

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
DR. VERDES MONTENEGRO. — <i>Sobre el hemograma de Schilling y las lesiones tuberculosas residuales</i>	375
MARCOS M ESCOBAR. — <i>Un caso de quiste hidatídico pulmonar bilateral</i>	385
RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES. — <i>La cuestión de los signos de la muerte</i>	390
DR B. DE M. — <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	409

(Sigue)

Myoston

Henning[®]

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

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

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN

BARCELONA * APARTADO 712

REVISTA DE REVISTAS

Tuberculosis, por G.^a Lorenzana.

El neumotórax doble en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar bilateral.—W. Jullien y H. Mollard. 415

Influencia del estado alérgico sobre el aspecto anatomopatológico de las reacciones del tejido pulmonar en la tuberculosis experimental.—Leuret y Causimón 413

El estado del diafragma después de la frenicectomía.—R. Rautureau, A. Salle y A. Bohemier. 414

Dermatología y Sifilografía, por E. Ledo.

Tratamiento del epiteloma de labio por los dermatólogos.—Elliot. 417

Eczema arsenical transformándose en centrodermia arsenobenzólica y luego sucediéndole.—Gougerot et R. Cobreu 417

(Sigue)

<p>BOROLUMYL</p> <p>FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.</p>	<p>INDICACIONES</p> <p>EPILEPSIA</p> <p>VOMITOS DEL EMBARAZO</p> <p>ECLAMPSIA, COREA</p> <p>HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO</p>
<p>GRAJEAS DE</p> <p>YODUROS BERN-K.Y.Na.</p> <p>SIN YODISMO</p> <p>Dosificadas a 25 Centigramos</p>	
<p>Tratamiento Científico y Radical de las</p> <p>VARICES, FLEBITIS</p> <p>Hemorroides y Atonías de los vasos por las</p> <p>GRAJEAS DE</p>	<p>VARI-FLEBOL</p> <p>FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.</p>
<p>Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apart.º 648 MADRID</p>	

<i>Enfermedades venéreas, prostitución y paro.</i> —I. Benech et A. Chictet.	417
<i>Contaminación sifilítica de una mujer que años antes tuvo hijos heredo-sifilíticos.</i> —Hissard et Auxerre	417
Otorrinolaringología.	
<i>Frenicectomía-oro en la tuberculosis laríngea.</i> —C. González Villanueva.	418
<i>Indicaciones, técnica, resultados y crítica de la antrotomía epitimpánica.</i> —O. Voss,	419
BIBLIOGRAFÍA.	421
LIBROS RECIBIDOS.	425
Academia Nacional de Medicina.	
<i>Programa de premios y socorros para 1933 y 1934</i>	424

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

FÓRMULA	{ Quinina pura	0.21 grs.
	{ Astenol	0.0135 >

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA	{ Astenol	0.012 grs.
	{ Acido glicerofosfórico	0.046 >
	{ Acido cacodílico	0.030 >
	{ Hierro asimilable	0.002 >
	{ Glicerofosfato estrínico.	1¼ milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

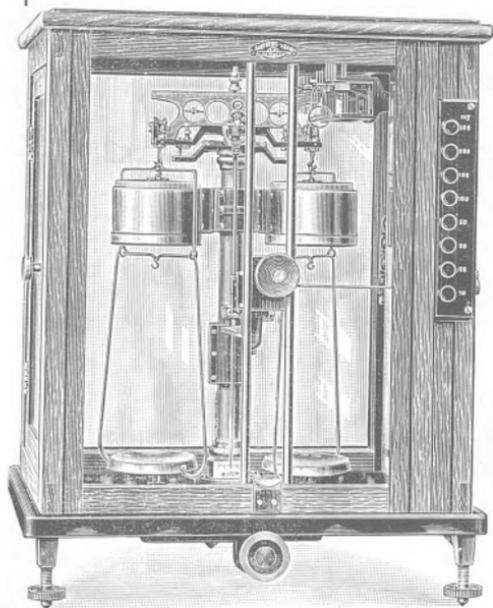
M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

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



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

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

ALMACENES

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

Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

Instalaciones completas de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS
PUROS : MOBILIARIO CLÍ-
NICO : INSTRUMENTAL
QUIRÚRGICO

MICROSCOPIOS LEITZ

MICRÓTOMOS LEITZ

COLORÍMETROS, NEFELÓ-
METROS Y POLARÍMETROS
LEITZ

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

Colorímetros Folien según Wulf
para el P. H.

BALANZAS de precisión SAR-
TORIUS.

Sobre el hemograma de Schilling y las lesiones tuberculosas residuales

por el doctor VERDES MONTENEGRO, de Madrid

Voy a exponer los resultados que he obtenido en el estudio que he hecho de los enfermos, con el hemograma de Schilling, porque creo que tiene para todos un gran interés.

En el Instituto de las Peñuelas, llevamos cinco años practicando el reconocimiento de los enfermos por medio del hemograma de Schilling. Lo mismo ocurre en la cátedra del doctor Novoa Santos y tanto en un sitio como en otro, hemos obtenido con ese procedimiento, excelentes resultados.

Yo no sé si en las demás Clínicas que existen en España, dedicadas exclusivamente al estudio de los enfermos tuberculosos, se empleará este procedimiento, pero lo que sí sé es que debía extenderse por todas ellas, porque se trata de una fórmula sencilla y que permite darse cuenta exacta del estado de defensas de los enfermos tuberculosos.

Antiguamente en España se empleaba el procedimiento conocido por el sistema o esquema de Arneht, que no voy a describir por ser de sobra conocido. Hoy se emplea más el hemograma de Schilling, porque tiene una fórmula más completa.

El esquema normal de una persona sana por el hemograma de Schilling, es como sigue:

0 - 2 0 - 0 - 4 - 63 24 - 6

En la reacción normal el número de núcleos alargados en relación con los demás, es de 4 a 63. El aumento de linfocitos se tiene como una base de curación del enfermo. El número de linfocitos parece que revela que sigue el estado de irritación de las células progenitoras de todas estas clases de glóbulos y por lo tanto, que todavía la infección en más o menos cantidad, persiste.

En la práctica y sobre todo en la práctica de la tuberculosis, las reacciones de la sangre por el sistema Schilling, son mucho más moderadas cuando corresponden a una enfermedad crónica, que cuando se trata de afecciones agudas, como la peritonitis, las fiebres tifoideas, etc. De todos modos, en el índice nuclear se admite alguna variación y puede ser en vez de 1 a 15, 1 a 10. La relación entre los demás elementos polinucleares se manifiesta, se basa en signos de evidente acción, de evidente lucha en el organismo cuando se trata de una enfermedad tuberculosa. El número de leucocitos en la tuberculosis es muy variable. Es sabido que de 6 a 8.000 se consideran como normales. Hay casos de tuberculosis que transcurren por períodos diferentes con diferentes aumentos de leucocitos. El número mayor de éstos

que hoy he encontrado en casos de tuberculosis es de 21.600 y para eso esta fórmula leucocitaria correspondía a un enfermo que tenía 106 de velocidad de sedimentación y un proceso caseoso intenso, cavernizado en un lado y difusión en el otro. Era un caso muy grave.

El Schilling en este caso era:

0 - 0 0 - 3 - 39 - 15 4 - 29

Ya basta con lo dicho, es decir, considerando muy grave el caso para comprender que el hemograma representa un estado grande de agotación del enfermo. Es decir, que contando como se cuenta en este caso, que existen 3 correspondientes a los núcleos alargados, más 3 de las formas jóvenes, resultan 42. Es decir, que hay una célula de estas por cada 0'9 de segmentación. El número de linfocitos es pequeño y el de monocitos también muy inferior. La suma de éstos da 81 en vez de 68, que hemos puesto antes para la fórmula normal. En resumen la fórmula de este enfermo, según el hemograma de Schilling, es una fórmula de agotamiento extraordinario.

El hemograma de Schilling, como el Arneth, en unión de otros medios de investigación, tienen su papel para el diagnóstico de los enfermos y aun cuando ahora no voy a considerar este aspecto del hemograma, sino el que corresponde a la investigación del estado de defensas del enfermo tuberculoso, sí que he de manifestar que este sistema adquiere gran importancia, no solamente en la práctica de la especialidad de tuberculosis, sino incluso en la patología médica general y clínica quirúrgica, y muy especialmente en las enfermedades del vientre, en las intervenciones de vientre realizadas en casos de peritonitis. Aunque esto no sea de mi dominio, voy a exponer la marcha a seguir en un caso malo de apendicitis, terminado por muerte y a exponer los distintos hemogramas que se le hicieron:

0 - 3 0 - 0 - 9 - 69 16 - 3

El índice nuclear es de 1 a 7 en vez de 1 a 15. El número de linfocitos está muy disminuído.

Al siguiente día:

1 - 3 0 - 2 - 29 - 41 9 - 11

En este hemograma, el índice ha disminuído de 1'7 a 1'15. La neutrofilia de ambos es análoga. El número de linfocitos ha disminuído considerablemente y ha aumentado el número de monocitos.

