; sin sal; régimen ordinario) por los resultados obtenidos no puede afirmar que el Cl Na ejerza ninguna acción en el sentido de disminuir el poder de defensa del conejo frente a la infección tuberculosa generalizada (tipo bovino o humano).

Cervico-vaginitis hemorrágica y ulceromembranosa en el curso de un tratamiento bismútico; estomatitis concomitante.—C. SIMON, I. BRALER, DUREZ et PERETON. Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. s. du 12 Janv. 1933. «Bull. de la S. F. de D.», núm. 1. Janv., 1933, pág. 83.

Resumen de una observación aún en estudio, señalando esta complicación aún no descrita del tratamiento bismútico.

Cosa curiosa, en el examen microscópico se hallan escasos microbios y no puede encontrarse la asociación fusoespirilar (conocida es la teoría que de modo verosímil inculpa a una especie de fermentación microbiana, como responsable de la precipitación del bismuto, cuyos granos serían fagocitados por las células endoteliales de los vasos). Milian hace observar que los puntos azules existentes en el cuello uterino, son ciertamente depósitos metálicos comparables a los de las estomatitis.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

Esporotricosis recidivante al cabo de 12 años. Resistencia a los tratamientos habituales.—G. BUREAU et V. BUREAU. Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. s. du 12 Janv. 1933. «Bull. de la Soc. F. D. et de S.» núm. 1, Janv. 1933, pág. 87.

Muy interesante es esta observación que plantea problemas patogénicos, clínicos y terapéuticos desusados.

¿Por qué este enfermo que sufrió de 1912 a 1919 una esporotricosis que curó, vuelve a verse atacado del mal? ¿Reinfección? Esta tal vez sería más fácil por el hecho de haber quedado sensibilizado con motivo de su primera infección. ¿Saprofitismo? Gougerot reclama se practiquen repetidas siembras de la cavidad buco-faríngea como refugio más frecuente del *Sporotrichum saprofito*.

Clínicamente el aspecto neoplásico nuevo puede hacer pensar en una lesión híbrida y requiere, en concepto de Gougerot, una biopsia profunda.

Para aumentar el interés del caso, Gougerot hace notar que el caso de B. et B. es ahora como lo fué años atrás resistente al yoduro como excepcionalmente se ve cuando se asocia a la esporotricosis a una tuberculosis o a la diabetes y recomienda a los autores ensayen un arsenobenceno asociado y autovacunas mezcladas con vacunas mixtas.

LEDO.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Terapéutica mediante la hormona ovárica.—HANS WIESBADER. «Deutsche Medizinische Wochenschrift», tomo LVI, núm. 48. 28 de Noviembre de 1930.

El autor en este trabajo ha empleado en 27 casos de meno-metrorragias la hormona ovárica.

Ha administrado un día sí y otro no, 100 unidades ratón salvo los días que duraban las reglas. En 15 casos el ciclo se regularizó y en 10 casos no obtuvo resultado alguno.

En un grupo de 7 oligomenorreas ha tenido resultados satisfactorios con el empleo de la hormona ovárica.

En 3 niñas afectas de hemorragias de la pubertad, los resultados han sido igualmente satisfactorios.

En los casos de meno-metrorragia donde la hormona ovárica no fué administrada y en 15 casos de hemorragia por irritación anexial inflamatoria donde esta medicación ha quedado igualmente sin efecto, un extracto de cuerpo amarillo (sistomensina) ha dado buenos resultados.

En resumen en 25 casos de 40 de hemorragias por irritación anexial, los resultados han sido beneficiosos mediante la administración de hormonas ováricas.

Observaciones sobre el aborto artificial provocado con la ayuda de una vejiga animal, según Baumm.—GION B. GIGER.—«Schweizerische Medizinische Wochenschrift», tomo LX, núm. 42. 18 de Octubre de 1930.

Durante el curso de la gran guerra, Baumm pensó reemplazar los balones de caucho por vejigas de pequeños animales (carnero o cerdos pequeños). La introducción en el útero de estas vejigas, se hace siguiendo el método ordinario. La vejiga va fijada o sujeta a un tubo metálico.

Es necesario dilatar el cuello y medir la capacidad de la vejiga. Una vez hecho

esto se introduce en el interior del cuello y se inyecta en la vejiga introducida 80 centímetros cúbicos de glicerina que obra mecánica y químicamente por los cambios osmóticos a través de la membrana. Al cabo de algunas horas aparecen contracciones regulares.

Este método es de resultados tan satisfactorios, que su aplicación se ha generalizado: Ssteblo ha aplicado este método en 175 casos y lo ha recomendado muy calurosamente; Scheffseck le ha empleado en miles de casos y ha considerado el método como útil y sin peligro. En la clínica del profesor Seigneuse es empleado también corrientemente.

No obstante las ventajas del método, se citan algunos accidentes, entre ellos, uno de gangrena gaseosa del útero. A pesar de todo, es hoy considerado por quienes lo han empleado sistemáticamente como el método de elección para provocar el aborto o el parto prematuro.

