

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

COMITÉ DIRECTIVO

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

REDACTOR JEFE

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

SECRETARIO DE REDACCIÓN

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

CUERPO DE REDACCIÓN

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

REDACTORES-DELEGADOS

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

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODURO BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

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

VARI-FLEBOL

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

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
{ Acido glicerosfosfórico 0,046 »
{ Acido cacodílico 0,030 »
{ Hierro asimilable 0,002 »
{ Glicerosfosfato estriánico 1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse a LABORATORIOS ETHOS⁴⁴

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evolución, actividad e inactividad de las lesiones tuberculosas, por Felipe G.^a Lorenzana.

Erisipela gangrenosa de la cara en una anciana arterio-esclerosa hiperglicémica, por el doctor Eduardo Ledo.

La sueroterapia específica en el carbunco, por Julio Corzo y José María G. Maroto.

CRÓNICA DE MEDICINA INTERNA

Nuevas adquisiciones en la patología de las suprarrenales, por el doctor J. Andreu Urra.

REVISTA DE REVISTAS

Anatomía patológica, por Suárez.

Medicina interna, por J. Andreu Urra.

Cirugía, por F. Cuadrado.

Neurología y Psiquiatría, por J. M. Villacián.

Dermatología, Sifiliografía y Venereología, por E. Ledo.

Otorinolaringología, por M. Gavilán.

Radiología, por C. Martín.

Terapéutica, por J. Calvo Melendro.

BIBLIOGRAFÍA

Un nuevo libro de Marañón, por Ricardo Royo-Villanova y Morales.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

Causa y remedio del malestar profesional de la clase médica, por R. Royo-Villanova y Morales.

Un interesante fallo del Tribunal Supremo sobre responsabilidad médica.

Ante la reforma tributaria.

CRÓNICA REGIONAL

» NACIONAL

» INTERNACIONAL - *Desde Colonia*, por J. Casas.

NECROLOGÍA

DISPONIBLE

OXIDAL

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

ES UN VERDADERO RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

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

Zimema Hemostático fisiológico — todas las hemorragias. Ampollas de 1 1/2 y 3 cc.
Frascos con solución.

Aglicolo Diabetes y glicosurias.
En frascos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

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

Evolución, actividad e inactividad de las lesiones tuberculosas

por Felipe G.^a LORENZANA, (de León)

Muchas veces en la práctica diaria, ante un enfermo que viene a consultarnos sobre la existencia de lesiones tuberculosas, es preciso en primer lugar, investigar su existencia y si éstas existen en realidad se nos presenta otro problema bastantes veces difícil, y es, precisar si esas lesiones cuya presencia advertimos son activas, se encuentran en fase evolutiva o por el contrario están en situación de latencia en que solamente su presencia es manifiesta sin dar lugar a ningún otro trastorno como no sea de origen mecánico. Como se comprende, de las conclusiones que obtenemos del examen del enfermo en este sentido depende el pronóstico que debamos hacer.

Es preciso distinguir bien la noción de actividad de la evolución, pues como dicen Sergent, León Bernard, etc., una lesión activa es aquella que traduce la existencia de una virulencia persistente y origina sintomatología subjetiva y objetiva, mientras que la evolución depende de la progresión lesional, bien por extensión o por siembra a distancia. En cuanto a las lesiones inactivas son: bien secuelas de la primoinfección o bien lesiones de reinfección estabilizadas. Ahora bien, no siempre las lesiones persisten en el estado en que las encontramos en un momento dado y pueden presentar períodos de actividad, alternando con otros de inactividad. Respecto a las lesiones activas pueden o no ser evolutivas, pero siendo estas lesiones en estado de evolución siempre activas.

En el reciente Congreso Nacional de la Tuberculosis celebrado en Burdeos en 1931, exponen Leuret y Caussimon que tratar de la actividad de una lesión tuberculosa supone referirse a la «actividad actual», pues querer apreciar la «actividad potencial» es entrar en el difícil problema del pronóstico de la tuberculosis.

Estos autores han comprendido el caso de actividad y evolución de muy distintas maneras.

Además de la virulencia de los elementos bacilares y de la calidad del terreno, las manifestaciones de actividad de las lesiones están intervenidas por la importancia o por la insuficiencia de la reacción esclerosa de enquistamiento de las lesiones. Así pues, la expresión de actividad tiene más o menos valor según que la lesión esté o no en comunicación con el medio interno, sea sangre o linfa o bien que la corteza esclerosa perilesional sea lo suficientemente aislante o no.

Exponen su concepto desde tres puntos de vista: biológico, clínico y anatómico.

Desde el punto de vista biológico, una lesión es activa mientras contiene bacilos virulentos.

Clínicamente existe actividad cuando se revela por sintomatología subjetiva y objetiva o por reacciones humorales bastante netas para ser registradas.

Por último una lesión es activa o evolutiva desde el punto de vista anatómico, cuando se ulcera y se extiende.

Este esquema es verdaderamente útil, pues para hacer un buen diagnóstico en materia de tuberculosis, es indispensable acudir a los diferentes datos que en él se exigen, es decir que necesitamos pasar revista a los datos clínicos y de laboratorio para deducir conclusiones anatómicas.

Respecto a los datos de carácter clínico, la fiebre tiene extraordinaria importancia. La fiebre tiene una relación tan íntima con la actividad tuberculosa que nos traduce la virulencia de la lesión puesto que cuanto más grave sea ésta, la fiebre es más elevada y más acentuados los síntomas generales. Pero ante estos casos que no suelen ofrecer duda hay otros, los comprendidos dentro de la cuestión de la febrícula cuyo origen no siempre se descubre con facilidad. Está íntimamente unida la comprobación de una febrícula a la existencia de una lesión tuberculosa de actividad escasa, bien radique en pleno parenquima pulmonar o en ganglios traqueobronquiales. Pero desde el magnífico estudio de Marañón no podemos afirmar en absoluto que el motivo de la febrícula sea siempre de origen tuberculoso, sino que es preciso pensar en otras causas que a menudo intervienen. Ahora bien, como la fiebre no es más que un síntoma debemos atenernos solamente a su justo valor en relación con los demás datos que se deben investigar y es únicamente del conjunto del estudio que pueden obtenerse conclusiones, y nunca de un solo dato. Por esto si bien el estudio de curva térmica es indispensable, nunca será por sí sola suficiente para formar juicio, y mucho menos todavía tratándose de la febrícula que es una cuestión tan compleja.

Sin embargo, debemos afirmar que un estado subfebril continuo, es expresión de un foco activo que constituye siempre un peligro inmediato.

Las perversiones de la regulación térmica (fiebre, inestabilidad térmica, febrículas provocadas) son expresión frecuentemente suficiente, pero no necesaria siempre de actividad tuberculosa, pues cada lesión tiene un tipo de reacción térmica muy en relación con el terreno en que se desenvuelve.

En la mujer durante el período menstrual, cuando existen lesiones activas, la curva térmica suele alterarse y esta cuestión estudiada cuidadosamente por Caussimon, le llevó a la conclusión de que así como en las mujeres normales o bien no existe ninguna elevación de la temperatura, o se eleva ligeramente en los días premenstruales, con descenso a lo normal durante la pérdida sanguínea, en las enfermas tuberculosas con lesiones activas o evolutivas se altera esta curva en el sentido de producirse una elevación del nivel medio de la temperatura durante los días de menstrua-

ción, que puede tener lugar solamente en esta fase o combinarse con hipertermia pre y postmenstrual.

De una manera general, se puede afirmar que las diversas modalidades de la fiebre representan manifestaciones capitales de actividad de las lesiones tuberculosas.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que no porque no exista fiebre debamos descartar en absoluto la actividad de las lesiones, pues existen formas atípicas de tipo tórpido que evolucionan sin fiebre y en las cuales hay que someter al enfermo a determinadas pruebas como la marcha para descubrir su reacción febril, constituyendo el síndrome de impregnación.

El estado general, cuando solamente existe una ligera febrícula, puede ser normal sin existir ninguno de los síntomas generales o ser éstos muy atenuados y solamente la exploración ilustrarnos sobre la situación de las lesiones. Sin embargo, cuando éstas están en plena actividad, el estado general suele ser precario, con astenia, fatigabilidad, adelgazamiento, anemia, etc., aunque tampoco es indispensable y pudiendo presentarse entre estas dos situaciones toda clase de gradaciones intermedias. Pero en caso de no observar el enfermo estos síntomas, no debe hacernos ser demasiado optimistas, pues hay lesiones evolutivas en individuos gruesos y de buen aspecto (tuberculosis florida) en los que debe explorarse detenidamente y reunir los máximos datos para formar un juicio acertado.

Mantoux, de Cannes, da una gran importancia a los dolores torácicos, como síntoma de actividad de las lesiones tuberculosas y dice que muy a menudo están en íntima relación con un brote evolutivo. Estos dolores, bien de intensidad grande o de molestias mínimas, se suelen exagerar por la presión local y muy a menudo dependen de una reacción de corticopleuritis que puede acompañarse de estertores finos. Afirma también que las adherencias pleurales no son dolorosas por sí mismas, sino que el dolor de pleuríticos antiguos depende de un foco todavía en evolución, a una corticitis o una pleuritis no organizada todavía en cicatriz definitiva. Desde luego hace constar que no existe relación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la lesión, pues un dolor grande puede depender de una pleuritis de escasa importancia en un enfermo muy susceptible al dolor. Por el contrario, un dolor ligero con sensación de pesadez solamente, puede ser determinado por una lesión cavitaria.

La tos, la expectoración, la disnea, juzgados solos no pueden dar idea de la actividad ni de la evolución de las lesiones tuberculosas aunque el síntoma expectoración debe estudiarse atentamente. Su cantidad debe conocerse y en los procesos destructivos de pulmón suele ser muy abundante, aunque puede no existir expectoración y haber lesiones tuberculosas en actividad.

La hemoptisis, síntoma frecuente en la tuberculosis de pulmón, debe valorarse exactamente y es especialmente sospechosa una hemoptisis seguida de elevación térmica como indicadora de actividad de las lesiones, y

sobre todo si va seguida de gran fiebre, debe hacernos temer una agudización del proceso o un nuevo brote. Este síntoma, cuando la temperatura permanece invariable es muchas veces beneficioso, pues es frecuentemente el que lleva al enfermo a consultar su padecimiento y el que le preocupa, tratando de averiguar su origen y de ponerle remedio, por consiguiente es preciso estudiarle detenidamente en relación con los demás datos. No creo que deba dejar de señalar que pueden existir lesiones de gran actividad sin existir hemoptisis, así como que puede ser frecuente en otros procesos pulmonares extraños a la tuberculosis. Respecto a la hemoptisis, creo que debe considerarse como punto de partida para proceder a un examen completo y detallado de la situación de las lesiones tuberculosas, en caso de que sea de este origen.

Por parte del sistema circulatorio, existen también síntomas, principalmente la taquicardia, que constituye un buen indicador de la toxemia tuberculosa. Suele existir una relación muy estrecha entre la inestabilidad del pulso y la curva de la temperatura y la del peso: es decir, que fiebre, adelgazamiento y taquicardia constituyen tres síntomas fundamentales de la intoxicación tuberculínica.

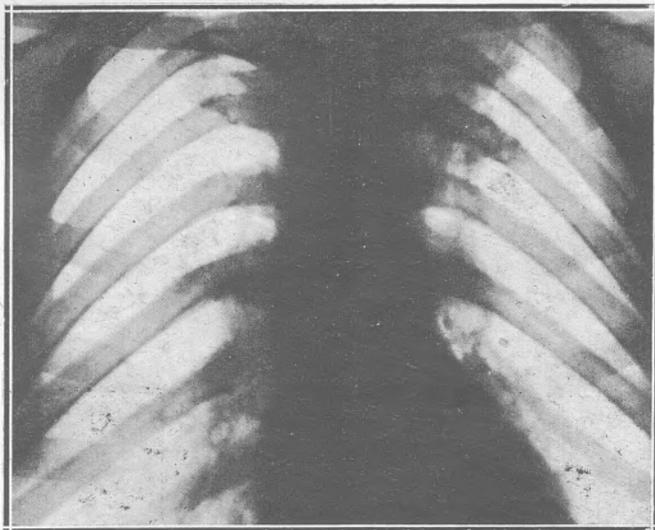
La tensión arterial que ha sido objeto de estudios numerosísimos desde que Marfán señaló la existencia de hipotensión en esta clase de enfermos, no puede hoy considerarse como dato constante ni basar en ello ninguna conclusión, pues está perfectamente demostrado, que no todos los tuberculosos son hipotensos, sino que corrientemente tienen una presión normal y solamente en enfermos presentando lesiones de gran actividad o radicando en ambientes de hospital, etc., es donde suele encontrarse. Por el contrario en aquellos enfermos de tipo fibroso o aun con ligera actividad de lesiones, pero bien cuidados y con un estado de nutrición excelente, las cifras de tensión son normales o superiores a lo normal, es decir, con hipertensión en una porción de un 20 a 25 por 100, según García Triviño y Navarro Blasco.

La exploración objetiva constituye un proceder utilísimo e indispensable en el diagnóstico de actividad de las lesiones tuberculosas, y siendo la auscultación la que nos informa más fielmente del carácter de la lesión.

El encontrarnos ante ruidos estetaústicos claros y abundantes es indudable la presencia de una lesión activa. Ahora bien, es preciso hacer una reserva importante, no son muchas veces más activas las lesiones que más se oyen. Y al contrario, lesiones poco perceptibles por auscultación pueden ser muy activas. Es preciso para juzgarlo atenerse a las leyes de Ameuille, que dice que una lesión pulmonar para ser percibida debe tener un desarrollo suficiente, no ser demasiado profunda y ser fácilmente transmitida, (estas son resumidas, las leyes del volumen minimum, de la profundidad máxima y de la transmisión). Así pues para percibir una lesión son precisas determinadas condiciones, y los datos obtenidos aunque muy importantes deben ser siempre valorados en relación con lo que se encuentre

con los demás procederes diagnósticos. No hay que olvidar la frase de Stephani, aunque un poco exagerada, como dice Burnand, que dice que: cuando el estetoscopio descubre una lesión, la radiografía la dobla y la autopsia la triplica, de donde deducimos que cuando se oye claramente una lesión tiene más importancia de lo que creemos.

La exploración radiológica es absolutamente indispensable en el diagnóstico de las lesiones tuberculosas y tiene una importancia extraordinaria

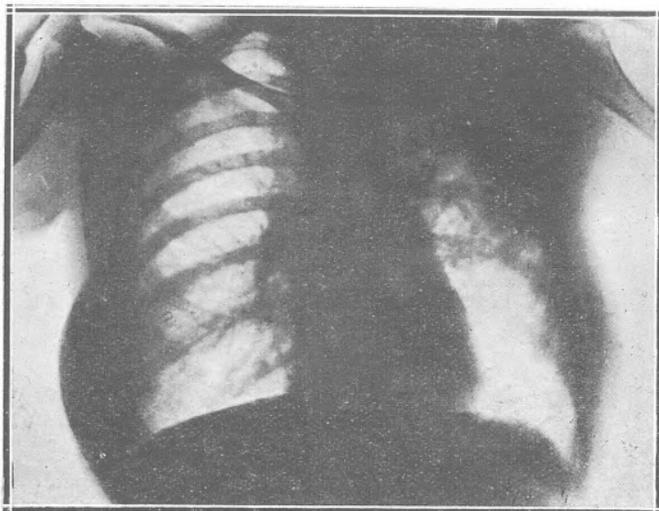


Adenopatía tracobronquial con infiltración infraclavicular del lado izquierdo
(Radiografía debida a la amabilidad del doctor García Triviño)

en el estudio de la evolución de los procesos tuberculosos, pues las radiografías seriadas constituyen documentos que nos permiten seguir paso a paso la evolución, estabilización o regresión de las lesiones.

En primer lugar, hemos de afirmar con Leuret y Caussimon, que la actividad o inactividad de las lesiones tuberculosas no está en relación con la abundancia o escasez de sombras radiográficas. La imagen observada es sencillamente el resultado de la totalidad de sombras y claridades y por consiguiente no puede estar en relación la intensidad de la sombra con la gravedad de la lesión y al revés. Así pues, una radiografía cargada de sombras de contorno neto, bien en forma de tractus fibrosos o en forma de nódulos cuyo contorno dibuja una línea regular, con normalidad del tejido circundante, o la presencia de ambas cosas, pero sin fiebre, con buen estado general, sin adelgazamiento, ni astenia, sin estertores, etc., no hay motivo para hacer un mal pronóstico en lo que concierne a la evolución tuberculosa por sí misma, pues en este caso ha tenido lugar la producción de

un fibrotórax salvador. Por el contrario, un pequeño infiltrado precoz ulcerado en región trans o infraclavicular, con el resto de los campos pulmonares libres, pero con un síndrome tóxico intenso, fiebre alta, adelgazamiento, hemoptisis, soplo y estertores, esputos bacilíferos, etc., diagnóstico que hace la clínica por sí misma el papel de la exploración radiográfica consiste en precisar exactamente la extensión de la lesión, el número de ulceraciones, origen del infiltrado, etc. Asimismo, nos descubre cavernas que por su situación profunda no las puede percibir el oído.



Lesión activa y evolutiva de tipo ulcero-caseoso, del lado izquierdo
(Radiografía debida a la amabilidad del doctor García Triviño)

En radiología pulmonar, el estudio del hilio, tiene una gran importancia, habiendo sido objeto de numerosas discusiones este tema con motivo de la adenopatía traqueobronquial. Gálvez, afirma que los elementos que forman la sombra hilar son los vasos y los bronquios. Los ganglios, solamente son visibles en estado patológico. Por consiguiente tenemos que considerar una imagen normal y otra patológica.

En estado normal, la imagen en forma de alas de mariposa que observamos en las placas, está formada en el lado derecho por el grueso tronco arterial que va a los lóbulos medio e inferior. Entre este vaso y el corazón se observa un espacio libre cuya claridad corresponde al bronquio que se dirige a los mismos lóbulos. En lado izquierdo, la mayor parte de la imagen está formada por la arteria pulmonar, pues el resto de las sombras hiliares que están formadas por la arteria y bronquio del lóbulo inferior quedan tapados por el ventrículo izquierdo.

Muy frecuentemente hay dificultades de interpretación en cuyo error

intervienen algunas sombras que semejan ganglios y que dependen de varias causas como la superposición de vasos que en el sitio que confluyen pueden dar una sombra más intensa, o por la superposición de claridades bronquiales sobre un vaso, como ocurre en el lado izquierdo en que el tronco de la arteria pulmonar rodea el bronquio del lóbulo superior y que lo fragmenta radiológicamente semejando ganglios aislados. En estos casos basta variar la posición del enfermo para variar así la incidencia de los rayos y desaparecen los supuestos ganglios observados.

El hilio patológico debe reunir las siguientes condiciones según dice Gálvez: sombras de contornos difusos, ausencia de claridades bronquiales y presencia de sombras sobreañadidas.

El tamaño de las sombras hiliares tampoco debe servirnos de pauta para juzgar de la gravedad de una lesión, siendo preciso un estudio más cualitativo que cuantitativo, pues hay que tener en cuenta que en el hombre de la ciudad, los motivos no tuberculosos para presentar radiológicamente sombras hiliares son múltiples, existiendo ganglios antracósicos, calicósicos, etcétera. En cuanto a los ganglios hiliares propiamente tuberculosos hay que señalar que puede muy bien presentarse en posición frontal un hilio perfectamente sano y sin embargo existir masas ganglionares retrocardiacas en actividad, por lo cual debe siempre explorarse también en posición oblicua.

