

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

N.º VIEMBRE 1932

NÚM. 11

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

COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. Andrés Bueno**, Prof. 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-sifilógrafo.
Dr. Morales, Catedrático de Patología Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villacián, del Manicomio Provincial.

REDACTOR JEFE

SECRETARIO DE REDACCIÓN

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

Dr. Baena Baena

CUERPO DE REDACCIÓN

- Dr. Argüelles**, Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Casas, Catedrático de Patología general, de la Facultad de Medicina.
Dr. Costero, Catedrático de Histología normal y patológica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Cuadrado, Profesor auxiliar 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 y Bacteriología.

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.
Sevilla. — **Dr. J. Andreu Urrea**, Catedrático de Patología Médica.
Soria. — **Dr. Calvo Melendro**, Director del Hospital Provincial.
Vitoria. — **Dr. A. Villacián**, del Hospital Provincial.
Zamora. — **Dr. Dacio Crespo**, del Hospital Provincial.

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFEC-
IONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento
Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías
de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

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

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

Injectable de quinina pura, completamente indoloro, inyección intra-
muscular e intravenosa. **CURA radicalmente PALUDISMO**; de aplica-
ción 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 Ane-
mias, Astenias, etc. Con resultados sorprendentes que se observan
desde las primeras inyecciones.

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
{ Acido glicerosofórico 0,046 »
{ Acido cacodílico 0,030 »
{ Hierro asimilable 0,002 »
{ Glicerosofato 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 "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

La anestesia por infiltración y conducción con la percaína, por Fernando Cuadrado.

Nuevas investigaciones clínicas para el tratamiento de algunas dermatosis, por los compuestos del alcohol triclorobutílico, asociados al bismuto, por los doctores Barrio de Medina y Cano Santallana.

Estudio de la pelada, por Tegeda Cadenas.

CONGRESOS

Congreso Internacional de la Luz, celebrado en Copenhague, por Baena.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por Baena y Alvarez Represa,

Otorinolaringología, por Berceruelo.

Obstetricia y Ginecología, por Villegas.

Dermatología, por E. Ledo.

LIBROS RECIBIDOS

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

El anuncio profesional de los médicos, por Ricardo Royo-Villanova y Morales.

CRÓNICA REGIONAL

CRÓNICA NACIONAL

Colaboradores del primer semestre

Andrés Bueno, V. / Andreu Urrea, J. / Argüelles, R. / Arróspide, Alvarez, R. / Bañuelos, M. / Barrio de Medina, J. / Baena Baena V. / Calvo Melendro, J. / Cano Santacana / Casas, J. Cilleruelo, J. / Colmeiro Laforet / Corzo / Cuadrado, F. / Durruty Romay / Echevarría / G. Gómez-Sigler / García Lorenzana, F. / Gavilán, M. / G. Maroto, J. M.^a / Ledo, E. / Martínez Sagarra, J. M.^a / Quemada Blanco / Royo-Villanova y Morales, R. / Sáez, L. / Sebastián Herrador / Villacián, A. / Villacián, J. M.^a / Zapatero, E.

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

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

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

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

La anestesia por infiltración y conducción con la percaína

por Fernando CUADRADO CABEZÓN

Profesor auxiliar de Patología quirúrgica

(Continuación)

Acción tóxica.—La percaína, es un tóxico muy activo, de acción electiva sobre el sistema nervioso central y que da lugar a síntomas alarmantes, agitación, disnea, contracciones clónicas, parálisis respiratoria y muerte.

Según la casa preparadora, la dosis mínima mortal es de 0,0075 gramos por kilogramo de peso del cobaya, conejo o perro, y cuando se administra en las venas en dosis no mortal, es rápidamente eliminada, por lo que se podrían inyectar dosis submortales dos o tres veces durante una hora sin producir la muerte. (W. R. Bond y N. Bloom).

Según los estudios de Wilkmann (7), la dosis mortal por vía intravenosa es dos veces y media menor que para la subcutánea y en sus experiencias pudo comprobar, la lentitud de la eliminación, puesto que inyectando 0,001 gramos por kilogramo de peso de conejo, cada veinte minutos, ocurrió la muerte a la sexta inyección. Según este autor, sería extraordinariamente peligroso, por la dificultad de ser eliminado, el inyectar grandes dosis de una vez o el hacer inyecciones repetidas.

Las experiencias de Straub, según Lipschitz y Laubender, muestran la gran sensibilidad para el corazón de la percaína circulante, y para el conejo la dosis de 0,005 gramos por kilogramo sería ya mortal. Con la cocaína y derivados, según los mismos autores, pueden inyectarse a distancia de tiempo dosis submortales, puesto que rápidamente son eliminados por el hígado y el riñón. En cambio, como la percaína se elimina muy lentamente, no se puede pasar de la dosis de tolerancia.

En un segundo trabajo, Lipschitz y Laubender (8), muestran que la toxicidad de la percaína sería el doble para el conejo que para el perro y para el gato, lo cual sería debido a la mayor sensibilidad de su aparato circulatorio.

Goldhahan (9) dice que la dosis mortal por kilogramo de peso inyectada en el saco dorsal de las ranas, sería 0,060 gramos, mientras que para el conejo sería 0,005 gramos por vía intravenosa y el doble por vía subcutánea.

Nosotros, recordamos que la acción tóxica de los anestésicos locales es tanto más activa, cuanto más cerca de los centros nerviosos se la ponga y que de la estadística de Klotz, en 151 muertes por anestesia local, 96 correspondían a anestésicos del territorio de la cabeza, hemos querido hacer

un examen comparativo de la toxicidad de la percaína en dos regiones distantes. Para ello hemos experimentado primero con un lote de conejos, a los que inyectábamos soluciones de percaína al 2 por 1.000 en el tejido celular subcutáneo de la región inguino-abdominal, y después otro segundo lote de conejos, al que inyectábamos la misma solución de percaína en el mismo tejido de la nuca.

Los resultados de nuestras experiencias se pueden ver en los cuadros números 3 y 4.

CUADRO NÚM. 3

Inyección de solución de percaína al 2 por 1000 en la región inguino-abdominal del conejo común.

Conejo	Peso en grs.	Percaína por kg. de peso	Primeros síntomas	Imposibilidad de sustentación	Contracturas clónicas	Rigidez	Evolución
1.º	2.500	0,001 grs.	A los 7 mts.	A los 11 mts.	A los 11 1/2 mts.	A los 12 mts.	Nor. ap. a las 3 horas.
2.º	1.600	0,025 »	» 1 1/2 »	» 2 »	» 2 1/2 »	» 3 »	M. a los 11 1/2 minutos.
3.º	1.700	0,012 »	» 6 »	» 11 »	» 11 »	» 16 »	Nor. ap. a las 5 horas.
4.º	2.700	0,0175 »	» 7 »	» 9 »	» 32 »	» 43 »	M. a las 2 1/2 horas.
5.º	2.300	0,015 »	» 5 »	» 9 »	» 12 »	» 13 1/2 »	Nor. ap. a las 2 h. 15 mts.
6.º	1.550	0,016 »	» 3 »	» 5 1/2 »	» 17 »	» 35 »	M. a las 3 horas.
7.º	1.800	0,015 »	» 6 »	» 10 »	» 12 »	» 15 »	Nor. ap. a las 3 horas.

Signos convencionales: H. = Horas; Mts. = Minutos; Nor. ap. = Normalidad aparente; M. = Muerte.

CUADRO NÚM. 4

Inyección de solución de percaína al 2 por 1000 en la nuca del conejo común.

Conejo	Peso en grs.	Percaína por kg. de peso	Primeros síntomas	Imposibilidad de sustentación	Contracturas clónicas	Rigidez	Evolución
1.º	1.700	0,015 grs.	A los 3 minutos	A los 7 minutos	A los 10 minutos	A los 18 minutos	M. a las 2 1/2 horas.
2.º	1.200	0,01 »	» 5 »	» 6 »	» 9 »	» 11 »	M. a los 14 minutos.
3.º	2.500	0,0075 »	» 6 »	» 9 »	» 13 »	» 14 »	Nor. ap. a las 3 horas.
4.º	1.500	0,005 »	» 6 »	» 13 »	» 16 1/2 »	» 20 »	Nor. ap. a las 3 horas.
5.º	2.000	0,006 »	» 9 »	» 12 »	» 13 1/2 »	» 15 »	M. a las 3 horas.
6.º	1.850	0,005 »	» 8 »	» 15 »	» 17 »	» 19 »	Nor. ap. a las 2 1/2 horas.

Signos convencionales: M. = Muerte; Nor. ap. = Normalidad aparente.

La sintomatología de los conejos intoxicados por estas inyecciones es la misma en unos y en otros experimentos, pero los síntomas aparecen más pronto después de la inyección en la nuca.

Poco tiempo después de la inyección aparecen las manifestaciones reveladoras de la intoxicación, lo primero que aparece es dificultad en las patas traseras al andar y un estado de inquietud que indica el malestar del conejo. Después se deslizan sus patas delanteras sobre el suelo enlozado del laboratorio, sin que lo puedan impedir los esfuerzos del animal. Unos minutos más tarde, se ve la imposibilidad de sostenerse sobre sus patas traseras, por lo que el conejo queda sobre el suelo en decúbito prono

y separadas sus cuatro extremidades. No tardan mucho en aparecer contracciones clónicas, que duran de unos segundos a varios minutos y, por último, el conejo queda rígido, con la cabeza fuertemente flexionada hacia atrás, las patas en extensión y el rabo tendido sobre su lomo. Las respiraciones pasan de 150, el reflejo corneal persiste y este estado, en el caso de que sobreviva el conejo, dura varias horas, siendo de vez en cuando interrumpido, por crisis de contracciones clónicas que duran más de un minuto. Es sumamente interesante la rigidez en opistonos que da la apariencia al conejo, de un todo inarticulado.

En los conejos que terminan por la muerte, unos minutos antes de ella, desaparece la rigidez, se hacen más lentas sus respiraciones, hasta que por último cesan, continuando todavía durante unos segundos contrayéndose el corazón.

Es, por lo tanto, también la percaína, como los restantes anestésicos locales, extraordinariamente más tóxica cuando se le inyecta cerca de los núcleos de la base del encéfalo.

Un examen ligero de los cuadros antes dichos, nos advierte, que para matar un conejo, inyectándole percaína en su región inguino-abdominal es necesario 0,0175 gramos por kilogramo de animal, y bastan 0,0060 gramos, es decir, casi la tercera parte, para matarle inyectándole en el cuello, lo cual está bastante de acuerdo con la conocida ley de que la toxicidad de un anestésico, está en relación con el cuadrado de la distancia a los núcleos centrales de la base.

Estudio comparativo de la toxicidad de soluciones corrientemente manejables en la clínica, de percaína y de novocaína.—Comparando la toxicidad de la percaína administrada por vía subcutánea, con la de la cocaína y novocaína, así como también su poder anestésico, tomando como patrón la anestesia de la córnea por la cocaína igual a 1, llegó Uhlmann a los siguientes resultados:

	Dosis mortal por kg. de peso	Poder anestésico
Percaína	0,010 grs.	10,0
Cocaína	0,05 »	1,00
Novocaína. . . .	0,1 »	0,25

Es clásico decir después de estos estudios, al hablar de la toxicidad de la percaína, que es cinco veces más tóxica que la cocaína, pero que como es diez veces más anestésica, es doblemente manejable. Y esta proporción sería mucho más desventajosa al hablar de la novocaína, puesto que si bien es mucho menos tóxica también tendría mucho menos poder anestésico según Uhlmann.

Por eso nosotros hemos querido hacer un estudio comparativo, de la cantidad necesaria para matar un cobaya, de la solución de percaína que más corrientemente empleamos en la clínica—1 por 1.000—, comparándola con la que necesitaríamos de la solución de novocaína también usual en clínica—1 por 100—.

Para este estudio hemos tomado parejas de cobayas del mismo sexo y del mismo peso, hemos hecho las inyecciones en el mismo sitio y hemos obtenido los resultados siguientes: (véase cuadro número 5).

CUADRO NÚM. 5

Estudio comparativo de la toxicidad a igualdad de volumen de las soluciones de percaína al 1 por 1000 y de novocaína al 1 por 100, en cobayas.

Conejos.	CANTIDAD INYECTADA		PRIMEROS SÍNTOMAS		EVOLUCIÓN	
	Novocaína	Percaína	Novocaína	Percaína	Novocaína	Percaína
1-1'	7 1/2 c. c.	7 1/2 c. c.	Faltan	A los 4 minutos	No hubo S.	M. a la 1 1/2 hora.
2-2'	10 c. c.	10 c. c.	»	» 4 »	»	M. a la 1 h. 15 mos.
3	15 c. c.		A los 18 minutos		Sobrevive	
4	25 c. c.		» 12 »		M. a las 6 horas	

Signos convencionales: S. = Síntomas; M. = Muerte.

Una simple ojeada al cuadro que adjuntamos, nos pone de manifiesto, los concluyentes resultados obtenidos. Mientras que un cobaya inyectado con solución de percaína al 1 por 1.000 muere al cabo de hora y media, otro en iguales condiciones, inyectado con igual cantidad de líquido anestésico similar, a base de novocaína al 1 por 100, no presenta ningún síntoma apreciable, haciendo falta para matarle una cantidad más de tres veces superior de solución.

Por lo tanto, la solución de novocaína al 1 por 100, es más de tres veces menos tóxica que la de percaína al 1 por 1.000, lo que le da también una amplitud de manejo más de tres veces mayor.