Cáncer e hipófisis.—DESIDER ENGEL.—«Medizinische Klinik», tomo XXVI, número 48. 28 de Noviembre de 1930.

El autor ha hecho constar que una preparación de hipófisis llamada optona por Abdelbarden, activa el crecimiento de los tumores implantados en los ratones. Esta reacción provocada por la orina de las mujeres cancerosas tiene efectos análogos a la de la orina de mujer embarazada sobre las ratas impúberes (reacción I de Ascheleim-Zondek). Esta reacción puede por lo tanto ser considerada o tenida en cuenta como un signo de cáncer. Según el autor, estas observaciones atestiguan la relación que existe entre el funcionamiento de la hipófisis y la producción de cáncer. Como consecuencia de este descubrimiento, fácil es suponer que la irradiación de la hipófisis puede ser un proceder terapéutico y aun profiláctico.

El tratamiento de Elliot. Un nuevo método para aplicar el calor vaginal.—FREDERICK C. HOLDEN et W. S. GURNEE. «Americ Journ. of Obst. and Gynec.», tomo XXII, pág. 87.

Charles-Robert Elliot, fundándose en la poca sensibilidad que la vagina tiene para el calor, ha utilizado un saco vaginal elástico en el que se introduce agua a la temperatura y a la presión que se quiera. Una vez introducido el saco en la vagina se llena de agua a 115° a 120° Farenheit y es susceptible de aumentar el calor $3/4$ de grado por minuto hasta que la temperatura haya sido elevada a 130° F.

De este modo aumenta considerablemente la circulación vaginal y experimentan por tanto una disminución notable los fenómenos inflamatorios.

VILLEGAS.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

OFTALMOLOGÍA

Tonometría antes y después de la operación de la catarata.—SERRER. «Am. Journ. of Ophthal», pág. 324, 1932.

El autor aconseja el empleo constante del tonómetro para el examen de los ojos antes de la operación de catarata. En la mayoría de los casos dice, se encuentra una tensión normal, quedando libre el procedimiento operatorio que deberá emplearse. En los casos donde la tensión es subnormal, está indicada la dilatación amplia de la pupila para facilitar la salida del cristalino, que se puede buscar por presión.

La atropina es extraordinariamente peligrosa para los ojos que acusan un notable aumento de tensión. Se debe proceder a descender ésta por medios apropiados antes de la extracción de la catarata. Debe tomarse la tensión unos doce días después de la intervención si se apreciase algo anormal.

Forma benigna del síndrome de Gradenigo.—GUICHARD. Soc. d'Optalmologie et d'O. R. L. de Lyon. 2 Mayo, 1932.

Presenta la observación de una joven de 18 años que, en la convalecencia de una erisipela de la cara tuvo una otitis media aguda derecha. Doce días después se declara una parálisis del motor ocular externo, y a los veinte días dolores neurálgicos trigeminales predominantes en el territorio del maxilar inferior. No hay ninguna reacción meníngea, ni signos clínicos mastoideos, pero la radiografía muestra una alteración de la mastoide y del peñasco, se practica una antrotomía. Esta operación aunque no descubrió más que muy pequeñas lesiones óseas, fué seguida, después de 48 horas, de la regresión de los síntomas nerviosos. La parálisis del sexto par disminuyó progresivamente y poco después quedó curada. El autor insiste acerca de la dificultad de hacer un diagnóstico cierto en el comienzo de un síndrome de Gradenigo.

Lesiones oculares en los enfermos tuberculosos.—MOORE. «Ame. Jour. of Ophthalm», 1931, pág. 596.

Este autor pasa revista a la literatura medical en lo concerniente a la frecuencia con la que se puede consignar la coexistencia de tuberculosis pulmonar y ocular en un mismo enfermo; aporta dos casos de uveitis sobrevenidas en jóvenes mujeres hospitalizadas, en Sanatorios, por tuberculosis pulmonar en actividad.

En los dos casos de afección ocular curó, no dejando más que una cicatriz corio-retiniana, con retorno completo de la visión.

Enfermedad ocular y apéndice vermiforme.—GRESSER E. B. «Ame. Journ of Ophthalmology», 1931, pág. 929.

Presenta un caso, el autor, de escleritis parudca, oscura y dos casos de uveitis posterior, que curaron rápidamente y consecutivamente a una operación por apendicitis aguda, siendo probable una relación de causa o efecto.

Cita igualmente dos casos de hemorragia subconjuntival inexplicable de otra manera. Describe el autor el mecanismo nervioso por el cual los fenómenos oculares descritos han podido provenir de los focos de irritación intestinal.

OTORRINOLARINGOLOGIA

El tratamiento de las supuraciones crónicas de la mucosa del oído medio con gas cloro. (Comunicación previa sobre un nuevo método).—F. MOSBOCK. «Wiener Klinische Wochenschrift». Enero, 1933, núm. 3.