Respecto a la intensidad de las sombras, debe tenerse en cuenta que de una manera general cuanto más intensas sean y de contornos más netos, más inactivas son, siendo por el contrario las masas caseosas de tipo difuso, la sombra menos intensa y de contornos irregulares como desflecados.

El laboratorio interviene también grandemente en la cuestión de que se trata, siendo el análisis de esputos un dato fundamental que debe buscarse siempre. La presencia de bacilos en los esputos, supone la confirmación de procesos tuberculosos, la mayor parte de las veces en actividad, aunque no siempre. Asimismo es cosa perfectamente establecida que la ausencia de elementos bacilares no excluye de ninguna manera que pueda existir una lesión en actividad, debiendo aquilatarse esta cuestión por la homogeneización y aun en caso negativo por la inoculación al cobaya. Es preciso pensar en las formas invisibles de los virus filtrantes de innegable importancia y que deben tenerse en cuenta.

Las fibras elásticas tienen una gran importancia, pues nos diferencian las formas caseosas de las fibrosas, siendo constantes en caso de procesos destructivos de tejido pulmonar, aunque no son específicas de las lesiones tuberculosas, pues se presentan en todos los casos en que se produce destrucción de tejido, como abscesos, gangrena, etc.; por eso el hallazgo de fibras elásticas es un dato más a acumular y que debe relacionarse con los demás.

La presencia de albúmina en el esputo tuberculoso es frecuente, pero no es específico de esta enfermedad tampoco.

La velocidad de sedimentación de los hematíes, aunque no es reacción específica de la tuberculosis, tiene una importancia de primer plano, pues nos permite juzgar bastante acertadamente sobre la actividad o inactividad de las lesiones tuberculosas. Las cifras elevadas nos indican que existe un proceso caseoso o ulceroso mientras que las formas cirróticas suelen dar una cifra normal o muy aproximada. Naturalmente debe asociarse el resultado a los obtenidos por las demás investigaciones, pero una mejoría manifiesta clínica y radiológica va acompañada paralelamente de la rectificación de la cifra de la velocidad de sedimentación. Por consiguiente es reacción que debe buscarse siempre por su frecuente fidelidad y la sencillez de técnica.

Los hemogramas deben investigarse por ser dato útil. Descontando las formas de actividad manifiesta y de gran virulencia en que suele haber anemia y leucocitosis neutrófila, en las formas de tipo más apagado se suele encontrar en la fórmula leucocitaria un predominio de los linfocitos. El índice de Arneth, cuando está desviado hacia la izquierda nos indica un predominio de la enfermedad con la consiguiente actividad, siendo más intensa la desviación cuanto más activas y evolutivas son las lesiones. La fórmula de Velez cuanto más manifiesta es, más actividad supone. La fórmula de Schilling, cuando está desviada hacia la izquierda, supone también cierto grado de actividad según su intensidad.

Las reacciones humorales tienen interés en lo que se refiere a la noción del equilibrio o desequilibrio proteico del suero sanguíneo. La proporción de la tasa serina-globulina en el suero ha sido objeto de numerosos estudios. Recientemente, Th. Tsamboulas, coincidiendo con Achard, Bariety y A. Codounis establecen que la relación de la serina, globulina y fibrinógeno, que en estado normal dan como cifras para la primera de 75 por 100; el 25 por 100 para la segunda, y 0,30 por 100 para el tercero, se modifica en el sentido de producirse un aumento de la globulina y del fibrinógeno con disminución de la serina en los enfermos tuberculosos, siendo tanto más acentuada esta inversión cuanto mayor sea la descomposición de albúmina en el organismo y por consiguiente el proceso tuberculoso más activo o más evolutivo.

Estudiando Tsamboulas esta disminución del cociente albuminoso en varios grupos de enfermos, observó que en aquellos que seguían una marcha favorable presentaban además de un aumento en la velocidad de sedimentación de los hematíes y disminución de la tensión arterial, un aumento ligero de la tasa de la globulina y del fibrinógeno con disminución de la serina. En otro grupo de enfermos algo más graves, pero sin excesiva intoxicación tuberculínica, los fenómenos eran los mismos pero más acentuados. Por el contrario en otro grupo con gran actividad y toxemia, vió que los fenómenos anteriores no aumentaban la intensidad, sino que se producía una disociación entre el fibrinógeno y la globulina en el sentido de disminuir ésta en relación con la serina y aumentaba el fibrinógeno.

Por este medio, estamos en condiciones de conocer la intensidad de la defensa humoral del organismo, pues el autor citado expresa su opinión de que el aumento de la tasa de la globulina depende de los anticuerpos, por lo cual aumenta en las formas medianas y disminuye en los casos avanzadísimo, mientras que el fibrinógeno que tiene su origen en las albúminas descompuestas, aumenta de manera extraordinaria en los procesos graves.

Otra reacción humoral de cierta importancia, es la reacción de Vernes a la resorcina. Se interpreta de la siguiente manera: un índice óptico inferior a 15, nos indica que no hay tuberculosis activa. Cuando el índice es superior a 30, nos dice que se trata de un individuo tuberculoso. Las cifras intermedias entre 15 y 30, supone un margen sometido a interpretaciones, aunque podemos inclinarnos hacia una conclusión positiva o por lo menos considerar como signo de alarma los resultados cuyas cifras estén entre 25 y 30, así como al contrario las comprendidas entre 15 y 20.

Fuente Hita, afirma como resultado de sus trabajos, que esta reacción tiene gran valor diagnóstico aunque no es específica de la tuberculosis, y sobre todo que tiene gran importancia y debe ser tomada en consideración en lo que se refiere al diagnóstico de actividad de las lesiones, en lo cual se muestra también conforme Diez Melchor. Sigue diciendo que para juzgar de la actividad es más fiel que la cutirreacción, la velocidad de sedimentación y reacción de Mafety.

La serofloculación es considerada también por los autores franceses, como de gran fidelidad. L. Bernard, Bonnet y Lamy dicen que sigue una curva paralela a la evolución de la enfermedad. Tilmant, de París, la considera como el verdadero termómetro de la evolución tuberculosa, así como Jullien, de Grenoble, que dice que estudiar la reacción de Vernes es hacer una verdadera tisiometría, etc.

Así pues, aunque no es específica de la tuberculosis, y su valor diagnóstico no es absoluto, debe tenerse en cuenta en lo que respecta a la actividad o inactividad de las lesiones, pero en éste como en los demás datos tampoco puede dársele valor aislado, sino en relación con los demás.

La reacción de desviación de complemento tiene solamente una mediana importancia en el diagnóstico de actividad de las lesiones, pues aunque según Letulle da un 90 por 100 de reacciones positivas, en los casos clínicamente dudosos, la reacción da resultados variables, además que cuando la reacción es positiva, ya existen lesiones pulmonares fácilmente comprobables clínicamente, pues los anticuerpos fijadores no aparecen en la sangre antes de los cinco meses de iniciada la evolución del proceso. Tampoco es específica, pues suele ser positiva según Morelle y Bassemass en algunas afecciones alérgicas como el asma y el prurigo, así como también en el psoriasis, la pelada y el lupus eritematoso dando un tanto por ciento elevado de reacciones positivas.

La seroaglutinación de Arloing y Courmont, no tiene tampoco valor diagnóstico a pesar de su interés científico.

En cuanto a las reacciones tuberculínicas cutáneas, nos informan de la impregnación tuberculosa, pero no de la tuberculosis clínica ni de su evolución que es lo que estamos estudiando.

Después de esta rápida revista a los diferentes procederes para diagnosticar la existencia de tuberculosis y su estado clínico, anatómico y biológico, creo que debemos concluir diciendo que para llegar a un diagnóstico cierto, es preciso recoger el mayor número de datos posibles y analizarlos y juzgarlos con el mejor sentido clínico, empezando por un interrogatorio minucioso y bien dirigido, seguido de una exploración detenida clínica y radiológica, completada con procederes de laboratorio en los cuales no puede faltar el análisis de esputos ni la velocidad de sedimentación de los hematíes, como datos fundamentales.

Está pues, perfectamente establecido que un síntoma no puede ni debe servir para hacer un diagnóstico de esta naturaleza, pero que en caso de existir debe ser el fundamento para la investigación detenida de los demás síntomas, reuniendo el mayor número posible de elementos de diagnóstico y tratando de precisar si corresponden a la tuberculosis y la parte que pueden tener en el diagnóstico de actividad o inactividad de las lesiones tuberculosas pulmonares.

Este es el caso del infiltrado precoz que estudiando el actual tema no puedo dejar de citar, por ser su sintomatología mínima o imprecisa, a veces traducida solamente por una ligera astenia o por una pequeña hemoptisis, a la vez alarmante y salvadora, puesto que es lo que al enfermo le obliga a someterse a la investigación médica, y que muchas veces sin signos físicos manifiestos, es la exploración radiológica la que nos descubre la lesión.

Así pues, en resumen; es necesario criterio para no afirmar la existencia de tuberculosis activa al menor síntoma que puede muy bien depender de otra afección, ni demasiado optimismo para negar su ausencia, porque la sintomatología sea escasa que a veces por este motivo y no haber puesto un tratamiento oportuno, puede evolucionar una lesión de manera violenta en poco tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- LEURET ET CASSIMON.—«Le diagnostic de l'activité des lésions tuberculeuses». Congrès national de la tuberculose, Burdeos, 1931.
- J. CAUSSIMON.—«Un criterium d'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses. Les fièvres menstruelles». «La Presse Médicale». Noviembre, 1929.
- E. EIZAGUIRRE.—«La tuberculosis pulmonar». 1931.
- E. GARCIA TRIVIÑO.—«La presión arterial en los tuberculosos pulmonares». «El Siglo Médico». Enero, 1932.
- NAVARRO BLASCO.—«Presión arterial y T. P.» «Medicina Ibera». Diciembre, 1931.
- R. BURNAND.—«Precis d'auscultation dans le diag. de la T. pleuro-pulmonaire».
- GALVEZ.—«Estudio radiológico del hilio». Servicio del doctor Marañón, 22 de Febrero de 1930.

- PARTEARROYO Y VIZCAINO.—«Las imágenes de la piel en las radiografías de tórax». «Revista de Tuberculosis».
- CRESPO ALVAREZ Y FRANCO.—«La sedimentación de hemáticos en la T. P.». «Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas». Agosto, 1930.
- BLANCO Y ALVAREZ FERNANDEZ.—«La sedimentación globular en la T. P.». «Medicina Ibero». Abril, 1930.
- VERDES MONTENEGRO.—«Diag. y Trat. de la T. P. en el niño y en el adulto». Año 1930.
- TH TSAMBOULAS.—«Le taux albumineux dans la T. P.». «La Presse Médicale». Diciembre, 1930.
- FUENTE HITA.—«La reacción de la resorcina en tuberculosis». «Medicina Ibero». Agosto, 1929.
- DIEZ MELCHOR.—«La serorreacción de Vernes en la T. P.». «Medicina Ibero». Enero, 1931.
- LETULLE ET HALBRON.—«Nouveau traité de Médecine».
- BECANCON ET DE JONG.—«Pathologie Médicale». Appareil respiratoire.
- A. M.^a VALLLEJO.—«La fijación del complemento en la T. P.». Revista de Tuberculosis.
- VERDES MONTENEGRO.—«Sobre el diagnóstico específico de la T. P.». Revista de Tuberculosis.



Erisipela gangrenosa de la cara en una anciana arterio-esclerosa hiperglicémica

NOTA CLÍNICA (*)

por el doctor Eduardo LEDO

La forma gangrenosa de la erisipela facial no es frecuente.

La multiplicidad de factores que condicionan esta evolución hace que los casos—de erisipela gangrenosa en general—no sean superponibles y que en todos y en cada uno de ellos sea interesante ahondar en el estudio de las determinantes de esta evolución.

En estas notas no haremos más que someter a la consideración de nuestros compañeros de Academia un caso que reputamos interesante por la intensidad del proceso. Lástima que no podamos aportar datos bacteriológicos, que harían más completo nuestro estudio. Tal vez la edad y el estado de las arterias de nuestra enferma son los factores más importantes; en otros casos podrá imputarse el proceso gangrenoso a la mayor virulencia del estreptococo; a lo sumo, a la infección primitiva de gérmenes diversos capaces de determinar la mortificación de la piel y tejidos subyacentes, etc. Cada caso necesita un examen riguroso de los factores en juego: microbios y terreno. Nos parece, sin que podamos afirmarlo, que si aquí dominó el microbio fué por el estado del terreno.

Se trata de una señora de sesenta y nueve años de edad. En su pasado patológico se señalan tres erisipelas faciales. La primera hace cuarenta y siete años, poco después la segunda y hace nueve años la tercera. Por lo

* Comunicación a la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

demás buena salud habitual. Veintidós días antes de ser vista por nosotros, aparece en su mejilla izquierda una pequeña papulilla rojiza lenticular, pruriginosa. A la mañana siguiente se había transformado en una pustulilla de contenido turbio, centrándose entonces una zona intensamente roja. Más tarde se tumefacta la piel, que, tensa, ofrece aspecto brillante, estando limitada esta zona bruscamente, lo que permitía diferenciar lo sano de lo



enfermo. A esta transformación había acompañado un cortejo de escalofríos, raquialgia y cefalalgia intensas, estado nauseoso, elevación de la temperatura y adenopatía regional. Su médico de cabecera estima, muy acertadamente, que se trata de una erisipela. Más tarde la ve, en compañía de un colega de esta ciudad que accidentalmente se encontraba en el pueblo, y por iniciativa del consultado se hace con el termo una pequeña cauterización limitada a la pustulilla, ya desecada, y se inyecta suero anticarbuncoso.

Salvo estos dos detalles, el tratamiento local y general fué normal, dispuesto y realizado por el médico de cabecera.

El estado general continuó estacionario, con temperaturas elevadas, adinamia, etc. La tumefacción continuó avanzando, invadiendo sucesivamente párpado inferior, ala izquierda nariz, labio superior, descendiendo al cuello, que invade hasta la línea clavicular. La superficie mucosa de la mejilla es invadida poco más tarde, y a nivel de las hileras molares se exulceraba.

La defervescencia de la fiebre, a los cinco días, coincide con la limitación de una placa de esfácelo de forma semilunar. El borde, la delimitación entre lo sano y lo enfermo, puede apreciarse bien en la fotografía. La placa de esfácelo medía, desde la comisura labial a la parte más culminante de la curva, 6 centímetros, y de punta a punta, 17 centímetros.

A los quince días, después de haberse marcado las fronteras del esfácelo, vemos a la enferma por vez primera. La fotografía ahorra toda descripción. En la parte media a nivel del borde anterior se había iniciado la retracción de los tejidos mortificados, dejando ver un fondo pulposo de pútrilago que despedía un olor repugnante.

Por parte de la cara mucosa de la mejilla, las lesiones semejaban múltiples quemaduras producidas por un líquido hirviente. Roja, edematosa, mostrando acentuadas las huellas de los molares, sembrada de pequeñas exulceraciones circulares o irregulares, cubierta de restos de epitelio y colgajos que parecían provenir de ampollas desgarradas. La mucosa gingival también se ofrecía tumefacta y exulcerada, todo acompañado de un hedor insupportable.

Estado subfebril. Adinamia y debilidad acentuada por la difícil alimentación. Algunas diarreas. Respiratorio normal. Bradicardia (52-58 p.), Tensión: $19,50 \times 11$ (Vaquez-Lauby). Ni albúmina ni glucosa en orina. Glicemia en ayunas, 0,130 por 100, y serología negativa (un mes después).

Nuestros primeros cuidados fueron para la boca (lavados profusos con solución de neosalvarsán débil, toques con solución de azul de metileno; separación de las superficies enfermas mediante mechas de gasa esterilizada), ayudando a un tiempo al desprendimiento de la placa necrótica mediante compresas empapadas en alcohol de 90°, protegidas por seda impermeable.

Después de dos semanas de tratamiento, la boca aparecía casi curada y la mayor parte de la escara estaba desprendida, mostrando la destrucción de los planos musculares superficiales del cuello y siendo tan profundos los destrozos en la mejilla que la bola adiposa de Bichat en su porción anterior había sido liquefactada.

Pacientemente, dirigiendo la cicatrización y realizando curas muy minuciosas, practicando en algún punto legrados, en otros pequeñas escarificaciones, hemos logrado una cicatriz bastante estética, lineal, que sigue el surco, más acentuado por la hipotonía de los tejidos consecuencia de la edad, entre la mejilla y el labio superior y luego sobre el que, partiendo de la comisura labial, se pierde bajo la barbilla.

Los antecedentes, de un lado; la evolución febril, agudísima, de una placa que creció en mancha de aceite limitada por un rodete infiltrado, etc., hacen que compartamos con el médico de cabecera el diagnóstico de erisipela. Quizá lo inicial fué un elemento de impétigo; es posible que la cauterización pudo ser perjudicial al determinar una activa fluxión.

Sea el que fuere el mecanismo resalta aquí, junto a la edad avanzada, una glicemia algo elevada y una tensión arterial al Vaquez de $19,50 \times 11$, lo que nos inclina a pensar que ésta es la clave de la necrosis estudiada.



FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DEL DOCTOR MORALES APARICIO

La sueroterapia específica en el carbunco

por Julio CORZO y José M.^a G. MAROTO

Internos

Entre los numerosos casos citados de curación de carbunco, con tratamiento exclusivo por suero anticarbuncoso, creemos interesante hacer mención de éste, por la rápida mejoría del enfermo, como lo demuestran entre otras cosas, el brusco descenso térmico y la marcha de las lesiones locales con solo pequeñas cantidades de suero, si tenemos en cuenta que los autores americanos entre los que citaremos por más conocidos Homer Woolsey y Douglas Synmers han llegado a emplear en sus enfermos cantidades tan considerables como 500, 1.000 c. c. y aún más. La tendencia de los europeos a este respecto, es la de utilizar cantidades menores pero todavía bastante considerables.

La terapéutica a seguir en el curso de la pústula maligna ha variado mucho con el concepto moderno de esta enfermedad, ya que hoy día la vemos la mayor parte de las veces como una bacteriemia.

Esta idea deja ver claramente que el tratamiento local sólo puede ser útil acudiendo muy a tiempo, en aquellos casos en los que la bacteridia no ha penetrado todavía en el torrente circulatorio. De este mismo concepto nace una contraindicación de tales procedimientos terapéuticos en una gran mayoría de los casos, pues actuando directamente sobre el foco de infección, movilizar las causas de la sepsis general, mortificando las paredes vasculares y facilitando el paso de la bacteridia pueden así generalizar una infección localizada, hasta el extremo de determinar la aparición de un cuadro gravísimo que puede llegar a un desenlace funesto.

Por otra parte, el tratamiento cruento (la mejor de las variedades del local) sólo puede practicarse en regiones que aunque desaparezcan no dejen trastorno funcional ninguno. En síntesis el tratamiento local une a las contraindicaciones cronológicas, de asiento del proceso, su acción insegura y hasta peligrosa, la desventaja de producir grandes cicatrices deformantes que aparte de un defecto estético puedan producir trastornos funcionales. En el caso objeto de nuestro estudio hubiera sobrevenido probablemente un lagofthalmos o un ecto o eutropion, con todas sus consecuencias desagradables para el curso ulterior del proceso.

En nuestro enfermo existían manifiestas contraindicaciones para un tratamiento cruento, de un lado, la localización de la pústula maligna, de otro un extenso edema que hacía pensar que en caso de no estar aún generalizada la infección, las más pequeñas disminuciones de las resistencias

locales que forzosamente había de motivar el tratamiento cruento, serían suficientes para generalizarla. Quedaba pues descartada la posibilidad de obtener una acción curativa con este tratamiento, tanto más cuanto la bacteriemia era ya desde el punto de vista clínico un hecho real.