Acción sobre los vasos.—La percaína, según Lipschitz y Laubender, sería menos vasoconstrictora que la cocaína, pero es suficiente hacer una anestesia con solución percaínica sin adrenalina, para que nada más incidir la piel, el cirujano se perciba, de que produce fuerte dilatación vascular, siendo necesario, también, como con la cocaína y sus derivados, añadir cierta cantidad de adrenalina para evitar esa vasodilatación y con ello disminuir el poder de reabsorción de los tejidos y aumentar el efecto anestésico. La cantidad de adrenalina necesaria para evitar los efectos vasodilatadores de la percaína, vimos en seguida, que era mayor que la que hacía falta, para conseguir el mismo resultado que con la novocaína, que la recomendada por diversos autores era diferente, puesto que mientras Doens (10) recomendaba diez gotas en 100 cc., Höfer y Flörcken (11) re-

comiendan doce y Martín Lagos (12) de quince a veinte en la misma cantidad y, por último, que la acción vasoconstrictora de las soluciones anestésicas, no tituladas de adrenalina, preparadas por la casa productora del anestésico que nos ocupa, era mucho más intensa que las obtenidas con las soluciones que nosotros más corrientemente empleamos y en las que poníamos veinte gotas de adrenalina al milésimo, por 100 cc. de solución.

Entonces se despertó en nosotros la curiosidad, de estudiar el poder vasodilatador de la percaína y también de la cantidad necesaria de adrenalina que era preciso añadir a cada 100 cc. de solución anestésica, para conseguir los efectos deseados, ya que este dato lo conceptuamos altamente interesante, puesto que la adrenalina, aparte la acción directa sobre los tejidos, tiene un poder tóxico considerable que hace que no podamos sobrepasar la dosis de este medicamento.

Como los resultados obtenidos con el método de la perfusión de Löwen-Trendelenburg no parece bueno a diversos autores que le han utilizado en la medición del poder vasodilatador de otros medicamentos, nosotros comenzamos a hacer estos estudios examinando al microscopio la membrana interdigital de la rana, sobre la que poníamos soluciones de percaína a diferente concentración, no apreciando apenas su efecto vasodilatador, y, más tarde, en el mesenterio del mismo animal, pudimos convencernos que los efectos inflamatorios que tempranamente aparecen, nos impedía hacer el examen comparativo de las diferentes soluciones. Fué necesario que hiciéramos nuestras observaciones en el mesenterio del cobaya, primero observando directamente y después haciendo uso del capilaroscopio, y también en algunos casos hemos apreciado la acción de este medicamento sobre los capilares del peritoneo humano en el transcurso de operaciones abdominales.

La acción que sobre los capilares tienen las soluciones de percaína y novocaína al 1 por 1.000 y por 100, respectivamente, es la siguiente: en soluciones puras los dos anestésicos son vasodilatadores, pero la vasodilatación es notablemente más intensa con la solución de percaína. El cuadro número 6, nos da a conocer los resultados obtenidos con soluciones a las que se había añadido diferente cantidad de gotas de adrenalina.

CUADRO NÚM. 6

Acción que tienen sobre los capilares, las soluciones de percaína al 1 por 1000 y de novocaína al 1 por 100, con diferente número de gotas de adrenalina.

SOLUCIONES	PERCAÍNA AL 1 POR 1000	NOVOCAÍNA AL 1 POR 100
Solución pura	Vasodilatación	Vasodilatación
10 gotas por 100	Vasodilatación	No hay efectos vasomotores
20 gotas por 100	No hay efectos vasomotores	Vasoconstricción
30 gotas por 100	Vasoconstricción	Vasoconstricción

Vemos, por lo tanto, que para obtener los mismos resultados vasoconstrictores por medio de la adrenalina al milésimo, en las soluciones de estos diferentes anestésicos, es necesario añadir treinta gotas a la de percaína y veinte a la de novocaína, y si recordamos que no debemos inyectar más de un miligramo de adrenalina de una vez, vemos en seguida el peligro que esto representa, lo cual, junto a que algunos accidentes tóxicos, sobrevenidos en enfermos a los que se había practicado anestesia local, habían sido atribuidos, más que a la acción nociva de la substancia anestésica, a la toxicidad de la adrenalina sobreañadida, nos hace ser muy cautos, tanto en la adición de demasiada cantidad de adrenalina, como en la utilización de soluciones anestésicas con adrenalina no titulada.

En la literatura aparecen de cuando en cuando algunos casos referidos (13), (14), (15) y (16), con lesiones necróticas de tejidos, algunas veces de evolución mortal, bien por un exceso de adrenalina, bien porque aun cuando con concentraciones usuales, se trataba de infiltración de territorios poco irrigados o de personas excesivamente anémicas.

Acción sobre la tensión arterial.—La acción que tiene un anestésico sobre la tensión sanguínea, es sumamente interesante para el cirujano que muchas veces se encuentra ante enfermos hipotensos, a los que tiene necesidad de operar. Las mediciones oscilométricas practicadas por Höfer y otros autores, les dan resultados tan poco apreciables que sólo los atribuyen a la influencia que el factor psíquico pueda tener. Nosotros hemos medido la tensión sanguínea en todos nuestros enfermos, a los que habíamos inyectado más de 50 mg. de percaína (50 cc. de solución) antes, durante y después de la operación, habiendo llegado a la conclusión, de que la mayoría de los enfermos, que no habían perdido sangre en la operación, la tensión estaba elevada y como esto lo pudiéramos atribuir a la acción de la adrenalina, hicimos mediciones oscilométricas en seis enfermos, a los que habíamos anestesiado con soluciones de percaína desprovista de adrenalina, habiendo obtenido los resultados que se ven en el cuadro número 7.

CUADRO NÚM. 7

Acción de las soluciones de percaína sin adrenalina sobre la tensión arterial.

Solución al 1 por 1000	AFECCIÓN	Tensión antes de la inyección		Tensión después de la inyección		Tensión a la hora de la inyección	
		MÁXIMA	MÍNIMA	MÁXIMA	MÍNIMA	MÁXIMA	MÍNIMA
90 c. c.	Hernia inguinal	12	7	12	7'5	12	7'5
80 c. c.	Hernia inguinal	12	6'5	12'5	6'5	12'5	6'5
60 c. c.	Artritis fímica	11	6	11	6	11	6
90 c. c.	Hernia umbilical	12	7	11'5	6'5	11'5	6'5
80 c. c.	Gastroptosis	10	6	10	6'5	10'5	6'5
70 c. c.	Epitelioma labial	14	7	13	7	13	7

Vemos por todo lo que antecede, que la percaína a dosis usuales en cl-

nica, no tiene acción marcada sobre la tensión arterial y, por lo tanto, este medio anestésico se puede utilizar en enfermos hipotensos.

APLICACION A LA CLINICA

Los resultados clínicos, en cuanto se refiere a la acción anestésica de la percaína, concuerdan en absoluto con los observados experimentalmente. Introducida debajo de la piel aparece rápidamente la anestesia que se extiende a más que el terreno infiltrado, siendo según Höfer altamente llamativa la facultad de penetración hacia la profundidad que tiene hasta para los tejidos más densos como pudo apreciar en un enfermo que padecía un queloide cicatricial del borde interno de un pie.

Este poder anestésico hace que la percaína tenga aplicación en todas aquellas intervenciones en que se utilizan la cocaína y sus derivados, y de las que siguiendo el objeto que nos hemos propuesto, sólo vamos a comentar aquí los resultados obtenidos por la anestesia de infiltración y conducción con la percaína.

En cambio, el estudio farmacológico de la toxicidad de la percaína, no puede ni mucho menos, tenerse en cuenta para los trabajos clínicos, ya que dosis excesivamente pequeñas que no surtirían efectos en los ensayos experimentales, han ocasionado efectos altamente nocivos y hasta algunas veces mortales.

Dosificación.—En la clínica se utilizan las soluciones de percaína en suero fisiológico, solas o con unas gotas de adrenalina. Las más corrientemente utilizadas son: para la anestesia de infiltración, soluciones al medio o al 1 por 1.000 y para las anestias de conducción soluciones al 1 ó 2 por 1.000. La mayoría de los cirujanos administran un ctg. de morfina antes de la intervención.

Las cantidades máximas, que se pueden inyectar sin peligro son, según Christ (17): 400 cc. de la solución al 0,5 por 1.000. 150 cc. de la solución al 1 por 1.000. 50 cc. de la solución al 2 por 1.000.

Aparición de la anestesia.—El comienzo de la anestesia es inmediato con la solución al 1 por 1.000 y no vemos la necesidad de asociarle a la novocaína como propone Usadel para obtener la anestesia más precozmente. Esta es profunda, con insensibilidad absoluta, que se extiende mucho más a la zona inyectada, lo que constituye una gran ventaja por si hay que prolongar la incisión más de lo que se había previsto o aparecen otros procesos inesperados como ocurrió en un caso de Höfer, en el que a una enferma a la que habían anestesiado con percaína para operarla una apendicitis crónica, hubieron de extirpar, junto con el apéndice inflamado, la trompa del lado derecho que estaba enferma y además operar una hernia inguinal que la paciente tenía en el mismo lado, y todo se pudo hacer con la anestesia que para el apéndice habían practicado.

Duración de la anestesia.—La duración de la anestesia con percaína

es siempre mucho más prolongada que la necesaria para terminar la operación. Suele durar cuatro, seis y hasta doce y dieciocho horas, habiendo podido Doens reoperar a un enfermo a las doce horas de la primera operación, con la misma anestesia para entonces practicada. La anestesia desaparece desde la profundidad a la superficie.

(Continuará).



INSTITUTO RUBIO

SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

Nuevas investigaciones clínicas para el tratamiento de algunas dermatosis, por los compuestos del alcohol triclorobutílico, asociados al bismuto

por los doctores BARRIO DE MEDINA, Profesor de los Servicios
y CANO SANTALLANA, Alumno médico

Es relativamente antiguo el uso del bismuto, como medicación local, en el tratamiento de algunas dermatosis; su evidente acción astringente y antiséptica, es innegable. Fué Pablo Taencer, eminente dermatólogo de Bremen, uno de los primeros que lo preconizaron en este sentido, en el tratamiento de los eczemas subagudos. Giebert menciona en una de sus obras, una porción de preparados de bismuto que pueden usarse con resultados beneficiosos en el campo de la Dermatología. Todos los dermatólogos conocemos el dermatol, el preparado básico de galato de bismuto que tantas aplicaciones tiene y ya el célebre maestro Neisser, recomendaba hace muchos años con interés el unguento de subnitrate de bismuto.

Actualmente vuelve el bismuto a estar en boga en el campo de la Dermatología internacional, pero asociado a los compuestos del alcohol triclorobutílico. Es la pomada de Milán, que como la de Hodara y Dohi, van adquiriendo cada día, indicaciones concretas y precisas en nuestra especialidad.

El Milán es un bismuto ácido de butil-malonil-tuclórico, soluble en aceite y cloroformo e insoluble en el agua, es incoloro e inodoro no dejando coloración alguna en la piel y pretende reunir las propiedades sedantes y antipruriginosas de las combinaciones del alcohol butílico tricloro, con los efectos absorbentes y queratoplásticos del bismuto. Nosotros lo hemos usado únicamente en forma de pomada al 10 por 100 en E. O.,

pues la pasta al 5 por 100 y en polvo asociado al talco, no lo consideramos como la forma más apropiada para prescribirlo.

Pablo Taencer a quien hemos citado anteriormente, ha sido uno de los primeros que preconizaron las ventajas del Milán en algunas dermatosis. «Su campo de acción principal—nos dice—está en el grupo de los eczemas y en estos casos da resultados magníficos.» El profesor Ernest Delbanco, director de «Dermatologischen Abteilung des Barmbecker Krankenhauses», de Hamburgo, escribe recientemente del Milán lo siguiente: «Hay que mencionar el efecto rápido y curativo en casos de prurito, en los eczemas crónicos, lo que hasta la fecha no se ha podido observar de ningún otro preparado; en fin, buscando bibliografía sobre este asunto, hemos leído opiniones favorables sobre el Milán, de Radnay, de la clínica del famoso dermatólogo húngaro Toeroek, de Torok, y de W. Meyer y Ney-erjr., los cuales coinciden en asegurar que en la pomada de Milán, se reúne a la acción queratoplástica del bismuto, la acción sedativa y analgésica del alcohol triclorobutílico.

Con tan favorables auspicios, nosotros hemos empezado en España el estudio y experimentación de esta medicación y el dar a conocer a nuestros compañeros de especialidad sus resultados, es el objeto principal de este trabajo.

CASUISTICA

Observación I. J. F.; diagnóstico: Impétigo: lesiones que invaden la casi totalidad de la cara, 15 días de existencia. Pomada de Milán, tres días, al cabo de los cuales, se consigue la curación total del proceso.

Observación II. S. P.; diagnóstico: Lesiones aisladas y generalizadas de piodermitis en una niña de ocho años de edad; son lesiones recidivantes que han resistido al parecer a otros tratamientos empleados. La disponemos Milán en aplicación diaria y constante y conseguimos la curación de todas las lesiones en breve espacio de tiempo.

Observación III. N. N.; diagnóstico: Forunculosis de cuello, que persiste desde hace unos tres días, con todas las características de inflamación y dolor propias de estos procesos. Durante otros tres días que aplicamos Milán como cura local, sin medicación general alguna, no vemos resultados apreciables, ya que no influyó ni sobre la inflamación, ni sobre el dolor. Fué necesario, por tanto, hacer cura general con vacunoterapia por vía intravenosa.