Tercer día:

0 - 0 2 - 21 - 29 - 41 2 - 5

Este hemograma se parece extraordinariamente al que he señalado antes de un enfermo tuberculoso gravísimo, porque en éste, el índice nuclear ha bajado de 1 a 0'7, los linfocitos han bajado a 2 por 100 y el número de monocitos ha aumentado. Efectivamente este era un caso tan grave que el enfermo falleció el día en que se le hizo este tercer hemograma a la caída de la tarde.

En la práctica de la tuberculosis, puede tener también importancia el hemograma de Schilling como elemento de diagnóstico, naturalmente en re-

lación con los demás y lo demuestra el caso que voy a exponer. Se trataba de un enfermo con lesión en el lado derecho, que tenía todas las características frecuentes de los accesos de tuberculosis. Sin embargo, presentaba algunas cosas extrañas. Este enfermo tenía unas expectoraciones sin bacilos de Koch y extraordinariamente abundantes. El recuento de leucocitos daba 25.040, cantidad como se ve muy superior a la que yo había encontrado y que daba como máximo, en un enfermo de tuberculosis, o sea el de 21.600. El Schilling era:

0 - 05 0 - 2'5 - 31 - 50 83 - 5

Neurotrifilia muy acentuada. El número de linfocitos extraordinariamente disminuídos y un índice nuclear de 1'5 extraordinariamente alto. Este Schilling, nos sugirió la idea de que se trataba de un acceso y efectivamente fué así.

No voy a estudiar el empleo del hemograma de Schilling en el diagnóstico de los enfermos, sino como ya he dicho antes, en el de emplear este procedimiento para investigar y darnos cuenta del estado de defensas con que cuenta un enfermo de tuberculosis.

A este efecto he elegido las lesiones tuberculosas residuales y ya veremos en los casos que presente, las particularidades que ofrece el hemograma de Schilling, altamente interesantes. Tiene esto importancia considerable en las clínicas, por la frecuencia con que se presentan estos casos.

En primer lugar, cuando reconocemos a una muchacha joven encontramos signos radiográficos de lesiones residuales que son de la infancia, lesiones primitivas y se nos presenta el problema de decir: ¿Este enfermo—además muchos de ellos no tienen síntomas—, está realmente curado de estas manifestaciones tuberculosas que indica la radiografía? Sabéis que la historia de familia es un factor importante para el diagnóstico de estos enfermos, y cuando preguntamos nos encontramos con que la familia no está enterada de nada, no tiene idea clara de lo que le ha podido pasar al enfermo y muchos, cuando se encuentran ante nosotros y les decimos que en algún tiempo tuvieron lesiones tuberculosas, nos dicen que efectivamente pudo ser, pero eso lo atribuyen a eso que en frase muy en boga en los cubanos, consideran como un «causón». De modo que de este tránsito de la niñez a la juventud y a la adolescencia, nos encontramos con enfermos que tienen manifestaciones radiográficas de tuberculosis y se nos ocurre preguntar: ¿Este foco está curado y agotado por completo o no? Esto es de una importancia extraordinaria, porque hemos visto casos en que se hallaban manifestaciones radiográficas de lesiones tuberculosas residuales que estaban perfectamente curadas y en cambio otros en que no se hallaban manifestaciones radiográficas y el enfermo tenía completamente agotadas las lesiones residuales de su infancia.

Hace muchos años que las causas alternativas de las tuberculosis nos hacían pensar que ello se debía a que el proceso se producía por brotes y la supresión de un brote significaba pasar estas lesiones a un estado latente,

pero luego nos hemos dado cuenta de la realidad, y el hecho hemos comprendido que se produce por las infiltraciones tardías que llamamos, que son infiltraciones que aparecen en un sujeto de afecciones de tórax y que por una causa determinada, se han activado poco a poco.

En mi afán de que las ideas que expongo se grabaran perfectamente en el espíritu de los que las oyen o las leen, yo había expuesto en varias ocasiones esta idea de los brotes o de la latencia, considerándolos como lesiones que estuviesen encerradas en el organismo a mayor o menor profundidad y quería también significar que en algunas ocasiones estas lesiones están, por decirlo así tan superficiales, que cualquier trastorno en el individuo podría originar la reaparición de las lesiones y que, en cambio, en otros casos en que estuviesen las lesiones más ocultas o a más profundidad en el organismo, se necesitaba una causa muy fuerte para que en el individuo se produjese un caso de tuberculosis, se necesitaba un estado verdaderamente alérgico o una anemia extraordinaria para que las lesiones apareciesen nuevamente.

De todas maneras yo cometí entonces un error al hablar de la evolución o más bien del desarrollo de la evolución, de estas lesiones latentes diciendo que podía considerarse que un individuo que tenía lesiones latentes, tenía forzosamente que tener síntomas. Esto no es cierto. Los hechos han demostrado después que hay algunas manifestaciones tuberculosas, entre ellas las infiltraciones precoces, que se producen sin ninguna clase de síntomas y cuando hacemos la radiografía nos encontramos que un individuo que parece que no tenía nada, tiene muchas cosas. De modo que esas afirmaciones de que a una lesión ha de responder indudablemente un síntoma, con el tiempo se ha demostrado que son errores. Según esto, cuando nos encontramos con una radiografía que acusa lesiones tuberculosas residuales y el enfermo no tiene síntomas, ¿podemos decir o afirmar que este individuo tiene lesiones latentes establecidas? De ninguna manera; hay lesiones que transcurren sin síntomas y hay síntomas que quedan, aunque las lesiones se hayan cerrado. Yo recuerdo de un enfermo que traté el año 1912, de una cosa tuberculosa en el lado izquierdo; este enfermo curó milagrosamente y desde entonces hasta ahora, a pesar de haber hecho una vida de gran actividad y de turismo, no ha vuelto a tener nada. Sin embargo le reconocí el año pasado y todavía tenía síntomas; de modo que ni los signos físicos bastan para determinar si las lesiones están abiertas o no.

Otro tanto ocurre con el soplo; las lesiones pulmonares dejan siempre permanentemente el soplo. De manera que insisto en que los medios físicos no bastan para poder determinar si las lesiones continúan o no.

Veamos ahora qué nos puede decir el hemograma de Schilling en estos casos. Naturalmente que el hemograma de Schilling, es un análisis como cualquier otro análisis de sangre que se hiciera, pero éste es preferible a todos los demás por la facilidad que tiene su manejo.

Voy a presentar un Schilling después de un proceso debido a una in-

fección ganglionar y luego voy a presentar otros casos, primero de enfermos que tienen desviación nuclear sin neutrofilia y luego otros que tienen neutrofilia y desviación nuclear.

El año 1924 traté a un enfermo que entonces tenía treinta y cinco años, que presentaba un proceso ganglionar, que se le veía muy bien por radiografía. Se le hizo Schilling que era el siguiente:

0 - 0'1 0 - 0 - 9 - 72 19 - 1

Este Schilling revela neutrofilia 81 y un índice nuclear de 1'8. Tenía además un número muy reducido de linfocitos. Prácticamente este es un enfermo que está en lucha con las manifestaciones ganglionares. Pasó un cierto tiempo y tuvo este individuo unos cuantos esputos con sangre, lo que hizo pensar que se había realizado una rotura de un vaso. Se le hizo Schilling nuevamente y resultó:

0'5 - 4'5 0 - 0'5 - 5 - 62 22'30 - 40

que es un Schilling completamente normal.

Ante este resultado nos sorprendió grandemente que este individuo hubiera tenido esputos con sangre y pensando que pudiera ser una cosa laríngea, le recomendé que le viera el doctor Tapia, el cual nos lo volvió a enviar a nosotros, diciendo que no tenía en la laringe absolutamente ninguna afección tuberculosa. Efectivamente, el individuo se curó y no ha vuelto a tener nada.

Presenta después una radiografía de lesiones tuberculosas residuales. Se trata de un muchacho de 18 años, convivente con padres fímicos; tiene un pequeño síntoma en el lado derecho y una disminución hemática que se produce en determinados períodos y que no es posible especificar. Tiene además una cutirreacción positiva. El Schilling da:

0 - 3 0'1 - 10 - 5 - 35 - 5 38 - 12

Este muchacho tiene un número de linfocitos muy elevado y un índice nuclear muy alto.

Esto suele ocurrir con los enfermos que conviven con los que tienen un padecimiento tuberculoso. La interpretación que se puede dar a esto es que los enfermos viven en una situación de contagio constante. Hay que tener en cuenta además, que esta alteración en los linfocitos y monocitos indica que el organismo ha padecido una infección, pero que la ha dominado. De modo que hay que tener en cuenta que la mayor parte de estos casos, de enfermos con lesiones residuales, es que éstas están en una fase tardía y que llegado un momento pasa a su período álgido. Cuando desaparecen del medio en que vive un tuberculoso y se quedan libres de la atmósfera de contagio, vuelven a la normalidad.