La acción de las inyecciones y lavados con ácido fénico, sublimado, azul de metileno, etc., tampoco podía emplearse, en primer lugar, por estar ya generalizada la infección y en segundo término porque las amplias lagunas conjuntivas y la latitud del conjuntivo palpebral constituían una excelente puerta de generalización (caso de no estar ya realizada), tan pronto como se debilitaran sus defensas por la acción organotropa del antiséptico.

En cambio era urgente procurar una terapéutica general, capaz de destruir la bacteridia en todo el organismo. Podían emplearse el azul de metileno, los metales en estado coloidal, el neo, etc., pero su modo de obrar no específico y su actuación no conocida sobre el S. R. E. no permitía concebir grandes esperanzas, en un enfermo, que tenía sus mecanismos de defensas debilitados, por la infección.

Sólo podíamos pensar en un tratamiento que obrase directamente sobre el germen y capaz por sí solo de destruirle, estas cualidades las posee el suero anticarbuncoso que por sus anticuerpos específicos formados a expensas de otro organismo, presta al enfermo un arma para la lucha, sin pretender vencer exclusivamente a costa de un sistema fagocitario que se mostraba ya impotente y del que si se podía obtener algún beneficio ya se encargarían de estimularle las proteínas heterólogas que con el suero se inyectasen.

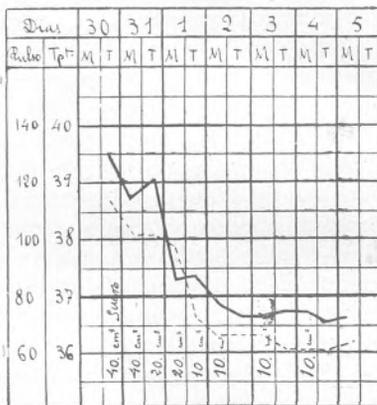
El tratamiento del carbunco tiende actualmente a hacerse general, y las dudas que ofrece la acción del suero nos ha inducido a publicar este caso, donde la curación se ha logrado con un tratamiento exclusivo de suero.

Historia.—C. S., de Mota del Marqués (Valladolid) 15 años, curtidor. El día 29 de Junio al levantarse de la cama notó en el párpado superior derecho una ampolla del tamaño de una cabeza de alfiler y de color blanco rodeada de una zona eritematosa del tamaño de una moneda de dos céntimos a la vez que presentaba todo el párpado ligeramente inflamado aunque esta inflamación no le impedía verificar la separación de los párpados como normalmente; notaba picazón en toda la extensión de la zona eritematosa. La inflamación aumentó hasta tal punto que a mediodía del mismo día no podía abrir el ojo extendiéndose aquélla a las zonas limítrofes; no tenía dolor. Anorexia, vómitos inmediatamente después de ingerir el alimento. Tos seca. El resto de los aparatos, normales.

Día 30.—En este día y como se hayan recrudecido las molestias anteriormente expuestas es trasladado a este Hospital Provincial, donde ingresa en el siguiente estado: Presenta en el párpado superior derecho, una placa de color grisáceo en toda la extensión del mismo y una gran zona edematosa limitada hacia atrás por el pabellón auricular y hacia abajo por la cla-

vícula. Alrededor de la placa se perciben algunas flictenas. Anorexia, náuseas, vómitos. Tos sin expectoración. 115 pulsaciones y 39,5 de temperatura. Cefalalgias. Resto de aparatos, normales.

Se le diagnostica al enfermo de carbunco, inyectándole acto seguido 20 c. c. de suero anticarbuncoso. En la noche de este mismo día se repite otra inyección de igual cantidad de suero.



Día 31. Se procede a hacer extensión del contenido de una de las flictenas encontrándose bacteridia. El estado general del enfermo es mejor. La temperatura ha descendido a 38,7, 100 pulsaciones. No hay molestias gástricas ni cefalalgia. Sigue la tos. Locamente apetecemos una mayor limitación de la placa, con persistencia del edema. Se inyectan 20 c. c. de suero por la mañana y otros 20 por la tarde.

Día 1. El estado general del enfermo se puede considerar como normal. Temperatura subfebril. Pulsaciones normales. La escara está perfectamente limitada. El edema se ha reducido considerablemente ocupando tan solo ambas regiones palpebrales y geniana del lado afecto. En la tarde de este día se le inyectan 20 c. c. de suero.

Día 2. La escara está perfectamente limitada en toda su extensión reduciéndose la zona de edema a ambos párpados. Se le inyectan 20 c. c.

Días 3 y 4. Se le inyectan 10 c. c.

Día 15. Elimina la escara y entra en período de franca cicatrización, dándosele más tarde el alta por curación, quedándole casi por completo normal el párpado.

Lo hasta aquí expuesto nos induce a pensar: 1.º que en contraposición con la opinión de otros autores creemos que la acción del suero basta por sí sola para combatir la infección producida por la bacteridia; 2.º que las curas locales en este caso objeto de nuestro estudio, nos hubieran hecho correr riesgos que de este modo hemos soslayado por la proximidad del globo ocular, y 3.º que no ha sido necesario el empleo de cantidades exageradas de suero para lograr una terapéutica beneficiosa.

Nuevas adquisiciones en la patología de las suprarrenales

por el doctor J. ANDREU URRÁ

La enfermedad bronceada de Addison es el cuadro clínico más frecuente y mejor conocido de entre los síndromes que se crean por lesión de las cápsulas suprarrenales. Su base anatómo-patológica son casi siempre lesiones destructivas de las suprarrenales, de origen tuberculoso, sifilítico o neoplásico o estados de insuficiencia funcional pasajera provocados por infecciones agudas o intoxicaciones.

Que la enfermedad de Addison no es provocada exclusivamente por una insuficiencia de la substancia medular de las suprarrenales productora de la adrenalina, lo prueba el hecho de que a pesar de conocerse perfectamente esta hormona, con su administración no logramos prolongar la vida de los enfermos de Addison y sí sólo modificar pasajeramente algunos síntomas como la hipotensión, la hipoglucemia, a veces las diarreas. A los animales a los que se les extirpa ambas suprarrenales, si no tienen glándulas cromafines accesorias, mueren en cuatro o cinco días sin que podamos prolongarles la vida con la administración de adrenalina. ¡Cuán diferentes estos hechos de lo que logramos con la insulina en la diabetes, con la tiroxina en el mixedema!

Evidentemente las suprarrenales producen algún otro hormona de mayor importancia que la adrenalina y responsable más directo de los síntomas de los addissonianos o de los accidentes de los animales epinefrectomizados.

En 1928 logró Hartmann y sus colaboradores (1) preparar un extracto suprarrenal que prolongaba algo la vida de los animales sin suprarrenales, pero son los trabajos de otros dos biólogos americanos. Swingle y Pfiffner, (2) los que abren un camino lleno de esperanzas en este terreno.

Nuestro objeto en esta crónica es pasar ligera revista a los resultados experimentales obtenidos en animales con la hormona de Swingle y Pfiffner, después los resultados obtenidos hasta la fecha en el hombre tratando la enfermedad de Addison y por último los resultados obtenidos en otras enfermedades.

La hormona cortical de dichos autores es bastante resistente a la acción del calor y de los ácidos débiles. Su composición química es hasta ahora perfectamente desconocida.

La acción fundamental de esta hormona, es impedir la muerte de los animales a los que se han extirpado ambas suprarrenales y prolongarles la vida tanto tiempo como se les inyecte dicho hormona. Harrop, Widenhorn y Weinstein (3) tienen perros con supervivencia ya de doce meses desde la extirpación bilateral. A alguno de estos perros por supresión de la hormona dejaron que se les presentaran los síntomas de la insuficiencia suprarrenal y cuando esta-

ban próximos a la muerte les hacían de nuevo revivir con la hormona cortical; con algún perro han repetido la experiencia hasta siete veces.

Sus acciones en el organismo animal se caracterizan por un aumento del metabolismo basal, una marcada acción antitóxica revelable por el aumento de la resistencia a los tóxicos de los animales a los que se inyecte la hormona, posiblemente una acción sobre el metabolismo del azufre, especialmente del glutathion y porque hace desaparecer aquellos síntomas como la hipoglucemia, la retención nitrogenada y la acidosis que son síntomas característicos de la insuficiencia suprarrenal.

En clínica humana se ha aplicado primeramente al tratamiento de la enfermedad de Addison. Rowntree, Greene y Ball (4) de la Clínica Mayo, con la colaboración de Swingle y Pfiffner comunicaron en Noviembre de 1931 los resultados obtenidos en veinte casos de enfermedad de Addison.

Los cambios clínicos observados en los pacientes fueron: desaparición de la anorexia, de las náuseas, vómitos y todos los síntomas digestivos, de la fatiga muscular, disminución de la pigmentación, aumento de peso, vuelta a la euforia, moderada elevación de la presión arterial y una curación parcial o completa con vuelta al trabajo de los pacientes. Sin embargo, algunos de estos pacientes recayeron después de su estancia en la Clínica Mayo, muriendo luego. Su acción es particularmente notable en enfermos en coma a los que hace revivir.

Harrop, Windenhorn y Weinstein, han publicado también los resultados obtenidos en ocho casos de Addison con efecto también sorprendente, aunque a la larga cinco de ellos murieron.

De los estudios hechos en animales, parece ser que la dosis de un c. c. por kilogramo de materia viva sería la óptima, dosis que en la clínica no se puede llevar a la práctica por falta de hormona para largos tratamientos. Por eso Rowntree y sus colaboradores han usado los primeros días de 20-40 c. c., después durante largo tiempo 3-10 c. c. diariamente. Harrop ha usado en sus casos de 5 a 6 c. c.

Britton, Flippin y Silvette (5) han demostrado recientemente que la hormona cortical despliega todos sus efectos en los gatos sin suprarrenales dado por la boca. Esto en el hombre facilitaría y haría más cómodo el tratamiento.

También ha sido empleada la hormona cortical para tratar enfermos de Basedow en general con resultados poco satisfactorios, lo mismo ha ocurrido en el tratamiento de la miastenia grave. En cambio ha dado resultados francamente buenos en los vómitos incoercibles del embarazo.

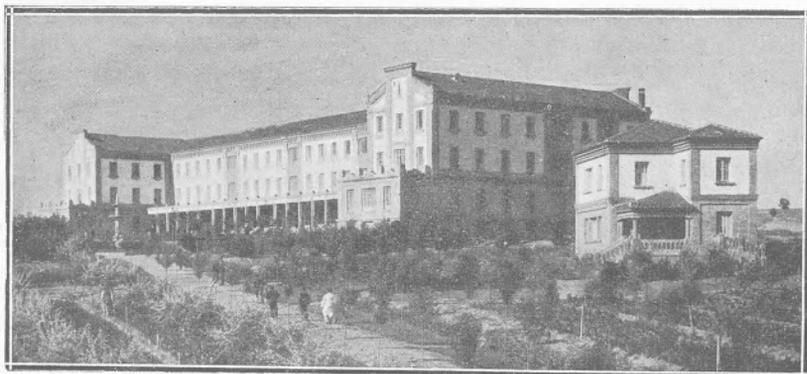
En España, Marañón estudió sistemáticamente esta hormona; sus publicaciones no nos son conocidas en detalle, en el momento de redactar esta crónica.

En resumen con las investigaciones de Swingle y Pfiffner se ha encontrado una hormona con acción evidente en los accidentes agudos de la enfermedad de Addison, que prolonga la vida de estos enfermos, indefinidamente la de los animales epimefrectomizados y que parece actúa favorablemente en algunos otros procesos con la hiperemesis gravidarum.

Hasta ahora las publicaciones son muy escasas, a mí particularmente me llama la atención que no se hayan multiplicado más, quizás sea debido a la técnica delicada de su preparación y a que es difícil obtener grandes canti-

dades, es por lo tanto prematuro a mi juicio ser demasiado optimistas. Espere-mos a que investigadores y clínicos de todos los países expongan sus resul-tados. Desde el punto de vista clínico, no debemos olvidar sin embargo, que aun en el caso más favorable no será mas que una terapéutica sustitutiva imposible de evitar la muerte cuando el fundamento de la enfermedad de Addison sean lesiones destructivas graves de las suprarrenales por ejemplo: tuberculosas o neoplásicas como es frecuente.

Literatura: (1) Hartmann. *Endocrinology*, pág. 229. 1930.—(2) Swingle y Pfif-fer. *A. Jour. of Physiol.* págs. 144 y 152. 1931.—(3) Harrop. *Widenhorn y Weins-tein. Münch. Med. Wod.*, pág. 171. 1932.—(4) Rowntree, Greene y Ball. *The Journ. of Am. Med. Ass.* pág. 231 y pág. 1416. 1931.—(5) Britton, Flippin y Silvette. *The Journ. of Physiology*, pág. 44. 1931.



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

MANUEL ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Mayor, 76

MADRID

ANATOMÍA PATOLÓGICA

V. GOORMAGHTIGH.—La esclerosis vascular renal experimental del conejo por enervación del seno carotideo y sección de los nervios depresores aórticos. «Ann. d'Anatom. Path.». Núm. 6, Junio 1931.

El autor después de unas consideraciones históricas sobre la cuestión de las esclerosis renales y mal de Bright y de hacer notar las opiniones encontradas respecto a las relaciones entre la esclerosis renal de tipo vascular y la hipertensión arterial esencial, nos relata sus estudios sobre la determinación de lesiones glomerulares en los riñones de cuatro conejos a los que ha resecaado el seno carotidiano y los nervios depresores aórticos, siendo después sacrificados en el transcurso de mes y medio, hasta cinco meses, estudiando las alteraciones histológicas en parenquima renal, que son objetivamente demostradas por la inserción en este trabajo de varios dibujos.

De todo ello concluye el autor citado, lo siguiente: 1.º, que la hipertensión arterial crónica creada por tal operación en dichos animales, determina una hialinización de los glomerulos, bastante acentuada después de tres meses de observación y cuando la tensión se mantiene por encima de 15 milímetros de mercurio, tal lesión se acompaña de una ligera esclerosis intersticial en la vecindad de los glomerulos y de ligeras manifestaciones atróficas de los tubos uriníferos. 2.º, la hipertensión arterial crónica así provocada origina también lesiones degenerativas e hiperplásicas de las arterias renales. 3.º, el riñón es un órgano muy sensible a una variación prolongada de la presión, siendo el pelotón glomerular más sensible que la arterial aferente. 4.º, los conejos afectados de esclerosis vascular renal presentaban una hiperplaxia paratiroidea, a veces considerable.

SUÁREZ.

MEDICINA INTERNA

GH. LAUBRY et ED. DOURMER.—La hipotensión ortostática. «La Presse Médicale». Núm. 2, Enero 1932, pág. 17.

En 1923 publicó Laubry un enfermo que se presentaba como un astásico-abásico, sin signos neurológicos y en cambio una enorme desnivelación de la presión arterial en la posición de pie y echado. Describen con el nombre de hipotensión ortostática, un síndrome caracterizado por una caída de la presión arterial suficiente, profunda y duradera cuando los sujetos pasan de la posición horizontal a la vertical, caída acompañada por trastornos desagradables que obligan al enfermo a consultar.

Describen cinco enfermos de este tipo. La diferencia de tensión entre ambas posiciones es por lo menos de cuatro centímetros y dura días, semanas y meses. Los signos funcionales son variables: sensación de debilidad general, astenia, tendencia grande a las lipotimias, síncope abortados.

Indudablemente es producida por una perturbación del mecanismo regulador de la tensión arterial, cuya causa permanece para los autores desconocida,

Creer los autores que este síndrome no tiene significación desfavorable y que tiene tendencia a disminuir y desaparecer espontáneamente.

Desde el punto de vista terapéutico recomiendan el reposo, psicoterapia, prácticas fisioterápicas y como fármacos preparados de suprarrenales y adrenalina.

F. DIEZ MELCHOR.—La sero-reacción de Vernes en la tuberculosis pulmonar. «La Medicina Ibera». Tomo XXVI, pág. 1, Enero 1932.

El autor ha estudiado esta reacción en 105 casos, 75 tuberculosos y 30 no tuberculosos y sus conclusiones son las siguientes: esta reacción carece de valor diagnóstico puesto que se la encuentra positivamente en otras infecciones como la sífilis. Tiene un indudable interés práctico, puesto que su intensidad guarda relación con la actividad de las lesiones. Parece que el neumotórax disminuye la intensidad de la reacción. La concordancia entre la reacción de Vernes y la sedimentación globular no es absoluta. Este tipo de reacción no pone de manifiesto más que la inestabilidad coloidal del suero.

W. C. HUEPER Y M. RUSELL.—Algunos aspectos inmunológicos de las leucemias. «Archives of Internal Medicine». Enero 1932, pág. 113.

Las investigaciones de Carrel y Ebeling mostraron que el suero sanguíneo inhibe la actividad proliferativa de los leucocitos cultivados «in vitro», siempre que los leucocitos y el suero procedan de la misma sangre. Teniendo en cuenta estas experiencias, pensaron los autores que quizás podía ser la causa de las leucemias la falta de esta propiedad normal del suero, de inhibir el crecimiento de los leucocitos en cultivos «in vitro». Para confirmar o desechar esta idea, han realizado los autores experiencias con sangre de una paciente afecta de una leucemia mielóide y con sangre de sujetos normales.

Han encontrado que el suero de los leucémicos no sólo conserva dicha propiedad, sino que la posee aumentada en comparación con sueros normales. Este hallazgo les llevó a intentar obtener un suero antileucocítico por inyección a los conejos de leucocitos procedentes de sangres leucémicas. El suero así obtenido, inhibía, en efecto, con mayor intensidad que un suero normal, la proliferación y desarrollo de los leucocitos cultivados.

Han tratado con este suero antileucocítico once casos, y en cuatro han obtenido resultados favorables y que este método puede ofrecer un método terapéutico para las leucemias.

H. DENNIG.—Modificación del equilibrio ácido-básico como medio curativo. «Zentralblatt für Innere Medizin». Núm. 7, 1932, pág. 194.

De muchas maneras se puede provocar experimentalmente una acidosis, por ejemplo, variando la alimentación: la comida rica en cereales, pan y carne, tiende a producir acidosis, mientras la rica en verduras, patatas y leche, tiende a la alcalosis. Una considerable acidosis se provoca por el ayuno, ya después de algunos días. También se puede producir administrando gran cantidad de grasas con un régimen mínimo de hidratos de carbono. Por la administración de ácidos, como el clorhídrico y fosfórico, en forma de limonada, así como de sales ácidas como los fosfatos monopotásicos, sódico y amónico y por la admi-

nistración de cloruros cálcico y amónico que dejan en libertad el ión cloro que funciona como ácido. La manera más rápida de producir una acidosis es por respirar ácido carbónico.

El provocar una acidosis puede tener por objeto aumentar el volumen de la respiración, acelerando de esta manera la eliminación de tóxicos, como éter, alcohol, óxido de carbono, para hacer desaparecer la asfixia de todas clases, por ejemplo: la de los ahogados.

En la terapéutica del asma bronquial introdujo la terapéutica ácida Tre-feusee en 1929. La acidosis actúa como diurético y puede por tanto producir favorables resultados en edemas de todas clases. Los mayores éxitos de la dieta ácida se logran en el tratamiento de la tetania, de la epilepsia, y en general de todos los estados de excitación del sistema nervioso. El poder bactericida de la orina aumenta paralelamente con la acidez de la orina.

Una alcalosis se puede provocar fácilmente por administración del álcalis en grandes cantidades, bicarbonato sódico por hiperventilación pulmonar. Provocar un estado de alcalosis salva la vida en la acidosis diabética, a veces también en la de los nefríticos.