Observación IV. S. C.; diagnóstico: Señora de 68 años, con dos placas de eczema agudo, consecutivas probablemente a lesiones secundarias por rascamiento y sobreinfecciones, ya que la enferma, padece un prurito generalizado sobre un terreno franco de insuficiencia hepática; las dos placas de eczema que están localizadas en tercio inferior de la pierna izquierda y en dorso de la mano y muñeca derecha, son grandes y están ligeramente infectadas o impetiginizadas, ya que existe una exudación franca y van

también acompañadas de un prurito intenso, prurito que como decimos anteriormente es generalizado. Dada la acción antipruriginosa que al parecer el Milán tiene, consideramos esta enferma como un excelente caso para la experimentación clínica y, en efecto, después de un estudio completo y observación rigurosa anotamos en la historia de la paciente, el siguiente resumen de nuestro juicio clínico. Evidentemente el Milán, ha respondido perfectamente ante las placas de eczema subagudo, haciendo desaparecer en el término de tres días, toda la exudación y logrado la cicatrización completa de las dos placas de eczema. Ha ejercido igualmente influencia sobre el prurito localizado a las placas, ya que desde el principio de su aplicación la enferma, ha experimentado una mejoría evidente, hasta el extremo de pretender la enferma aplicarse la pomada al resto de su superficie cutánea exenta de lesiones, cosa que llegó a realizar, hasta sin nuestra autorización; pero, claro está, que sin resultado ostensible alguno.

Observación V. T. S.; diagnóstico: Placa de neurodermitis de la región posterior del cuello, acompañada también de ligero prurito; en realidad es una placa de eczema crónico, seco, ligeramente liquenificada que persiste al enfermo, desde ya algún tiempo y que se ha tratado por diversos procedimientos, sin resultados satisfactorios. En este enfermo, la aplicación de Milán no nos dió resultado alguno; únicamente sobre su prurito ejerció, sin duda, influencia, ya que el enfermo nos aseguró que éste había desaparecido casi completamente. Posteriormente una aplicación de radio curó completamente a este enfermo.

Observación VI. S. L.; diagnóstico: Eczema seborreico de la frente, cara, regiones retroauriculares y parte de cuello; es más bien una seborrea de cuero cabelludo, que se ha extendido y eczematizado a las regiones anteriormente descritas. La aplicación de Milán en este enfermo, nos ha dado resultado satisfactorio, sobre todo en lo que afecta a la parte eczematizada y seborreica de lesiones no pilosas, ya que en cuello y cuero cabelludo, quizá también por las dificultades mayores de su aplicación, no hemos visto los mismos resultados, que los observados en el resto de las lesiones.

Observación VII. B. T.; diagnóstico: Sarna; lesiones vulgares y corrientes en los sitios de elección; eczematización consecutiva infectada en algunos puntos por rascamiento; aun cuando se comprueba la existencia del «acarus» en conjunto, el enfermo presenta la impresión de una pitiriasis corporis, con eczematizaciones consecutivas por abandono y falta de limpieza. Se trata primero, como es natural, con sus fricciones clásicas de bálsamo del Perú al 40 por 100, y una vez destruído el acarus, tratamos sus lesiones post-sarna con Milán, que logran, en efecto, la curación rápida de la misma en poco menos de dos o tres días.

Observación VIII. S. P.; diagnóstico: Psoriasis discreto localizado en codos y rodillas con algunas placas más aisladas en resto de piel; la aplicación de Milán no ha ejercido la más mínima influencia sobre él, ya que

el descamar, como hizo tan sólo, las lesiones, no lo consideramos ni mucho menos como de resultados beneficiosos.

Observación IX. J. K.; diagnóstico: Acné vulgar, de fondo seborreico y tipo quístico, en muchacha de pobre estado general, ligado además a trastornos de hipofunción ovárica y estreñimiento. Además de la cura general, en este sentido, se la trata localmente sus lesiones localizadas exclusivamente a cara, con Milán, que responde evacuando y secando los focos, pero que no logra, como además era de esperar, la cicatrización y desaparición de los mismos.

Observación X. C. P.; diagnóstico: Dermatitis seborreica de cuero cabelludo y región posterior de cuello. Por tratarse de localización en región pilosa, tuvimos interés en observar el comportamiento del Milán, en esta variedad de eczemas seborreicos y, en efecto, el engrasamiento de la piel con el Milán, nos dió muy favorables resultados, aun cuando, como es natural, tuvimos que emplear al unísono con el Milán, una fórmula de resorcina y ácido salicílico para quitar el engrasamiento de la piel. Puede, por tanto, sustituir perfectamente al Mitigal y al aceite de olivas en esta clase de procesos, y cuando esté indicado el engrasamiento de la piel y radiquen las lesiones en regiones pilosas, como decimos anteriormente.

Como es natural, no se ha limitado hasta aquí solamente nuestro estudio y observación, sino que son mucho más los enfermos tratados; pero en conjunto son casos más o menos repetidos de las mismas lesiones anteriormente reseñadas, y carecería de valor, ni vale la pena de extender este trabajo, con la referencia detallada de los mismos.

Hemos entresacado por ello los casos más elocuentes, digámoslo así, tanto en un sentido como en otro, para, concretamente, fijar la atención de los compañeros que nos honran leyéndonos, pero ahora no solamente del estudio de estas observaciones, sino de todas en general, podremos llegar al resultado de nuestra observación, con las siguientes conclusiones:

En primer lugar, nuestra disconformidad con el profesor Ernest Delbanco, de Hamburgo, es manifiesta, toda vez que Delbanco considera esta medicación como su indicación principal, en el grupo de los eczemas crónicos, cuando a nosotros es precisamente en estas lesiones, donde sino los peores, hemos conseguido resultados poco favorables, como no sea que Delbanco, considere o llame eczemas crónicos a los recidivantes y subagudos, que persisten y resisten a otras medicaciones, en cuyo caso, sí estaríamos más de acuerdo, porque en los llamados crónicos o secos, o más científicamente, los que alcanzan cierto grado de infiltración, haciéndose incluso liquenoides o formando ya la placa que comúnmente denominamos neurodermitis, en éstos nada exudativos, que son los que verdaderamente adquieren la denominación de crónicos, no creemos ni mucho menos que puedan influenciarse grandemente por el Milán.

Vaya en cambio nuestra conformidad con Radnay y Torok, al consi-

derar en esta medicación un doble beneficio. El efecto queratoplástico del bismuto y la acción anelgésica y sedativa del ester-triclorobutil-malónico, con lo cual quizá la indicación principal de esta combinación reside en su eficacia manifiesta sobre el prurito que acompaña a diversas dermatosis.

En suma, esta medicación no tiene, a nuestro modesto juicio, ni mucho menos, las indicaciones tan extensas que en la numerosa bibliografía que sobre ella hemos leído, la atribuyen los dermatólogos extranjeros, en cambio, sí nos da excelentes resultados y prestará innumerables servicios en las indicaciones precisas siguientes: «Eczemas agudos» (previa desecación de las lesiones); «eczemas subagudos y crónicos» que no sean secos ni liquenoides; «seborreas y lesiones seborreicas e impétigos y piodermitis diversas».

Si a esto añadimos que su tolerancia es perfecta y su aplicación limpia, y que de modo positivo hace desaparecer de forma relativamente rápida el prurito que suele acompañar a algunas dermatosis tendremos, repetimos, las indicaciones precisas de esta doble combinación del bismuto con los compuestos del alcohol triclorobutílico, de la cual tanto se venía hablando.



Estudio de la pelada

por TEGEDA CADENAS

Director del Instituto municipal Dermo-sifiliográfico y de lucha antivenérea

Con Déhu debemos definir la pelada como «una forma de alopecia, caracterizada: 1.º, por la caída total o casi total de los pelos de la región afecta, sin lesión previa de los tegumentos; 2.º, por la forma redondeada de las placas alopécicas y su neta limitación, al menos al principio, salvo en un pequeño número de casos en los que el proceso muy rápido decalva, desde un principio superficies extensas.»

La placa peládica es de dimensiones muy variables, pues se las ve, desde el tamaño de una lenteja, hasta del tamaño de la palma de la mano, llegando a veces, cuando se trata de casos graves, hasta depilar todo el tegumento. Las placas son circulares u ovaladas y una vez constituidas sus bordes son limpios y regulares; las regiones alopécicas tienen un aspecto generalmente sano y de un color marfileño notable; es frecuente ver en estos nidos alopécicos pelos que, como los de la periferia, se desprenden con facilidad suma. A menudo se observa una ligera depresión cupuliforme y, a veces, con menos frecuencia, se observa un empastamiento hipertrófico. La piel alopécica está lisa, laxa y plegable; es atónica, de una flacidez notable, sobre todo en las mejillas y cuero cabelludo; ha sido descrita esta flacidez por Jacquet, bajo el nombre de «síndrome hipotónico», atonía que

se observa en otros tejidos de origen mesodérmicos. Algunas veces se nota sobre el área peládica, que los orificios pilosos están un poco dilatados, apareciendo bajo la forma de puntitos negros; existe una excreción exagerada de las glándulas sebáceas y la piel adquiere entonces un aspecto graso y brillante. Los cambios sensitivos locales son variables, pero lo más general es que se conserven intactos.

La placa peládica, una vez constituída, está completamente desprovista de pelos o vello, y a primera vista los cabellos que la rodean aparecen sanos y tan fuertes como los otros cabellos de la cabeza. Sin embargo, al examinar más detenidamente los cabellos que la rodean, se observa que son más cortos y de diferente forma que los otros; estos son los cabellos peládicos. El pelo peládico es corto, aproximadamente de cinco a siete milímetros y, sobre todo, su extremidad adopta la forma de maza. La extremidad aparece entonces más gruesa que el tallo subyacente, adoptando el aspecto de espiga. El tallo es fino, sutil y termina por un bulbo blanco y seco que determina la alteración del cabello. El cabello peládico, implantado muy superficialmente, se extrae sin resistencia cuando se depila con la pinza y se rompe muy fácilmente; no contiene esporos, lo cual los hace distinguir de los cabellos de las tiñas. No todos los cabellos que caen y mueren en la periferia del área peládica, son verdaderos cabellos peládicos, la mayoría de ellos no presentan la forma de maza y presentan el aspecto de cabellos normales. Estos pelos están adelgazados, presentando un bulbo seco, pero conservan su longitud y forma. Al examinar un pelo peládico al microscopio, se observa que la cabeza en forma de maza es más negra que el resto del cabello; en el sitio de rotura de un pelo peládico, se nota una extravasación pigmentaria en la que se produce una masa globular negra. Estas perturbaciones de la función pigmentaria llamada antes «ataxia pigmentaria», aunque sigue siendo de difícil interpretación, son primordiales en el estudio histológico del cuero cabelludo peládico. Se produce con frecuencia la acromia de las placas y se observa frecuentemente que, cuando la pelada ataca a un cuero cabelludo de cabellos negros y blancos, los primeros caen, mientras que sobreviven los blancos.

Es muy variable la evolución de la pelada; es raro que se presente ocasión de observar el principio de ella, pues en la formación de la placa no se nota ninguna anomalía funcional. Excepcionalmente, se han señalado algunas sensaciones anormal, prurito, hormigueo, hiperestesia, sensación de calor o frío. Algunas veces se ha notado que los cabellos que iban a perderse, habían perdido su coloración. La depilación es rápida y luego puede extenderse en pocos días.

La curación de la placa, es por el contrario fácil de seguir. Está caracterizada por una parte, por la desaparición de los pelos peládicos y, por otra parte, por la aparición de cabellos finos, pero calibrados regularmente. El cabello peládico es efectivamente un síntoma de enfermedad. En esto

debe basarse el clínico para establecer su pronóstico. En efecto, cuando se observa sobre una placa cabellos en forma de maza o en punto de admiración, es que la placa está todavía en vías de agrandamiento. Cuando por el contrario, una placa se para en su extensión, el cabello peládico desaparece y no aparecen otros. Inútil es decir el interés que tiene para el médico el practicar la busca de estos pelos en espiga. Cuando la fase de reintegración se produce, la placa se cubre en seguida de vello. Este vello crece y los cabellos son finos y sedosos, más finos que los otros cabellos de la parte sana de la cabeza y también menos coloreados.

Cuando el médico es requerido para dar su opinión acerca de la evolución de la pelada, se encuentra frente a un problema casi insoluble. Cada pelada parece dar a la afección un sello particular. Pues es necesario saber, hace recidivas en un tercio de los enfermos. Pero estas recidivas sobrevienen, bien después de varias semanas o de años. Lo más corriente es que después de una placa única, transcurran tres o seis semanas hasta la aparición de nuevas placas (placas secundarias). Si la pelada es grave, la tercera, aparecerá igualmente de tres a seis semanas más tarde que la segunda. La aparición de varias placas al mismo tiempo, constituye una crisis peládica. Cada placa tiene su evolución autónoma y frecuentemente es posible contrastar la existencia de una placa en regresión al lado de otra que está en período de crecimiento. La misma placa puede curar en un extremo y en el otro agrandarse. Este hecho constituía en otros tiempos un argumento de gran poder para los clínicos que admitían el origen parasitario.

Las recidivas se pueden presentar espaciadas, pudiendo curarse cada una, aun sin tratamiento, en dos o tres meses, aunque pueden ser más próximas estas recidivas; por último, una crisis peládica puede no curarse y por extensión puede continuar extendiéndose. En la imposibilidad de poder prevenir el porvenir del peládico es necesario abstenerse de dar un pronóstico optimista, por ser la pelada una enfermedad en la que se presentan cosas inesperadas, mucho más serias de lo que habitualmente se cree.

La pelada puede atacar todas las partes velludas del cuerpo; pero empieza siempre por el cuero cabelludo. Es conveniente hacer observar, que ciertas zonas son atacadas más frecuentemente: regiones parietales, sub-auriculares, vértice, nuca y regiones submaxilares. En ciertos sujetos se ha podido observar una tendencia simétrica y en otros distribución regional.

Así como las tiñas son mucho más frecuentes en las clases pobres, la pelada se encuentra en todas las clases sociales; es más, examinando estadísticas se observa es más frecuente en las clases acomodadas.