El tratamiento de las supuraciones crónicas no complicadas del oído medio comprende numerosos métodos y la literatura sobre los tratamientos medicamentosos es copiosísima, lo cual prueba el hecho de que no hay ningún medio que garantice el resultado.

El autor ha hecho sus primeros ensayos de tratamiento con gas cloro, dirigido por el profesor Lieb, director del Instituto de química de Graz. El aparato que ha usado consiste en un gasómetro universal que contiene unos diez litros de cloro, que con ligera presión se ha de conducir al oído del enfermo. La aplicación del gas se hace por medio de una oliva de cristal que se adapta al conducto auditivo; la duración de la aplicación es de 10 a 20 segundos. Conviene tener la precaución de proteger la nariz y la boca del enfermo con una gasa empapada en una solución al 10 por 100 de bicarbonato de sosa.

Los resultados obtenidos han sido muy halagadores. Su método supera a todos los métodos conservadores de tratamiento hasta ahora empleados. La gran fuerza del cloro, dice el autor, para la destrucción de los gérmenes, unida a su capacidad de expansión como cuerpo gaseoso, hace posible una completa desinfección hasta de los más estrechos rincones de la cavidad del oído medio enfermo.

No ha observado nunca que el cloro pase a la faringe por la trompa de Eustaquio, ni que el experimentador sienta los efectos de la acción tóxica del gas que se emplea en cantidad insignificante y que además por su pesantez en seguida desciende.

Los quistes de la laringe.—H. SAGOLS. «Revue de Laryng. Otol. et Rhin». Marzo, 1933.

Es un estudio muy documentado de los quistes de la laringe. Comienza con una descripción histórica extensa. Hace después un estudio del desarrollo embriológico de la laringe y de su histología que sirven de fundamento a la patogenia; desde este punto de vista los divide en quistes de la laringe propiamente dichos y quistes cérvico-laríngeos.

Los primeros son siempre quistes por retención glandular. La patogenia de los cérvico-laríngeos es más compleja, pero tiene tiene más partidarios la teoría branquial, según la cual se forman a expensas del 3.º y 4.º arcos branquiales cervicales.

Su sintomatología es la de los tumores laríngeos en general. Hay alteración de la voz, tos y trastornos respiratorios; los síntomas subjetivos son escasos o nulos.

El diagnóstico es sencillo, debe hacerse con todos los tumores benignos de la laringe y en los casos dudosos acudir a la biopsia. Los cérvico-laríngeos deben diferenciarse principalmente de las pericondritis del cartilago tiroides y de las adenitis cervicales tuberculosas.

Su evolución es benigna y no recidivan después de extirpados. La única terapéutica es la intervención quirúrgica.

M. GAVILÁN.

Chancro de la amígdala.—LOUIS RAMON. «Presse Medicale». Abril, 1932.

El autor ante un caso con lesiones indurativas de una amígdala y la existencia de adenitis cervicales, fiebre de 38° y 45 días de duración del proceso, hace el diagnóstico (apoyándose en la triada sintomática de Dieulafoy) de «chancro amigdalino» que fué comprobado por el laboratorio y por el resultado del tratamiento, no omitiendo el diagnóstico diferencial que clínicamente hizo con las siguientes afecciones:

1.^a Una leucemia aguda que excluía por faltar el pseudo-escorbuto de boca y rinofaringe, la hipertrofia de hígado y bazo, las hemorragias mucosas y viscerales, la postulación del enfermo, etc., y la bilateralidad que las lesiones amigdalinas tienen en los casos de leucemias.

2.^a Una angina monocitósica, que ni dura tanto tiempo ni se ulcera nunca.

3.^a Una agranulocitosis que también dura menos tiempo y siempre es bilateral.

4.^a Una angina banal que es doble y de otro curso.

5.^a Una angina diftérica que se excluye por la no existencia de pseudomembranas.

6.^a Una angina ulcerosa-membranosa de Vicent a la que se parece algo porque nunca hay tanta adenopatía y suele brotar solapadamente.

7.^a Un epitelioma por el comienzo, edad del sujeto y temperatura.

8.^a Un goma ulcerado que no da adenitis y si antecedentes específicos no existentes en este enfermo, y

9.^a y última. Una lesión fímica por la integridad de los pulmones.

El problema amigdalario en la medicina interna.—HERCOG. «Otorrinolaringología Slávica», fasc. 1, pág. 5, 1932.

Entre los casos de poliartritis, endocarditis y nefritis, comprende el autor dos grupos: 1.º, los enfermos de historia amigdalina o en los que se aprecia alguno de los signos clínicos que revelan alteraciones en las amígdalas, y 2.º, todos los restantes.

Basándose precisamente en esto, resume el autor el éxito de la amigdalectomía en los siguientes casos: Después del descenso de los síntomas agudos de la enfermedad, cuando en el curso de una nefritis aguda o poliartritis con exacerbaciones inflamatorias repetidas de las amígdalas fije el momento oportuno el internista. En la nefritis crónica no ha observado buenos resultados. En la endocarditis el éxito no es siempre seguro, porque esta afección recidiva con frecuencia. «Sin embargo en la nefritis aguda y en la poliartritis el éxito de la extirpación total es inmejorable.»