Modificaciones del equilibrio ácido-básico de la sangre parecen actuar favorablemente en la curación de las heridas, (v. Gaza) de los flujos genitales, en la determinación del sexo (Imtermann) y en la urticaria y demás enfermedades alérgicas. Sobre ello le falta experiencia al autor.

C. MANZINI E P. CARAMAZZA.—Las modificaciones en el equilibrio ácido-básico del líquido céfalo-raquídeo en algunas circunstancias patológicas, «El Policlínico». 1 Enero 1932, pág. 1.

La reacción del l. c. r. normal, es ligeramente más alcalina que la de la sangre, término medio un Ph. de 7.43. La reserva alcalina es por el contrario inferior a la de la sangre; oscila entre 43 y 50 volúmenes de CO₂ por ciento.

El equilibrio ácido básico del l. c. r., está alterado sobre todo en las meningitis; en las purulentas hay una acidosis verdadera; en la tuberculosa, un descenso de la reserva alcalina con un Ph. inmodificado.

En el tumor cerebral y en la lues no se encuentra modificado el equilibrio ácido básico del l. c. r. En un caso de diabetes insípida por tumor hipofisario, encontraron los autores una marcada acidosis del l. c. r.

En el hidrocefalo no encuentra alteraciones en el equilibrio ácido básico del l. c. r. En la uremia verdadera hay acidosis, mientras que en la uremia ecláptica no hay ninguna modificación.

J. ANDREU URRÁ.

CIRUGÍA

A. M. DOGLIOTTI.—Un nuevo método de anestesia regional.—La anestesia segmentaria peridural. «Zentralblatt für Chirurgie». 12-XII-31, P. 3.141.

Este método que para el autor tiene todas las ventajas y ninguno de los inconvenientes de la raquianestesia, consiste en anestesiar en el espacio epidural, las raíces correspondientes a los nervios que se distribuyen por la región

en que se va a operar, lo cual es posible porque el espacio epidural se deja distender en toda su extensión, menos a nivel del agujero occipital, a cuyo contorno se adhiere íntimamente la duramadre.

Técnicamente es fácil, la aguja al hacer la punción lumbar, vence dos resistencias, la primera, que ofrecen los ligamentos amarillos, la segunda, la que ofrece la duramadre. Para este método de anestesia, la aguja se detendrá cuando se haya vencido la primera resistencia.

La dosis a emplear en el adulto, es de 40 a 60 centigramos de novocaina al 1 por 100, con un c. c. de solución de adrenalina al 1 por 1.000.

Se empezará inyectando 10 c. c. de solución anestésica, se espera 5 minutos para convencerse de que la inyección no ha sido hecha en los espacios subaracnoideos. Si a los cinco minutos por la falta de anestesia se comprueba esto, se inyectan otros 20 c. c., y 2 o 3 minutos más tarde, otros 20 o 25. Se acostará al enfermo del lado que se quiera anestesiar.

El autor, en más de 100 anestésias altas, para operaciones en tórax y abdomen superior, ha podido comprobar la inocuidad del método, puesto que tan solo dos enfermos han tenido molestias ligeras en las proximidades de la inyección.

La ventaja principal del método, es no alterar los centros vasomotores, circulatorio y respiratorio.

F. CUADRADO.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

F. CARDONA.—Sobre el espasmo de torsión. «Revista de Patología nervosa e mental». Vol. 38, fasc. 2, Septiembre-October 1931.

Con motivo de una observación perfectamente estudiada, desde el punto de vista clínico y anatomo-patológico, discute la significación nosológica del «espasmo de torsión». Desde las primeras observaciones de Ziehen y Oppenheim, por los que fué considerado como neurosis, hasta las más recientes, que por suceder en individuos que le padecieron a raíz de la encefalitis epidémica, le incluyen entre las afecciones del cuerpo estriado, C. menciona todas las opiniones a que ha dado lugar tan curiosa enfermedad.

Poniendo en parangón su observación con otras del mismo proceso y con otros dos síndromes del cuerpo estriado,—la enfermedad de Wilson y la pseudo-esclerosis de Westphal-Strümpell—deduce, que a pesar de presentar su caso algunos síntomas propios de estas dos últimas enfermedades, se parece más al llamado «espasmo de torsión». Sin embargo, la presencia de esos síntomas, le lleva a la conclusión, que tanto el espasmo de torsión, como la enfermedad de Wilson y la pseudo-esclerosis de Westphal-Strümpell, no son más que síndromes, y no verdaderas entidades nosológicas.

Esta opinión la refuerza apoyándose en los hallazgos anatomo-patológicos que detalla con minuciosidad.

En su caso, no se pone en claro la naturaleza patogénica, por lo que se limita a mencionar las diversas teorías—blastomatosas, inflamatoria, abiotrófica y tóxica, a que ha dado lugar el «espasmo de torsión».

F. NEGRO.—**Sobre la función y acción del líquido céfalo-raquídeo.**—Société de neurologie de Paris. «Revue Neurologique». An. XXXVIII, t. 2º, núm. 6, Diciembre 1931.

Un enfermo de F. Negro, al que se extirpó un tumor medular sin sutura posterior de la duramadre con salida subsiguiente de l. c. r., murió a los veinte días, después de enflaquecer de un modo impresionante; en el momento de su muerte parecía momificado. De aquí surgió la idea que el l. c. r. juega un papel importante en el trofismo de los tejidos.

Comienza el autor por experimentar en perros y conejos, estableciendo una fístula por donde se derrama continuamente l. c. r. A los pocos días se nota apatía, somnolencia, astenia muscular, y sobre todo, un enflaquecimiento rápidamente progresivo hasta la muerte, acaecida a los 10 o 15 días.

El examen anatómico de esos animales, muestra la desaparición del tejido adiposo con atrofia de las células parenquimatosas, principalmente de las glándulas endocrinas: en el sistema nervioso, atrofia de la corteza cerebral con neuronofagia y degeneración de los cordones posteriores y laterales de la médula. Puede deducirse, por consiguiente, que el l. c. r. cumple una función biológica sobre el trofismo de los elementos nerviosos y sobre el de todos los tejidos.

Después de observar que la inyección parenteral de l. c. r. va seguida de un aumento considerable de peso, relata los resultados obtenidos en 192 enfermos de astenia neuromuscular, síndromes miasténicos, caquexia postencefálica, senilidad precoz, impotencia sexual, estados de depresión por surmenaje intelectual o físico, etc.

Después de 20 a 30 inyecciones de 15-20 c. c. de l. c. r., aplicados diariamente, notó la desaparición a extraordinaria mejoría de los síntomas morbosos y un aumento hasta de 10 a 12 kilogramos.

F. Negro se cree autorizado a admitir que en el l. c. r. convergen alguno o todos los productos segregados por la hipófisis, plexo coroides y epéndimo; actividades hormonales que explican su acción sobre la regulación del metabolismo orgánico y sobre el trofismo de los tejidos.

Nota del redactor.—Los resultados tan impresionantes que acaban de ser comentados, nos incitaron a emplear este tratamiento en un enfermo del Manicomio Provincial, de 21 años, que desde su ingreso en Julio último, permanece en un estado profundo de estupor catatónico con extraordinario enflaquecimiento (pesa 39 kilos). Desde el 30 del pasado Enero, hasta hoy (21-2-32), se le han puesto por vía subcutánea, diez y siete inyecciones de 10 c. c. de líquido céfalo-raquídeo, sin haber conseguido el menor resultado. Continuaremos tratándole hasta ponerle 30-35 inyecciones, y ampliaremos nuestra experiencia en otros enfermos, pero desde ahora ya podemos afirmar, aparte lo dicho, que muy constantes habrían de ser los beneficios obtenidos, para que este tratamiento se generalizara, pues no es fácil encontrar, salvo en grandes Establecimientos hospitalarios, la cantidad de líquido que se precisa para tratar a unos pocos enfermos.

J. M. VILLACIÁN.

DERMATOLOGÍA, SIFILIOGRAFÍA Y VENEREOLOGIA

RIBEIRO DOS SANTOS.—Una localización rara del «*Hypoderma bovis*» en el hombre. «Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia». Fas. VI, Diciembre 1931.

Enfermo de 42 años, mestizo, brasileño, agricultor en cuyas costumbres entra el reposar, al regreso de su trabajo, al borde de un arroyo, durmiéndose así a veces. Al despertar se baña y vuelve a su casa.

Un día, nota en el dorso del pene dos nódulos dolorosos a la presión, que crecieron lentamente. Aunque era conocedor de las lesiones causadas, en el hombre y en los animales, por el «hypoderma», atribuye sus lesiones a un contacto venéreo habido 8 días antes y acude al Dispensario anti-venéreo.

Ribeiro dos Santos, por sección de ambos nódulos, extrae dos larvas de «hypoderma», una grande, la otra menor, que intenta conservar en cámara especial, muriendo ambas a las pocas horas, sin duda por el traumatismo de las rascaduras que el enfermo ejercía sobre las lesiones muy pruriginosas.

Acompaña a la nota dos fotografías de las lesiones y de las larvas.

Nota del T.—De los dípteros cutícolas, «múscidos y oestrídos», estos últimos son los más interesantes en patología cutánea, puesto que sus larvas depositadas, crecen muy lentamente durante meses, enquistadas en una cavidad que ya no abandonarán hasta su madurez completa. La penetración de la larva, pasa siempre desapercibida y pasado cierto tiempo se forma una tumoración dura y dolorosa, de aspecto forunculoso. En el vértice de este tumor se ofrece un orificio por el que se puede ver la extremidad anal de la larva, cuya cabeza está alojada en la profundidad del quiste. En la especie «oestrus» a la cual pertenece la «hypoderma bovis» (del buey) la evolución se verifica en 10 meses, al cabo de los cuales sale espontáneamente y cae al suelo, transformándose luego en ninfa y al mes en insecto perfecto.

KERTSEZ.—Un nuevo método de inoculación para la demostración de la virulencia del espermatozoide en la sífilis latente. «The British Journal of Dermatology and Syphilis». Núm. 10, November 1931.

En presencia de una sífilis asintomática, cuando las reacciones de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo se muestran mudas, juega el espermatozoide un papel de primer orden en la transmisión de la enfermedad.

Kertsez propone inocular una gotita de semen en el centro mismo del cuerpo vítreo del ojo del conejo, en las proximidades del canal hialocístico. A lo largo de este canal, el material inoculado llega al espacio postlenticular, invadiendo el iris y la córnea, sin que estas zonas sufran daño artificial alguno, y produce una serie de manifestaciones específicas (queratitis, iritis, alopecia, etcétera).

Kertsez ha logrado demostrar histológicamente, la presencia de espirochetes en la córnea, en el iris y en el cuerpo ciliar, fracasando en sus tentativas de superinfección sobre el ojo sano.

CLARA.—Sobre el tratamiento de la blenorragia femenina, mediante la vacuna gonocócica mixta. «Dermatologische Zeitschrift». Bd. 62, Fasc. 1-2.

Utiliza una vacuna mixta, formada por 12-15 razas de gonococos de diversa procedencia, conteniendo por c. c. 90 millones de gérmenes. El primer día inyecta 20 millones, por vía intravenosa, aumentando la dosis de 10 en 10 millones cada 2-3 días, hasta alcanzar un máximo de 270 m., contando, naturalmente, con la reacción provocada, que si es intensa obliga a reducir las dosis.

En los casos agudos, la reacción térmica es más acentuada, llegando pronto al habituamiento. Las reacciones más intensas se obtienen con vacunas recientemente preparadas, por lo que debe darse a éstas preferencia.

Clara ha experimentado este tratamiento mediante la vacuna mixta de Linser, sobre un centenar de mujeres sufriendo blenorragia subaguda o crónica, algunas con lesiones de anexos o complicaciones articulares, simultaneando este tratamiento con curas locales, concluyendo que esta vacuna mixta de Linser constituye un progreso en el tratamiento de la blenorragia femenina.

LEDO.

OTORINOLARINGOLOGÍA

KHAYEL ARSLAN y GIUSEPPE WEISZ.—El reflejo vestibulo-pupilar.—«Archivio Italiano di Otología», Fasc. I, 1931.

El estímulo del aparato vestibular del hombre provoca un reflejo pupilar caracterizado por breve miosis, seguida de midriasis y de oscilaciones regulares del iris.

Los A. dicen en sus conclusiones que este reflejo, expresión de la excitación laberíntica sobre centros nerviosos autónomos, es análogo a los reflejos demostrados en los animales, sobre la presión arterial, la motilidad intestinal, etc.

Las vías del reflejo son: el VIII par, sus núcleos (núcleo triangular), cintila longitudinal posterior, núcleo pupilar del III, nervio m. o. c. ganglio ciliar, músculo esfínter del iris.

El reflejo es bilateral y es suficiente la excitación de un laberinto para provocarlo en los dos ojos.

Solo el estímulo rotatorio y térmico provocan el r. de modo electivo; su observación es fácil, las causas de error se pueden alejar simplemente y puede utilizarse con fines diagnósticos.

E. RUBALTELLI.—Estenosis respiratoria por catarro atrófico tráqueo-bronquial, simulando un asma-bronquial.—«Arch. italiano di Otología», Fasc. VII-VIII, 1931.

El A. describe un síndrome raro y complejo observado en dos de sus pacientes, caracterizado por disnea inspiratoria continua, con respiración ruidosa y sofocante; disfonía y tos seca insistente y penosísima. Esta sintomatología había sido atribuida, por otros, a asma bronquial, a enfisema pulmonar, a pneumoconiosis.

Demuestra, después de un estudio detenido del diagnóstico diferencial, que

este síndrome debe atribuirse a un catarro atrófico simple de las vías respiratorias y especialmente de la tráquea y de los bronquios.

Los pacientes objeto de sus observaciones, eran mineros sometidos por eso a la inhalación de polvos inertes, que depositándose sobre la mucosa de las vías respiratorias, mantenían un estado irritativo crónico. El período inflamatorio agudo del principio dió paso al estado crónico con alteraciones permanentes de la mucosa de tipo metaplásico y degenerativo.

Como tratamiento instituyó una cura general tónica, remineralizante y vitamínica y una cura local constituida principalmente por inhalaciones sulfurosas, sobre cuya eficacia insiste.

M. GAVILÁN.

RADIOLOGIA

M. HAUDEK.—Pleuritis propagadas de procesos morbosos abdominales.—*Fortschritte a. d. g. d. Roentgens. Bd. 45, Heft I, p. 1-9, 8 fig.*

El autor insiste en su trabajo en la utilidad de todo proceso abdominal de echar una ojeada sobre el tórax de un modo sistemático, lo que permite descubrir alteraciones de la base con relativa frecuencia. Estas alteraciones pueden hasta servir de ayuda diagnóstica en casos de afecciones abdominales latentes. Harían pensar en este último sentido la ausencia de lesiones pulmonares.

Ha observado alteraciones pleurales en: 1 absceso de hígado; 2 empiema de vesícula biliar; 3 peritonitis; 4 cirrosis hepática; 5 pancreatitis; 6 carcinoma de colon transversal; 7 cuadros peritoneales confusos. Si la participación del peritoneo es general o al menos extendida al epigastrio, se encuentran las alteraciones pleurales ordinariamente a ambos lados, como enseñan la mayor parte de los casos citados. Si permanece la participación del peritoneo limitada a un lado, pueden las alteraciones presentarse a un lado. En el absceso de hígado y en el absceso subfrénico enquistado lo ordinario, es la participación unilateral. En pancreatitis, fué comprobado por Mathes un derrame pleural izquierdo y roengenológicamente Laurel y Hultén señalaron alteraciones del campo pulmonar izquierdo en pancreatitis. En un carcinoma del colon transversal del lado derecho, las imágenes permanecieron limitadas al lado derecho.

Las imágenes roengenológicas brevemente citadas, consisten en lo siguiente. El campo pulmonar inferior aparece regularmente, ligeramente disminuido de claridad. Encuétranse sombras más o menos cortantes, algo irregularmente distribuidas, pero especialmente sombras acintadas, rectilíneas, de curso horizontal u oblicuo. Recuerdan a veces por su parecido morfológico a la carcinomatosis linfática. El seno pleural está ocupado a menudo por una sombra a modo de menisco. No ha podido observar grandes derrames, a excepción de casos de abscesos subfrénicos. Como las autopsias de control demuestran las sombras descritas hay que referirlas especialmente a alteraciones pleurales (especialmente depósitos fibrinosos). La participación de la pleura diafragmática y diafragma se revela por la menor elevación del diafragma y limitación de su movilidad respiratoria. En alteraciones recientes, no está alterada la sombra redondeada del diafragma, en caso de persistencia se presentan los conocidos festones.

L. DREY.—La importancia de la evacuación gástrica para la radiografía de la mucosa.—Fortschritte a. d. g. d. Roengestrahlen. Bd 45, Heft 2, p. 147-157, 20 fig.

Recuerdan los autores la diversidad de resultados de la exploración radiológica de la mucosa. El estómago aún en ayunas nunca está completamente vacío, lo que ha sido probado por varios autores; de aquí la necesidad de una evacuación previa para obtener una imagen radiológica de la mucosa. De las investigaciones practicadas en este sentido, concluyen:

1. La evacuación del contenido gástrico es necesaria para obtener una imagen irreprochable de la mucosa.

2. Asimismo, cuando existen pequeñas cantidades de secreción, es necesaria la evacuación antes de la exploración roentgen, ya que pequeños nichos e irregularidades en la mucosa pueden hacerse visibles después de la evacuación.

3. En todos los casos de persistencia de un residuo opaco 6 horas después de la ingestión, la evacuación previa puede dar datos interesantes sobre la existencia de una estenosis anatómica. Se puede comprobar de esta forma a menudo un nicho.

4. En casos de sospecha de úlcus, en los cuales poco tiempo después de la evacuación el líquido de secreción aparece rápidamente, sin que se haya podido demostrar la existencia de un nicho, está indicada una cura de atropina durante 6 semanas; la exploración radiológica permite a menudo la obtención de una imagen de nicho que comprueba el úlcus.

5. La comparación de los casos, antes y después de la evacuación, les ha permitido mejorar el diagnóstico en un 30 por 100.

C. MARTIN.

TERAPÉUTICA

G. W. PARADE.—El tratamiento de la intoxicación por el óxido de carbono. «Fortschritte der Therapie». Núm. 24, Diciembre 1931.

Con relativa frecuencia se dan esta clase de intoxicaciones entre las gentes dedicadas al trabajo en las minas y esto hace que el autor dedique su atención a este problema.

Expone primero los medios que se pueden disponer para evitar estos accidentes y concede gran importancia a la precaución de tener siempre a disposición grandes cantidades de oxígeno para poder disponer de ellas rápidamente en los sitios de peligro.

Una vez de que la intoxicación se haya efectuado, dos posibilidades hay que distinguir: 1.^a Personas en las cuales ya no son perceptibles la actividad respiratoria ni cardíaca, y 2.^a intoxicados ya sin conciencia pero con funcionamiento cardíaco y respiratorio todavía persistente. Entre ambos grupos existen naturalmente formas de paso.

En el primer caso, es decir, en muerte aparente, entendiéndose por tal el estado en el cual no se perciben las funciones cardíacas ni respiratorias, con reflejos abolidos creo que los órganos más importantes de la vida, especialmente cerebro y corazón, son todavía excitables. En estos casos, lo más impor-

tante es la cuidadosa ejecución de la respiración artificial, juntamente con la inspiración de oxígeno. Concede mucha importancia a la permeabilidad de las vías respiratorias, cuidando de conseguir esta permeabilidad por tracciones de la lengua y limpieza de la boca y faringe de cuerpos extraños, cosa frecuente en los que trabajan en las minas. Entre los métodos de respiración artificial, concede preferencia al de Sylvester. Considera importante el método descrito por Volhard el año 1908, consistente en la insuflación mediante un pequeño aparato, de oxígeno en las vías respiratorias, insuflación que debe durar varias horas. Cree de poco éxito las fuertes excitaciones en la piel y opina que nunca debe olvidarse de preservar a los intoxicados del enfriamiento. De la administración de inyecciones sólo considera eficaces las intracardiacas y de ellas da preferencia a la suprarrenina al uno por mil (un c. c.).