Antes de la edad de cinco años es raro ver casos de pelada, lo más frecuente es observarlas entre los veinte y treinta años. Después de los sesenta es muy difícil encontrarse con un caso de pelada.

Ciertos cabellos tienen cierta predisposición a la pelada: Croker cree que el color oscuro es más propenso para padecerla.

Etiología: En la pelada, como en otros muchísimos procesos cuyo origen se desconoce, son muchísimas las teorías que se han emitido para explicar su etiología; daremos a conocer las que más partidarios han tenido. El primero que hizo generalizar la teoría de la no contagiosidad de la pelada fué Luciano Jacquet, pues hasta él al peládico se le tenía completamente aislado, pues epidemias en escuelas y cuarteles, debido a simples coincidencias o al confundir las tricoficias con peladas, hacían creer en su contagiosidad; pero experimentos de inoculación no han dado resultado positivo. Por lo que a nosotros se refiere, debemos decir, que han sido muchos los casos de peladas por nosotros vistos y ni un solo caso de contagiosidad podemos citar, por lo cual, nunca negamos cuando se nos solicita, el certificado de la no contagiosidad de la pelada, para poder asistir a la escuela cuando de niños se trata.

Entre todas las teorías para explicar el origen de la pelada, ocupa el primer lugar la sífilis, pues la mayoría de los autores la conceden tal importancia, hasta el extremo de que Sabouraud dice que entre diez casos de pelada, en siete se encuentra la sífilis o heredo sífilis. Pero esto no quiere decir que la pelada deba ser considerada como un accidente sifilítico, pues el tratamiento específico es frecuente que no obre sobre la pelada; además, excepto en el niño, la mayoría de las peladas no pueden ser atribuídas a esta infección.

En segundo lugar, se encuentra la herencia peládica directa, presentándose, según Sabouraud, el 22 por 100 de los casos por él observados, pudiendo comprobarse en varias generaciones y atacar a varios miembros de una familia al mismo tiempo, haciendo notar que el sexo femenino se afecta en una proporción dos veces mayor que el sexo masculino.

Los desórdenes tiroideos, tienen sin duda alguna, relaciones íntimas con la pelada, pues Basedow, en su primera Memoria sobre el bocio exftálmico hizo consignar la frecuencia de la pelada. Sabouraud insiste sobre esta cuestión y el número de basedowianos observados por este autor le habían parecido tan numerosos, que había pensado hacer de la pelada un signo tan importante como la triada clásica sintomática de la enfermedad.

El hecho de que existan sustancias como el talio, que administradas al interior produzcan alopecias, hizo pensar en un posible origen tóxico de la pelada.

Los desórdenes genitales casi siempre ligados a los desórdenes tiroideos, pueden tomar buena parte en la etiología de la pelada. La pelada de la menopausia no es rara; aparece durante el año que sigue a la desaparición de la regla. La menopausia anticipada o artificialmente provocada determina un síndrome peládico.

Se han visto en ciertos casos de castración en el hombre, desarrollarse peladas de evolución particularmente graves.

Se observa en los peládicos un fenómeno, que según Levy-Franckel, que le ha parecido constante en los enfermos por ellos examinados y que puede ser el fenómeno fundamental, y son las alteraciones circulatorias de angiospasm; en algunos, esta vaso-constricción es el solo fenómeno registrado, en otros se acompaña de fenómenos de la serie endocrinos y simpáticos; estos autores creen en la variedad de dos peladas, una vasculo simpática, de la cual la pelada dentaria es el tipo donde el metabolismo basal es normal; la otra, en la que el ataque neuro-vascular es consecutivo a una perturbación del sistema endocrino, donde el metabolismo es frecuentemente anormal. Dicen Levy-Franckel que no tienen la pretensión de explicar por la perturbación del sistema endocrino simpático, todos los casos de pelada; en primer lugar ciertos sujetos participan de las dos categorías, por otra parte esta concepción no es más que una vía de acceso al conocimiento del mecanismo de esta afección, pero se hace imposible afirmar que este mecanismo es responsable de todos los casos de alopecias en áreas; han observado estos autores un fenómeno que parece constante: la vaso-constricción, pues las alteraciones endocrinas simpáticas, representan una causa suficiente de esta vaso-constricción, quizás no sean una condición necesaria; estas alteraciones circulatorias podrían explicarse también por otros mecanismos, la arteriolitis, por ejemplo, que puede se añadan a las alteraciones endocrinas o simpáticas, pero dicen, es imposible afirmarlo actualmente con certeza. Por otra parte, agregan dichos autores, hay un hecho que llama la atención a primera vista; si un gran número de enfermos atacados de alopecia en áreas se puede poner en evidencia un desequilibrio del aparato órgano-vegetativo, todos los disendocrinianos no tienen pelada, como tampoco todos los sujetos de perturbaciones simpáticas. El angiospasmos, factor necesario, dicen que no sobreviene más que en ciertos individuos y puede modificarse ya espontáneamente o bajo la influencia de procederes terapéuticos locales, independientemente de las alteraciones órgano-vegetativas que pueden presentar estos enfermos.

La teoría más discutida para explicar el origen de la pelada, es sin duda alguna, la traumática, pues frente de Levy-Franckel y Fuster que presentan enfermos de peladas traumáticas, consecutivas a traumatismos del cráneo y de la cara y que aparecen al mes o a los dos meses del traumatismo, están la mayoría de los dermatólogos, entre ellos Sabouraud y Thibierge, que dicen que ni durante la gran guerra, han visto un solo caso de pelada traumática. Mautier y Legrain, dicen que el origen traumático de la pelada es excepcional y que los que ellos han observado van acompañados de trastornos nerviosos (conmoción cerebral, neuralgias, cefaleas) trastornos favorables a la etiología neuro-trófica de la pelada en general.

Por lo que a nosotros se refiere, diremos que son muchísimos los casos

de peladas observados y en ninguno de ellos podemos atribuir su origen a un traumatismo, y hemos visto muchos traumatismos de cráneo y cara y tampoco hemos visto aparecer la pelada.

En «Consideraciones sobre el vitiligo» publicadas en el número 233 de «Los Progresos de la Clínica» y en 86 de «Información Médica», hacíamos constar nosotros lo siguiente: La asociación del vitiligo con la pelada, dice Lindberg, es demasiado frecuente para que se vea en ello una coincidencia fortuita, y es preciso admitir una analogía entre estos dos trastornos, pues particularidades observadas en la pelada abogan en favor de esta anomalía. Dada la relación íntima entre el vitiligo y la alopecia en áreas, se comprende el término falto de sentido preciso de «trofoneurosis» con que se han calificado estos trastornos.

Cazenave consideraba la pelada como una variedad de vitiligo.

Levy y Suster, examinado por capiloroscofia, han observado en las placas de pelada una disminución o una desaparición de los capilares; a menudo existe vaso-constricción de los capilares de las extremidades de los dedos. En el vitiligo el aspecto es el mismo de las zonas despigmentadas; en las hiperpigmentadas, al contrario, los capilares están extraordinariamente desenvueltos.

Carroll Wright, combate la teoría trofoneurótica de la pelada, apoyándose en los resultados obtenidos por la sección de nervios del cuero cabelludo. La sección de los nervios sensitivos del cuero cabelludo del hombre, no altera de ningún modo el crecimiento de los cabellos. La sección de la raíz posterior del segundo nervio cervical en el hombre, no tiene ningún efecto sobre los cabellos, a pesar de que Joseph, haya pretendido haber producido una alopecia en el gato y en el conejo por este método.

La sección de los filetes del simpático que van al cuero cabelludo, no ejerce ninguna influencia sobre los cabellos. Las zonas de Jacquet de irritación refleja de origen dentario, no corresponden a las zonas de Head. De otra parte, si la teoría de Jacquet fuera justa, la pelada debería ser mucho más frecuente, dada la frecuencia de las afecciones dentarias.

Wright, concluye afirmando, que la pelada no es una trofoneurosis; él hace intervenir a lesiones vasculares, una vaso-constricción de los vasos del cuero cabelludo puede acarrear, si es suficientemente prolongada, una isquemia y un trastorno de la nutrición de ciertas áreas del cuero cabelludo. Entre todas las etiologías de la pelada, descritas anteriormetne, esta última, es la que más se ajusta a nuestro modestísimo modo de pensar, añadiendo que es indispensable, recaiga esta vaso-constricción, en sujetos débiles y anémicos.

La multiplicidad de factores etiológicos, teniendo determinada importancia en el origen de la pelada, hacen que conviene considerar a ésta, más como síndrome que como enfermedad.

Diagnóstico: El diagnóstico de la pelada es, la mayor parte de las

veces, sumamente fácil, pudiendo, si los síntomas son claros, diagnosticarse a distancia. Esto no quiere decir, que los errores no sean frecuentes, pues en el niño, a veces se confunden pelada y tiña tonsurante y en el adulto se confunde con cicatrices; pero fijándose se ve que la placa de tiña nunca está desprovista absolutamente de pelos, pues siempre persiste alguno que es corto y mal cortado; además no está completamente limpia, pues su superficie está recubierta de películas adherentes, por lo que siempre que veamos en la cabeza de un niño placas de películas localizadas, debemos pensar que se trata de una tiña, pues estas placas difieren de las de pelada, en que éstas son lisas y perfectamente limpias de pelos; ocurre a veces que el enfermo está sujeto a algún tratamiento y entonces el diagnóstico puede ser más delicado; pero fácilmente se sale de dudas, haciendo un análisis microscópico del pelo. Se comprende fácilmente el interés que esto tiene por las consecuencias tan fatales que puede acarrear el diagnosticar peladas, cuando se trata de tiñas, máxime si hay aglomeración de niños.

La pelada y la tiña pueden observarse en el adulto, pero la confusión es muy difícil; los tricofitos crean foliculitis inflamatorias absolutamente diferentes del aspecto limpio, liso y no folicular de la placa peládica de la barba.

Hemos dicho que los errores más frecuentes en el adulto al diagnosticar la pelada, es el confundirla con cicatrices; en efecto, algunas cicatrices traumáticas, se asemejan tanto a la pelada, que hay que fijarse muy atentamente para distinguir una de otra; se confunde también la pelada, con las depilaciones circunscritas que se observa en ciertas mujeres, debidas a la presión de peñas; con la que más semejanza tiene la placa de pelada, es con la alopecia producida por los rayos X, pues estas placas aparecen lisas y bordeadas de cabellos en punto de exclamación, idénticas a las de la placa de pelada.

El forúnculo puede determinar una pequeña placa redondeada, alopécica, pero está rodeada por cicatrices del mismo forúnculo.

El acné necrótico, resulta de una multitud de pequeñas superficies depiladas, centradas por la cicatriz varioliforme de lesión causal; por otra parte, la afección tiene pequeñas intermitencias dolorosas completamente distintas de la crisis peládica.

Las grandes superficies cicatriciales de Favus, han podido en ciertas ocasiones confundirse con la pelada, pero este error es fácil de evitar si se tiene en cuenta que las cicatrices fávicas, presentan bordes irregulares, que la piel en ellos está adelgazada, plegada y que ningún poro es visible.

El lupus eritematoso es reconocible por su centro deprimido, por su borde saliente y por la atrofia cutánea.

Las depilaciones post-impetiginosas han dado lugar a muchas confusiones con la pelada, hasta el extremo de que epidemias escolares de esta infección, pudieron antes ser consideradas como epidemias de pelada y afir-

mar la contagiosidad de ésta, pero la placa depilada ha sucedido a la caída de una costra y esta placa no está rodeada de cabellos peládicos.

La sífilis produce una alopecia, que consiste en pequeños focos, no claramente circunscritos, a nivel de los cuales el pelo es escaso, pero que no llega a faltar por completo; en esto podemos decir, lo que dice el ilustre dermatólogo doctor Sáiz de Aja: «...pero en ningún caso de los muchos observados por nosotros ha sido interpretada como causa de pelada; y bien que lo siento, pues ello me ha privado de brillantes curaciones de las más estimadas por los enfermos que agradecen más y estiman de mayor mérito la cura de un mal de sociedad (llamémosle así), que la cura de un grave proceso corporal, interno, visceral.»

Vamos ahora a ocuparnos de la afección que más analogías guarda con la pelada; la pseudo pelada de Brocq: los caracteres diferenciales de una y otra, se notan en seguida, pues el error no puede resistirse a un examen serio; la pseudo pelada principia como la pelada, sin ningún síntoma funcional, pero es mucho más insidiosa y cuando el sujeto se apercibe, descubre la existencia de numerosos puntos de ataque, siendo con más frecuencia, el vértice el primeramente atacado, sin que esto, naturalmente, quiera decir que comienza por otra región cualquiera y a veces comienza en distintos puntos aislados. Más o menos rápidamente, los cabellos caen y las placas alopécicas se constituyen presentando entonces el cuero cabelludo recubierto de pequeñas áreas alopécicas, que son redondeadas u ovaladas y separadas por líneas de cabellos sanos. Lo más frecuente es que estas placas tienen tendencia a extenderse y por reunión de placas vecinas, se forman placas más grandes llegando a veces a ser como la palma de la mano; como testimonio de su modo de formación y alrededor de ella, se encuentran pequeñas áreas aisladas que no se han fusionado aún con las grandes placas. Extendiéndose lentamente, la alopecia parte del vértice y tiende a ganar las partes laterales del cuero cabelludo, al contrario de la pelada, que casi siempre respeta los límites de éste y no da lugar a placas del borde. Las placas son blancas, nacaradas; a su nivel el cuero cabelludo está adelgazado, atrofiado y deprimido, teniendo el aspecto, como dice Carteau, de una cáscara de cebolla, y motivo por el cual Brocq haya colocado esta enfermedad en el cuadro de las alopecias atrofiantes. El cabello que va a caer y que se le puede separar por una débil tracción, es un cabello muerto, con bulbo completo y frecuentemente está rodeado de una vaina pulposa, hialina, blanquecina, semejante al cabello fávico. Ni en el examen microscópico ni en los cultivos, dice Carteau, se ha demostrado la existencia de hongo patógeno.