Voy a exponer otro ejemplo: Se trata de un individuo de 29 años, que ha vivido en un medio infectado. Mientras estuvo en el medio infectado acusaba lesiones tuberculosas y un índice nuclear muy alto. En cambio en

cuanto salía de ese medio infectado, descendía el índice nuclear de una manera considerable, y esto es muy interesante. El Schilling era:

0 - 1'5 0 - 0'7 - 54 - 5 31 - 5

En este enfermo no había neutrofilia. No tenía más que una desviación del índice nuclear. En la época que convivía con el enfermo tuberculoso, tenía un índice nuclear muy alto de 1'3 y cuando dejaba de convivir con el enfermo, el índice nuclear descendía a 1'7.

Otro caso de convivencia es el siguiente: Una mujer de 31 años, sin historia ni síntomas. Vivía con una tuberculosa grave y tenía una radiografía de arbolizaciones, callosidades, etc., cosas resueltamente de proceso fibroso antiguo. El Schilling era:

0 - 2 0 - 1 - 12 - 44 32 - 9

El índice nuclear resulta de 1'3 y ello se debe a la influencia de vivir en un medio infectado. Cuando se ausentaba del medio infectado, el índice nuclear era reducido.

Otro caso es el de un joven que vivía en un medio infectado, porque iba a pasar temporadas con su familia un hermano tuberculoso que generalmente vivía fuera de la familia. Este individuo hacía un año que había empezado a adelgazar y a perder el apetito. La radiografía dió una disminución hemática grande. Esta pérdida de apetito y este adelgazamiento debía depender de alguna pasajera irritación de este proceso antiguo. Pero el hecho es que esto pasó. Recientemente tuvo uno o dos días de fiebre y él suponía que había tenido la gripe o que hubiera podido ser uno de esos causones tan propios de la tuberculosis. Se le hizo una radiografía que no acusaba nada de particular. El Schilling era:

1 - 1 0 - 1 - 6 - 58 30 - 3

Este enfermo tenía índice variable, según la época en que se le hizo el Schilling. Es decir, que cuando salía del medio infectado que fué la época en que me vió a mí, tenía un índice nuclear de 1'8, el número de linfocitos muy alto y el de monocitos ligeramente disminuído; cuando este joven vivía en medio infectado el índice nuclear aumentaba considerablemente.

De modo que ya se ve cómo influye la convivencia o no convivencia con un enfermo tuberculoso para las alteraciones del índice nuclear, siempre dentro de términos moderados, en virtud de los cuales no se producen síntomas, pero sin embargo no se llega a la fórmula normal.

Tengo aún varios casos de enfermos que tienen desviación nuclear sin neutrofilia, pero por no extenderme demasiado, voy a presentarles ahora casos de enfermos de neutrofilia y al mismo tiempo con desviación del índice nuclear.

Muestra una radiografía que corresponde a un enfermo con una pleuritis serosa; era una muchacha de 18 años que padecía una pleuritis serosa; tuvo fiebre escasa de corta duración, se la sometió a un tratamiento y mejoró extraordinariamente. Pasados seis u ocho meses de este tratamiento, un día se presentó en nuestra consulta, preguntándonos—se trataba de una mu-

chacha que tenía necesidad de trabajar para poder vivir—, si podía reanudar su vida de trabajo. Cuando se la hizo la primera radiografía, tenía esta enferma el siguiente hemograma:

0 - 2 0 - 3 - 29 - 46 13 - 7

—En los primeros días de la pleuresía, que es cuando este hemograma está hecho, tenía neutrofilia 69 y el índice nuclear era de 1'4. Se observó también que tenía disminución de linfocitos y que los monocitos estaban igual. Cuando se presentó la segunda vez, preguntando si podía trabajar, tenía este Schilling:

0 - 1 0 - 1 - 12 - 56 13 - 25'4

A mí me pareció con este hemograma que la muchacha no estaba curada todavía, y efectivamente, se le hizo una segunda radiografía y pudimos ver que no estaba reabsorbida por completo la pleuresía y que tenía sitios en donde está todavía abierta.

Segundo caso. Un hombre de 38 años y consagrado por entero al trabajo, tuvo una gran hemoptisis. En la primera radiografía no se apreciaba nada, ni callosidades, ni sillares, ni nada que diese indicios de un proceso activo de tuberculosis. Era una radiografía de un proceso difuso fibroso de poca importancia. Tenía una expectoración escasa que resultó negativa. Se le apreciaron 9.400 leucocitos y una cutirreacción fuerte, positiva. Este enfermo tenía el siguiente hemograma:

0 - 1'5 0 - 1'5 - 12 - 54 26 - 5

El número de linfocitos, ligeramente superior al normal. Se le puede considerar como al borde de tener neutrofilia y el índice nuclear de 1'4. Este caso fué objeto de diversas interpretaciones. Traía afortunadamente este enfermo, una radiografía que le habían hecho anteriormente, cuando había tenido la hemoptisis que nos sirvió de mucho, porque la comparación de aquella radiografía con ésta, acusó que en los dos meses y medio que habían pasado, había ganado mucho y ya no se podía dudar del proceso como en un principio dudábamos.

Otro caso, es el de una señora que estando embarazada, tuvo una hemoptisis; pasó aquello y después ya no ha tenido ni tos, ni expectoraciones. Se le hizo una radiografía y se le observó una disminución hemática.

Esta enferma tenía este Schilling:

1 - 0 0 - 0 - 15 - 58 23 - 4

El índice nuclear era de 1'4, de modo que era un índice nuclear elevado. Esta mujer hacía vida social e iba a todas partes sin preocuparse para nada de su enfermedad. Yo le advertí que el foco estaba no apagado del todo y que tenía décimas.

Todos estos casos que he presentado, en los que además de tener desviación del índice nuclear, tienen neutrofilia, demuestran que no se puede decir que en estos enfermos el proceso esté agotado, sino que por el contrario

se puede afirmar que el proceso está en un estado de equilibrio, que se puede perder por cualquier circunstancia y dar lugar a la catástrofe.

Otro caso muy curioso es el que voy a presentar ahora; se trata de una enferma de 34 años que tenía una infección fímica pulmonar abierta; esta enferma se curó y no volvió a padecer ninguna otra enfermedad. Carecía en absoluto de toda clase de síntomas, y tenía este Schilling:

0 - 4'5 0 - 0 - 8 - 62 16 - 45

Tenía esta enferma un índice nuclear de 1'7 y no acusaba ningún trastorno. A mí me parecía prudente en este caso aconsejarla que no hiciese un uso desmedido de sus actividades, pero me chocó que en una muchacha que había hecho durante doce años una vida activa se encontrase neutrofilia acentuada y sin haberse establecido la normalidad. La aconsejé que se cuidase más para que el Schilling, volviese a la normalidad.

De modo que en resumen esta larga práctica de la aplicación del Schilling en las lesiones tuberculosas residuales, me ha hecho pensar lo siguiente:

En la importancia que tiene la convivencia con enfermos tuberculosos, como lo demuestra el hecho de que se aumenta considerablemente el índice nuclear, impidiendo en absoluto que se restablezca el índice nuclear normal. Hemos visto cómo ese índice baja, con el solo hecho de que el enfermo deje de vivir con otro tuberculoso abierto. Hemos explicado el gran número de casos en que se presentan cifras elevadas de monocitos y linfocitos, con lo que se demuestra que la resistencia del organismo ha sido grande, pero que todavía siguen las causas impidiendo que se restablezca la normalidad del hemograma y acusando estas manifestaciones que todavía hay causa, a pesar de que ni por la radiografía ni por los signos físicos, hubiera nada que pudiese hacer sospechar que estas lesiones tuberculosas estuvieran en plena actividad. De esto pueden deducirse los datos que he recogido, es decir, que los enfermos que tienen desviación nuclear y no tienen neutrofilia presentan un gran estado de resistencia aunque con disminución de las actividades y constante lucha, y los que tienen además de la desviación nuclear neutrofilia, son enfermos en los que no se puede afirmar que están curados, sino por el contrario que están en una situación, en un estado en que por cualquier circunstancia, por la más leve causa, se exponen no ya a un cataclismo, pero sí a una nueva evolución de la enfermedad, despertando esas lesiones que se encuentran enterradas, como antes decía, a más o menos profundidad dentro del organismo (*).

(*) Comunicación leída en las Sesiones clínicas del Instituto Rubio el 16 de Marzo de 1933.—Doctor Barrio de Medina.

**Un tónico estomacal
y excitante eficaz del apetito**



GOTAS BIDALÍ

(Hacen recobrar el apetito desde las primeras tomas)

INDICACIONES:

Especialmente en la inapetencia.

En la convalecencia de las enfermedades infecciosas: tuberculosis, etc., etc.

En el hipofuncionalismo gástrico e intestinal: digestiones difíciles, etc., etc.