Cuando nos encontremos con un intoxicado sin conciencia, pero todavía con pulso y respiración, lo que más urge es trasladarle a una atmósfera privada de anhídrido carbónico y administrar rápidamente oxígeno o en su defecto procurar una atmósfera lo más pura posible. En estos casos, da preferencia a la administración intravenosa de cardiazol, cafeína o estrofantina, y si la respiración es muy difícil, lobelina.

Las molestias posteriores a la intoxicación, no exigen tratamiento especial.

J. CALVO MELENDRO.



BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INJECTABLE INDOLORO

NIÑOS ADULTOS

3 FÓRMULAS: Simple -:- Con lecitina -:- Infantil

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

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

Un nuevo libro de Marañón

En el nuevo libro de Marañón—«Estudios de fisiopatología sexual»—, que ahora ocupa lugar preferente en los escaparates de las librerías, el eximio jefe de la Medicina española contemporánea, reúne sus últimos estudios e investigaciones, sobre estos temas, en los cuales ha adquirido indiscutible autoridad.

Los problemas, que el autor tan acertadamente plantea y resuelve en su libro—un grueso volumen en cuarto holandesa, con más de 270 páginas y profusión de grabados, irreprochablemente presentado, con el proverbial esmero a que nos tiene acostumbrados el benemérito editor de Barcelona, Manuel Marín—, son los siguientes: Las influencias hormonícas en la vida sexual de la mujer. Las diabetes y las glucosurias del embarazo. Función genital y aerocianosis. La intersexualidad unilateral. La base química de la intersexualidad. Los trastornos esqueléticos de origen genital. Concepto y tratamiento de la insuficiencia ovárica.

Estos siete capítulos de que consta el libro, no tienen un argumento único. Son siete ensayos diversos, pero animados por una sola preocupación central, apuntando todos hacia el mismo blanco, al hecho único: a rasgar los velos misteriosos que encubren el secreto impenetrable de la vida. Siete brechas—y siete llaves también—, que con su poderosa artillería, ha logrado abrir Gregorio Marañón en la muralla, que todavía rodea el arcano de la biología sexual. Siete ensayos, en fin, que compendian las materias, sobre las cuales convergen la actividad y las preocupaciones de todos los fisiopatólogos modernos.

Las cuestiones tratadas—de palpitante actualidad—no son sólo de innegable importancia clínica y experimental, sino que revisten también un extraordinario interés político, ya que los problemas de la sexualidad, juntamente con los económicos, son los problemas sociales de más trascendencia en España. (Actualmente existen dos visiones fundamentales de la vida social; la visión económica de Marx y la visión sexual de Freud).

Hasta hace muy poco, estos temas fueron explotados casi únicamente por los artistas, los literatos y los filósofos de especulación. Los sabios de las ciencias positivas apenas se ocuparon de ellos y los que lo hicieron, limitáronse a contemplarlos con timidez o a condenarlos con severidad. Nada más natural, pues esta rama frondosa de la biología moderna, era en rigor negada para la ciencia médica de hace algunos años, por una ardua cuestión de procedimiento y por deficiencia de los métodos de análisis de que por entonces se disponía.

Por ahora—gracias al autor que nos ocupa—se han trocado los papeles, y la incapacidad para estos estudios está de parte de la literatura, que lejos de aclararlos, más bien ha contribuido a oscurecerlos y, sobre todo, a pervertir su conocimiento. Hoy día, la gravedad y la extensión de la patología sexual, su enorme trascendencia individual y social; la frecuencia inusitada con que muchos de estos enfermos acuden a la consulta de los médicos, ha dado a estos últimos una preponderancia capital, insospechada, en los arduos problemas de

la sexualidad. Ciertamente que, muchas veces no nos es posible a los médicos, llegar a objetivar esta patología, mas no por eso deja de ser profunda. Actualmente—y cada día más—es imprescindible su claro conocimiento, para poder llegar al análisis de las expresiones, a la comprensión de las experiencias y a la crítica de las especulaciones.

Marañón, en sus múltiples cualidades de biólogo, artista, literato y filósofo, y que sin dejar de ser nunca médico, adquiere pleno dominio en las más heterogéneas actividades, es el primer autor español que renueva y desplaza los conceptos sexuales, logrando libertarlos del poder secular de místicos, novelistas, dramaturgos y poetas, para incorporarlos al campo de la biología experimental y, en particular, al de la clínica médica, llegando además a ser más poeta que los propios artistas y más profundo que los mismos filósofos.

Marañón, clara inteligencia y gran espíritu liberal, conocedor de temperamentos y psicologías humanas, es el primer investigador español que mira cara a cara las auténticas cuestiones del sexo y del estudio de su patología —que siempre tiene hondas raíces en el individuo-sér—se esfuerza en sacar provechosas enseñanzas y consuelos saludables para la curación o el alivio de estos trastornos del organismo y del espíritu.

Todo el libro lleva las características inconfundibles de su autor. Palpitante actualidad científica, documento de enorme valor, fuente primordial para el estudio de las cuestiones de que trata, alto valor clínico, doctrina original, claridad de conceptos, pureza de expresión, observación agudísima, sugerencias del mayor interés, interpretación justa, deducciones convincentes, genuino sentido filosófico, experimentación genial, revisión minuciosa, metodología irreprochable, casuística abundante, sucinta o detallada, según los casos, copiosa bibliografía recogida de sus fuentes originales, comentarios sutiles, nuevos horizontes...

Por todo esto, el último libro de Marañón, está obteniendo el mismo clamoroso éxito, que siempre alcanzan sus publicaciones. A punto de agotarse la primera edición, pronto saldrá la segunda.

Ricardo Royo-Villanova y Morales

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

Causa y remedio del malestar profesional de la clase médica

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

¿Cuáles son las causas del actual malestar profesional de la clase médica? ¿Cuáles sus efectos? ¿Cuáles sus remedios? He aquí los puntos culminantes del arduo problema actual, que el carácter breve, de este breve artículo, nos impide tratar particularmente con la debida extensión.

En realidad son innumerables; en la Prensa profesional y política, nos hemos ocupado muchas veces de ellas, señalando las causas más importantes, los efectos más graves y los remedios más urgentes. En el presente ensayo haremos unas rápidas consideraciones, sobre lo que nosotros creemos causa primera y remedio último de la crisis profesional de la Medicina.

Pero si llegáramos al fondo de la cuestión, veríamos que el exceso de médicos—el factor más objetivo de nuestra crisis profesional—es más formal que real. Si la Medicina y la Sanidad llegan a ocupar el lugar preponderante que por sus grandes y continuos progresos es de suponer alcancen algún día, ese día faltarán médicos aunque sigan aumentando las falanges de nuevos licenciados, y aun en mayor proporción que hasta ahora. El día en que las funciones sociales de la Medicina, lleguen a alcanzar el papel que deben asumir en la vida moderna de todo país civilizado, esos mil médicos o más que cada año salen de las Universidades españolas, no bastarán ni con mucho para cubrir las necesidades médicas y sanitarias de un país de más de veintidós millones de habitantes. Si se incrementase la auténtica obra sanitaria nacional, susceptible de mejoras y modificaciones progresivas, serían imprescindibles, los servicios de muchos más profesionales, que los que actualmente se encuentran en expectación de destino.

Es indudable, que muchos pueblos, aldeas, villorios y demás núcleos de población de menor importancia, carecen de la debida asistencia médica, como lo demuestra el hecho de que muchos de sus habitantes, no tengan más remedio que acudir a curanderos, saludadores, manos-santas y demás variedades de charlatanes. Esto, demuestra de un modo indubitable, que propiamente no hay plétora de médicos, sino una pésima distribución de ellos. Más aún si se tiene en cuenta que en el mes de Diciembre de 1931, ha aparecido en la «Gaceta», la nueva clasificación de médicos titulares, aumentándose en 1.224 el número de nuevas plazas.

Vemos pues, que la actual crisis de la profesión no debe obedecer al excesivo número de médicos. Tampoco obedece a la ciencia misma, pues es notorio que ésta ha progresado en lo que va de siglo, más que lo hiciera

en la suma de todos los siglos anteriores. A pesar de que una multitud de médicos sufre por falta de trabajo y de medios de subsistencia, no se trata de una crisis de naturaleza, pues ésta sigue dando productos suficientes para la vida de todos sus habitantes. Tampoco hemos de hablar aquí de los defectos menores y en particular de los técnicos, referentes a la organización profesional de la Medicina, los cuales son de fácil remedio—siempre que se emprendan medidas radicales—y que en todo caso no plantean ningún problema fundamental.

Las causas de nuestra crisis, son numerosas y complejas, pero en su mayor parte dependen de los errores de los mismos médicos, presos hoy de un pesimismo sin límites y de un egoísmo sin precedentes. La ciencia médica y la investigación científica, deben por lo tanto inspirarse en el concepto de que el progreso y la civilización, deben dar trabajo a los hombres, en lugar de quitarlo o concentrarlo en unos pocos, porque el trabajo debe ser para los hombres, el máximo objeto, el máximo entretenimiento y el máximo orgullo de la vida en este valle de lágrimas. Las verdaderas causas de nuestro malestar profesional, deben buscarse por lo tanto en las esferas social, humana e individual de la actividad médica.

Por lo que se refiere a las dificultades de índole social, con que a menudo tropieza la práctica de la profesión, son numerosísimas y de orden muy diverso. Unas han existido siempre y siempre existirán porque son eternas; es decir, son inherentes, consubstanciales con el carácter de aplicación eminentemente social de nuestra ciencia; su misma frecuencia y naturaleza, demuestran que no son propias anomalías, sino consecuencias inevitables. Tal sucede con las arduas cuestiones de la responsabilidad médica (véase sobre esto nuestro libro «La responsabilidad médica y el nuevo Código penal»—el de la Dictadura—. Madrid, Morata, 1930) y las delicadas cuestiones que plantea el secreto médico profesional (consultese nuestra memoria «Varios aspectos del secreto médico profesional», Zaragoza, Hospicio Provincial, 1924) y en general con todos los complejos problemas que a diario suscitan la Deontología y la Diceología médicas.

Otros obstáculos derivan de la misma esencia de la naturaleza humana. Como la mayoría de los hombres—salvo excepciones en los tiempos de guerra—mueren de enfermedad y las enfermedades son en buena parte inevitables, de aquí una de las más invencibles dificultades, para todo auténtico éxito en el ejercicio profesional de la Medicina.

Pero al lado de estas dificultades realmente inevitables, hay una multitud de factores perfectamente evitables, que son propios, casi específicos de los vientos que soplan, de los tiempos que corren, y sobre todo de la modalidad francamente industrial y descaradamente mercantilista en que ha caído el ejercicio profesional de la Medicina. Y si bien es forzoso reconocer que la mayor parte de tales dificultades no son del todo pasajeras, es indudable que depende principalmente de nosotros los médicos, el que desaparezcan, sino del todo, por lo menos atenuándose en gran parte.

Hay que reconocer que mucho de todo lo malo que encierra el ejercicio de la Medicina, se debe casi exclusivamente a la misma naturaleza humana de los médicos. Al crecer las dificultades en la lucha por la vida, aumentó extraordinariamente—como natural y humano mecanismo defensivo—la actitud egoísta de los médicos. (Sólo es egoísta aquel que no tiene personalidad alguna).

En la resolución de nuestros problemas, ya no cuentan para nada el valor interior de la personalidad médica; deciden la riqueza, el número, la habilidad, el partido, la concepción materialista del mundo, el rango y otros motivos externos. En una palabra, el factor fundamental de nuestra crisis y en general el de todas las crisis mundiales de nuestra época, no es otro que el tumultuoso desbordamiento de todos los egoísmos. En realidad son los bajos intereses los que chocan, las interpretaciones egoístas y erróneas las que se discuten, las intransigencias más groseras, las que se declaran una guerra feroz y sin cuartel.

Hay que reconocer también que otro gran amigo del ejercicio de la profesión, es su propio perfeccionamiento, los mismos progresos de la ciencia, que se verifican a saltos enormes sin dar apenas tiempo para registrar las nuevas adquisiciones. No vale pues pensar en rápidas y bruscas mutaciones, sino en cambios seguros, lentos, gracias al cultivo intensivo de las nuevas semillas. Es preciso aplicar los remedios, no en los efectos de las enfermedades, sino en sus causas principalmente.

Pero las verdaderas causas últimas de nuestra crisis, son sobre todo, el predominio de la vinculación a la materia sobre la integración espiritual; la inercia sobre la creación, la competencia feroz, los escándalos de la inflación, las especulaciones vergonzosas, los reclamos inconfesables, la vil mercantilización, las audacias del positivismo reinante, el cálculo práctico y el negocio material, que actualmente presiden las actividades científicas, el «arrivismo» ese gran simplificador de los deseos espirituales, que Lucien Romier lo define diciendo que no es más que «la rueda del hombre detrás de las imágenes movibles...». Los bienes materiales y los goces que nos procuran, constituyen la suprema razón de todo cuanto vive y alienta; hubo un tiempo en que logramos someterlos a nuestra voluntad, pero hemos terminado siendo esclavos de ellos.

Las causas últimas, son sobre todo, la desaparición de las bases éticas, de todo aquello que presta a la vida una consistencia interior inmediata; el auge de todas las «virtudes» materiales de la post-guerra, la total ausencia del pudor médico, profesional y científico, de esa castidad que imprime carácter y que en otro tiempo gozó nuestra profesión. «La época en que vivimos ha enmohecido la moral, piedra angular de la sociedad; el brillo deslumbrante del oro, que hace vivir la vida según es moda, excita, apasiona y relaja las costumbres más austeras y llega a contaminar a los sacerdotes, celosos guardadores del bienestar social.»

La profesión médica es externamente, lo que los médicos son por dentro.

En la actividad profesional de la Medicina, lo mismo que en las demás actividades humanas de nuestro siglo, la lucha es francamente bestial; han desaparecido los motivos más nobles que constituían el legítimo orgullo de las tradiciones caballerescas y de los antiguos guerreros; el ideal ya no es sólo la derrota del contrario, de todo aquel que nos puede hacer sombra, sino su aniquilamiento total, su completo exterminio, como si fuera un animal dañino.

La crisis de la profesión médica—volvemos a repetir—, es una de las tantas crisis de nuestro tiempo, que caracterizan el momento actual. De seguir las cosas como hasta ahora, pronto las cualidades morales perderán—sí es que no lo han perdido ya—todo su valor en la ética profesional de la Medicina.

Las reformas propugnadas por nuestras asociaciones profesionales y sanitarias y también aquéllas de que nosotros nos hemos ocupado en diferente lugar, no llegan a la causa esencial del conflicto; son reformas externas, que por sí mismas aprovechan poco, muy poco. A este respecto, son enteramente aplicables las siguientes profundas palabras del conde de Keyserling:

«Si exteriormente—las reformas externas—, producen la ilusión de un estado moral elevado, en realidad no hacen más que suscitar una falta del sentimiento de responsabilidad del individuo; esto se hace consistentemente insincero y se aprovecha de la máscara convencional, para realizar en mayor grado, lo que puede producirle provechos personales. Por consiguiente, las reformas externas muy amplias, no hacen más que acentuar la distancia que media entre la realidad y el ideal, siendo así, que por el contrario esta distancia debe disminuir progresivamente, hasta llegar a la congruencia. Pero esto, sólo puede concebirse emprendiendo la reforma del hombre interior.» (La Filosofía del sentido: El Conocimiento creador, Madrid, Espasa-Calpe, 1931, página 163).

Quizá, el problema, se hiciera de momento menos sombrío, menos grave, con la aplicación radical de algunas de estas innumerables reformas externas, aun cuando en realidad, cuantos remedios y soluciones se ensayaron hasta hoy, no hicieron más que exacerbar los padecimientos combatidos, contribuyendo a que el daño se hiciera crónico y a que con la cronicidad aumentaran los peligros.

Lo indudable es, que hoy por hoy no podemos resolver por completo el problema, ya que ello deriva sobre todo, de la carga inherente a los progresos de la sociabilidad, que hacen que la Naturaleza en lugar de ser presidida por el amor que todo lo une, sea dirigida por el egoísmo que todo lo desata.

Hay en la crisis médica, como en la industrial, como en la mercantil, como en la profesional de todas las calidades, en todos los países, una causa profunda, que no puede ser combatida por medidas fragmentarias y circunstanciales—medidas externas—, pues como hemos demostrado con pala-

bras de Keyserling, sólo actúan sobre el medio exterior en que se desenvuelve el ejercicio profesional. Nuestra crisis externa, no es más que la expresión de un caos constitucional de la profesión médica; algo análogo a eso que en los individuos se llama por los psiquiatras ingleses, «moral insanity».

Todos los remedios hasta ahora propuestos, son insuficientes, sólo son sintomáticos, ninguno de ellos, ni todos juntos, pueden resolver nuestro problema con la duración necesaria. Las causas de la profundidad de nuestro malestar, de la gravedad de los errores cometidos, de la descomposición actual de la vida profesional, se debe justamente, a que se tiene una idea falsa del ejercicio de la Medicina y a que el alma individual de los médicos sufre afecciones de sentido canceroso, infecciones de moda terriblemente virulentas, trastornos intensos de las funciones esenciales, lesiones profundas de órganos vitales..., cuya suma de efectos produce como consecuencia, un notable descenso del poder vital de la individualidad. Frente a este mal, considerado desde este punto de vista, sólo puede haber un remedio en el campo de la cultura intelectual; renovación, potenciación, ahondamiento, elevación, aclaración de la conexión vital básica entre la medicina y el sacerdocio, entre la filosofía y la religión.

El problema en su base, no es, ni económico, ni técnico, ni científico, ni cultural: (jamás ganaron tanto, tantos médicos, ni nunca fueron tan enormes los progresos de la Medicina). El problema, es un problema humano, de ética y de disciplina mental. El hombre avanza hoy con extrema rapidez únicamente en dos sentidos; en la acumulación de capital y en la acumulación de conocimientos técnicos. En el campo de la Medicina, el dominio de la materia aumenta sin cesar, pero es impotente para aplicar estos conocimientos al auténtico bienestar humano, porque para hacerlo debe haber una estrecha cooperación entre todos los médicos, lo cual raras veces, casi nunca se llega a obtener, pues la desigualdad de caracteres, de temperamentos, de educación, de idearium, la intolerancia, los prejuicios, los resentimientos, las diferencias, el afán de imponerse los unos a los otros... todo esto hace imposible la verdadera unión.

El ejercicio de la profesión médica, debe estar cimentado en un terreno espiritual. Mientras no haya por encima de nuestras diferencias individuales una unidad ética; mientras nuestras asociaciones profesionales, no hallen un común denominador en la actitud del espíritu, en la manera de relacionarse los valores del espíritu con los valores de la profesión... Mientras esto no exista, no podemos esperar que la profesión se transforme por el solo esfuerzo de nuestros Colegios, Asociaciones o Sindicatos.