La pseudo pelada resiste a todo tratamiento. Evolucionando muy lentamente, aumenta insensiblemente cada día, pero sensiblemente de año en año. A veces se nota que sus progresos aparecen considerablemente retardados por aplicaciones repetidas de azufre. Las reparaciones no se repro-

ducen jamás en las partes depiladas, y las placas alopécicas son definitivas, lo que hace que el pronóstico sea desagradable. Felizmente, dice el autor antes mencionado, se trata de una afección rara, de la cual no se ven más que seis u ocho casos por año en todos los servicios reunidos del hospital de Saint Louis.

Tratamiento: No es nuestro propósito hacer una descripción de todos los tratamientos propuestos para tratar la pelada, y sí únicamente dar a conocer los que empleamos y que si seguimos utilizando, es porque vemos que son los que más resultados nos han dado.

Como el tratamiento local de la pelada no tiene otro objeto nada más que despertar a las papilas de su letargo y restaurar la actividad de la piel, es por lo que se recurre a la medicación excitante, y como los efectos que esta produce varía de unos cutis a otros, es por lo que el médico debe dirigir continuamente el tratamiento, pues sino se hace esto, se corre el riesgo de que éste sea insuficiente o al contrario, se puede llegar a producir dermatitis exudativa intensa. Entre los muchísimos tópicos recomendados ocupan el primer lugar el alcohol, éter, ácido acético, tintura de iodo, cantáridas, cloral, esencia canela, etc.

Nosotros procedemos de la manera siguiente: ya que el corte total de pelo no se haga para que el enfermo disimule sus peladas, mandamos cortar a pico de tijera los pelos de los alrededores de la placa para poder hacer bien la aplicación medicamentosa; diariamente, fricción en seco con una bayeta hasta producir un ligero eritema de la placa; fricción con sublimado al uno por mil, de toda la cabeza, y cada dos o tres días, toques en las placas, de ácido acético, cloroformo y alcohol, o esencia de canela, no haciendo nueva aplicación hasta que no desaparezca la reacción congestiva de la cura anterior; si ésta, curando cada tres días no se produce, entonces hacemos estas curas cada cuarenta y ocho horas.

Otro sistema que nos ha dado buenos resultados es el descrito por Car-teaud, y que consiste en lo siguiente: por las noches dar una fricción en las placas con un cepillo de dientes imbibido en:

Tintura da cantáridas.	10	grs.
Tintura de romero	} aa	25 »
Tintura de jaborandi.		
Alcoholaturo de Fioraventi.	50	»
Alcohol alcanforado.	150	»

después de la fricción se amasa la placa con:

Azúfre precipitado.	2	grs.
Jabón negro	} aa	0,75 »
Bálsamo del Perú.		
Vaselina.	25	»

cada tres días hacer una fricción general de todo el cuero cabelludo con:

Ácido acético cristalizado.....	5 grs.
Tintura de romero... } aa 30 »
Tintura de jaborandi. }	
Ron..... aa 90 »
Alcohol de 60°	

Una vez por semana se reemplaza el tratamiento de noche indicado, por un ligero toque de las placas, con tintura de iodo recién preparada.

Tanto en un método como en otro, nosotros agregamos los baños de sol, más el tratamiento general del que luego hablaremos.

Una vez reseñados los tratamientos anteriores, pasemos ahora al que es de más de nuestro agrado y que si no lo empleamos siempre, fácil es comprenderlo, es porque no todos los enfermos están en condiciones económicas de poderlo sostener; me refiero a los rayos ultravioletas; en la primera sesión se debe buscar una dosis que produzca un fuerte eritema, sin llegar a la vesícula; cada sesión se hará cada ocho o diez días, siendo la duración media de veinte minutos y a veinte centímetros de distancia.

Por lo que respecta al tratamiento general, el peládico debe ser examinado a fondo; el sistema dental debe ser objeto de un minucioso reconocimiento, ordenando el arreglo o extracción de las piezas enfermas; Jacquet en una historia clínica de un peládico, señala la curación de éste, con sólo la extracción de un raigón, enfermo que había sido rebelde a todo tratamiento.

Igualmente se hará un examen riguroso de los trastornos tiroideos, ováricos y suprarrenales e instituir una medicación opoterápica apropiada.

Acerca de la utilidad del tratamiento antisifilítico en los peládicos, entiendo que la regla a seguir debe ser la que señala Sáiz de Aja en el tratamiento de las enfermedades de la piel, cuando dice: «En cuanto a la cura antiluéctica, no soy partidario de ella, salvo coexistente indicación de la misma por ser sifilítico el paciente; es que no hemos podido alcanzar con ella, resultados estimables.»

Como la mayoría de los enfermos peládicos, son sujetos débiles y anémicos, es por lo que nosotros les instituímos desde el primer momento el régimen apropiado para estos casos: reposo, vida al aire libre, hidroterapia y tónicos y, a fuer de sincero, diré que estoy muy contento de sus resultados.



BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

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

CONGRESOS

Congreso Internacional de la Luz, celebrado en Copenhague del 15 al 19 de Agosto de 1932

Bajo el patronato de S. M. el Rey de Dinamarca y la presidencia de honor del ministro del Interior señor Dahlgaard, el Congreso presidido por el doctor Axel Regi se celebró en el Palacio de Christianborg, tomaron parte 330 miembros que representaban a 26 naciones.

La sesión de apertura tuvo lugar en presencia del Príncipe Heritier. Las frases de bienvenida del presidente doctor Axel, del ministro del Interior B. Dahlgaard, del Presidente de Copenhague J. K. Bulow, del Rector de la Universidad y de los profesores Bernhard, Hans Meyer, Kissmeyer y Bohr, fueron radiadas.

Primer tema.—¿Cómo se puede explicar el efecto de los baños de luz en la tuberculosis? Aportaron sus comunicaciones Sir Henri Gauvaiu (de Altan), Jezionek (Giessen-Alemania), Aimes (Montpellier), Braurtein (Moscou), Brunez (Varsovia), Luce Clausen (Rochester), Heringa (Amsterdam) y Memmesheimer (Essen). Todos coinciden pensando que la fototerapia actúa como medicación no específica, realiza diversas modificaciones en la composición de la sangre, en los cambios tisulares, en el sistema cardiovascular y la inmunidad biológica del organismo se eleva. La influencia de la fototerapia se hace sentir en tres modos, por la piel, el sistema nervioso y el psiquismo.

El baño general de luz actúa sobre la capa basal de la epidermis y excita los cambios tisulares y pone en libertad las «Esophylasinas de Hoffmann» que tienen una afinidad por la tuberculina y tienden a destruirla; esta forma pone en actividad un proceso de curación espontánea contra la tuberculosis. La irradiación tiene sobre la piel una acción directa que libera la vitamina D y una hormona vecina de la histamina, la «Dermalexina de Hoffmann», refuerza las funciones reticuloendoteliales y la fagocitosis, los bacilos captados son lisados y determinan la producción de anticuerpos.

La irradiación actúa directamente sobre las terminaciones nerviosas y provoca reflejos en el sistema simpático.

La insolación tiene una decisión psíquica importante, el deseo de curar y la consciencia de un ataque benigno son sentidos, un bien moral, elemento importante del tratamiento es mantenido.

Segundo tema.—Bases y organización de buscas helioclimáticas en relación con las medidas de higiene pública. Actuaron como ponentes Hausmann (Viena), Rollier (Leysin), Hasché (Berlín) y Lindholm (Stokolmo). Para la salud pública es preciso extender a toda la población los beneficios de la luz y de la climatología, reservadas hasta aquí a los enfermos. Es preciso poner las habitaciones y el modo de vivir en armonía con el clima, nada sirve vivir en un país soleado si es para vivir en calles estrechas y casas sombrías.

La climatofísica estudiará los elementos cósmicos, meteorológicos y telúricos de los climas, la luz difusa y refleja, el espectro solar.

La climatoquímica se ocupará de la constitución íntima de la atmósfera y de sus elementos, de su relación con el mar, el valle y la montaña.

Un clima es definido por la constitución geológica del terreno, el régimen de vientos y de lluvias. La temperatura del aire es influenciada por la presencia del mar, las corrientes calientes y frías que lanzan las costas, el estado higrométrico del aire sobre todo la acción del viento modifican el valor de enfriamiento del organismo humano, de gran importancia para regular el baño de sol, frío, indiferente o caliente, cuyos efectos fisiológicos son distintos. La radioactividad y el estado eléctrico de la atmósfera son difíciles de precisar y variables.

La helioclimática debe ser aplicada a los hospitales y a la higiene urbana. «La escuela al sol» de Cernat fué una primera aplicación de helioprofilaxia que es de interés generalizar.

Tercer tema.—El papel del pigmento en la biología de la luz y en el efecto terapéutico de los baños de luz. Fueron ponentes: Brody, Miescher, Hansser; Lausión y de Lima, Keller, Pollard y Rajka. La naturaleza y el asiento del pigmento son bien conocidos desde los trabajos de Bruno Bloch. La piel normal no tiene más que trazas de pigmento, la cantidad del mismo depende de factores endo y exógenas. Los endógenos son, ante todo la raza, luego las secreciones internas. El principal factor exógeno es la luz, la pigmentación es igualmente provocada por los rayos Roentgen, los cuerpos radioactivos, el calor y toda irritación cutánea que interese las células pigmentógenas. No se sabe aún, si la pigmentación resulta de un proceso puramente químico desarrollado por la irritación celular o si la luz juega un papel activo en su formación. En todo caso luz y pigmento están ligados, la luz extrae el pigmento y el pigmento absorbe la luz, el pigmento existe en todas las superficies animales expuestas a la luz y determina el color. En el negro el pigmento es o tiene una acción protectora. No está probado que el pigmento sea fijador de energía y juegue un papel análogo al de la clorofila en el reino vegetal, el tratamiento del raquitismo por los rayos ultravioletas exige el mismo tiempo, caso del blanco como del negro.

La pigmentación consecutiva a la fototerapia hace pensar que el pigmento juega un papel activo en el tratamiento, ahora bien, no se conoce ningún papel activo ni como catalizador ni como reservorio de energía latente. En efecto, la pigmentación y el proceso de curación son frecuentemente paralelos, sin que este paralelismo sea obligatorio. La intensidad de la pigmentación varía con la fuerza luminosa y con los individuos, los caquéticos reaccionan con una pigmentación intensa y rápida.

Si la pigmentación permite reglar el tratamiento, es dudoso que permita llevar un pronóstico.

Cuarto tema.—Cuenta rendida del Comité internacional de fijación de una unidad de medida para los rayos ultravioletas. Aportadores: Saidman y Coblentz.

Una unidad de medida para los rayos ultravioletas permitiría a los médicos que practican la helioterapia o la actinoterapia, hacer las irradiaciones con flujos energéticos, siempre comparables en diversos lugares.

Se podría adoptar como unidad de medida para el flujo, la milicaloría-gramo; como unidad de potencia ultravioleta, la potencia de la lámpara que da a un metro un flujo ultravioleta total de una milicaloría por centímetro y minuto; como unidad de potencia biológica, la potencia de la lámpara dando a un metro un flujo de una milicaloría por centímetro cuadrado.

Finalmente acordaron recomendar la standardización de los rayos utilizados en medicina, dividiendo el espectro en tres cortes definidos provisoriamente por los filtros siguientes: Uno al bario, gran longitud de onda, otro al bario-corex, de mediana y otro al corex-cuarzo, de corta longitud de onda. Es-filtros serán puestos a disposición de los institutos nacionales que les librarán a los constructores, a los médicos y a los radiólogos.

Después hubo muchas comunicaciones de diversos temas de libre elección, todos muy interesantes, referentes a cuestiones de la luz.

BAENA

Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

ANTIBLEFARINA

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER - Sardañola (Barcelona)

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE Y C.^{IA}, S. A.

de París y Basilea

A. Ambroa - Santa Engracia, 4 - MADRID

Imprenta Castellana

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

MEDICINA INTERNA

W. NOUNENBRUCH.—La cura de salirgan por inyección intraabdominal. «Klinische Wochenschrift». Número 38. 1932.

Numerosos autores han recomendado, en los enfermos atacados de ascitis, las inyecciones de salirgan en la cavidad del peritoneo; el autor de este trabajo confirma que se puede poner sin peligro y sin inconveniente, una ampolla de 2 cc. de salirgan en la región suprapubiana, una vez vaciada la vejiga. La diuresis comienza entre las seis y las ocho horas siguientes a la inyección, dura dos días y es generalmente más intensa que después de la inyección intravenosa. Describe cinco observaciones que confirman estos datos.

El método ha sido empleado en casos de ascitis cirróticas, principalmente, pero también en algunas tuberculosas o cancerosas.

La eficacia de la inyección intraperitoneal del salirgan, se debe a la acción extrarrenal del medicamento, sin embargo las dosificaciones realizadas por el autor en el suero y en el líquido peritoneal no permiten asegurar el mecanismo de esta acción.

En un caso, una solución de indo carmín, inyectada en el peritoneo, fué eliminada mucho más pronto después de la inyección de salirgan, lo que demuestra un poder de absorción más activo del peritoneo.

KAYSER-PETERSEN.—Las consecuencias médico-sociales de la tuberculosis de los viejos.—«Zeitschrift für Tuberkulose». Número 1. 1932.