Y en todos los estados de depresión orgánica que van acompañados de pérdida de apetito: anemia, neurastenia, etc.



Muestras y Literaturas:

**LABORATORIO LEVEL, S. A.
Córcega, 318 - BARCELONA**

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Búrger / 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

heteroproteíoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteíoterapia; 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

Un caso de quiste hidatídico pulmonar bilateral

por el doctor Marcos M. ESCOBAR

Radiólogo del Hospital de Palencia

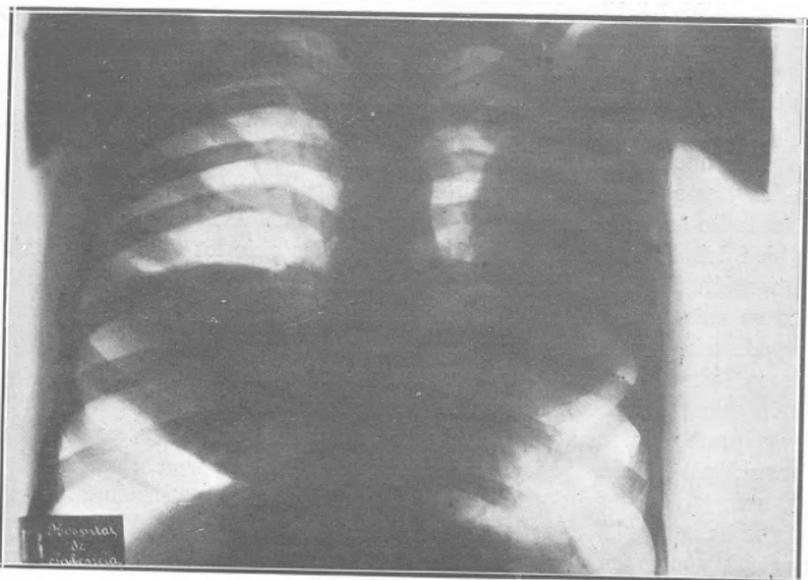
Los casos de equinocosis de localización pulmonar, son en España cada día más frecuentes como lo prueban las numerosas observaciones clínicas que en estos últimos años se han publicado en distintas revistas y obras científicas, y como nosotros hemos podido comprobar en los pocos años que llevamos dedicados al cultivo de la especialidad de Radiología, a pesar de desarrollar nuestras actividades en una zona poco extensa de esta región de Castilla, y este aumento que venimos observando en la aparición de la hidatidosis, tanto en su localización pulmonar, como en otros órganos, creemos es más bien debido al empleo cada día más frecuente de los distintos medios de investigación de este proceso, principalmente desde que la exploración radiológica ha entrado en la práctica corriente de la Medicina, por ser el auxiliar más poderoso para diagnosticar esta enfermedad, que apenas tiene síntomas clínicos, hasta el extremo que muchas veces existen quistes hidatídicos en pulmón que evolucionan de una manera silenciosa, sin que su presencia dé lugar a protesta alguna por parte del parenquima pulmonar, constituyendo su aparición verdaderas sorpresas radiológicas. Nosotros, en el plazo de seis años, hemos observado doce casos de quiste hidatídico localizado en pulmón; de éstos hemos publicado dos en el *Boletín del Colegio de Médicos de Palencia* (1) y otro en *Medicina latina* (2), contribuyendo con nuestros modestos trabajos al conocimiento de esta variedad nosológica cuya existencia se consideraba poco frecuente en esta región, toda vez que la mayoría se diagnosticaban de tuberculosos como hemos podido comprobar; al publicar ahora este nuevo caso, lo hacemos por tratarse de una variedad de hidatidosis pulmonar poco frecuente, puesto que lo mismo los quistes dobles que los bilaterales, apenas se observan, y por creer se trata de un caso interesante que nos permite hacer algunos comentarios clínicos.

La historia clínica del caso que brevemente hemos de comentar, es la siguiente: L. L. D., de 19 años de edad, pastor, natural de Baltanás (Palencia), su padre también pastor disfruta de buena salud; así como su madre, tiene siete hermanos, solamente ha muerto uno a los pocos días de nacer, un hermano de 21 años, después de haber tenido durante tres meses expectoración frecuentemente hemoptoica, expulsó en un fuerte acceso de tos una membrana en forma de bolsa pequeña, abierta, de contenido purulento, que suponemos sería un quiste hidatídico de pulmón.

(1) Enero 1928.

(2) Madrid, Junio, 1932.

Ha padecido dos pulmonías, una a los 12 años, de pulmón izquierdo, y otra a los 15 bilateral, de las que curó sin quedar lesión alguna; posteriormente frecuentes catarros infebriles que no le impidieron dedicarse a sus habituales ocupaciones; desde Octubre de 1932, viene sintiendo dolores poco intensos pero continuos en parte alta y anterior de hemitórax izquierdo, al mismo tiempo tiene tos con expectoración primeramente mucosa, y des-



Radiografía núm. 1.—Tórax, proyección anterior.

pués a veces hemoptoica; con estos antecedentes familiares y personales, y con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar ingresa en el hospital de Palencia el 7 de Diciembre de 1932, ocupando la cama número 6 de la sala de San Roque.

Estado actual: En aquella fecha nos encontramos con un joven algo desnutrido, de color moreno pálido, que pesa 58 kilos, y no tiene fiebre, el apetito es bueno y las digestiones normales.

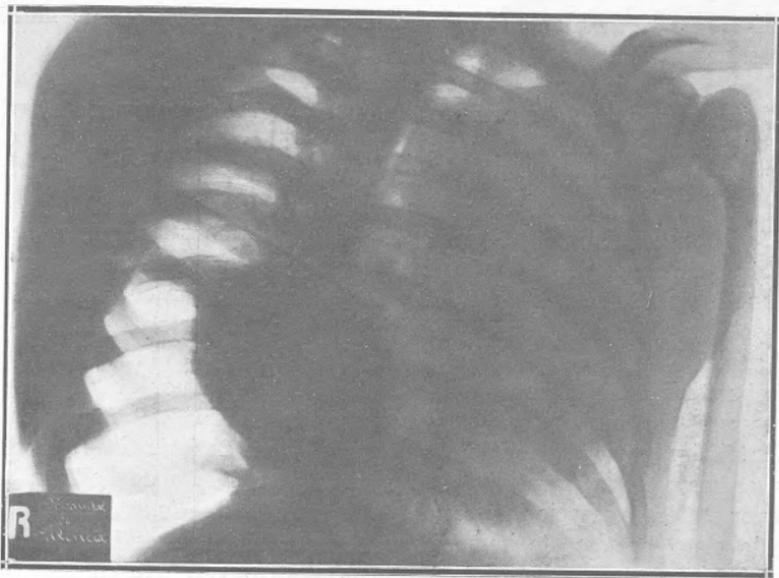
La forma de tórax simétrica y normal, perímetro torácico de 86 centímetros en apnea al nivel de la tetilla, la disnea es pequeña, la tos quintosa, poco frecuente, y la expectoración mucosa, a veces hemorrágica.

A la fuerte presión y percusión acusa dolor más intenso y fijo en parte superior y anterior de hemitórax izquierdo, en una zona de cuatro centímetros de ancha y seis de altura, por encima de la 5.^a costilla y por fuera de la línea mamaria; en hemitórax derecho, no acusa dolor alguno.

Por percusión y auscultación apreciamos en hemitórax izquierdo en su cara anterior una zona de sonido a macizo que corresponde al sitio donde

acusa el dolor, así como la falta de murmullo vesicular, y en cara postero-superior una zona de submacidez y estertores crepitantes ligeros, en hemitórax derecho submacidez en su parte anterior e inferior con pequeños estertores.

La exploración radiológica que practicamos en distintas proyecciones, nos manifiesta la existencia de una imagen en cada campo pulmonar (como



Radiografía núm. 2.—Tórax, proyección oblicua anterior derecha.

se observa en las radiografías núms. 1 y 2 que publicamos, obtenidas en inspiración forzada) que desde el primer momento interpretamos de origen quístico, teniendo presente su forma y la historia patológica del enfermo.

El análisis de esputos no manifiesta la existencia de bacilos de Koch.

La reacción de Cassoni resulta negativa.

La reacción de eosinofilia es de 15 por 100.

Durante dos meses, hemos seguido a diario y atentamente la observación de nuestro enfermo, sin haber apreciado grandes variaciones en los síntomas clínicos, no ha tenido fiebre, la expectoración mucosa frecuentemente hemoptoica, a veces pequeñas hemoptisis, habiendo encontrado por tres veces pequeñas vesículas de hidatides con poca disnea y sin bacilos de Koch en los esputos, a pesar de repetir los análisis.

En el citado tiempo hizo vida de reposo, alimentándose bien y tomando preparados de cal y adrenalina.