Es decir, que la causa primera es de orden moral (mientras dure la incomprensión moral de los médicos, continuará el malestar de nuestra profesión). De aquí que los remedios más eficaces tengan que ser morales. Pero en los momentos actuales de desenfreno y egoísmo, es inútil hablar de sentimientos éticos. Quizá no se trate tampoco de una verdadera crisis

moral en su sentido tradicional de perversión propiamente dicha, sino de una incapacidad fisiológica de la personalidad humana, para crear una nueva moral adaptada a los rumbos actuales de la moderna civilización. Vivimos una moral de conveniencias sucesivas, superficialmente eternas, rápidamente momentáneas; una moral laica—terriblemente laica—de circunstancias triviales, de falsas apariencias, sin motivos fundamentales de problemas. Esta es la más horrible realidad de los tiempos que corren; que el hombre moderno carece de resortes morales en mucho mayor grado que ninguno de sus antepasados.

Cansados del materialismo de hoy, volvamos la vista atrás, hagamos un alto en el camino. Contemplemos las dulces añoranzas del tiempo pasado. Esperemos que las sensaciones vuelvan a su cauce, que la humanidad abandone el culto a las imágenes vertiginosas y arremolinadas, volviendo a los lentos pensamientos de antes. Esperemos, que, se desacredite la fórmula futurista de Marinetti, esa ley del aprovechamiento del tiempo por el aumento de la velocidad, que resurjan pujantes los sentimientos espiritualistas adormecidos en lo más recóndito de nuestra civilización, que ésta se detenga en el borde del precipicio hacia el que se dirige y vuelva a desandar buen trecho del camino, para luego avanzar con paso más lento, con pisada más segura. (La gestación de las grandes ideas y de las grandes conquistas materiales, debe ser siempre lenta, casi lentísima. El progreso rápido no hace otra cosa que malograr los auténticos frutos del proceso).

El retroceso habrá de consistir sobre todo, en una especie de exaltación del individualismo, en oposición a la importancia inaudita, que el número, la masa va adquiriendo en la moderna civilización, que a medida que avanza, va relegando más y más hacia un último término, la verdadera vida real y sus auténticos valores éticos.

Mientras llega ese día, entretanto se organiza esta nueva rebelión, la más auténtica de todas, la más plena de sentido, institúyase oficialmente la enseñanza de la Deontología y la Diceología médicas, estudiemos ética profesional, ejerzamos noblemente el oficio y leamos todos los días—absolutamente todos los días—por la mañana al levantarnos y por la noche al acostarnos, los cánones de Hipócrates.

CONCLUSION

La gravedad de nuestra crisis profesional, es en su mayor parte debida a la ignorancia de la Deontología médica.

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

Un interesante fallo del Tribunal Supremo sobre responsabilidad médica

El Tribunal Supremo ha fallado en última instancia el siguiente proceso que juzgamos de gran interés, máxime, cuando sienta jurisprudencia y es el primero que se conoce sobre casos semejantes.

En Aramayana (Alava), ejercía libremente la profesión de médico, don Ramón Landazábal. Era uno de sus clientes Domingo González, de ochenta y cinco años. El día 4 de Febrero del año pasado, le visitó el médico y lo encontró en estado preagónico. El señor Landazábal fué llamado a Vitoria, y al regresar tres días después, el enfermo ha fallecido y está enterrado, sin que el facultativo practicase el reconocimiento que exige la ley.

¿Podía sospechar, dada la dolencia y la edad avanzadísima del finado, de los que, por haberle asistido hasta última hora, le aseguraban el óbito? ¿Había de ordenar que desenterrasen el cadáver para cumplir el requisito del reconocimiento? No vaciló; y, sin escrúpulos, remordimientos ni temores, firmó el certificado de defunción.

Alguien tuvo noticia de esto, y conocedor del texto impreso de las certificaciones, recordó que éstas declaran: «ser manifiestas en el cadáver las señales de descomposición». Denunció el caso y se instruyó el oportuno procesamiento. La Audiencia de Vitoria falló en justicia, declarando al médico exento de toda responsabilidad. El fiscal interpuso recurso, que se ha visto en la sala segunda del Tribunal Supremo a fines de Enero, pues entendía infringidos los artículos 314, 315 y 349 del Código penal, el 77 de la Ley de Registro civil, el 596 de la de Enjuiciamiento civil y el artículo 2.º del Reglamento de 14 de Junio de 1891.

Y pedía, en consecuencia, que se impusiera al procesado «catorce años, ocho meses y veintiún días de cadena temporal».

La defensa impugnó la acusación, demostrando la ausencia de toda intención dolosa y de todo estigma penal en el hecho de autos.

Y acorde en un todo con la tesis del letrado recurrido, la Sala, en su sentencia absolutoria, dicta el siguiente considerando:

«De cuanto queda expuesto y razonado, es notoria la inexistencia del dolo o acto intencional característico del delito, puesto que el fin único de la acción ejecutada por el señor Landazábal se concretó a llenar un requisito exigido por la Ley para la inhumación del cadáver, sin que la irregularidad advertida pueda constituir el delito de falsedad en documento oficial, aunque constituya una falta o informalidad que no tiene su sanción en el orden penal.»

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

ANTE LA REFORMA TRIBUTARIA

Los médicos no pueden soportar un aumento del 25 por 100 en la contribución

Nuestro colega «La Opinión Médica», de Zaragoza, en su número de 25 de Febrero pasado y bajo el título que encabeza estas líneas, dice lo siguiente:

«No queremos entrar en las causas que por lo visto, imponen un aumento de tributos para cubrir las necesidades del Erario Público y llegar a la nivelación presupuestaria. Baste decir que el primer presupuesto de la República es cerca de 800 millones de pesetas mayor que el de la Monarquía.

Es lo cierto que el actual Ministro de Hacienda, señor Carner, ha confeccionado unas cuantas leyes, recargando considerablemente los actuales tributos. Entre los proyectados aumentos, figura en un 25 por 100, el de la contribución industrial y por tanto la que pagamos los médicos.

No hemos visto un sólo comentario en la prensa médica que demuestre la improcedencia de todo aumento a la clase, bien castigada en estos últimos meses por una serie de justificadísimas razones.

La plétora médica; la acentuada competencia profesional; la menor circulación del dinero; el retraimiento del público y el encarecimiento de la vida, son unas cuantas razones que tenemos los médicos para oponernos a todo aumento tributario.

Sabido es que los médicos de las primeras categorías, en las poblaciones, han visto disminuir sus ingresos en el año pasado en cerca de un 50 por 100 (algunos en mayor proporción) y los de las últimas categorías, han sido sus ingresos tan reducidos, que para muchos empieza a hacerse difícil la vida.

¿Es que ha disminuído el número de enfermos? se nos dirá.

En efecto, ha disminuído porque las familias hacen menos uso de la asistencia facultativa. En las poblaciones son innumerables las familias que no llaman al médico sino es en último extremo y después de agotar todos los recursos caseros. Por otra parte, las consultas de los pueblos han disminuído enormemente, debido a las economías y restricciones de gastos que han introducido las familias acomodadas, ya que, por circunstancias especiales, ven amenazados sus intereses.

Hay más. Los especialistas de las poblaciones nutren sus consultorios con enfermos procedentes de los pueblos y sobre la razón anteriormente expuesta, si las dolencias que van sufriendo son crónicas ¿cómo van a decidirse a ir a las poblaciones donde con tanta frecuencia surgen graves alteraciones de orden público?

Díganlo sino lo que han trabajado los cirujanos y especialistas de Zaragoza en el mes de Enero, entre la inclemencia del tiempo y la huelga revolucionaria.

¿Y qué diremos de la sufrida clase rural? ¿Puede ésta soportar un nuevo aumento tributario?

Hablen, pero háganlo pronto, los Colegios Médicos dirigiéndose al Gobier-

no, para hacerle ver la grave crisis por que atraviesa la clase médica y la im-procedencia del aumento de nuestra contribución.

Surja el clamor de la clase en los Boletines de los Colegios y en la prensa profesional, hagan las gestiones oportunas las Juntas Provinciales y excítese el celo de los cincuenta diputados médicos, para que defiendan nuestros intereses en las Cortes, ya que hasta la fecha, a excepción de dos o tres, no han hecho nada en favor de la clase.

Todo menos asentir a un nuevo recargo tributario que viene a agravar considerablemente la situación actual de los que dependemos del trabajo médico.

«La Opinión Médica» cree cumplir un deber advirtiéndolo y haciendo un llamamiento al Colegio de Zaragoza, para que, a ser posible, lleve la iniciativa de esta campaña que no es política, sino de intereses de clase.

Que no pueda decirse una vez más que los Colegios Médicos no valen para nada.»

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

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 angiolititis (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

VALLADOLID

EL DR. VILLA EN LA ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Tratamiento del aborto infectado

Toma la palabra el doctor Villa, comenzando por decir cuál ha sido el motivo que le llevara a hablar del tema objeto de su disertación. Ha elegido, dice, entre todos los temas de la especialidad el que, a su juicio, tuviera más utilidad, no sólo para el especialista sino también para el médico general, por su frecuencia en presentarse ante la práctica profesional; y este es el motivo que le trae hoy para hablar del tratamiento del aborto infectado.

Pone de manifiesto, en primer término, la disparidad de criterios que hay en este capítulo, hasta el punto de poder hacer 4 o 5 grupos, según la manera de opinar de cada uno.

Forman el primer grupo «los conservadores», o sea aquellos que resuelven todas sus situaciones mediante medios médicos (reposo, hielo, cornezuelo, quinina, pituitrina, etc.), pero nunca, jamás resuelven, el aborto infectado, quirúrgicamente.

El segundo grupo, llamado por él «de los liberales», son los que adoptan una actitud expectante durante toda la fase aguda (fiebre), para luego intervenir en frío. Es este grupo, según frase del doctor Villa, el de «los grandes sufragios».

El tercer grupo, llamado por él «radicales», lo forman los que tienen el criterio de intervenir en todos los casos, salvo aquellos que el proceso inflamatorio rebasa los límites de la matriz (salpingitis, parametritis...). Y por fin un último grupo a los que llama «radicales socialistas», a los que nada les detiene, intervienen siempre en el aborto infectado, cualquiera que sea el caso y el estado de la enferma.

Hace notar que en el grupo de los intervencionistas suelen alistarse casi todos los tocólogos, dando, naturalmente, razones para justificar su actitud, y una de las cosas que alegan, es que como la enferma tiene hemorragia está en peligro continuo, no pudiéndose la abandonar y hasta que no se interviene el problema está en pie. Es verdad, dicen los intervencionistas, que puede haber infección causada por la cucharilla que raspa, pero como para ellos los gérmenes están en el corion, lo natural es que salgan al vaciar la matriz. Admiten además, en apoyo de su tesis, que la enferma puede tener una hemorragia grave en la espera y luego tener que intervenir en peores condiciones, aparte de que los gérmenes que siguen pululando intoxican y amenazan cada vez más a la enferma, colocando el caso, para ellos, en peores condiciones. Agregan, que con la agravación del caso, entra la angustia e intranquilidad en la familia, y Döderlein (intervencionista con Bumur-Fränkell-Baisch) habla «del error angustioso de la espera».

En pugna con los intervencionistas se encuentran los conservadores (Winter) quienes pretenden rebatir uno por uno todos los argumentos expuestos. Hacen notar, dice el doctor Villa, que el hecho de intervenir en un aborto séptico, puede convertir una simple sapremia en una septicemia; otro argu-

mento empleado para defender su actitud, es la de que los gérmenes que andan en el interior de la matriz, lejos de aumentar su virulencia, la disminuyen hasta convertirse en saprofitos mediante el tratamiento, y es llegado a este punto, cuando habla Winter de intervenir. A los conservadores, dice, no les asusta la hemorragia porque taponan a la enferma. El doctor Villa, hace notar que en este punto no puede ir conforme con los conservadores, ya que es enemigo de hacer taponamientos en casos sépticos, por creer que se produce absorción de gérmenes que agravan el problema.

Expone también cómo los conservadores echan mano de las estadísticas para que les sirvan de apoyo; pero según afirmación del doctor Villa, tienen éstas muy escaso valor, ya que las pequeñas son equivocadas y las grandes todos sabemos que pueden fabricarse a voluntad.

Después de todo lo dicho, «subraya» que hay que tener en cuenta que no todos los abortos son lo mismo, sino que cada enferma tiene el suyo; luego no nos resuelve el problema ninguna de las actitudes dichas, siendo mejor y más justo hacer una crítica de los tipos dichos para llegar a definir cuál ha de ser nuestra actitud ante un caso de aborto infectado.

Ante el aborto, dice, lo que el médico desea es concluir sin perjudicar y para ello lo primordial es «diagnosticar perfectamente» el caso (ver si la matriz es móvil—estado de los fondos de saco—para metries anejos) y tener presente que es absurdo intervenir, como lo hace Sänger (radical socialista), cuando la infección ha rebasado los límites de matriz. En segundo lugar, dice, necesitamos saber «el tiempo del aborto», ya que durante los tres primeros meses suelen bastar los medios médicos para tratarle.

Otro dato a no olvidar, es el «estado del cuello» pues no es lo mismo el aborto con cuello abierto que permite una intervención suave, que con cuello cerrado en que exige traumatizarle (tallos, dilatadores). Cita una estadística muy demostrativa con un 59 por 100 de mortalidad en casos sépticos con cuello cerrado y un 2 por 100 con cuello abierto.

La bacteriología, sirviendo de base para la terapéutica del aborto infectado, ha levantado según él, una gran polvareda. Se llegó a decir que enferma en la que se encontrara el estreptococo hemolítico o el estafilococo Aureus se moría seguro, y al contrario. Prácticamente se fué viendo lo erróneo de esta y otras conclusiones, haciendo entrar en decadencia a la bacteriología en lo que se refiere a este capítulo de la medicina, y que no nos valga por tanto para juzgar del pronóstico de una enferma. Otras veces se ha hablado de la virulencia del germen y hace notar lo difícil que es asimilar esta propiedad con utilidad práctica para la clínica.

Lo que desde luego nadie debe de ignorar, dice el doctor Villa, es la necesidad que hay de acabar un caso una vez comenzado, pues la terapéutica incompleta tiene todos los inconvenientes.

A su juicio, el éxito o el fracaso se debe en el aborto séptico a la técnica empleada; debe ser una técnica de dulzura, la que menos traumatice, estando todos conformes en que «nunca, jamás se empleará el dedo». Hay en primer lugar que colocar a la enferma en una posición correcta, y para mayor garantía anestesiada, el cuello debe estar abierto; nunca se empleará la laminaria. El vaciado se hará con cucharilla roma, aunque él tiene poca confianza en los resultados para acabar completamente el vaciamiento. Ir directamente con la

cucharilla al sitio de inserción ovular. Suprimir la irrigación intrauterina antes y después por ser un medio traumatizante. Acabado el vaciamiento, él pone una mecha de gasa empapada en alcohol yodado, en el interior de la matriz, pero sin apretar; aunque está convencido que lógicamente no hace falta nada.

Llegamos, dice, al final, y tenemos que decir cuál ha de ser nuestra conducta. Su conducta, expone, que es intermedia entre las tendencias descritas: No hace nunca nada sin reconocer bien matriz y alrededores y advierte que hay que tener en cuenta los casos de «aborto provocado» (perforación?), ya que nunca podremos saber por interrogatorio lo que ha pasado anteriormente; de modo que siempre pondremos los casos de aborto infectado en cuarentena, observando lo que pase en los días sucesivos.

Tiene el doctor Villa el criterio de seguir en principio los medios médicos, utilizando quinina en dosis de 0'20 gramos cada hora, hasta llegar a la dosis de un gramo y una vez dilatado por este proceder el cuello, emplea pituitrina para la expulsión. No le gusta el cornezuelo por lo difícil que es encontrar la dosis eutética o manejable.

Si el tratamiento médico fracasa después de un compás de espera (5 días), recurre al vaciamiento administrando antes quinina y en el acto operatorio pituitrina, para así hacer más difíciles las perforaciones («noveles»), y por ser además una garantía para la infección.

Unido a todo lo dicho, hay en todo aborto infectado, cuando fuere necesario, el tratamiento general adecuado (sulfarsenal-septoiodo) y el tratamiento sintomático.

Antes de concluir refiere su estadística. Conserva notas de 397 abortos, de ellos 89 infectados, llamando así a los que tuvieron fiebre, de 38 y más durante un tiempo superior a 24 horas. Siete ofrecían complicaciones extrauterinas: dos, probablemente provocados, peritonitis avanzadas; cinco parametritis. De los 89 casos se abstuvo de intervenir, por la gravedad del caso o esperando el final de la infección, en 73 con cuatro muertes: dos por peritonitis séptica aguda, una por endocarditis séptica y otra por embolia pulmonar séptica. Intervino, por hemorragia urgente o por marcha benigna de la infección con cuello abierto, en 16, con un caso de muerte en que siguió la infección grave.

Y termina su elocuente y amena conferencia, pidiendo perdón al público, por lo monótono y pesado que pudiera haber resultado; pero mostrando su satisfacción si con sus palabras hubiera podido aportar algún dato al médico general, que pudiera serle útil en beneficio de sus enfermas.

VILLEGAS.

EL HECHIZO DE CARLOS II

El 13 de Febrero pronunció una conferencia sobre «El hechizo de Carlos II, rey de España», en el salón de actos de la Universidad, el ilustre médico y político, don José Sanchis Banús.

Con gran lujo de detalles históricos examinó la historia genealógica de los Austrias de España, en los cuales se resumen las taras mentales de las casas de Castilla (celos), Portugal (esquizofrenia) y Borgoña (epilepsia).

A continuación describió la historia clínica del hijo de Felipe IV, y establece el diagnóstico de su dolencia: epilepsia genuina, con destrucción de la personalidad.

Por último, estudió lo que se ha llamado el hechizo de Carlos II, relacionando con su enfermedad los propósitos que se formulaba y que luego no podía cumplir; entonces se decía que no era él quien obraba mal, sino su hechizo, su embrujamiento.

EL CIEGO: CAUSAS EVITABLES DE CEGUERA

Con una conferencia sobre este tema, inauguró el curso organizado por la Asociación ferroviaria médico-farmacéutica, con objeto de conmemorar el tercer aniversario de la fundación de esta zona, nuestro directivo y colaborador, don José Cilleruelo Zamora.

Definió la ceguera para clasificarla en transitoria, permanente, congénita y adquirida, poniendo claros ejemplos de cada una. Hace un minucioso estudio de las causas evitables de ceguera, citando las estadísticas de Cohn, Seidelmann y Trousseau.

Se extiende en la descripción del «sexto sentido» o «sentido de los obstáculos», citando casos recogidos por el conferenciante y por el doctor Ferrer de la Habana. A este propósito, dijo: «Devolved la vista a un ciego de nacimiento y éste no verá nada, porque detrás del ojo, órgano de recepción, hay un cerebro, órgano de comprensión y de interpretación».

El conferenciante terminó su disertación con un canto al mundo carente de visión, excitando a todos al amor y a la conmiseración hacia estos seres, tan dignos de admiración como de lástima, y llamando la atención de las autoridades, con el fin de que vean de establecer en esta población un Instituto educador para ciegos, donde, además de asistencia, pudieran ensayar el «fototeleógrafo» del ingeniero francés, exciego de la gran guerra, M. Albert Thomas, mediante el cual, todo ciego podrá leer personalmente sus cartas, periódicos del día, revistas, etc.

LOS DOS GRANDES MALES VENEREOS

Sobre este tema disertó el 29 de Febrero en la Asociación ferroviaria médico-farmacéutica, el doctor don José María Bárcena Verdú. Fué una conferencia de vulgarización, a base de casos clínicos personales.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL ¿COMO DISMINUIRLA?

Con una conferencia sobre este tema, pronunciada por el doctor Lozano Contra, terminó el curso de conferencias organizado por la Asociación ferroviaria médico-farmacéutica de esta localidad.

Justifica la elección del tema por haberse publicado un gráfico de la mortalidad infantil de España, en un diario de Madrid.