Sobre el influjo del extracto tonsilar sobre el cuadro hemático.—YERCOVIC (N.). «Otorrinolaringología Slávica», fasc. 1, pág. 15, 1932.

Las experiencias de Smith han sido realizadas por el autor y ha obtenido las mismas alteraciones del cuadro sanguíneo inyectando como él en individuos jóvenes afectos de diferentes cuadros amigdalinos, subcutánea o intravenosamente extractos tonsilares encontrando en las dos terceras partes de los casos experimentados una leucopenia pasajera en personas sanas con amígdalas normales y sujetos sanos que habían sido en otro tiempo amigdalectomizados y en mayor proporción en personas con hipertrofias amigdalinas y más aún en aquellos cuadros clínicos de amigdalitis crónica. Lo que prueba que el extracto amigdalino tiene un influjo no siempre constante sobre el cuadro sanguíneo y además fundándose en que en los individuos amigdalectomizados o con amígdalas normales dan esa o parecida reacción, supone el autor que la acción ha sido en esos casos compensada por otras partes.

BIBLIOGRAFIA

FEDERICO W. PRICE.—*Tratado de Medicina Práctica*, versión del inglés, por el doctor Nicolás M. Martínez Amador, tomo II, Gustavo Gili, Editor. Barcelona, 1932. Precio de los dos tomos, 92 pesetas.

En estas mismas páginas (año 1932, pág. 431) fué analizado el primer volumen de la magistral obra que el doctor F. W. Price del Royal Northern Hospital de Londres, en colaboración con numerosos especialistas ha dado a la estampa y que la renombrada editorial de Gustavo Gili, ha cuidado de ofrecer al público médico de habla española la minuciosa traducción del doctor M. Martínez Amador.

Siguiendo el plan trazado, se exponen unas novecientas páginas y en capítulos llenos de sabor clínico, las enfermedades del aparato respiratorio; las afecciones del riñón. Detalladamente se estudian las enfermedades inflamatorias de los tejidos fibrosos, músculos y artropatías y huesos. Más de un centenar de páginas se dedican al estudio de las dermatopatías y casi la mitad del volumen está destinado a exponer en capítulos ponderados las enfermedades del sistema nervioso y psiquiatría, terminando esta última parte en un capítulo interesante de psicoterapia.

El renombre del autor y los nombres prestigiosos de R. A. Young, G. E. Beaumont, W. Langdon Brown, G. Evans, W. H. Willcox, A. M. H. Gray, George C. Low, James Collier, W. J. Addie, y E. Danvers Macnamara, sus colaboradores en los nutridos artículos de este segundo tomo, garantizan la aceptación que ha de merecer «El Tratado de Medicina Práctica de Price» no sólo en nuestros medios universitarios, sino también entre los profesionales que con fruto consultarán sus páginas.

La edición, como es costumbre de G. Gili, muy esmerada. La obra que comprende dos volúmenes con un total de un par de millares de páginas, termina por un detalladísimo índice alfabético que facilita grandemente la busca de cualquier dato. Nuestra felicitación a la editorial y singularmente al traductor, que tan fielmente ha sabido interpretar en castellano el espíritu y letra de la obra inglesa.

LIBROS RECIBIDOS

Prof. A. CECONI y otros.—*Medicina interna*, traducido del italiano por M. Montaner, tomo I. Un volumen de 904 páginas con 182 figuras en negro, 14 en color y una lámina fuera de texto, encuadernado en tela. Modesto Usón, Editor. Barcelona.

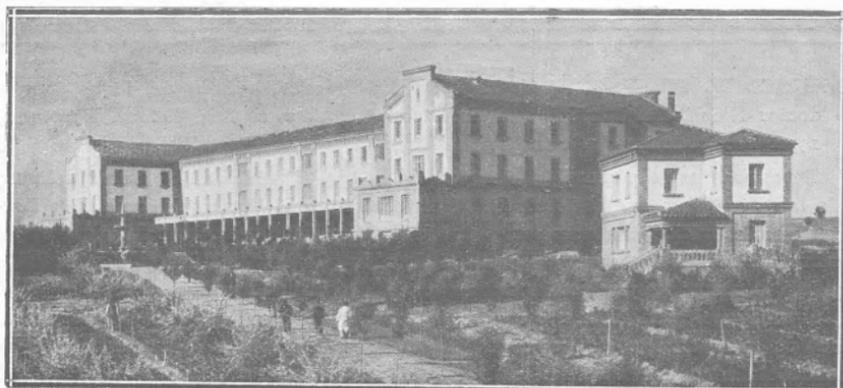
Dr. A. R. I. BROWNE.—*La electroterapia elemental y práctica indispensable al médico*, versión del inglés por el doctor A. Arteaga Pereira, ampliada y anotada por el doctor L. Cirera Terré, un volumen en octavo, de 392 páginas ilustrado con 143 grabados. M. Marín, Editor. Barcelona.