Ante un cuadro clínico tan completo, no podíamos pensar más que en

una lesión quística de pulmón; joven bien nutrido, con buen apetito, que aumenta de peso, con ligera disnea, sin fiebre, sin expectoración bacilar, con poca tos y expectoración frecuentemente muco-hemorrágica, a veces hemorrágica, con eosinofilia sanguínea manifiesta, a pesar de ser negativa la reacción de Cassoni (lo cual no nos sorprende toda vez que esto mismo hemos observado en varios casos de quiste hidatídico comprobados por la intervención), con imágenes radiológicas manifiestas de quiste, una muy característica, y como síntoma de indudable valor, la presencia de hidatides en la expectoración.

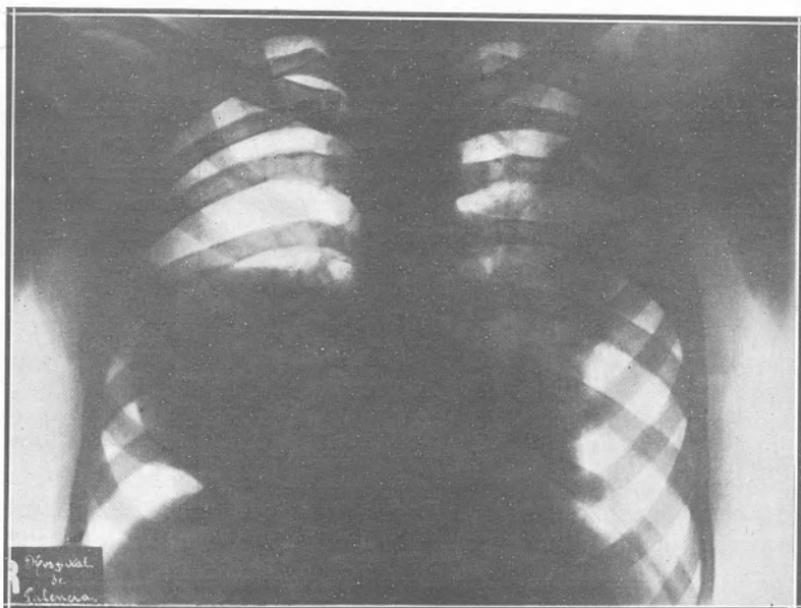
No dudábamos por lo tanto estábamos ante la presencia de un caso de hidatidosis pulmonar, nuestra duda era si se trataba de un quiste hidatídico único o doble, es decir si la imagen que apreciábamos en pulmón izquierdo era realmente quística, diagnóstico necesario de fijar con el fin de precisar la intervención operatoria indicada.

Aun a sabiendas de que nunca se deben puncionar los quistes de pulmón, por tratarse de una localización periférica, nos decidimos a practicar la punción en el supuesto quiste de pulmón izquierdo, en cuya pequeña intervención nos ayudó nuestro distinguido amigo, el doctor Gutiérrez Cabezas, asistente a este hospital, hoy de la Casa de Salud Valdecilla. Después de haber tomado toda clase de precauciones ante el temor de las complicaciones que pudieran presentarse, y previa esterilización del instrumental y región, hicimos una punción con aguja muy gruesa de jeringa de Pravaz, en cara antero externa de hemitórax izquierdo, por dentro de la línea axilar anterior en tercer espacio intercostal, extrayendo un centímetro cúbico de un líquido claro ligeramente hemorrágico; apenas practicamos la punción, se produjo un acceso violentísimo de tos continua, con expectoración sero-hemorrágica abundante y gran disnea, tos, expectoración y disnea que duraron más de 24 horas, pasadas las cuales fueron cediendo poco a poco estos síntomas, hasta llegar al estado en que se encontraba antes de hacer la punción. Entre el líquido sero hemorrágico que recogimos, encontramos pequeños trozos de membranas blanquecinas. Se confirmaba por lo tanto nuestro diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar bilateral, uno central localizado en base de pulmón derecho por cima de diafragma, de imagen de forma completamente esférica y de contornos redondeados, que se perfila muy bien, y otra lateral localizado en lóbulo superior de pulmón izquierdo, de forma ovoidea, pero menos regular, en contacto con pared antero-lateral de tórax y probablemente abierto.

El enfermo ha continuado hospitalizado durante cuatro meses que hemos seguido su observación, el curso de su enfermedad ha sido favorable, la expectoración continúa siendo muco-hemorrágica, pero menos abundante. En el día de hoy, 10 de Junio, come con gran apetito, pesa 63 kilos, tose poco, no tiene disnea aun haciendo esfuerzos, no tiene dolor costal y ha desaparecido la zona de sonido a macizo; por exploración radiológica en distintas proyecciones observamos que la imagen quística que manifestaba en

pulmón izquierdo ha desaparecido, en cambio en derecho la sombra quística manifiesta una imagen típica (radiografía núm. 3).

Creemos por lo tanto, que la punción provocó la evacuación del quiste



Radiografía núm. 3. — Tórax, proyección anterior.

de pulmón izquierdo y que actualmente existe otro en pulmón derecho, que a pesar de su volumen tolera sin manifestar apenas síntomas clínicos, toda vez que únicamente existe la expectoración hemoptoica; a este síntoma que hemos encontrado en casi todas nuestras observaciones le concedemos gran valor, principalmente cuando se trata de un joven que no tiene antecedentes patológicos, que no tiene fiebre, ni se desnutre, aconsejando que en todos ellos se haga lo antes posible exploración radiológica para evitar muchas veces errores de diagnóstico.



La cuestión de los signos de la muerte

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid

Desde los más remotos orígenes de la Medicina legal, es decir, desde la Grecia de la antigüedad hasta nuestros días, empezando por los escritos de Demócrito de Abdesa, contemporáneo de Hipócrates, y terminando en los modernos y más recientes trabajos de tanatología, el estudio de los signos de la muerte y las pruebas o procedimientos para el diagnóstico diferencial, entre la muerte real y la muerte aparente, han sido de los capítulos más interesantes de esta disciplina.

Siempre ha existido el saludable temor a la muerte, que además constituye una de las máximas garantías del orden social. (La preocupación española de la muerte, y sobre todo, la preocupación de ultratumba, ha sido fuente inagotable de grandes virtudes). Pero Winslow, Bruhier, y en España Bernádez, exacerbaban pavorosamente el temor a ser enterrado vivo; el primero afirmaba que fué enterrado vivo dos veces, creía que no había signo alguno cierto, como tampoco prueba cadavérica alguna, que permitiese resolver definitivamente el problema, y terminaba afirmando categóricamente, que no había más criterio decisivo que la putrefacción. Las ideas de Winslow fueron recogidas y singularmente amplificadas, por su traductor y comentarista francés Bruhier, quien más tarde publica una segunda edición muy aumentada. (La edición primitiva de Winslow, sólo constaba de unas páginas, mientras que la del autor francés forma dos volúmenes).

Parrot, ha criticado duramente las obras de estos autores diciendo: «El que sienta curiosidad por la lectura de estas fábulas (historias falsas de muerte aparente), no tiene más que acudir a los libros de Winslow y Bruhier, que contienen una rica colección de ellas. Pero el primero que realmente se levanta ante la angustiada inquietud que en toda la humanidad produce la lectura de estas obras, es A. Louis, quien creyó que la Medicina era indigna de llamarse ciencia, si no proporcionaba un signo distintivo de la muerte real y que en sus célebres «Cartas sobre la certidumbre de los signos de la muerte, donde se tranquiliza a los ciudadanos acerca del temor de ser enterrados vivos», sale al encuentro del pavoroso problema, diciendo que existen signos seguros para determinar si la muerte es real o sólo aparente, descubriendo y proponiendo nuevas pruebas, como la rigidez cadavérica y la flacidez del globo ocular, demostrando la falsedad de la mayor parte de los casos hasta el referido, de sujetos enterrados en vida y afirmando lo injustificado de dicho temor.

A pesar de los esfuerzos de A. Louis en disipar tales espantos, la cuestión sigue planteada con caracteres inquietantes; los signos propuestos por

este autor y sus contemporáneos, y los posteriormente preconizados por otros autores, son muy inseguros, se manifiestan casi siempre tardíamente, su interpretación requiere cierto grado de conocimientos médicos y aun biológicos, y multitud de observaciones y experiencias aportadas por numerosos autores, rebajan en mucho su ya escaso valor diagnóstico. La clave del problema está en el descubrimiento de un signo cierto, precoz y vulgar, que sea específico de la muerte real, que se manifieste en las primeras horas consecutivas al momento del fallecimiento y que sea capaz de ser aplicado e interpretado por todo el mundo, sin necesidad de poseer, ni aun las más elementales nociones del arte médico.

Con Bouchut, parece vislumbrarse solución a este pavoroso problema, y de entre los varios signos propuestos por este autor, la demostración de la ausencia prolongada de los latidos cardíacos, parece reunir los requisitos de certidumbre y precocidad que son las condiciones unánimemente exigidas para un buen signo de muerte. Por lo que se refiere a la originalidad de este signo, ya Sommer cita a Mende, que recomendaba el estetoscopio de Laennec en la auscultación cardíaca, al objeto de asesorarse si la muerte es real o sólo aparente. Pero esto no quita nada al mérito de Bouchut y son muchos los autores que consideran esta prueba como definitiva.