Lee cifras de mortalidad y morbilidad de Valladolid que ponen de manifiesto esa elevada mortalidad y analiza sus causas, fijándose principalmente en las enfermedades del aparato respiratorio.

Analiza detenidamente el catarro como primer síntoma de graves enfermedades y aconseja se le dé toda la importancia que tiene, en la morbilidad infantil.

Habla a continuación de la necesidad del aire puro para el normal desarrollo del niño.

Estudia la importancia de los besos en la transmisión de enfermedades, y después de leer las teorías de Krafft, respecto a la cuestión, combate alguno de sus puntos, y dice que de besar a los niños hay que saber quien les besa, cuándo les besa y cómo les besa.

Lee unas cifras de mortalidad infantil, las más bajas del mundo, y las compara con las obtenidas en Valladolid, en el Comedor de Madres Lactantes que el conferenciante dirige, siendo éstas más bajas que aquéllas.

Termina demostrando cómo puede hacerse descender la enorme cifra de mortalidad infantil de Valladolid, y lee unas cifras que demuestran que ha descendido en los tres años de funcionamiento de la Asociación ferroviaria médico-farmacéutica, del 18'66 por 100 al 10'33 por 100 esta mortalidad, y hace finalmente un llamamiento al Ayuntamiento y Diputación para que contribuyan, a la vez que los particulares y otras instituciones, a la disminución de la citada cifra.

CREACION DE UN «CENTRO SANITARIO» EN VILLALÓN

Siguiendo la campaña iniciada para dotar el mayor número de pueblos de esta provincia, de «Centros sanitarios y de higiene rural», que permitan luchar eficazmente contra las enfermedades transmisibles y la mortalidad infantil, se celebró un acto público de carácter higiénico-sanitario en Villalón, que tuvo verdadera importancia, no sólo por el número, sino por la calidad de las personas que concurrieron al mismo.

La organización de este Centro que es obra del inspector provincial de Sanidad, doctor Bécáres, sirvió para que éste hiciese una breve disertación sobre la importancia y trascendencia de estas organizaciones de tipo sanitario, indicando los grandes beneficios que todas las clases sociales de Villalón han de recibir.

La creación de este Centro tiene aún mayor valor, porque es el primero que se establece y señala una orientación completamente distinta a lo que se venía haciendo en las diferentes provincias.

CONCURSO DE PREMIOS

La Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid abre un concurso público entre todos los Médicos de España bajo las bases siguientes:

Primera. El tema sobre que han de versar los trabajos será: VALOR TERAPEUTICO DE LAS SALES DE ORO, EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Segunda. Los premios consistirán: el primero, en 350 pesetas en metálico y el título de Académico Corresponsal de esta Academia, y el segundo en 150 pesetas y un título de Académico Corresponsal de la misma.

Tercera. A este concurso no podrán aspirar los que hayan obtenido algún otro premio de esta Academia, los Académicos Corresponsales de ésta y los

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa;
2 gramos por cucharada.

Santander.

numerarios de alguna de las Academias de Medicina de España. No obstante, pueden presentar dichos señores los trabajos que tengan por conveniente sobre el tema propuesto.

Cuarta. Ningún trabajo constará de más de 60 cuartillas en cuarto y escritas a máquina.

Quinta. Las Memorias se presentarán en la Secretaría de esta Academia, Paseo de Zorrilla, 8, principal, antes del 30 de Noviembre del corriente año, en sobre cerrado y lacrado, sin firma ni rúbrica, pero con un lema, el cual figurará también en otro sobre cerrado dentro del cual constarán el nombre y apellidos del autor de la Memoria.

Sexta. Los lemas premiados y los nombres de los autores de los mismos, se harán públicos antes de 31 de Diciembre y la adjudicación de los premios tendrá lugar en el acto de la sesión inaugural del curso académico que deberá celebrarse dentro del mes de Enero de 1933.

Séptima. La Academia se reserva el derecho de premiar sólo alguno o algunos de los trabajos o declararlos todos desiertos.

Octava. Todos los trabajos presentados, sean o no premiados, quedarán propiedad de esta Academia.

Valladolid 31 de Enero de 1932.

El Presidente, Dr. D. Salvino Sierra y Val.—El Secretario accidental, Doctor D. Blas Sierra Rodríguez.

SALAMANCA

Cistografía en el diagnóstico de las afecciones urológicas.

En el anfiteatro de la Facultad de Medicina, pronunció el día 29 de Febrero, una conferencia sobre este tema el doctor Pedro Cifuentes Díaz.

Dice que este procedimiento es complementario de la cistoscopia, que no es cosa reciente, porque hace tiempo se estudió ya la observación radiográfica de la vejiga, aunque no se prestara atención debida a esas primeras observaciones.

Añade que los antiguos métodos de contraste, o sea los que opacaban las regiones, tuvieron que ser abandonados por lo engorrosos y caros, y así pasaron al olvido las soluciones de collargol, de iodipina y lipioyodina. Más tarde fueron esos tres cuerpos de contrastes, sustituidos por los ioduros de potasio y de sodio en soluciones al tres por ciento y en cantidad de ciento, doscientos y hasta trescientos centímetros cúbicos, pero también se abandonaron pronto, eligiendo en sustitución, y como más prácticas y viables, las soluciones de bromuro de sodio hasta el veinte por ciento, haciendo después un lavado de vejiga para quitar los residuos de la sal y así no es posible que haya irritaciones vesicales, pues lo que se tomaba por cistitis químicas por los métodos de contraste cistográficos, eran solamente trastornos de anteriores lesiones.

La cuestión de la capacidad vesical y uretral no tiene importancia para estos métodos diagnósticos, que hoy llegan más allá, utilizando substancias que inyectadas intravenosamente, se eliminan con facilidad, para los que detalla la técnica y posiciones más propias y necesarias.

Esas substancias a que se refiere son el «urosolectan» y el «abrodyl», que, como otras, precisan purgar al enfermo y obligarle a no orinar en determinado lapso de tiempo para el mayor éxito, ahora bien, es cosa precisa, indispensable,

que urólogo y radiólogo trabajen compenetrados y unidos en tan importante labor y así podrán ver que a pesar de lo que muchos opinan no puede afirmarse que la curvatura superior de la vejiga es mayor que la inferior, y hacer diagnósticos concretos, de cálculos, deformidades, neoplasias, de las llamadas vejigas cónicas de cistitis, de todas las variedades anatomopatológicas, de hipertrofias divérsas y raras de la próstata y de los llamados divertículos vesicales, hasta ahora sólo observados en las autopsias, hasta que las cistografías los han puesto al descubierto con precoz diagnóstico en esa afección, que creyéndose antes rara, es harto frecuente, ya sean congénitos, ya adquiridos, no dan más que unos vagos síntomas de disuria y polakiuria para hacer explosión de aparición grave, fácilmente diagnosticable, hoy sobre todo, por la micción en dos tiempos; el primero con orina ligeramente turbia, y el segundo con otra orina francamente purulenta, por haber pasado de vejiga a divertículo. Otra enseñanza recibida de las cistografías, es lo que se llama «reflujo» véscico-renal, que como los divertículos, sólo había sido observado en momentos de intervenciones quirúrgicas y autopsias, reflujo que se debe a alteraciones del orificio uretral por ulceraciones o neoplasias, reflujo renal que otros llaman ureterforzado, sin que tenga que ver nada con la dilatación congénita y permanente de los orificios, pues sólo con ese reflujo es como puede aplicarse el retroceso de orina de la vejiga al riñón otra vez fenómeno curioso y hasta hace poco desconocido, pero síndromes que han puesto de manifiesto que los uréteres poseen un centro neuromotor autónomo y si se quiere anárquico, que en un corte longitudinal no pierde la vitalidad, pero que, en una sección transversal perdería la vida locamente, con fatales consecuencias.

SANTANDER

Sobre el proyecto de creación de una Facultad de Medicina.—Desde hace algún tiempo se viene hablando en Santander de la creación de una Facultad de Medicina a base de la «Casa de Salud Valdecilla». Sobre este asunto ha hecho las siguientes declaraciones el director de dicha institución hospitalaria, doctor Emilio Díaz-Caneja:

«Son de todas conocidas las incesantes gestiones que se han venido realizando para la creación, en Bilbao, de una gran Universidad vasca. Nadie ignora tampoco las virtudes de laboriosidad y solidaridad regional que caracterizan al pueblo vasco y el cariño con que patrocina la idea de tener dentro de su casa un gran centro oficial de formación cultural superior. Por motivos igualmente públicos, parece ser que la campaña para llevar a cabo tales proyectos entra en una fase de realización si no inmediata, posible.

Frente a estas realidades, se nos plantea el problema bajo dos aspectos diversos, que cada uno de ellos exigiría un análisis detenido y minucioso que hoy no podemos hacer, limitándonos a la exposición sumaria de sus líneas generales. Es el primero, considerar si realmente se halla justificada la creación de nuevas Universidades, dado por supuesto que no habría de ser tarea fácil la de suprimir algunas de las Facultades ya existentes, sustituyéndolas por otras mejores, distintamente emplazadas.

Santander posee un hospital moderno, la Fundación Valdecilla, dotado de los servicios clínicos más perfectos, pero esto no basta para la creación de

una Facultad de Medicina. Para ello serían precisas nuevas edificaciones que sirvieran las complejas necesidades académicas, y un presupuesto que atendiera a su costosa vida, y que no se puede, ni debe, esperar de la exclusiva contribución del Estado.

Un segundo aspecto del problema, totalmente desatendido, y perfectamente acomodado a las realidades nacionales y a las posibilidades económicas de las regiones, es la necesidad de que existan en España hospitales convenientemente capacitados para que el futuro médico realice en ellos, antes de recibir sus grados académicos, aquel internado que en otros países es preciso y que en el nuestro se consideró innecesario, haciendo posible, con bagaje puramente teórico, una reválida de estudios en disciplinas eminentemente experimentales. Para llenar esta finalidad del internado académico, es para lo que debieran estar capacitados aquellos centros hospitalarios que reuniesen las garantías suficientes, tanto materiales como de solvencia científica. La Casa de Salud Valdecilla ofrece insuperablemente las primeras. Su eficacia clínica puede prejuzgar de la segunda, sin que sea discreto ni oportuno que yo la valore.

Nuestra Casa de Salud Valdecilla debe, en mi opinión, conservar el carácter de Instituto de Post-graduados que su fundador le dió en el Estatuto que regula su constitución orgánica. Las Facultades ya existentes, o las que pudieran ser creadas, deben continuar llenando su misión docente y colación de grados oficiales. Los hospitales del tipo del nuestro, con la ayuda económica que el Estado debe prestarles por cuanto su colaboración significa para el fomento de la cultura médica, serían los centros donde el candidato a las Licencias haría un «stage» académico, que le permitiera recibir aquéllas con la preparación práctica inexcusable. Y los centros que como la Institución Valdecilla puedan ofrecer los máximos elementos para la investigación científica, deben quedar llenando la misión importantísima de facilitar la especialización médica, abriendo sus puertas, como nuestra Casa lo realiza diariamente, a cuantos maestros nos traen la sabia ofrenda de sus enseñanzas, o a la juventud médica que nos llega con la cordial inquietud de su curiosidad científica.»



CRÓNICA NACIONAL

BILBAO

Agrupación de Médicos Vascos.—La agrupación de Médicos Vascos, constituida en Bilbao no hace aún muchos meses, respondiendo a los anhelos de una grandísima parte de la clase médica de Vizcaya, prosigue su labor con un éxito que evidencia la necesidad de estrechar vínculos profesionales y espirituales entre los numerosos vascos que ejercen la profesión médica y aun de muchísimos que sin ser vascos realizan esta misión en nuestro país. En el curso de muy pocos meses esta entidad se ha robustecido y ha arraigado hondamente. Lo pone de manifiesto así el crecido número de afiliados con que cuenta en toda Vizcaya y el entusiasmo creciente con que ellos cooperan a la obra común de aunar aspiraciones de la clase y unir sus afanes de orden espiritual.

La Agrupación tiende también a lograr que se constituya una Federación de Agrupaciones de Médicos Vascos en todo el país, y a este efecto se han realizado gestiones, habiéndose podido comprobar con la consiguiente complacencia que en todo el país vasco está latente este mismo afán de unión bajo las normas que se ha impuesto la entidad. Cuántas gestiones encaminadas a este fin ha llevado a cabo en distintas poblaciones de Guipúzcoa, Alava y Navarra, entre la clase médica, han encontrado un eco favorabilísimo que fundamenta sólidamente la esperanza de que muy pronto será una realidad esta Federación, en la que estarán atendidas las aspiraciones de orden moral y material de la mayor parte de la clase médica del país. Distintos representantes de la Agrupación se han puesto en contacto con los médicos de las más importantes poblaciones de Guipúzcoa, Navarra y Alava, habiendo obtenido colaboraciones numerosísimas y muy valiosas hasta el punto de que los trabajos de organización pueden considerarse excelentemente orientados.

GRANADA

Nueva Facultad de Medicina.—En la Universidad de Granada se ha expuesto el proyecto de nueva Facultad de Medicina y Hospital Clínico. Ambos nuevos edificios constarán de amplios y magníficos departamentos con arreglo a las modernas exigencias de la vida médica, que se encontrarán en excelentes condiciones de ventilación, luz, etc. Tendrán igualmente los dos referidos establecimientos, patios y jardines, pabellón quirúrgico, cuatro quirófanos, etc. La Facultad de Medicina tendrá un gran salón de lectura, biblioteca, aulas espaciosas, anfiteatro, gabinetes clínicos y otros.

PAMPLONA

Gliomas encefálicos, por el doctor López Albo.—En el Colegio de Médicos de Pamplona, ha pronunciado una brillante conferencia sobre este tema, el doctor López Albo. Se trata de tumores cerebrales de compleja estructura y penosa evolución, que no tienen otra solución que la quirúrgica, la grave operación hecha a tiempo, con un diagnóstico precoz que sólo puede hacerse con delicados medios de investigación, como el de la medida de la presión de las arterias de la retina y minuciosos exámenes clínicos y de laboratorio.

En los casos que relató, observados y operados por él, hizo ver la importante colaboración que en ellos cabe al examen microscópico, prestada, aquí, por el gran histólogo del Río Ortega.

Debe tenerse en cuenta que en el estudio de los gliomas, las piedras fundamentales han sido puestas por los españoles Cajal, del Río Ortega, Castro y nuestro ilustre colaborador el profesor Costero, nombres que no pueden dejar de citar los extranjeros que se ocupan de esta materia y a los cuales con el nombre genérico de «escuela de Madrid» ha dedicado el gran cirujano americano Cushing, un tratado que compendia su experiencia, única en la operatoria difícilísima de estos tumores.

SEVILLA

Homenaje a la memoria del doctor Calvo Criado.—En la sala del Amor de Dios, del Hospital de Sevilla, se ha celebrado el acto de descubrir una lápida para perpetuar la memoria del catedrático de dicha Facultad, don Vicente Calvo Criado, que con tantas simpatías y amistades contaba en Valladolid, de cuya Universidad fué alumno meritísimo y luego Profesor auxiliar, antes de alcanzar la cátedra sevillana.

Hicieron uso de la palabra el sacerdote señor Rodríguez, director espiritual que fué del finado; el alumno del sexto año de Medicina don Manuel Parejo Moreno, el doctor Galindo, auxiliar de la cátedra de Patología y organizador del homenaje; los doctores Tello, Bernaldez, Jiménez Díaz, Orellana, Cuatrocares, Muñoz Rivero y finalmente el doctor del Campo.

Todos tuvieron para el ilustre médico fallecido, juicios elogiosos.

ZARAGOZA

Investigaciones sobre la hormosa cortical de las glándulas suprarrenales.—Sobre este tema pronunció una lección de gran interés, en la Facultad de Medicina de Zaragoza, el día 5 del mes actual, el gran clínico de Madrid, doctor Marañón.

Comienza diciendo que hace trece años dió en esta misma Facultad una conferencia. Entonces también habló de la corteza suprarrenal. Lo que antaño dijo, y que parecía una hipótesis atrevida, actualmente se ha confirmado.

Traza un bosquejo histórico de los estudios que se han hecho desde hace treinta años, sobre glándulas suprarrenales.

Recuerda la importancia que en 1855 le dió Addison a las suprarrenales, los estudios de Shaffer en 1894, el descubrimiento de la adrenalina, que se pensó que era el principio vital de las suprarrenales, la atención polarizada en la médula de la glándula, el fracaso de la adrenalina, el desconcierto de los hombres de ciencia, la prolongación de la vida de los animales sin cápsulas, por injerto de trozos de corteza, el hallazgo de los extractos corticales activos: estudios notables de Hortman en 1928 y Swingle en 1929, etc...

La substancia vital de las glándulas no es la porción medular sino la cortical.

El extracto de la porción cortical, inyectado a animales, a los que previamente se les ha extirpado las suprarrenales, los restablece, no obstante ponerse en trance de muerte a raíz de la extirpación.

En 1930 se han obtenido éxitos por los norteamericanos, inyectando hormona cortical a enfermos addisonianos.

En estos últimos tiempos las investigaciones de los anatomo-patológicos han demostrado que hay gran número de addisonianos que tienen lesiones corticales.

Cuenta el caso de un pordiosero que al ingresar en su clínica ordenó que se le bañase. El paciente entró en el baño con alguna protesta. Allí murió repentinamente. En la autopsia se demostraron lesiones de la porción cortical de las glándulas (en el caso citado, Marañón atribuye la muerte rápida al factor emotivo).

Cita, también, el caso de una señora obesa, que a los pocos días de verla murió repentinamente (La enferma padecía un tumor del ovario, de naturaleza tuberculosa, que estableció metástasis en las glándulas suprarrenales). Vivió soportando la enfermedad mientras estas lesiones fueron de la médula de la glándula, pero al atacar la porción cortical le acarreó la muerte, prueba de la influencia vital de estas últimas parcelas.

Explica con minuciosidad la manera de preparar los extractos de hormona cortical.

Los primeramente preparados no eran puros: en ellos había adrenalina, por deficiencias de técnica.

Dice que para obtener 10 centímetros cúbicos de substancia activa se necesita un kilo de glándulas.

Esto da idea de lo caro que resulta el producto.

Menos mal que estudios recientes parecen demostrar que la hormona se elimina por la orina, lo cual resolvería un problema económico.

La hormona cortical produce en el organismo hipercolesterinemia. Hay que desconfiar de los extractos que no la provocan.

Con la inyección de hormona

- 1.º Desaparecen los síntomas tóxicos.
- 2.º Se modifican los síntomas genitales.
- 3.º Se modifica, aunque con lentitud, la melanodermia.
- 4.º El enfermo aumenta de peso.
- 5.º No cede la hipotensión.

Describe cinco casos de su práctica, tratados por hormonas, en inyección intravenosa.

Analiza concienzudamente el porqué de algunos fracasos.

Afirma que en el período final de la enfermedad de Addison, no es posible, con la hormona, esperar maravillas.

En los animales jóvenes, robustos, a los que se les extirpan las glándulas y luego se tratan por hormona, los resultados son satisfactorios, porque se opera en organismos hasta entonces pletóricos de vida... Pero en las últimas fases de la enfermedad de Addison los pacientes están agotados.

Cita el caso de un sífilítico, Addisoniano, que tiene en tratamiento, el cual cuando no se medica con la hormona se agrava, y mejora notablemente en cuanto de nuevo se instituye la terapéutica hormonal. En este enfermo ha ocurrido algo curioso en la reciente epidemia gripal, cayó contagiado y tuvo una neumonía central, de la que salió victorioso.

Los Addisonianos acostumbran a morir cuando sufren esta clase de afecciones. La salvación del citado enfermo puede atribuirse al influjo hormonal.