Prof. R. ARGÜELLES.—*Manual de Patología quirúrgica*, tomo II. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1932.

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

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

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



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

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

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

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

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 resecaación producida por el Gomenol.

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

CONFERENCIAS

Conferencia del profesor Hernando en la Academia de Medicina y Cirugía

Siguiendo el ciclo de conferencias organizadas por esta Academia de Medicina, ocupó el día 4 de Marzo la tribuna, el ilustre catedrático de la Universidad Central, director del Instituto de Farmacobiología y renombrado especialista de enfermedades del aparato digestivo, don Teófilo Hernando Ortega.

El salón de actos de la Academia aparecía totalmente lleno, concurriendo numerosos profesores, médicos y alumnos de Medicina, ávidos de escuchar la muy interesante conferencia del prestigioso maestro.

Con el doctor don Salvino Sierra, rector honorario de esta Universidad y presidente de la Corporación, tomaron asiento en el estrado numerosos académicos y catedráticos de esta Facultad de Medicina.

El académico y decano de esta Facultad, doctor Bañuelos, en breves palabras encomia la personalidad del orador, que no precisa, agrega, presentación, ya que su relieve científico y extraordinarias condiciones de maestro consumado, son de todos conocidos.

Comienza el conferenciante dedicando muestras de gratitud a las laudatorias frases del doctor Bañuelos y expresa a continuación un sentido y efusivo elogio a la personalidad del venerable maestro doctor Salvino Sierra, primer motor, dice, de nuestra Escuela de Medicina, cuya organización y condiciones de trabajo alaba.

Seguidamente entra en el desarrollo del tema: «Ictericia hemolítica y constitución hemolítica».

Comienza expresando el concepto de ictericia hemolítica; en la que concurren, aparte del color icterico característico y anemia intensa, un bazo grande, casi siempre hepatomegalia en mayor o menor grado, aumento de bilirrubina en sangre y bilis, presencia de urobilina en orina, disminución de la resistencia globular y constatación en sangre de hematíes granulofilamentosos o reticulocitos con particularidades interesantes.

Asociados a estos datos, subraya la importancia de otros dos, muy significativos: Carácter esencialmente hereditario y familiar del proceso y el que se acompañe de un conjunto de defectos constitucionales muy curiosos.

Hace un resumen histórico de la ictericia hemolítica a partir del primer trabajo fundamental de Minkowski en 1900 y posteriores de investigadores franceses y alemanes, estudiando, después con gran detalle los diversos síntomas de la enfermedad.

El color icterico de estos pacientes tiene algo especial a lo que contribuye el pigmento que lo produce y la anemia que lo acompaña. El matiz de color que varía del amarillo pálido al amarillo rojizo resalta en conjuntivas y difiere del amarillo verdoso, tributario de las ictericias por obstrucción, si bien excepcionalmente puede darse esta modalidad de color en aquellos.

En la sangre de estos enfermos aparece bilirrubina, hemoglobina y urobilina.

Analiza con detalle las particularidades de la bilirrubina retenida, que con arreglo a la esquemática de Hijmans van den Berg corresponde a la indirecta y tardía en oposición a la de los enfermos de ictericia por obstrucción que la dan «directa y precoz».

Aquilata los caracteres de estos tipos de bilirrubina y alude a los trabajos de Aschoff, en Alemania, propugnador de la formación de los pigmentos biliares en el sistema mesenquino-endotelial, correspondiendo al hígado vehicularlos hacia intes-

tino y, de intervenir en su producción sería a través de los elementos celulares de Kupfer que integran la provincia hepática del retículo endotelial.

En las bilis de los cadáveres ha encontrado el profesor Hernando bilirrubina directa en las primeras horas, con tendencia después a la forma tónica o fija.

Aparece a su vez hemoglobina y no hematina, más propia de la anemia perniciosa de Biermer sirviendo este dato de elemento diferencial entre ambos procesos, prestos en circunstancias a confusión.

También existe aumento de urobilina en sangre que se elimina por orina donde se denota siempre su presencia en cantidad exagerada.

Examina, a este propósito los orígenes y destino de la urobilina, y no hace depender su producción de la insuficiencia hepática, que las diferentes pruebas de eficiencia funcional de hígado (bien que contando con su eventualidad) no han permitido comprobar sino con el excesivo aporte de pigmento bilirrubínico a intestino.

Supone el profesor Hernando que intervendrían además fenómenos de índole alérgica que facilitarían la permeabilidad de los vasos renales para el pigmento biliar, superponibles a los constatados, al deponer en inyección intradérmica, ínfimas cantidades de histamina, que en los sujetos aun con débilmente excesivo dintel bilirrubínico haría aparecer «in situ» una coloración especial debida al pigmento extravasado.

Critica después la «anemia» como síntoma fundamental de la ictericia hemolítica.

Existe generalmente oligocitemia, cuyos límites oscilan mucho en cada sujeto.

Relata un caso personal con un millón cien mil hematíes y alude a otros que evolucionaron con policitemia.