El 13 de Febrero de 1837, el profesor Manni, catedrático de la Universidad de Roma, propuso a la Academia de Ciencias de París, un premio de 1.500 francos a la mejor memoria sobre la cuestión de la muerte aparente y los medios de remediar los accidentes funestos de que puede ser causa. El certamen quedó desierto durante varios años, por falta de una memoria digna del premio, hasta el 29 de Abril de 1848, en que Rayer, proponente de la Comisión nombrada al efecto por la Academia, leyó el informe de la misma, en la que se hacía una rigurosa crítica de todos los signos hasta entonces propuestos para el diagnóstico diferencial entre la vida y la muerte. En el dictamen leído se hizo gran hincapié en los datos aducidos por Bouchut, referentes al movimiento del corazón, declarando la Academia, que si durante cinco minutos de detenida auscultación no se percibía ningún latido, podía afirmarse que se trataba de un verdadero muerto.

Algunos años más tarde, Bouchut, bajo el seudónimo de Durand, presentó su signo a la Academia de Medicina de París, optando a los premios establecidos por el Marqués d'Ourches, uno de 20.000 francos para el que descubriera un medio simple y vulgar de reconocer los signos de la muerte real y que pudiera ponerse en práctica por pobres aldeanos, sin ninguna instrucción, y otro de 5.000 francos, al descubrimiento de un medio de reconocer cierta e indubitavelmente los signos de la muerte real, pero que exigiese la intervención del hombre de arte; la Academia sólo le otorgó un premio de 1.000 francos.

A pesar de todos los dictámenes oficiales sobre la bondad de dicho signo, surgen numerosas objeciones. Las conclusiones de las Academias de París son censuradas duramente; se cita el caso del coronel norteamericano

Tokimshemd, que podía detener los movimientos del corazón durante algún tiempo, según el imperio de su voluntad. Se arguye el hecho de que la circulación puede interrumpirse de un modo pasajero, es verdad, pero no menos real en algunos casos de muerte aparente. Se opone también la objeción de que el valor de este signo está sometido a la condición de un oído muy ejercitado y en la plenitud de sus facultades auditivas. Por último son varios los autores que presentan observaciones que tienden a invalidar el valor de esta prueba. Mas pese a todos sus detractores, el signo de Bouchut conserva durante mucho tiempo un valor casi patognomónico y aún hoy día lo tiene relativo.

Con Icard, el célebre maestro de Marsella y la más alta autoridad en este capítulo de la Medicina legal, el problema del diagnóstico de la muerte, tiene el más entusiasta cultivador. Su signo precoz—prueba de la fluoresceína—y su prueba vulgar—signo de la reacción sulfhídrica—satisfacen al más exigente. Sus trabajos son recompensados por el Instituto de Francia en el concurso Dugaste correspondiente al año 1895.

El pavoroso problema parece ya resuelto y la cuestión pierde actualidad en el campo de la Medicina legal, si bien su importancia permanece siempre latente. Deja de cultivarse asiduamente tan importante capítulo de nuestra disciplina; los recursos de los laboratorios y las actividades de la cátedra, se orientan y polarizan hacia otras materias de más palpante actualidad.

Thoinot, es entre los autores modernos quien con más energía vuelve a insistir sobre las afirmaciones de Louis, asegurando que en los tiempos actuales, el temor a ser enterrado vivo carece casi en absoluto de fundamento; la mayoría de sus discípulos sostienen que por lo que se refiere a los signos de la muerte, la ciencia ha dicho su última palabra fundándose en que la moderna legislación de policía mortuoria, la actual organización del servicio médico en la comprobación de las defunciones y los modernos signos descubiertos, hacen imposible o por lo menos muy problemáticos, los errores de diagnóstico. Ante las dos posibilidades que se aducen, las epidemias y las guerras, donde la legislación es inaplicable y la precocidad de los signos muy relativa, responden los mencionados autores diciendo que los adelantos de la higiene moderna hacen casi imposible los estragos de una epidemia, y el actual grado de civilización de la humanidad, muy hipotética la explosión de una guerra feroz.

Desgraciadamente, no es así; la humanidad logra establecer fronteras que parecen casi infranqueables para las epidemias, pero la civilización es impotente ante la tragedia que empieza el año 14, culmina el 18 y cuya solución no se vislumbra todavía.

Es precisamente en la línea de fuego de la gran guerra donde el problema de los signos de la muerte vuelve a adquirir gran actualidad. Las pruebas descubiertas por Icard no bastan, son insuficientes, engorrosas en su aplicación y de precocidad muy discutible, se intenta rehabilitar pruebas

antiguas y resucitar signos olvidados, sin resultados todo lo satisfactorios que era de desear.

Sólo en las postrimerías de la gran contienda, el signo descubierto pocos años antes por el malogrado profesor español, doctor Antonio Lecha-Marzo, parece reunir los requisitos de constancia, certidumbre, precocidad, fácil aplicación e interpretación sencillísima. La prueba de la acidez del globo ocular, propuesta por Lecha-Marzo, según refiere Sastre, figuró en la práctica diaria de los ejércitos, en el frente de la guerra europea. Más tarde en España, la Asamblea de médicos del Registro civil, propone sea declarada obligatoria en el servicio de comprobación de defunciones y un Real decreto posterior así lo acuerda.

Desde terminada la guerra y hasta el momento actual, no se han interrumpido los estudios sobre el diagnóstico de la muerte real, lo que prueba que el problema está muy lejos de haber perdido su actualidad, como afirmara la escuela de Thoinot. La investigación de los signos de la muerte ha sido objeto durante estos últimos años, de numerosos trabajos doctrinales y de investigación; unos proponiendo nuevos procedimientos y técnicas, otros perfeccionando pruebas anteriormente propuestas o dándoles nuevas interpretaciones, y otros atribuyéndose como propios signos ya olvidados.

Desde el año 1918 hasta la fecha, se han propuesto los siguientes nuevos signos de muerte:

Signo de Icard, 1919 (cutinatorreacción físico-química).

Signo de Einthoven-Hugenholtz, 1921 (electrocardiografía).

Signo de Icard, 1921 (prueba del sedal).

Signo de Rebello, 1922 (prueba del bromotimol).

Signo de Chavigni-Simonin, 1928 (prueba del ácido sulfúrico).

Signo de Boudimir, 1924 (aplicación ventosa abdominal).

Signo de Laet, 1926 (modificación del PH. en el humor acuoso).

Signo de Aznar y Pascual, 1926 (microscopía corneal).

Signo de Piga, 1927 (radiología cardíaca).

Signo de Fabroni, 1928 (prueba del azul metileno).

Signo de Tonelli, 1932 (deformidad pupilar).

Signo de Lopicque, 1932 (resistencia tejidos a paso corriente eléctrica).

Signo de Bordier, 1932 (prueba diatérmica).

Como vemos, la cuestión no ha perdido actualidad, el problema sigue preocupando a los investigadores. Nada más natural que el temor a las inhumaciones prematuras está muy generalizado y es siempre posible.

* * *

En la actualidad, leemos con cierta frecuencia, tanto en la prensa política como en la profesional y especializada, casos de individuos que aparentemente muertos estuvieron a punto de ser enterrados vivos. Entre los más recientes, merecen citarse las siguientes:

El actual profesor de Medicina legal en la Facultad de Medicina de Madrid, refiere un caso acaecido en un pueblo del partido de Argental, en 1902, en cuyo registro civil consta la declaración de muerte de una soltera de 25 años, hija de labradores y en la que se especifica que siete horas después del supuesto fallecimiento se le devolvió la vida, de la que gozó por suerte durante muchos años.

El mismo profesor—doctor J. Barahona—refiere el siguiente caso, del que fué testigo cuando estudiaba el primer curso de la carrera de Medicina: Una mañana al presentarse a primera hora en la Facultad de Salamanca para cumplir sus deberes escolares, tuvo noticia que de una fábrica de abonos próxima a la Facultad, habían sido requeridos los auxilios de un médico para asistir a un capataz, víctima del fulminante ataque apopléctico. En vista de que en aquel momento no había facultativo alguno en el local, acudieron los recurrentes a la casa de socorro, desde la cual se dirigió rápidamente hacia la fábrica, uno de los médicos de la beneficencia, encontrando antes de llegar a ella a varios hombres que conducían en una camilla al accidentado a la sala de autopsias, en la firme creencia de que se hallaba realmente muerto. Cuando a la una y media del mismo día, hora señalada para la cátedra de disección, se acercó el doctor Barahona a la mesa donde se hallaba depositado el cuerpo del capataz y puso una de sus manos sobre la frente del supuesto cadáver, experimentó una de las mayores sorpresas de su vida, al notar que el individuo conservaba su calor natural, y que una de las arterias frontales, latía fuertemente. Comunicó su observación a los compañeros y mientras se llevaban a cabo las más urgentes maniobras de reanimación y se preparaba lo necesario para hacer una sangría, fué avisado el profesor de la cátedra para que acudiera rápidamente en auxilio del desgraciado. Efectivamente, instantes después el aludido profesor pudo comprobar la exactitud de la observación, aplicando en seguida los recursos terapéuticos que se estimaron más convenientes, para tratar de reanimar al infeliz, cuya vida sólo pudo ser prolongada durante unas dos horas.