No obstante ser de una importancia extraordinaria, el problema de la tuberculosis del anciano, las nociones que tenemos acerca de él, son muy imprecisas. Escapa este diagnóstico muchas veces al médico, y gracias a las estadísticas de autopsias hemos podido reconocer estos errores, y ha hecho saber que a esta enfermedad se debe la mortalidad de gran número de sujetos de 60 a 70 años. Las buscas de Herold y de algunos otros han mostrado que de 190 sujetos de edad de más de 60 años, un 4 por 100 presentaban lesiones de tuberculosis abierta. La bronquitis crónica, el enfisema, son las enfermedades que más enmascaran este diagnóstico, y como por regla general estos enfermos eliminan esputos con gran abundancia de bacilos, ello hace que hagan verdaderas catástrofes en sus familias y convecinos. se deberá, pues, aplicar a todos los viejos tosedores toda la serie de exámenes radiológicos y baciloscópicos usuales, y en cada caso de tuberculosis infantil investigar la fuente del contagio, que seguramente se encontrará en el abuelo o la abuela. Se encontrarán igualmente numerosos casos de estos, portadores y eliminadores de bacilos de Koch, en los Asilos de alienados y en los hospitales de viejos, como nosotros lo hemos podido comprobar en nuestro servicio de la sala de los ancianos del Hospital Provincial de Valladolid.

G. V. HENCQUEVILLE.—**Tratamiento de los grandes síndromes de excitación nerviosa por los nuevos alcaloides hipotóxicos de Polanowski** (Tesis de París). «La Presse Medicale», 15 Octubre 1932.

El práctico se enfrenta todos los días con síndromes múltiples de excitación nerviosa, ansiedad, insomnio, obsesión, temblores, neuralgias. La mayoría de estos síndromes mejoran mediante medicación sedativa. El autor ha tratado de distinguir las excitaciones complejas, las que se producen en las funciones de relación y las de las funciones vegetativas.

Ha estudiado la acción del opio, de la morfina, beleño y escopolamina, y particularmente los aminoxidos de morfina y de escopolamina que actúan tan enérgicamente con una toxicidad menor y que no causan ni acostumbamiento ni toxicomanía. La asociación de estos diversos medicamentos da resultados superiores. Todas las formas de excitación no reaccionan igualmente.

El insomnio es el primero que se deja reducir, la excitación maníaca, las hipertónicas, los temblores, el dolor, la angustia, se mejoran bastante fácilmente; las excitaciones intelectuales, alucinaciones, delirios, son poco influenciadas.

F. COSTE y J. FORESTIER.—**Estreptococo y reumatismo crónico.**—«La Presse Medicale». 22-X-1932.

Las poliartrosis crónicas, comprendiendo el reumatismo generalizado deformante, es un problema de etiología aún oscura.

Según la escuela francesa, le consideran como una enfermedad de la nutrición, manifestación de diátesis artrítica o gotosa, disfuncionamientos glandulares.

En los países anglo-sajones, les atribuyen generalmente a la infección y en primer lugar a la infección estreptocócica.

Modernamente se consideran como «artrosis» las de causa mecánica o discrálicas y como «artritis» las de origen inflamatorio.

Los autores hacen historia de los trabajos de los diversos autores ingleses y americanos que indican el gran papel del estreptococo en la producción de estos reumatismos, entre ellos están los de Rosenow, que hallaba el estreptococo en un por ciento muy elevado, haciendo cultivos con el líquido articular y los ganglios regionales, Moon y Edwards que haciendo cultivos con la sangre de estos enfermos obtienen muy a menudo el estreptococo y reproducen experimentalmente en el conejo, estas artritis, mediante la inyección intravenosa de estreptococo. Hostings añade la reacción de fijación que sería positiva en presencia de antígeno estreptocócico y de sangre de reumáticos.

Comentan la técnica y medio de Cecil y el de enriquecimiento en sustancias nutritivas de Gray y Gawen.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

Pasan revista a los dispares hallazgos de gran número de investigadores, en lo que se refiere al hallazgo del estreptococo en los enfermos de reumatismo crónico, para terminar exponiendo sus trabajos y resultados obtenidos.

Han hecho cultivos, unos en medio de Cecil puro y otros un poco modificados, en unos 57 casos de sangres y siete de líquidos articulares, y en ninguno obtuvieron resultados positivos.

Han realizado también aglutinaciones y reacciones de fijación e inoculaciones a los animales de laboratorio, prometiendo dar los resultados en un trabajo ulterior.

BAENA

WILLIAN P. MURPHY.—El uso parenteral del extracto de hígado en las anemias perniciosas.—«Journal Ame. Med. Ass». March, 26-932.

El autor trató 30 enfermos de anemia perniciosa por el extracto de hígado administrado parenteralmente y con la mayor firmeza de éxito, ya con la hospitalización del paciente o sin ella. La mejora en la sangre es siempre más rápida y sorprendente que con las mayores dosis de hígado por vía oral.

En aquellos enfermos que fueron resistentes a la mejoría por vía oral, por vía parenteral el aumento fué rápido y sorprendente en el número de células sanguíneas en pocas horas desde el principio del tratamiento, seguido de un suave elevado nivel durante él. El extracto fué administrado sin haber obtenido una reacción de importancia, siendo prudente ensayar todos los casos con una o más inyecciones preliminares en orden a disminuir la posibilidad de una severa reacción en aquellos pacientes que son hipersensibles al hígado. El uso más satisfactorio del tratamiento parenteral es la inyección intramuscular del extracto de hígado llevado a cabo por pequeñas dosis e intervalos que varían de 5 a 7 días. El intervalo exacto de la inyección debe de ser determinado por el resultado del análisis de sangre.

Este método inyectable sería un valuable sustituto del método oral en los pacientes que encuentran dificultad en la constante ingestión de una cantidad de hígado o poseen procesos gastro-intestinales, diarrea, etc. Por último esto puede ser empleado en pocas semanas, alternando con la vía oral y finalmente la economía posible del uso parenteral comparado con la vía oral.

ALVAREZ REPRESA

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

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

OTORINOLARINGOLOGIA

D. VAN CANEGHEM (Brujas).—La parálisis facial laberíntica «a frigore» y su patogenia.—«Les Annales d'oto-laryngologie». Número 8. 1932.

Primeramente pasa el autor revista a las causas menos frecuentes de parálisis facial. Entre ellas la compresión o sección del nervio (en las intervenciones quirúrgicas, en las fracturas del peñasco, etc.); los procesos inflamatorios agudos y crónicos del oído medio, en los cuales el facial puede lesionarse en la porción petrosa del acueducto a veces dehiscente o cuya pared es delgadísima y en la porción descendente, rodeada de células mastoideas frecuentemente afectadas de procesos supurados; y además de estas causas de origen auricular, las enfermedades tóxicas e infecciosas, tétanos, difteria, sífilis, diabetes, alcoholismo, gripe, puerperio, etc.

Después pasa el autor a estudiar la causa más habitual de parálisis facial, punto de su tema, la llamada «a frigore» que considera casi siempre de origen ótico, con dolores mastoideos cuando están afectadas las fibras sensitivas del auricular posterior, trastornos vestibulares y cocleares que en grado sumo pueden llegar a la abolición de la excitabilidad vestibular y a la sordera completa del tipo de las perceptivas, siempre y cuando estén las alteraciones vasculares situadas profundamente, e interesen notablemente las ramificaciones endolaberínticas de la arteria estilomastoidea.

Esta parálisis facial «a frigore», dice el autor, es consecutiva a una compresión e infiltración del nervio facial en el acueducto de Falopio por un proceso de congestión secundaria de pequeñas ramas de la arteria estilomastoidea. Esta congestión secundaria a la cual quizá corresponda una simple dilatación vascular, pero que quizá también implique la formación de un exudado seroso y hasta hemorrágico por alteración de la permeabilidad de la pared vascular sucesiva a una fase primaria de vasoconstricción. Encuentra el autor justificable la intervención operatoria del otólogo aun cuando la juzga de cierto riesgo, y cita al profesor Baraud, que en un total de seis casos obtiene rápida curación en cinco por la antrotomía, y la abertura del acueducto de Falopio para descomprimir el nervio y obtener una curación completa y rápida.

M. M. ANDRE MOULONGUET, RENE A. GUTMANN y J. LAVAL.—La gastroscopia.—«Les Annales d'oto-laryngologie». Número 6, año 1932.

Aseguran los autores que la técnica de la gastroscopia no ofrece ninguna dificultad, sobre todo cuando es ejecutada por el especialista, que desarrollará sin duda alguna más destreza que si se tratase de una esofagoscopia, ya que las maniobras de exploración de las diferentes partes del estómago así lo requieren. Al enfermo se le convencerá de que su docilidad facilitará mucho las maniobras.

Es partidario el autor de una preparación del enfermo con una inyección previa de morfina-escopolamina, de que el estómago esté vacío y en los casos de retención practica un lavado de estómago, recomendando para este fin el aspirador de Faucher que no produce ventosa de la mucosa gástrica.

La anestesia la ejecuta con cocaína al 10 por 100, y las partes que anestesias son: base de lengua, paredes de faringe, boca de esófago. Nunca se pone a practicar una gastroscopia sin haber ejecutado antes un examen radiográfico del enfermo y haber eliminado la existencia de aneurismas de aorta, la presencia de obstáculos en cardias, las úlceras, etc., las desviaciones de columna vertebral, etc., etc., pues es necesario, afirman, para la gastroscopia, cierta flexibilidad de la columna vertebral. Su posición favorita es el decúbito lateral derecho y considerando que en un estómago normal el eje del tubo gastroscópico no es paralelo al de las caras anterior y posterior como ocurre con el estómago ptósico, introduce el gastroscopio, una vez en el estómago, oblicuamente y hacia atrás, de suerte que si al nivel del cardias se encuentra el tubo colocado a igual distancia de las paredes anterior y posterior, a medida que éste desciende, se aproxima a la pared posterior, hasta que su punta coacte con ella. Una vez en esta posición recorre lo explorable de estas paredes, que de ser paralelas como en el estómago ptósico no existirían esas zonas inexplorables; pasa después a explorar el píloro, maniobra nada fácil por su situación; dirigiéndose oblicuamente hacia abajo y hacia la derecha busca curvatura menor y ascendiendo explora lo restante y por último el cardias.

El instrumental que emplea es el de Schindler.

BERCERUELO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

GREEHILL.—Ruptura del cuerpo amarillo con hemorragia intraperitoneal. Relación de tres casos.—«Am. Jour. of Obst. and. Gyn.». Volumen XXII, número 6, Diciembre 1931.

El autor de este trabajo pone de relieve que la ruptura del cuerpo amarillo con hemorragia intraperitoneal, es algo frecuente a pesar de encontrarse pocas veces descrita.

Las mujeres que presentan o que padecen este proceso raras veces son diagnosticadas del mismo ya que ni la historia ni el examen ofrecen nada característico.

La posibilidad de este cuadro debiera estar siempre en el espíritu al hallarse ante un caso de hemorragia intraabdominal en la mujer. Las causas principales de estas rupturas son las mismas que las que determinan las hemorragias ováricas sin ruptura.

El traumatismo juega también importante papel en la etiología. Entre los tres casos descritos por el autor, está uno en el que la ruptura se produjo en el momento de una exploración bimanual.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

J. PERY.—**La cesárea baja en la Maternidad de Pelegrín, de Burdeos.**—«Journal de Medicine de Bordeaux et du Sud Ouest». Número 25, 20-30 Septiembre 1931, página 793.

El autor insiste sobre el aumento de cesáreas bajas en la Maternidad de Pelegrín, según testimonia la estadística siguiente:

	Cesáreas altas	Cesáreas bajas
1926.....	6	9
1927.....	6	15
1928.....	1	29
1929.....	4	28
1930.....	4	25

Al lado de las indicaciones clásicas hace destacar particularmente las formas graves de placenta previa, por las cuales fueron practicadas 79 cesáreas bajas y 49 altas.

Preconiza la anestesia raquídea con la sincaína a dosis de 0,06 a 0,10 gramos; reprochando a la anestesia general el favorecer la inercia uterina.

La sutura peritoneal se simplifica limitándose a unir el colgajo vesical al útero.

Los resultados fueron: en 46 cesáreas altas, 6 muertes, y en 111 cesáreas bajas, otras 6 muertes.

La mortalidad fetal en la cesárea alta es del 2'18 por 100 (de 46 casos una muerte) y en la cesárea baja, siete muertes en 111 casos (8 por 100); pero hay que advertir que tres de las intervenciones bajas fueron hechas en feto muerto antes de la operación.

NIKOLAUS TEMESVARY.—**La blenorragia rectal en la mujer.**—«Zentralblatt für gynécologie». Tomo LIV, número 50, 13 Diciembre 1930.

El autor resume en este trabajo las observaciones hechas en 261 mujeres afectas de blenorragia rectal observadas en el curso de los 8 últimos años. 247 casos no daban síntomas, en 85 casos las mujeres habían parido varias veces, de éstas, 25 acababan de parir. Esquemáticamente el tratamiento empleado consistía en dar todas las mañanas después de defecar, un pequeño lavado de 125 gramos al 2 por 1.000 de hipaflavina. Por la tarde se introduce en el recto una pomada de la siguiente composición: nitrato de plata, 1 gramo; bálsamo del Perú, 10; vaselina, 90 gramos. La cura dura en general de 30 a 40 días.

G. ABRUZZESE.—**El paso del bismuto de la madre al feto y al lactante.**—«Riv. Italiana de Ginecologia». Noviembre 1929.

Abruzzese ha seguido los estudios histoquímicos y radiológicos en las mujeres y en las conejas, examinando la placenta, las membranas, los tejidos maternos y fetales, la orina los niños en el nacimiento y durante la lactancia.

El ha encontrado que en las mujeres el bismuto se encuentra en la placenta en muy débil cantidad; pero no en los tejidos fetales. La orina de los fetos al nacer no contiene pero aparece en el curso de la lactancia.