Mas lo verdaderamente característico son las remisiones, espontáneas, nunca tan francas como en la ictericia hemolítica, que originarían una gran versabilidad no sólo en los distintos sujetos, sino de un mismo enfermo, en etapas diferentes de la evolución del proceso.

Los que ofrecen policitómia son muy interesantes pero no debemos aseverarlos sino a base de sucesivos exámenes en el paciente.

Se refiere después a las características de los hematíes entre los que predominan los microcitos con forma esférica, que los hace mayores, con valor globular alto.

Midiendo el diámetro de los hematíes se pueden obtener gráficas que permitan casi llegar a un diagnóstico.

Dentro de los elementos citohemáticos, los hematíes «granulo-reticulo-filamentosos» serían los más característicos.

Estos glóbulos descubiertos por Chauffard y Fiessinger de tamaño superior al normal, encierran en su estroma formaciones filamentosas y granulaciones que tendrían la interesante peculiaridad de ser coloreables con métodos en coloraciones post-vitales o supravitales, discrepando de los hematíes con granulaciones basiófilas, propios de los intoxicados por el plomo que se impregnarían en preparaciones fijas.

La cifra de reticulocitos varía mucho, de 1 por 100 que es la normal a 10-15-20 por 100, alude a un caso personal en el que encontró 30 por 100.

Los hematíes nucleados son muy numerosos, abundan los normoblastos (hasta 12.000 en un caso suyo) y aparecen también megaloblastos.

Niega el carácter exclusivo como pertenecientes a la anemia perniciosa de estas formas embrionarias, cuya presencia en la ictericia hemolítica, exterioriza la consiguiente reacción de la médula ósea que no surgiría en determinadas formas de la misma—aplásticas—que ofrecen pronóstico más sombrío.

Estudia con detalle la resistencia globular que en estos sujetos se encuentra generalmente disminuida para las soluciones hipotónicas de cloruro sódico, aunque cabe, bien que excepcionalmente resulte normal e incluso aumentada, en determinados momentos de la evolución de la enfermedad.

Si a estos se agrega que la hemolisis puede darse en la anemia hiperocrómica de Biermer, se colige fácilmente, que dicho fenómeno que se estimó como fundamental no lo representa todo en la ictericia hemolítica.

¿A qué se debe la hemolisis? El doctor Hernando hace revisión de las diferentes hipótesis, e insiste en las que conceptúa de mayor importancia.

Para unos serían primordiales las perturbaciones en el funcionamiento de las glándulas de secreción interna y para otros la disminución en el tenor de la colesteroína en sangre.

Alude a las cifras de hipercolesterinemia que existen siempre en las ictericias obstructivas, que investigaciones suyas le han permitido afirmar, que en contra de lo admitido, son subsiguientes al proceso que condiciona la obstrucción.

Al fin se ha sostenido que el bazo en virtud de los diferentes mecanismos prepararía a los hematíes haciéndoles susceptibles de disminución de resistencia (hiperesplenia de Eppinger).

El metabolismo basal al que sólo se refiere Grafe en dos casos que ha encontrado aumentado ha sido cuidadosamente estudiado por el doctor Hernando, encontrándolo constantemente elevado y supone que esa alza metabólica más que relacionada con la excesiva producción de ácidos aminados, procedentes de la desintegración globular sería expresión de la hiperregeneración de los hematíes.

Considera como constante aunque a veces no sea fácil de observar, el aumento de volumen del bazo; el hígado tendría a su vez ampliadas sus dimensiones, y en algunos casos puede ofrecer tamaño normal.

Hace después la crítica de los fenómenos dolorosos que tienen los enfermos de ictericia hemolítica, semejantes a la crisis de cólico hepático.

A este propósito aporta datos de interés acerca de la interpretación etiopatogénica y sindrómica del cólico hepático, al margen en muchas ocasiones de la existencia de piedras y más bien dependientes de la distensión de la cápsula de hígado, tan frecuente en las diferentes hepatopatías.

Las algias agudas e intensas, sea cualquiera su localización e irradiaciones, desarrolladas en enfermos ictericos deben suscitar siempre la posibilidad de una ictericia hemolítica y ello evitará fáciles errores de interpretación.

Subraya la excepcional importancia de los numerosos defectos constitucionales que pueden observarse en estos enfermos.

Son tan constantes—agrega—que su comprobación que en circunstancias, cuando los síntomas que llevamos comentando no tienen la debida exteriorización, ellos de por sí orillan e imponen el diagnóstico de ictericia hemolítica.

Examina las distintas malformaciones que pueden aparecer insistiendo como la más interesante en el «cráneo en torre» de inusitada frecuencia; también suelen demostrarse ojos prominentes o por el contrario muy pequeños, cejas pobladas y juntas, bóveda ojival, alteraciones dentarias y de los huesos y articulaciones de los miembros, deformaciones de la oreja, etc.

Hace mención especial de las alteraciones de la piel, acné, psoriasis, canicie precoz y sobre todo la úlcera de la pierna que también se encuentra en la «anemia falciforme» hasta ahora exclusivamente observada en los negros.