El profesor Haberda—*Wiener. Klin. Wochens.*, año 37, fasc. 49—cita el caso de una mujer de 23 años, encontrada inerte, sobre sus vestidos húmedos en un jardín, con todas las apariencias de verdaderamente muerta. Fué colocada en un ataúd, después de la ligera inspección del médico. Al día siguiente, con motivo de una revisión para identificar el cadáver, se notaron señales de vida, y con prácticas enérgicas de reanimación, se logró reanimar a la ya dada como muerta.

Hace algunos años, en una vieja ciudad española, falleció una mujer a consecuencia de un colapso cardíaco según certificado forense. Fué enterrada, sin que al abrir en el cementerio por vez postrera el ataúd, se observara nada anormal en el supuesto cadáver. A los dos años, al abrir el panteón para un nuevo sepelio, se observó con horror que la enterrada había salido del ataúd y había muerto definitivamente, apoyada contra la pared interior de la losa, tras horrible agonía.

No hace muchos lustros, al pasar por la plaza de Cataluña de Barcelona, la comitiva que acompañaba a su última mansión al popular director de orquesta y compositor, maestro Pérez Cabrero, los servidores del coche fúnebre, advirtieron con asombro lindante en el terror, que dentro del féretro «algo» se movía. Abierto el ataúd, se notó que en efecto «el cadáver se había movido». Huelga decir que el entierro se suspendió y que el cuerpo del músico fué devuelto a la familia. Al día siguiente, comprobada la defunción sin ningún género de duda, el entierro se verificó sin incidentes.

En la calle de la Princesa, de Barcelona, existe una taberna que es conocida por la «taberna del muerto». He aquí la historia de este extraño nombre. El dueño del establecimiento, hombre de unos cincuenta años, de complexión robusta, murió a consecuencia de unas «fiebres malignas». Su cadáver (?) fué conducido al cementerio viejo, pero por haber llegado al mismo ya anochecido, fué dejado en el depósito para ser enterrado al día siguiente. A media noche, el guardián de la necrópolis, notó que algo anormal ocurría en el depósito. Alguien golpeaba la puerta por la parte de dentro. Asustado, requirió la compañía de serenos y vigilantes de las calles cercanas, y juntos, abrieron la puerta que era golpeada sin cesar y vieron con asombro que el «muerto» los increpaba indignado. Cuando los familiares vieron entrar a primeras horas de la madrugada al «difunto» en la casa por su propio pie, se llevaron el susto que es de suponer. Desde entonces el establecimiento fué conocido por «a casa el mort». El sujeto vivió aún veinte años más.

En un pueblo de la provincia de Gerona ocurrió el siguiente caso que se recuerda con vivísima emoción en la bella costa brava. Murió al parecer un hombre de 25 años llamado Canet, hijo de unos pescadores. Los médicos diagnosticaron como causa de la muerte, una congestión cerebral y se dispuso el entierro. Pero como al irse a efectuar éste, el cuerpo del joven no había perdido una tenue coloración, ni a pesar de las horas transcurridas presentaba la menor señal de rigidez cadavérica, se inició un movimiento de protesta, y fué dejado en depósito en el cementerio. Así, velado siempre por familiares, pasó un día y otro, hasta una semana. Sobrevino la lividez y el enfriamiento, pero no la rigidez ni el menor síntoma de descomposición. Fueron llamados médicos de la capital, que opinaron estar ante un cadáver, pero «recomendando que no se enterrase». Viendo que transcurrían las horas y la situación seguía igual, se apeló a todos los medios comprobatorios científicos y profanos. La prueba del espejo, no registró el menor hálito de vida, la aplicación del hierro candente, dió lugar a la formación de una ampolla, la auscultación no reveló la menor señal de vida, la prueba de Magnus fué negativa, no se comprobó el desprendimiento de gas sulfhídrico por boca y nariz, la inyección de fluoresceína, no acusó la característica coloración verde. Las opiniones estaban divididas, pero por fin, a los 19 días pareció notarse en el cuerpo un principio de descomposición y se acordó el enterramiento. Cuando al cabo de unos años fué exhumado el ataúd con ocasión

de otro entierro, se comprobó que se había sepultado un cuerpo vivo. El infeliz Canet había muerto en el interior de su féretro.

En Febrero de 1929, ocurrió en Huelva el siguiente suceso, que durante algunas horas conmovió profundamente el barrio del matadero de la bella ciudad andaluza. Se trataba de una señora casada, de 51 años de edad, llamada Rosa Gómez del Río, que desde hacía algún tiempo padecía un cáncer del intestino que había llegado a invadir no sólo las demás vísceras abdominales sino también los pulmones y el cerebro. Los médicos que la asistían, se mostraban extrañados de la enorme resistencia orgánica de la enferma. Un día falleció y seguidamente, como es natural, se encargó el féretro y demás aparato mortuario. Ya la difunta dentro del ataúd, parece ser que alguien de la familia observó que movía un ojo, auscultándola y advirtiéndole en ella ciertos latidos cardíacos. Esto originó la consiguiente alarma en el seno de la familia, que se apresuró a llamar al médico de cabecera. En el lecho fúnebre, se hallaba la difunta dentro del ataúd, rodeado éste de sábanas para no dar la sensación de la triste mortaja. El doctor examinó detenidamente el cadáver, y certificó que realmente estaba muerta. Se retiró el médico y alguien hizo observar que en el rostro del presunto cadáver, no aparecían señales evidentes de descomposición a pesar de la índole de la enfermedad, y de haber conservado su rígido cuerpo el calor durante bastante tiempo. Por esta causa se prorrogó el sepelio hasta el día siguiente en que disipadas las dudas fué enterrado el cuerpo definitivamente.

A fines del mes de Febrero de 1930, cuando iba a ser trasladado al cementerio de Ecija (Andalucía) el cadáver de don Jerónimo Enriles, de 25 años, se dió orden de que se suspendiera el acto fúnebre, porque en el momento de ir a cerrar el ataúd, se habían notado síntomas de vida en el cuerpo del que se creía muerto. Fué trasladado al lecho donde permaneció en observación hasta que la realidad de la muerte fué definitivamente comprobada.

Recientemente en Brasso (Hungria), falleció un rico comerciante llamado Basilio Schiller. Los individuos de la familia dispusieron el entierro y los funerales. Trasladado el cadáver a la iglesia en el momento en que el pastor hacía el elogio fúnebre del finado, éste levantó la tapa de la caja y se sentó en el féretro. Los asistentes al funeral huyeron despavoridos del templo y Basilio Schiller descendió no sin trabajo del túmulo dirigiéndose a pie hasta su domicilio. Lo más curioso del caso es, que éste se negó a pagar los gastos que ya había originado y que víctima, familia, funeraria y pastor reclamaron daños y perjuicios al médico, que erróneamente certificó la defunción.

Hace pocos años la prensa comentó el caso ocurrido en Méjico a un hombre, que, declarado muerto por sus médicos, volvió a la vida en el cementerio, pocos momentos antes de iniciarse los discursos necrológicos. Poco tiempo después en Querétaro, la ciudad de los ópalos en el tornadizo Méjico, muere repentinamente José Lozano, un escribano joven. A la hora

fijada para el entierro, los amigos y la familia del difunto conducen el cadáver al cementerio para su eterno reposo. En este momento se observa que el «muerto» se agita en el ataúd y el presunto cadáver vuelve a la existencia terrenal en forma realmente aparatosa.

Ultimamente, también en la ciudad de los mayas, se ha presentado el siguiente extrañísimo caso. Una noche la policía encuentra en una de las calles más céntricas de la ciudad el cadáver de un individuo llamado Fidel Zamudio, que parecía haber perdido el conocimiento. Llevado al Hospital Juárez, los médicos le reconocen detenidamente y certifican su defunción. Como nadie reclama el cadáver, se da orden de que el cuerpo sea llevado a la sala de disección para que estudien sobre él los estudiantes de medicina. El día anterior, fué convenientemente lavado y afeitado el cadáver para que al día siguiente se hiciera su disección. Todo está preparado para la clase, el cadáver está colocado sobre una de las mesas. Los estudiantes con el profesor rodean la mesa y uno de ellos recibe la orden de abrir el pecho del cadáver para iniciar el estudio de los órganos internos. La escena que siguió fué verdaderamente espantosa. Al profundizar la primera incisión, el presunto muerto lanzó un terrible grito de dolor al mismo tiempo que se sentaba en la mesa y abundante sangre le cubría el cuerpo. El espanto y la confusión que se produjo entre los presentes fué enorme. Sin embargo el profesor y algunos alumnos se dieron cuenta cabal de lo que había ocurrido e inmediatamente procedieron a curar y coser la herida que habían producido. Entre tanto, el desgraciado Fidel Zamudio había recobrado plenamente todo su conocimiento y era presa de una fuerte excitación nerviosa al enterarse de que había estado a punto de ser descuartizado en vida. El muerto (?) resucitado, mejoró notablemente y pronto estuvo totalmente restablecido.