En las conejas los resultados son casi idénticos cuando la vía de introducción es la misma. Pero si en vez de la vía de introducción intramuscular usamos la intravenosa, el bismuto es fácilmente apreciable, lo mismo en la placenta que en las vísceras del feto.

VILLEGAS.

DERMATOLOGIA

G. MANGANOTTI.—Estudio de la estructura de los epitelomas cutáneos en relación con su pronóstico y con la radioterapia.—«Archivio Italiano di Dermat. Sifil. e Vener.» Vol. VIII. Fasc. III. Agosto 1932. Págs. 296-384.

Extenso trabajo, ilustrado con numerosas figuras y cuadros, en el que el autor analiza el resultado de sus investigaciones histológicas sobre 296 casos de epitelomas cutáneos y mucosas.

Realizando cortes en serie y mediante el empleo de variados métodos histológicos, ha examinado el aspecto y significación de los elementos que constituyen la parte epitelial y sobre todo, la parte mesenquimatosa del tumor para poner en relieve el valor que puede concedérseles a los fines pronósticos.

En un cuadro reúne los principales datos de su casuística personal, haciendo notar las más importantes particularidades.

El estudio que analizamos, es parte de otros trabajos, uno referente a los epitelomas secundarios o asociados, y el otro, sobre el valor estadístico y observaciones generales sobre el material examinado.

Una bibliografía extensa termina el trabajo.

LEDO.

LIBROS RECIBIDOS

Dr. F. W. PRICE.—Tratado de Medicina Práctica. Traducción del doctor N. M. Martínez Amador. Tomo II. Gustavo Gilí, Editor, Barcelona (precio de los dos tomos, 92 pesetas).

Prof. E. MEIROWSKI y Prof. SHOTT.—Enfermedades sexuales y enfermedades genitales venéreas y no venéreas y Sífilis de los órganos internos. Versión del alemán por P. Farreras. Manuel Marín, Editor, Barcelona. 12 pesetas.

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

LABORATORIOS VIAN

Doctor B. Roig Perelló
San Pablo, 33 - BARCELONA

Los FERMENTOS LÁCTICOS VIAN

(cada tubo de 2 cc. contiene 500 millones de B. lácticos y búlgaros, seleccionados, puros y vivos) a la dosis de 3-4 tubos por día, en ayunas y antes de las comidas, mezclados con leche o agua lactosada, CURAN:

Gastro enteritis. Diarrea verde infantil. Enterocolitis. Cirrosis hepática. Trastornos nerviosos de origen intestinal. Dermatitis, etc.

BACTERIOFAGOS VIAN

Antifético - Antiparatífico A y B
Antidisentérico - Anticolibacilar

(vía hipodérmica y gástrica)

Anticolibacilar polivalente

(caja de 10 ampollas de 10 cc.)

Para combatir con éxito las enfermedades tíficas, paratíficas, colibacilares y antidisentéricas.

de intensa acción lísica sobre el B. coli, en las afecciones de los aparatos digestivo y urinario. Colitis, Sigmoiditis, Gastroenteritis, Colicistitis, Congestiones hepáticas, etcétera, Pielonefritis, Pielitis, Cistitis; Prostatitis, Uretritis, etcetera.

Antiestafilo-estreptocócico

Indicado en el tratamiento de Antrax - Forunculosis - Orzuelos - Pleuresía estreptocócica o estafilocócica - Salpingitis - Fiebre puerperal - Ulcera gastro-duodenal, etc.

¡ un acierto
en dietética !

como alimento normal

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

como tratamiento

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



MALTARINA

El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - Reinosá -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos



El anuncio profesional de los médicos

Anunciarse un médico en los periódicos... ¿Por qué no? Acaso es la Medicina una profesión más noble que la de abogado, farmacéutico, notario, agente de negocios, corredor de comercio, arquitecto, y tantas otras como se desarrollan y viven en la sociedad, cumpliendo cada una su finalidad, dentro de su respectiva e indispensable misión? No creemos que haya necesidad de contestar a esta pregunta.

¿Por qué, pues, consideran algunos menos digno el anuncio de los médicos que el de otras profesiones u oficios? ¿Es denigrante para alguien esta manera de darse a conocer? Indudablemente que no. La conciencia más estrecha, en lo que al prestigio de la Medicina y de los médicos se refiere, nos lo dice así sin titubear.

En los periódicos de las principales naciones de Europa y América y de nuestros grandes centros de población, abundan los anuncios profesionales de médicos, añadiendo la mayoría, la especialidad a que dedican preferente atención en sus estudios. Y estos médicos, tan dignos y celosos de su prestigio, como puedan serlo los médicos de otras ciudades españolas, practican sin reparo alguno, este medio de publicidad, que sólo en algunos sitios—contadísimos—aún se discute si es decoroso o inmoral o si puede aceptarse sin empañar el prestigio de los profesionales del arte de curar y el de la ciencia que cultivan.

Y así sucede, que en los lugares donde está vedado el camino franco, leal, de la competencia por medio del anuncio, a muchos médicos no les queda otro remedio que renunciar a sus más legítimas aspiraciones profesionales, rasgar sus títulos abominar de la clase a que pertenecen e ir a buscar el pan en un empleo público o en una actividad no siempre muy decorosa, pues por regla general, dado el profundo malestar que reina en todos los oficios y profesiones, no hay sitio donde elegir, porque la necesidad suele ser apremiante, o recurrir a procedimientos más delicados, cuando la casualidad o la fortuna no les depara asuntos más inconfesables de que entender.

Vivimos en plena vorágine de la publicidad. El impulso aborigen a «mostrarse», se encuentra en la raíz hasta de la más noble ambición. Toda la vida humana actual está basada en la competencia. «A priori», el anuncio en los periódicos de las profesiones liberales, es conveniente y hasta lícito, siempre que se practique en debida forma. Pero en los tiempos en que vivimos, hay que modificar el concepto que de él se tiene todavía, procurando dignificarlo. Y para esto, lo mejor es fomentar y exaltar el anuncio lícito, prohibiendo enérgicamente el anuncio inmoral, hipócrita, solapado, del que quiere y no se atreve, del que hace consistir su pública honestidad, en la ridícula hoja de parra, por debajo de la cual, asoman las vergüenzas que se aparentan ocultar: de los que se anuncian con títulos que no poseen, llegando incluso a garantizar la cura-

ción de ciertas enfermedades, de los que se improvisan reputaciones en las «notas de sociedad» de los periódicos, con la publicación de noticias más o menos interesadas. Estos son los reclamos vergonzosos, que constituyen una parte en la actual modalidad, del ejercicio profesional de la Medicina. Principalmente, hay que luchar contra el soborno, que no sólo en nuestro oficio, sino en todo, es el fenómeno más universal.

Recientemente la Junta de gobierno del Colegio Oficial de Médicos de la provincia ha hecho público su disgusto por el proceder contumaz de varios médicos que no escatiman medios de anunciar con pomposos títulos y realizar una propaganda como si se tratara de una vulgar mercancía, faltando a las leyes de la deontología médica. En su afán exhibicionista llegan algunos incluso a garantizar la curación de muchas enfermedades. El Colegio de Médicos anuncia que procederá enérgicamente para impedir estos procedimientos, requiriendo el auxilio de las autoridades.

Seamos sinceros, el médico, al pagar su contribución industrial, se propone intervenir, como tal médico, en el mayor número posible de visitas y consultas profesionales. Para lograrlo, puede emplear todos los medios lícitos que conduzcan a la realización de sus propósitos. Pues bien; el anuncio es lícito y decoroso, siempre que con decoro se anuncie el médico en los periódicos; es decir, limitándose a consignar el nombre y apellidos, el grado académico, la especialidad que cultiva, y la dirección de su domicilio o del lugar donde tenga la consulta.

En un proyecto de deontología médica, presentado a la Asamblea de Colegios médicos, celebrada en la Coruña recientemente, se abordó esta cuestión en los siguientes términos: Se entenderá por propaganda ilícita toda la que se realice, teniendo o no el título de médico, de palabra o por escrito, haciendo afirmaciones que el estado actual de la Ciencia no puede garantizar; la oferta de medicamentos o prácticas terapéuticas no sancionadas científicamente; la que se refiere a remedios de nombre cifrado y sin registrar convenientemente; la que se funda en acciones terapéuticas apoyadas en conceptos patogénicos a todas luces extracientíficos, y, desde luego, sin la indispensable solvencia médica de quien afirma en el anónimo; la que invade el campo exclusivamente médico, valiéndose del industrial o comercial que únicamente le compete, y, en general, toda aquella que tienda a inclinar el juicio del público en determinado sentido, mediante aseveraciones falsas, engañosas o fuera de las atribuciones de quien las hace.

El Consejo Nacional de Sanidad publicará una pauta, aprobada por el ministro de la Gobernación, a la que haya de ajustarse toda clase de propaganda de carácter terapéutico. Las entidades, empresas o particulares que alberguen alguna duda respecto de la redacción de los medios de propaganda, someterán el anuncio dudoso a la previa aprobación de los Colegios Médicos respectivos, los cuales en ningún caso podrán retirar el anuncio, sino simplemente suprimir en él las palabras o frases que le coloquen dentro de las prohibiciones que se establezcan.

Las sanciones que los Colegios propongan por faltas cometidas en relación a esta base, tendrán la misma tramitación que las correspondientes a las bases anteriores.

El anuncio profesional lícito, decoroso y verídico, es quizá de las pocas cosas nobles que hay en la actual acerba competencia de los médicos, y el que lo crea conveniente puede usar de él sin reparo, sin que por tal concepto, incurra en la transgresión de ningún precepto de auténtica deontología, sin que sufra su personalidad menoscabo alguno y sin que a los demás nos venga ningún perjuicio. En las columnas de la Prensa política diaria, pueden figurar con la cabeza muy alta, todos aquellos médicos que, deseosos de trabajar, entiendan que el anuncio en los periódicos, puede facilitarles lo que en uso de un perfecto derecho buscan y desean; clientelas lícitas, en que emplear honestamente sus largos y penosos estudios y su talento, y con ello poder atender a las perentorias necesidades de la vida actual. Sepan de una vez, que el anuncio en sí, no les restará la más mínima partícula del buen renombre que puedan gozar.

¿Es que el hombre que emprende esta profesión y llega a alcanzar un título, que le cuesta muchos años de estudio, una respetable suma de dinero y grandes sacrificios de todas clases, ha de recluirse en su gabinete de consultas, esperando pacientemente durante años y años, el milagro de que los clientes lleguen a él en avalancha?

Ignoro si el anuncio da resultados prácticos, si llena de enfermos las salas de espera de los médicos generales y especialistas, pero reconozco que es una de las mejores maneras de darse a conocer. Es notorio, que toda profesión que ha sabido emplearlo ha obtenido siempre grandes éxitos en la vida. En el ejercicio de la Medicina, siendo serio, sobrio, digno, decoroso y verídico, habrá de darlos también.

No, no hay que asustarse de ver los nombres de los médicos en las secciones de anuncios de los periódicos. Lo que sí son francamente censurables, son otros métodos de reclamo, como ese tan frecuente de la red de intermediarios, que se extiende desde las estaciones ferroviarias, los puestos de término de los autobuses de línea, los cafés, los teatros y otros centros de reunión o aglomeración, hasta el mismo gabinete de consulta de algunos médicos. Esto—que es más frecuente de lo que se cree—es mil veces más indigno y más inmoral, que el consignar en un periódico que se ejerce la medicina, o tal o cual especialidad. ¿Es que resulta más honroso, tasar la nota de honorarios fuera de lo razonable o exigir su importe antes de celebrar la consulta?

No solamente es lícito y honesto, el anuncio profesional en la Medicina, sino que también es moral y como decíamos antes, conveniente en las presentes circunstancias, dada la forma y manera como hoy día se ejerce la profesión. El prejuicio predominante en algunas regiones españolas, según el cual queda descalificado el médico, que intenta darse a conocer por algún medio, que directa o indirectamente pudiera parecer anuncio, ha dado lugar a subterfugios e hipocresías y a veces a procedimientos ruines, rastreros, vergonzosos, verdaderamente indignos y execrables.

Es, por tanto, conveniente, incluso desde el punto de vista ético, aceptar de buen grado, el anuncio en la Prensa diaria, pues con ello nada sufre la clase, y, además, porque al admitirlo podrán prohibirse y perseguirse con mayor razón y rigor que actualmente, otros reclamos repugnantes, inconfesables de nuestra piratería profesional, en los que fácilmente, pueden incurrir jóvenes médicos, cultos, ilustrados, de positivo mérito, y en los que nunca hubieran caído, si en la lucha por la existencia, no fueran imperativamente obligados a ello, al verse privados de otros medios lícitos de darse a conocer y de ponerse en comunicación con el gran público.

Ricardo Royo-Villanova y Morales

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

CRÓNICA REGIONAL

VALLADOLID

Del Congreso de Otorrinolaringología: Triunfo de dos antiguos alumnos de la Facultad de Medicina de Valladolid.—Entre otros muchos aspectos interesantes del Congreso de Otorrinolaringología recientemente celebrado en Madrid, del que ya hemos hecho referencia en esta Revista, y que ha demostrado el alto nivel científico de dicha especialidad en España, están las comunicaciones de los doctores Núñez, de Madrid, alumno que fué de esta Facultad de Medicina de Valladolid y González García, de Zamora, sobre dos casos de escleroma. Esta enfermedad rarísima en nuestro país, puede decirse que no se había demostrado en España hasta los trabajos de estos señores.

El doctor Núñez presentó su enfermo en la sesión del día 28; trátase de un caso en el séptimo año de su padecimiento, cuyo diagnóstico clínico e histopatológico no ofrece duda ninguna. Como el doctor Núñez ha ofrecido al que suscribe venir a Valladolid para dar una conferencia sobre este tema, dejamos para su reseña el tratar más extensamente este asunto.