Una lesión de tan poca significación sugiere consideraciones patogénicas de interés. El doctor Hernando ha recogido interesantísimas observaciones de enfermos con dichas lesiones tróficas en pierna pertenecientes al servicio dermatológico del profesor Covisa, en los que pudo comprobarse a posteriori la existencia de una ictericia hemolítica.

Aporta datos respecto a la distribución geográfica del indicado proceso que aunque siempre muy poco frecuente es posible comprobar algunas observaciones apuntadas en Suiza y suroeste de Alemania; en España la casuística más numerosa es la del profesor Hernando, ya que aparte de ella son sólo tres los casos de ictericia hemolítica publicados, siendo esta una de las circunstancias que le han movido a ocuparse de la cuestión.

En contra del criterio seguido por la escuela francesa, supone que no puede admitirse como dos especies morbosas distintas la ictericia hemolítica congénita y la adquirida.

Es cierto que determinados venenos y algunos microorganismos son capaces de producir fenómenos de hemolisis, pero estos cesan, desde el momento en que desaparece la causa que los condicionó.

También es verdad que la hemolisis puede acompañar a otras enfermedades, como la anemia perniciosa, hemoglobinuria, etc.

Ahora bien, una enfermedad con un cuadro semejante al que acabamos de describir supone siempre una modificación constitucional, todo demostrable en un gran número de casos, siendo en otros difícil de ponerlo de manifiesto.

Es decir que no admite otra variedad de ictericia hemolítica de la congénita; las formas adquiridas son transitorias.

Unas veces se hereda el proceso y otras la manera de ser para padecerle.

Expone detalladamente los datos genealógicos de los familiares por él estudiados, de los que proyecta fotografías muy interesantes.

La magistral conferencia del profesor Hernando expuesta con extraordinaria claridad y aportación de copiosos datos personales, acerca de asunto tan desconocido, fué premiada con una cariñosa y prolongada ovación siendo muy felicitado por el numeroso y selecto público que atentamente le escuchó.

DR. GONZÁLEZ CALVO

Imprenta Castellana

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

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

Didan una demostración de cualquier trabajo.

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

Un nuevo producto *Schering*

NEOTROPINA

Indicado especialmente en el tratamiento de la blenorragia.

Proporciona buenos resultados en los casos de pielitis y cistitis rebeldes a otros tratamientos.

Preparado colorante para el tratamiento de las infecciones del aparato genitourinario

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479 - Madrid

Apartado 1030 - Barcelona



PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

NOTICIAS

Nuestro compañero el doctor R. Argüelles, ha sido nombrado vicerrector de la Universidad de Valladolid.

Nuestro querido amigo y colaborador, el ilustre dermo-venereólogo de Madrid, doctor Barrio de Medina, acaba de ser nombrado profesor-jefe de los servicios de su especialidad en el Instituto Rubio de Madrid, donde desde hace ya tiempo, venía prestando su valioso concurso como dermatólogo.

En plena juventud y en pleno triunfo de su carrera, ha llegado a ocupar tan importante puesto gracias a una tenaz y admirable labor científica, desarrollada durante muchos años en el mismo Instituto.

Días pasados tuvo lugar el homenaje prueba de cariño y admiración que por los triunfos obtenidos por los doctores Barrio de Medina y Valls Marín, que logró la Jefatura de huesos y articulaciones en el Instituto Rubio, les dedicaron los compañeros y amigos de tan ilustres colegas.

El doctor González Villanueva, por la comisión organizadora, ofreció el homenaje, haciendo resaltar la labor científica que durante muchos años han realizado los homenajeados en el Instituto, razón justificadísima, por la que en la mente de todos nació la idea de tributar este homenaje.

Se leyeron numerosísimas adhesiones, cuya enumeración resultaría imposible.

El doctor Valle Marín, en nombre propio y en el de su compañero, agradeció la atención de sus homenajeadores y el acto de compañerismo que esta reunión de amigos representaba, diciendo que si el haber cumplido siempre con su deber tras de una gran labor, merecía un premio, aceptaban el homenaje. Dedicó a continuación un cariñoso y sentido recuerdo a todos sus maestros, nombrando con emoción y reverencia a los ya desaparecidos doctores Azua y López Durán, a quienes—dice—, «tanto debemos en las especialidades que representamos.»

A requerimiento de los asistentes al fraternal acto, hizo uso de la palabra el doctor Barrio de Medina, para quejarse de las cariñosas manifestaciones de sus compañeros y amigos que le obligaban a romper el pacto de hablar por los dos, uno de ellos. En breves y emocionadas palabras, dió las gracias a todos los asistentes, haciendo suyas las palabras del doctor Valls Marín. Una gran ovación coronó las últimas palabras del doctor Barrio de Medina.