Otro Addisoniano tratado por Marañón: un comerciante; al abandonar el tratamiento empeoró; volvió a tratarse y restablecióse en seguida.

Del cuarto caso, una muchacha de veintiocho años, y del quinto, una pastora, como llevan poco tiempo tratándose, no quiere aportar deducciones.

Dice Marañón que con los preparados antiguos subía la tensión porque estaban impurificados con adrenalina. Esto lo ha podido comprobar experimentalmente.

La medicación no produce accidentes, la condición de que el producto esté bien preparado. Estos accidentes hay que achacarlos a la presencia de proteínas. Entra después el conferenciante en un detallado estudio bioquímico.

Las modificaciones de la glucemia son debidas al estado general del enfermo: nunca a la acción de la hormona. Igual ocurre con la acidosis.

Es cierto que los enfermos addisonianos, tratados por hormona, ven con el tiempo disminuir la acidosis, pero esto es debido no a la hormona en sí, sino a que mejora el estado general.

Habla de veinticinco investigaciones sobre la colesteroína en sangre de enfermos addisonianos al inyectarles hormona cortical. En todos ellos se produjo hipercolesterinemia.

En el 80 por 100 de los casos estudiados por Marañón, el metabolismo basal desciende al ser tratados los enfermos por la hormona cortical.

Recalca que deben acogerse con reserva los primeros entusiasmos de los autores norteamericanos.

La enfermedad de Addison no se curará hasta que no se cure la tuberculosis. Mejorías no serán, no son, difíciles de conseguir.

A lo que debemos tender con los métodos modernos de investigación es a diagnosticar, en los comienzos, la enfermedad. Entonces quizá los resultados sean mejores.

Cree que no tardarán en comprobarse buenos resultados en el tratamiento de otros procesos patológicos, con la hormona cortical.

Desde luego hay que confiar mucho en su acción positiva sobre las infecciones, y puede que esto esté ligado al aumento de colesteroína en sangre.



DESDE COLONIA

El proceso de Lübeck

por el doctor J. CASAS

Tras de tres meses y medio de informes, declaraciones y todo el imponente aparato de que nos suele aparecer revestida la Diosa Themis, sus representantes, constituidos en la Sala de Justicia de Lübeck, terminan con su fallo, uno de los más sensacionales procesos del siglo XX; puede decirse que en él se hallaban comprometidos el prestigio de la ciencia alemana y particularmente de su Medicina, y la índole del delito y la relevante personalidad de los presuntos delincuentes, junto con el clamor popular en demanda de justicia, colocaban a los administradores de ésta, en el grave peligro de dejar inclinar su balanza bajo la presión del ambiente de la calle o la impresión de la desconcertante situación de los acusados, tenía tanta más importancia cuanto que al propio tiempo, en Berlín, se veía otro proceso de crisis totalmente diferente, el Sklarek, acaso el más grandioso escándalo financiero de la post-guerra, en el que se hallaban comprometidas destacadísimas figuras de la burocracia. Vacilantes pues, las dos columnas fundamentales en las que tan sólidamente se apoya el Reich. Su ciencia y su administración, había de cargar la tercera, su justicia, con la responsabilidad de mantener o desplomar la sólida fábrica.

La decisión judicial lleva a presidio a dos hombres insignes, el profesor Deycke y el doctor Alstendt, director del Hospital y primera autoridad sanitaria respectivamente del estado libre de Lübeck. La fatalidad ha hecho que el primero, principal acusado, en el ocaso de su vida, deje una estela de muerte y dolor, después de haber sembrado tantos gérmenes de vida; parece, como si los dioses irritados quisieran encadenar así a este nuevo Prometeo que tanto luchó por arrancarles uno de los más preciados secretos.

La tragedia, motivo de esta decisión, la muerte de 71 niños y la tuberculosis grave de otros 131, en relación con el intento de inmunización contra esta enfermedad por el método de Calmette, es suficientemente conocido y no requiere que volvamos sobre él; como presuntos responsables figuran entre los ya citados, el Profesor Klotz, director de la clínica de niños y la hermana Schultze, colaboradora de Deycke en la preparación de las emulsiones bacilares.

En 11 de Octubre pasado, comienza la vista de la causa, que tiene desde los primeros momentos un reparto singular. El papel de público está encomendado a los padres y particularmente a las madres de las víctimas, que conscientes de su situación han adoptado desde los primeros momentos una «pose» melodramática, insistiendo en sus demandas de sanción justiciera con más automatismo que convicción. Del de peritos se encargan las más relevantes figuras de la Bacteriología y la Patología de la Europa Central; en los jueces, se refleja, con inequívoca sinceridad la pesadumbre que en esta ocasión

les produce el papel que les ha reservado su Sagrado Ministerio; y del de acusados... cuatro hombres buenos.

Desde el principio de las actuaciones, la figura del Profesor Deycke, simpática figura de anciano encanecido en el más fructífero trabajo, se señala con rasgos vigorosos en dos sentidos. De su sabiduría informa su edificante historia, contada con sin igual modestia; el más sereno de los jueces cambiaría su puesto por uno de aquel banquillo que Deycke ennoblece con su presencia; en el aspecto ético, reclama toda la responsabilidad para sí, aun cuando no está en situación de comprender el motivo de la demanda. «Pero en todo caso, señores jueces, si hay alguna deuda con la Sociedad, yo soy el único que debe saldarla, los demás son absolutamente inocentes.» Tras de él y en segundo término, todos los demás quedan desdibujados, y efectivamente no han cometido otro delito que confiar ciegamente en uno de los mejores concededores del hacilo de Koch. Dos de ellos han sido absueltos; el otro, doctor Alstendt, un discípulo de Deycke, que respeta y admira a su maestro, a quien tenía el deber «oficial» de controlar en esta ocasión, es una víctima de la organización, para nosotros admirable, de la marcha de los hospitales alemanes, que su defensor ha tachado de «militarizada hasta lo grotesco».

La mayor y mejor parte en todo el proceso, ha sido constituida por la prueba pericial; el Presidente del Tribunal, que con este motivo ha llevado a efecto detenidos estudios teóricos sobre la Bacteriología, plantea a los expertos una cantidad de preguntas a las que han de atenderse en su informe, y que ha merecido unánimes elogios por parte de éstos.

Las principales son: Si son responsables los acusados, por haber introducido el método de vacunación en grande escala; si se puede admitir una exaltación de la virulencia del bacilo de Calmette, o hay que afirmar la contaminación del medio con gérmenes virulentos de otra procedencia; si el laboratorio reunía las condiciones mínimas exigidas para trabajos de esta índole y si son responsables, al no hacer inoculaciones animales, de que la catástrofe haya sido de tan enorme cuantía.

Abel, Lange, Kolle, Uhlénhut, Schürmann, Kleinschmidt, etc., exponen sus opiniones, que como ocurre fatalmente al exponer hechos biológicos no son absolutamente coincidentes, y en algunos puntos muestran explícita diferencia; con este motivo las actuaciones pierden su carácter procesal, en la Audiencia de Lübek, convertida en Congreso de Bacteriología, no se establece ya una presunta responsabilidad por su drama inmenso pero limitado; se trata de fijar el porvenir de los centenares de miles de inoculados; lo que pierde, en visión objetiva lo gana en grandiosidad; ya no es el juicio de Lübek sino «el proceso Calmette», y en él se juega una carta importante el método del genial investigador del instituto Pasteur.

En ocasiones la pasión les hace perder ese comportamiento quintaesenciado que constituye el postulado de esta categoría de controversias. También los graves profesores alemanes saben perder los estribos como cualquier diputado de las Cortes Constituyentes. El Profesor Much, a quien sacan de quicio las risitas del patólogo Schürmann, cada vez que como iconoclasta, admite como comprobados nuevos medios que no convencen a quien como buen histopatólogo es un representante arquetípico de la proligidad alemana, le ofrece:

«Si sigue usted riéndose y molestándome, le pegaré dos bofetadas, ¡¡Majadero!!» y la discusión continúa. En sus consideraciones, donde existe más disparidad de criterios, es naturalmente, donde no pueden apoyarse en hechos absolutamente establecidos, ¿Exaltación de la virulencia o contaminación? Roche, Ludwig, Lange, que creen haber reconocido el bacilo de la rama «Kiel» con que trabajaba Deycke en la preparación de Partígenos, crean una verdadera acta de acusación. Kleinschmidt, con su doble autoridad de pediatra y fisiólogo, motiva en su informe la absolución de Klotz. Friedmann y Uhlenhut, admiten, sin que pueda demostrarse, mutación; y Much le admite sin reserva de ninguna especie. Su informe es un violento ataque a la Medicina oficial. «Si algún día se descorriere el velo que cubre a la Medicina Académica, el mundo quedaría horrorizado del cuidado con que se ocultaron los errores que lucieron entre bastidores...» Los demás peritos adoptan una actitud intermedia, y vuelve el proceso al cauce de amargura del que casi nos habíamos olvidado; hay que acusar, hay que defender, y hay que sentenciar. El fiscal y los representantes de los damnificados, tienen una visión demasiado dura de los hechos aunque la expresan en términos del mayor respeto para Deycke, no así frente a Klotz, a quien acusan de haber tratado sin piedad al primero, en su informe escrito, mientras, que después al darse cuenta que sería enterrado en la misma fosa que ellos, desmiente sus declaraciones y no recuerda nada tras del merísimo informe de los defensores; la Sala condena a Deycke, a dos años de prisión, y a quince meses a Alstend, corriendo de su cuenta las costas, que por imposibilidad de ser satisfechas, le serán cargadas al Senado de Lübek. Se reconoce que ambos son culpables «materialmente» y por abandono, de la muerte de 68 niños, 131 enfermos, el primero, y de dos muertes menos el segundo; la culpabilidad «moral» es absolutamente negada.

La sentencia es dura, y a nosotros profesionales, nos conmueve profundamente. Su agudeza queda ligeramente atenuada al reconocer la intachabilidad moral de los procesados y en las palabras finales, que el Presidente de la Sala se ha creído en el deber de pronunciar. Intimamente conmovido por el final de este drama que empezó en el desdichado caso Griese, y cuyo epílogo ha puesto él, espera que esta sentencia en la que han excluido toda idea de venganza o indemnización, tenga su fruto. Ningún dolor es improductivo y hay que hacer votos porque éste, tenga un fruto en razón con su magnitud.

* * *

No hace largo tiempo, con motivo del cincuenta aniversario del descubrimiento de la lámpara de incandescencia, Edison, provocaba durante un minuto un eclipse total en la noche de Yanquilandia, que pusiera de relieve el valor de esta inapreciable adquisición.

El 24 de Marzo se cumplirán los cincuenta años de comunicación por Koch, de su hallazgo del bacilo de la tuberculosis, a la Sociedad de Fisiología de Berlín; en medio del creciente desarrollo de la investigación alrededor de este germen, que tan desmedidas ilusiones y tan amargos sinsabores ha ocasionado, un dramático e involuntario eclipse acaba de tener lugar, que sólo sea pasajero y que así como tras de la oscuridad se comprende mejor el bullicioso júbilo de la luz; que las víctimas de éste, muertos, enfermos y médicos, sean

sólo un acicate que anime la investigación y nos acerque a la verdad, es nuestro anhelo, ante el final de esta tragedia que nos conmueve como hombres y como profesionales.

Después de recibida esta crónica leemos en la Prensa extranjera que el Profesor Deycke ha salido con dirección a Stuttgart para instalarse allí: el doctor Altschuldner no ocupará de nuevo su puesto, continuando en la dirección del Hospital de Niños el Profesor Klotz que fué absuelto. (N. de la R.).

PARIS

La Academia de Medicina celebró el día 8 del actual, solemne sesión para conmemorar el L aniversario del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis.

Como es sabido, el día 24 de Marzo de 1882 en sesión memorable, R. Koch presentó a la Sociedad de Fisiología de Berlín su luminosa memoria.

Al cumplirse los cincuenta años, el Profesor Calmette desde la más alta tribuna médica francesa ha pronunciado un discurso magnífico en memoria del glorioso investigador alemán.



En esta capital falleció el pasado día 2, nuestro compañero don Francisco M. Eguren.

Hacemos presente nuestro sentimiento a su viuda e hijo, el profesor auxiliar de esta Facultad de Derecho, don Adolfo.

El día 8 del actual falleció la distinguida señora doña Inés Moreno de G. Camaleño.

Pertenece a una distinguida familia vallisoletana, era esposa de nuestro querido compañero y amigo don Miguel G. Camaleño y hermana del inolvidable doctor Luis Moreno.

A toda la familia expresamos nuestro sentimiento y en especial a su esposo.

Falleció en esta capital el Excelentísimo señor don Eduardo G. Rodríguez de Aumente, padre político de nuestro querido compañero el Profesor de esta Facultad don Francisco Mercado, a quien como al resto de la familia manifestamos nuestro sentido pésame.

En Carrión de los Condes (Palencia) ha fallecido el respetable médico don Manuel Arija Merino, a la avanzada edad de 84 años.

El señor Arija Merino gozaba de la estimación, respeto y cariño de todos los carrioneses.

ZARAGOZA

Jornadas Médicas Aragonesas

organizadas por las Entidades Médicas de Zaragoza, Huesca y Teruel, para los días 26 al 29 de Mayo de 1932

PROGRAMA PROVISIONAL

DIA 26.—A las doce de la mañana, recepción en el Salón de Actos del Palacio de la Diputación Provincial.—**A las cuatro de la tarde**, inauguración de la Exposición de libros, instrumental y medios terapéuticos.—**A las cinco de la tarde**, solemne apertura de las Jornadas Médicas Aragonesas en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina y Ciencias. a) Lectura de la Memoria de Secretaría. b) Discursos de los Delegados oficiales y Autoridades. c) Discurso del Presidente de las Jornadas. d) Discurso de apertura del Delegado del Gobierno español.—**A las siete de la tarde**, lunch ofrecido a los Jornalistas.

DIA 27.—A las diez de la mañana, lectura y discusión de Comunicaciones de Medicina, Cirugía, Medicina Social, en la Facultad de Medicina y de Ciencias.—**A la una de la tarde**, Almuerzo ofrecido a los Jornalistas.—**A las cuatro de la tarde**, «Reumatismo poliarticular». Ponente: Doctor Mazañón (de Madrid). Lectura y discusión de las Comunicaciones presentadas sobre el mismo asunto.—**A las siete de la tarde**, conferencia por un Profesor.—**A las diez de la noche**, Función de Gala, de carácter regional, ofrecida a los Jornalistas en el Teatro Principal.

DIA 28.—A las diez de la mañana, sesiones para la lectura y discusión de Comunicaciones de las tres secciones de Medicina, Cirugía y Medicina Social, en locales de la Facultad de Medicina y Ciencias.—**A las cuatro de la tarde**, «Equinococosis». Ponente, doctor F. Devé (de Rouen). Lectura y discusión de las Comunicaciones presentadas sobre el mismo asunto.—**A las siete de la tarde**, conferencia por un Profesor.—**A las nueve y media de la noche**, banquete oficial de las Jornadas en el Gran Hotel Zaragoza, seguido de baile.

DIA 29.—A las ocho de la mañana, excursión al Monasterio de Piedra. Almuerzo en dicho Monasterio.—**A las cinco de la tarde**, regreso a Alhama de Aragón y visita del Bañerío de las Termas.—**A las siete de la tarde**, conferencia del doctor Pérez Mateos, Presidente de los Colegios Médicos de España, sobre «Previsión médica nacional».—**A las ocho de la noche**, sesión de Clausura de las primeras Jornadas Médicas Aragonesas en el Salón Teatro de las Termas de Aragón.—**A las nueve de la noche**, regreso a Zaragoza. Cena en el tren.

El Comité Ejecutivo: doctores, Ricardo Lozano (Presidente), Amiceto Bercial, Alejandro Palomar de la Torre, Víctor Fairén, Eduardo de Gregorio (Tesorero), José Lorente Laventana, Manuel de Frutos, Manuel Fernández Aldama, José Duerto (Comisario de la Exposición), Ramón Celma, Ricardo Horno (Secretario).

Notas.—Los días 27 y 28 en todos los Servicios Hospitalarios de Zaragoza, los Jefes de estos servicios organizarán lecciones teórico-prácticas sobre pun-

tos concretos, a las que los Jornadistas podrán asistir libremente. Los temas, las horas, los lugares y los Profesores, se publicarán oportunamente.

Otra.—Todos los actos reseñados en el Programa de las Jornadas, serán totalmente gratuitos para los Jornadistas que, con el carnet de identidad, recibirán todas las invitaciones, billetes, etc.

Otra.—El Consejo y la Dirección de los Sanatorios del Pirineo, para tratamiento de la tuberculosis, han organizado una excursión a dichos establecimientos limitada a treinta Jornadistas (por falta de elementos para ampliar dicho número) que se realizará el día 30.

Otra.—Asimismo, de acuerdo con las Corporaciones de la provincia de Huesca, se organizará otra excursión al Monasterio de San Juan de la Peña y Universidad de verano en Jaca.

Otra.—Los detalles que faltan en el programa provisional y las variantes que en el mismo convenga introducir, se comunicarán oportunamente.

REGLAMENTO

1. Las primeras Jornadas Médicas de Aragón se celebrarán en Zaragoza los días 26, 27, 28 y 29 de Mayo de 1932.
2. Estas Jornadas tendrán carácter y aspecto regional, siendo su tendencia el dar realce a los problemas médicos, tanto patológicos como sociales, que plantea la fisonomía propia y especial de Aragón.
3. Los Jornadistas serán de cuatro clases:
 - a) De Honor, cuya designación la hará el Comité Ejecutivo de las Jornadas.
 - b) Corporativos.—Podrán inscribirse como Jornadistas Corporativos, los miembros de las distintas Entidades médico-científicas, Corporaciones, Sociedades y Centros científicos que se dediquen a la preparación de productos o material aplicado a la Medicina. La cuota de Jornadistas Corporativos será de 100 pesetas en adelante.
 - c) Numerarios.—Podrán inscribirse como Jornadistas Numerarios, todos aquellos médicos que aun sin ser nativos de Aragón, se interesen por los problemas médico-sociales de la región. La cuota de Jornadista será de 50 pesetas.
 - d) Familiares.—Podrán inscribirse como Jornadistas Familiares, los padres, esposas, hijos, etc., de los Jornadistas Numerarios. La cuota será de 25 pesetas.
 - e) Agregados.—Podrán inscribirse como Jornadistas Agregados, todos los estudiantes de Medicina. La cuota será de 25 pesetas.
4. La tarjetas de los Jornadistas serán personales e intransferibles.
5. Cada Entidad, Corporación, Sociedad o Casa productora, no podrá ser representada por más de un Jornadista Corporativo.
6. Los Jornadistas disfrutarán de la libre entrada a todos los actos organizados por las Jornadas, sin abonar otra cantidad por ningún concepto.
7. Sólo tendrán voz y voto los Jornadistas Numerarios y de honor.
8. Las solicitudes de inscripción deberán dirigirse a la Secretaría general.
9. Las ponencias oficiales serán de extensión ilimitada, escritas a máquina y enviadas a Secretaría antes del 1 de Mayo. Los Jornadistas que intervengan en su discusión, podrán hacer uso de la palabra durante diez minutos como tiempo máximo.
10. Las Comunicaciones libres no podrán exceder de cinco cuartillas escritas a máquina, por un solo lado, para que su lectura no rebase de diez minutos.
11. Sólo tendrán derecho a presentar Comunicaciones los Jornadistas Numerarios, los de Honor y los Corporativos.
12. Las Comunicaciones serán leídas por sus autores en las sesiones dedicadas a ese fin, y deberán ser remitidas a Secretaría antes del 10 de Mayo.