En la sesión del día 30, última del Congreso, presentó el doctor F. González el otro caso de escleroma, también perfectamente estudiado y diagnosticado por él. Acompañan a la comunicación varias microfotografías de la biopsia practicada en el Instituto del Cáncer y dos preparaciones, una de la biopsia y otra del cultivo, que ha sido plena y claramente positivo.

Cuando le consultó el enfermo, su obstrucción nasal databa de unos catorce a quince años. Sospechó que fuese un caso de rinoscleroma por la deformidad de la nariz, el infiltrado del vestíbulo en la fosa nasal derecha y la obstrucción lenta y progresiva de ambas fosas nasales sin tendencia a ulceración. Esta obstrucción se ha ido fraguando durante muchos años y sin dolor. Las reacciones serológicas que practicó el doctor Enríquez fueron francamente negativas.

Dr. M. G.

PALENCIA

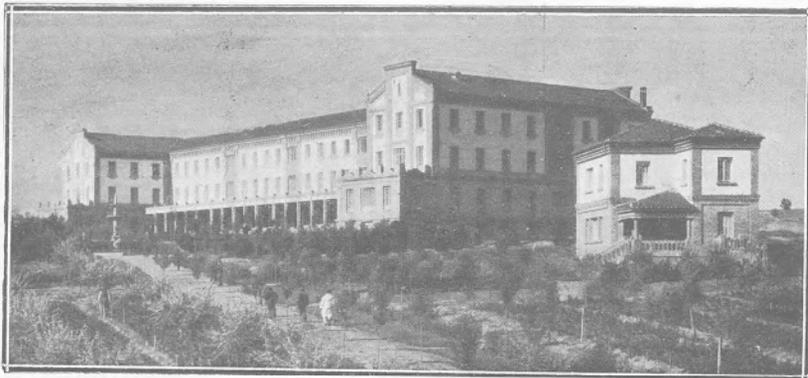
Se encuentra restablecido de la larga dolencia que ha sufrido, nuestro querido amigo y admirado compañero el doctor Marcos M. Escobar, Radiólogo del Hospital de Palencia.

Celebrándolo de muy veras, hacemos votos por que pronto vuelva su firma a honrar nuestras páginas.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO

NIÑOS ADULTOS

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

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

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

CRÓNICA NACIONAL

SEVILLA

Una conferencia del profesor doctor J. Andreu Urrea.—La A. P. E. M. de Sevilla ha organizado un ciclo de conferencias, pronunciando la inaugural el joven maestro vallisoletano J. Andreu Urrea, catedrático de Patología y clínica médica en dicha Facultad de Medicina. El acto tuvo lugar en el «Aula Maxima» de dicha Universidad. Hecha la presentación por el presidente de la F. U. E., el conferenciante desenvolvió su disertación en los siguientes términos.

Dice el doctor Andreu, que, invitado por la F. U. E. para dar una conferencia, tenía que escoger necesariamente un tema puramente científico y de medicina interna, y entonces, recopilando toda la bibliografía, ponerlo al día, pero prefiere escoger uno en el que hubiera trabajado un poco, como el de que se va a ocupar seguidamente: «Factores nerviosos que regulan el metabolismo basal».

El metabolismo basal, o sea el metabolismo de consumo en condiciones basales, está influenciado por factores endocrinos en la actualidad bien conocidos; así se sabe que las secreciones internas de las glándulas tiroidea, suprarrenales, hipófisis, actúan exaltándole; en cambio, los factores nerviosos no han sido conocidos hasta el año 1929, en que el profesor Grafe se ocupó por primera vez de ellos.

La influencia de factores nerviosos es indudable, por su constancia en la vida de un sujeto, constancia que no se altera mientras no intervengan mecanismos patológicos. Este sistema de regulación estaría regido por centros nerviosos en correlación con factores endocrinos localizados en ciertas partes del sistema nervioso central. En las lesiones del cerebro intermedio que se dan en la encefalitis epidémica produce una obesidad que sólo se explica por la lesión nerviosa, puesto que no existe lesión glandular. En otras enfermedades mentales, como por ejemplo la esquizofrenia, varía el peso del individuo, oscila en sentido de disminución o de aumento, explicable sólo por tal lesión.

En el llamado síndrome adiposo genital de Frohlich, no siempre se puede comprobar la lesión glandular; en estos casos se le atribuye una etiología cerebral.

Hay ciertos hechos experimentales; Aschner, provocando un tumor o excitando con una bola de plomo, los centros suprahipofisarios se produce obesidad. Grafey Reinwein, estudiando el recambio oxigenado en los tejidos aislados, encuentra un mayor consumo que en las condiciones orgánicas ordinarias. Un japonés, Nakamura, demuestra el aumento de combustiones por denervación muscular.

Todos estos hechos están en relación con los núcleos grises de la base del cerebro. Hay casos de narcolepsia con cifras de metabolismo basal bajo. Lafora y Aydillo publicaron un trabajo sobre dos casos de narcolepsia y en uno había un metabolismo de 17 y en el otro un síndrome de obesidad. Marañón presentó un caso de narcolepsia con catalepsia en una sesión clínica, a la que asistimos

nosotros, con metabolismo basal de treinta y dos por ciento. Todos estos hechos demuestran la influencia de los centros del diencefalo sobre el metabolismo.

La primera experiencia fué la punción del suelo del cuarto ventrículo, practicada por Claudio Bernard y obtenía así la clásica glucosuria, acompañada de una intensa poliuria.

La termorregulación también sufre alteración por las lesiones de estos centros, aunque su verdadero centro regulador esté situado por encima de la hipófisis, en el tuber cinereum.

El metabolismo proteico también se altera, lesionando estos centros.

Las relaciones que existen entre la hipófisis y el cerebro intermediario, desde el punto de vista anatómico, han constituido siempre una seria dificultad para diferenciar etiológicamente los síndromes cerebrales de los puramente hipofisarios.

En el cerebro intermediario se pueden demostrar una serie de centros, entre los cuales se encuentran los núcleos «paramediano» y supra-óptico, situados por encima de la cintilla óptica. Fué Müller quien primeramente siguió, en preparaciones histológicas, fibrillas nerviosas desde estos núcleos hasta el lóbulo posterior de la hipófisis. Por eso Greving llama «sistema hipófisis cerebro-intermedio» a este complejo endocrino nervioso.

Se sabe que estos centros diencefálicos influyen sobre el recambio metabólico en general, pero es imposible señalar en particular la acción de cada uno de ellos sobre el recambio intermediario de los glucidos, protidos, del agua, etcétera. En el hombre hay diez o doce núcleos en el cerebro intermedio, en el perro son dieciocho, en el ratón treinta, es decir, que descendiendo en la escala animal, más numerosos son estos núcleos.

Para el estudio experimental de estos centros, disponemos de dos procedimientos; uno por excitación eléctrica, y otro por destrucción.

El primer procedimiento no nos sirve, pues como hay que hacer la determinación del metabolismo basal en absoluto reposo corporal, y psíquico y esto sólo se puede en un animal obtener bajo anestesia, la que de por sí actúa disminuyendo las combustiones.

De todos modos, como ya dejamos dicho, es un mal procedimiento, y por eso recurrimos a los procedimientos de destrucción.

Se puede actuar sobre el cerebro por vía superior y por vía faríngea. El primer procedimiento lo hacíamos por trepanación extensa en la parte lateral del cráneo, levantando bien el cerebro e inyectando por detrás de la hipófisis una gota de nitrato de plata al veinte por ciento. Esta técnica tiene el inconveniente que se crean adherencias entre la dura madre y el colgajo de piel, y a las lesiones corticales se pudieran atribuir los trastornos sufridos por el perro.

La otra técnica, que es la que hemos seguido, consiste en incindir el paladar blando y se trepana por la faringe entre los dos extremos posteriores de la apófisis pterigoides, se introduce una aguja fina, y cuando se calcula que estamos en el cerebro, se inyecta el nitrato de plata. Este procedimiento de la plata tiene la ventaja de que macroscópicamente puede comprobarse en el

examen necrótico la extensión de la lesión por la reducción que experimenta el nitrato de plata a la luz solar.

Las lesiones son de reblandecimiento o necrosis, según la cantidad de plata que se inyecte. Si se inyecta pequeña cantidad, el perro sobrevive.

Con este procedimiento hemos operado treinta y cinco perros; de ellos trece murieron antes de una semana, los otros veintidós han podido ser observados durante meses, y aun algunos durante un año. En estos estudiamos el metabolismo basal. La curva del peso y el metabolismo proteico y sus modificaciones, teniendo el perro previamente en ayunas dos o tres días, para que este fuera el índice de la desintegración endógena. Se estudió también si se producía glucosuria y si se acompañaba o no de poliuria.

Pudimos observar que las mayores modificaciones se produjeron en el metabolismo basal—en un cuarenta y cinco por ciento de casos—y en la termo regulación en un cuarenta y tres por ciento de casos. En el primer porcentaje hubo disminución del metabolismo basal, hecho éste con el aparato de Grafe; esta disminución oscila entre 10 y 37 por ciento del valor primitivo.

En algunos perros, días después de la intervención, llegaba el metabolismo basal a cuarenta, elevaciones pasajeras que se producen por irritación primaria de los centros diencefálicos, y en cuanto que se destruyen, el metabolismo baja definitivamente.

Los perros aumentaban de peso en la proporción de un doce o un quince por ciento; esto no era debido a superalimentación, puesto que la cantidad de principios inmediatos ingerida era constante.

Las alteraciones de la termorregulación consistían en hipertemia de cuarenta, y más en los primeros días, eran fugaces; en cambio algunos de los perros presentaban hipertemia de 35° (lo normal en estos animales es de 38 a 39°) y aun en dos de ellos se observaron temperaturas de 28 o 29°. Estos murieron, lo mismo que los de gran hipertemia.

Otro punto estudiamos; fué las alteraciones del metabolismo proteico, que en algunos perros aumentaba, en otros disminuía y en otros no se alteraba. Con respecto al metabolismo hidrocarbonado, vimos que en uno solo hubo glucosuria, aunque no se modificó la glucemia.

Poliuria no la hubo en ningún perro; esto sería un dato que afirmaría el origen hipofisario de la diabetes insípida.

Por tanto, vemos que los centros éstos tienen acción de tipo acelerado sobre el metabolismo basal, pues destruyéndolos se obtienen cifras de hipo metabolismo.

Velei Henhem en sus experiencias sobre el punto de acción de la hormona tiroidea, busca el yodo, más fácilmente revelable que la tiroxina, en diferentes partes del sistema nervioso, y la ha encontrado en cantidad muy superior a los demás puntos en los centros del tuber cinereum; esta proporción del yodo en el antedicho centro, aumenta al inyectar tiroxina.

Todo lo anterior vendría a demostrar que son estos centros precisamente el sitio electivo de acción de las hormonas que influyen en el metabolismo.

Al terminar esta magnífica disertación el profesor Andreu Urra, fué felicadísimo por el numeroso público que llenaba el amplio local.

SANTIAGO

Obras y mejoras en la Facultad de Medicina.—Las múltiples dependencias anatómicas de la Facultad de Medicina y las colecciones ricas y variadas que contienen, constituían ya un verdadero Instituto de Anatomía, honra de la Facultad y pregonero del entusiástico celo profesional del catedrático competentísimo señor Rodríguez Cárdeno, cuya fama como anatómico traspasa las fronteras.

Pero todavía se ha aumentado el número de las indicadas dependencias con otras tres en las que tocan a su fin las obras que se vienen realizando y funcionarán desde el primer día de curso, y alguna de ellas desde ahora mismo.

Una de ellas, la de conservación de cadáveres, es la que se utilizará desde luego; otra se destina a depósito de cadáveres y la tercera a demostraciones prácticas de Anatomía.

En la primera de las citadas se ven tres grandes pilas, con cabida cada una para diez o doce cadáveres. Estos, después de inyectados con las preparaciones adecuadas, podrán conservarse indefinidamente sumergidos en agua que contenga determinadas sustancias químicas, entre ellas el ácido fénico.

Es interesante subrayar que esta novedad, y alguna otra más, pone término a la escasez desesperante de material cadavérico, que recuerdan cuántos han cursado los estudios médicos en Santiago. En el actual año académico, entre niños y adultos, dispuso la cátedra de Anatomía de 50 cadáveres. En lo sucesivo, calcúlase que se podrá contar con 150, número más que suficiente para que no vuelva a notarse más la falta hasta ahora observada constantemente.

Las cámaras frigoríficas de la Facultad quedan desechadas desde ahora, no ya por caras, sino por el grave inconveniente de que una vez fuera de la cámara el cadáver entra en rápida e inevitable putrefacción, cosa que no acontece con el que se guarde en las nuevas pilas, última palabra en punto a conservación.

Otras obras en marcha son las del laboratorio de Patología general y la del quirófano para cirugía experimental.

Quedan en proyecto para el curso próximo la estación central de esterilización y el depósito de ejemplares osteológicos o de obtención de huesos.

Instalada la calefacción en todo el edificio, con excepción de las cuatro salas del Hospital clínico, sigue pendiente la ejecución del acuerdo de la Diputación, que concedió y consignó al efecto la cantidad de 20.000 pesetas. ¿A qué esperará la Diputación para dar cumplimiento a su acuerdo?

No está ultimada la ordenación de la biblioteca que acaba de instalarse en amplio salón de la planta baja, lo cual no es obstáculo para que funcione mañana y tarde. El material de estanterías y mesas se ha construido en los últimos meses y no dejan nada que desear. La disposición de las mesas, las luces y los asientos ofrecen una gran comodidad a los visitantes de esta notable dependencia de la Facultad, que en el curso actual ha invertido de 6 a 7.000 pesetas solamente en suscripciones a revistas y 15.000 pesetas en la adquisición de obras modernas.