También a peticiones repetidas de todos, pronunció unas palabras el doctor Bardagi, Inspector provincial de Sanidad de Madrid, destacando la personalidad de los homenajeados. Dice que aprovecha la ocasión para saldar una deuda de gratitud, amistad y compañerismo que le une al doctor Barrio de Medina. Hace un llamamiento a todos los compañeros para que acaben de una vez las posibles rencillas y pasiones que entre los médicos existen y termina finalmente, diciendo que hoy no se puede hablar de las especialidades de Dermatología y de Huesos y articulaciones, sin citar los prestigiosos nombres de Barrio de Medina y Valls Marín.

La lucha contra la difteria en Cataluña.—El doctor Brossa por encargo de la Sociedad catalana de Pediatría, ha estudiado detenidamente la forma de dirigir una campaña contra la difteria, que actualmente causa un 10 por 100 de mortalidad en los atacados. Como primer paso de esta lucha contra la difteria, ha escrito un folleto

dirigido a todos los médicos no pediatras, vulgarizando esta enfermedad, que será editado por la Sociedad de Pediatría y enviado a los médicos, junto con una carta explicativa de la campaña que se piensa emprender contra la difteria desde los puntos de vista práctico y social. En síntesis, este folleto dice lo siguiente:

Que la lucha contra la difteria se debe fundamentar en el diagnóstico detenido de la enfermedad y tratamiento rápido y enérgico del enfermo, con aislamiento del mismo.

Que la difusión de la enfermedad en la colectividad y por tanto la morbilidad por difteria, será dominada por la vacunación.

Que un posible foco epidémico será dominado por la inmunización pasiva.

Que el mejor procedimiento es el de vacunación por anatoxina.

Que es una equivocación emplear el suero en dosis escalonadas (en dos o tres días), pues debe administrarse en una sola vez; y

Que la vía precutánea tiene actualmente el inconveniente de que sólo vacuna un 60 a 80 por 100 de los casos, siendo, por tanto, un procedimiento inseguro.

Convencida de la utilidad primordial de tal organización, la Liga Española contra el Cáncer, en virtud de la decisión tomada por el Comité Cancerológico Internacional provisional, ha tomado la iniciativa de reunir en Madrid, del 25 al 30 de Octubre de 1933, un Congreso Internacional de Cancerología de carácter científico-social con dos secciones: Social y Científica, cada una con cuatro subsecciones, y de orga-

*¡ un acierto
¡ en dietética !*

como alimento normal

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

como tratamiento

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



MALTARINA

El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - Reinosa -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos

nizar una Exposición Internacional de Cancerología concerniente a los aparatos, al cáncer experimental, a los modelos de Institutos y Hospitales, a la bibliografía cancerológica en todos los idiomas, etc.

El excelentísimo señor Presidente de la República Española y el Gobierno, han ofrecido su alta protección.

Toda la correspondencia debe dirigirse al Secretario General del Congreso Internacional de Lucha Científica y Social contra el Cáncer. Decanato de la Facultad de Medicina. Atocha, 104. Madrid.

En Berlín fallecieron por cáncer en 1927, 4.500 personas; en 1928, 6.900 y en 1931, 7.300.

En 1928, murieron víctimas del cáncer en toda Alemania, 73.000 sujetos.

La mortalidad por tuberculosis en los mismos años fué de 5.800, 4.300 y 4.000 respectivamente.

Asociación de Escritores Médicos

Esta Sociedad ha celebrado Junta general en el Colegio de Médicos, bajo la presidencia del doctor Barrio de Medina.

El Secretario, doctor Fernández Cuesta, dió lectura a una extensa Memoria, en la que se detallan los hechos acaecidos en la Asociación desde la fecha en que fué creada.

Se tomó el acuerdo de nombrar socios numerarios a los doctores Noguera (don Juan), Haro y Martín Fernández. También se nombró socio correspondiente al doctor Téllez Plasencia, de Santander.

Con arreglo al Reglamento, se procedió a la renovación de la Junta directiva, y al llegar a este punto, el doctor Vallejo Nájera, propuso, y así fué aceptado, un voto de gracias a la Directiva que cesaba. Después de amplia deliberación, se procedió a la votación de la Junta de Gobierno, que quedó integrada por los siguientes escritores médicos: Presidente: don Joaquín Núñez Grimaldos; Vicepresidente, don Felipe García Triviño; Secretario, don Manuel Fernández Cuesta; Tesorero, don José Barrio de Medina; Vocales: don Arturo Perera, don Antonio Vallejo Nájera y don Enrique Noguera.

Se tomó el acuerdo de invitar a los escritores médicos residentes en provincias, a que soliciten, si así lo desean, ser nombrados socios correspondientes, para lo cual pueden enviar su petición al Secretario, doctor Fernández Cuesta, calle de las Huertas, 12, Madrid.

Por último, el doctor Núñez Grimaldos, nuevo Presidente, dió las gracias por el nombramiento y se ofreció con el resto de la Junta directiva, para colaborar por el engrandecimiento de la Asociación de Escritores Médicos.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

Valladolid: Imp. Castellana, Montero Calvo, 17. Teléfonos 2238 y 2239