El periódico italiano «Il Piccolo», en uno de sus números del mes de Agosto de 1930, relata que los guardas del cementerio de Split en Trieste, oyeron la noche anterior claros gemidos que parecían salir de una tumba recientemente ocupada. Llenos de alarma se apresuraron a abrirla, encontrándose con el cuerpo del doctor Tudó horriblemente contorsionado, desencajado el rostro, los ojos fuera de las órbitas y las manos destrozadas y sangrando. El doctor, que indudablemente había sido enterrado vivo, luchó con desesperación por romper su encierro, en tanto que le quedaran fuerzas para ello.

En Septiembre de 1932, acaba de registrarse en Belgrado el siguiente caso de muerte aparente. Una mujer de 70 años, esposa de un agricultor, cayó enferma y al cabo de algunas semanas, después de unas horas de agonía, exhaló el último suspiro. Por lo menos así lo creyeron los doctores que certificaron el fallecimiento. Los allegados de la víctima, hicieron todos los preparativos para los funerales, colocando el cadáver en un féretro de metal. En el momento en que se iba a cerrar definitivamente la caja, la mujer abrió los ojos, se sentó y pidió un vaso de agua. Los parientes de la víctima lejos

de atender el requerimiento de la anciana, huyeron despavoridos, llenos de terror, mientras la presunta muerta, con un vigor extraordinario, dada su avanzada edad y la crítica situación en que se encontraba, salía por sus pies del ataúd y caminaba por la calle hacia una fuente próxima. Los médicos afirmaron que se trataba de un caso de catalepsia.

* * *

He aquí someramente expuestos, los casos más recientes e interesantes de que tuvimos noticias en estos últimos años y que alcanzaron alguna repercusión. Ninguno de ellos consta en los libros y monografías clásicas que tratan de esta cuestión, pero todos aparecen consignados en la prensa profesional y política, ocupando las más de las veces lugar preferente en sus columnas. Aun cuando los relatos transcritos aparecieron repetidas veces en revistas, semanarios y diarios de todas clases, sin haber encontrado una sola rectificación a ninguna de tales informaciones, no obstante por razones que es fácil de comprender, no podemos responder de su autenticidad. Incluso estamos dispuestos a reconocer, que la mayoría, casi todos, por no decir que todos los casos que acabamos de mencionar, pueden muy bien haber sido debidos a la imaginación individual y a la sugestión colectivas, u ocasionadas por graves y groseros errores unas veces de personas totalmente extrañas a nuestra profesión, otras de los propios médicos y aun de personas particularmente competentes en estas cuestiones.

De todos modos, la frecuencia con que la información telegráfica da cuenta de tales noticias, demuestra, que a pesar de la más rigurosa legislación mortuoria, de los avances de la ciencia, de los progresos de la higiene y de las conquistas de la civilización, el temor a ser enterrado vivo, permanece latente en el espíritu de los hombres y en todas las latitudes, y que la ciencia está todavía muy lejos de haber dicho su última palabra sobre esta cuestión como afirmaran Thoinot y su escuela. De vez en vez, la bibliografía médico-legal se enriquece con memorias y comunicaciones de valor variable sobre este punto, lo cual demuestra que el problema no está aun resuelto, y que tal vez permanecerá en suspenso eternamente, pues en tiempos de guerra y en tiempos de epidemia, por no citar más que los motivos, en los que están de acuerdo todos los autores, las inhumaciones prematuras son siempre posibles. Según las estadísticas más recientes, por cada 500 personas que se entierran, una lo está indebidamente, es decir, es enterrada en vida o en estado de muerte aparente. Esta perspectiva no deja de ser pavorosa, y justifica el hecho de que la búsqueda de un signo cierto, precoz y vulgar, siga preocupando en todos los países a los estudiosos e investigadores más esclarecidos de las ciencias naturales.

Ultimamente, el viejo tema ha vuelto a cobrar actualidad en Francia, ocupando uno de los primeros planos en las preocupaciones científicas y sociales de estos tiempos. El 4 de Febrero de 1931, el doctor Gadiel y un nu-

meroso grupo de diputados médicos de la Cámara francesa, presentaron una proposición al Gobierno, invitándole a que una vez consultadas las Academias de Medicina y de Ciencias, reglamente la comprobación de los fallecimientos, estableciendo una prueba científica que garantice antes de proceder a la inhumación, la autenticidad de la muerte. El Gobierno aceptó la proposición aprobada por la Cámara y en consecuencia las Academias mencionadas nombraron una comisión compuesta por Roux como presidente, Balthazard como ponente, Dopter, Camus, Brouardel y Desgrez.

En la exposición de motivos, los autores de la proposición presentada en la Cámara de los Diputados, aluden a los numerosos casos de inhumaciones prematuras que han sido comprobados y aun cuando reconocen que muchos casos han sido falseados y que existe exageración manifiesta, en el número de individuos que han sido enterrados vivos afirman que en períodos anormales, guerra, epidemias, etc., se pueden citar casos auténticos, debidamente comprobados de muerte aparente confundidos con la muerte real. Aun cuando excepcional, el hecho no es dudoso, siendo suficiente que tal cosa sea posible para que detengamos sobre ella toda nuestra atención. Justificado o no el temor de inhumaciones prematuras, se ha impuesto a la opinión pública y es una obsesión para un gran número de individuos. Por esto es una medida útil tomar todas las precauciones necesarias para que ningún sujeto pueda ser enterrado vivo.

El informe académico recuerda que la ley ha formulado precauciones que permiten evitar las inhumaciones prematuras, pero se lamenta de que la ley no se cumpla más que en muy contadas poblaciones, ignorándose en muchos grandes núcleos urbanos y sobre todo en la mayor parte de las localidades pequeñas y en los centros rurales donde las inhumaciones se practican sin ningún examen médico. Propugna la conveniencia de recordar la ley, aun cuando esto originase algún gasto a los Ayuntamientos, pues si los casos de inhumaciones prematuras son rarísimos, son de todo punto excepcionales aquellos a los que ha precedido un minucioso examen médico. Los médicos están bien documentados para hacer un diagnóstico preciso, y en el caso en que subsista la menor duda, pueden recurrir a conocidos procedimientos científicos.

Los académicos refieren estos casos dudosos que por lo general consisten en hechos de letargia hística y en apagamiento de las funciones vitales, bajo la influencia de conmociones nerviosas, análoga a la que se produce en los animales invernantes, y en el cual todas las funciones subsisten, muy tenues. Únicamente puede ser fatal la confusión en caso de síncope que se manifiesta por la detención completa del curso circulatorio y de las principales funciones vitales. La sola diferencia reside en la duración del fenómeno: síncope si el corazón torna a latir, muerte si el paro es definitivo. A continuación, recuerdan los procedimientos científicos más corrientemente empleados para el diagnóstico de la muerte real, recomendando los signos de Bouchut, Josat, Mideldorff y sobre todo los de Brissemaret-Ambard, Rabovillat e Icard.

Se dice también en el informe, que ya en 1866, la Academia de Medicina fué consultada sobre el mismo asunto por el Gobierno de entonces. Luego de la comunicación de Devergie, la Academia estimó que la legislación era suficiente en estas dos condiciones: 1.º Observar rigurosamente el plazo de veinticuatro horas antes de la inhumación, salvo los casos de putrefacción precoz. 2.º Asegurar la comprobación médica de la defunción. Como consecuencia de este dictamen, el ministro del interior Valette, publicó con fecha 24 de Diciembre de 1866, una circular encareciendo el estricto cumplimiento de los preceptos de ley referentes a esta cuestión.

En 1932—sigue el informe—la Academia de Medicina no puede si no hacer votos porque esta circular deje de ser letra muerta en la mayoría de las localidades, haciendo notar que hoy los médicos, están capacitados por procedimientos médico-científicos para hacer un diagnóstico rápido y preciso en los casos de duda. Pero para que la comprobación médica de las defunciones se haga seriamente, para que suponga un obstáculo absoluto a la posibilidad de inhumaciones prematuras, importa que el médico del Registro civil no se contente con acudir al domicilio del difunto, para firmar la autorización de que se proceda al enterramiento. Es necesario que se moleste en descubrir el cuerpo y luego de haberse procurado todos los datos útiles que le faciliten los individuos de la familia, investigar detenidamente todos los signos clínicos de la muerte. En caso de duda, el médico debe suspender su decisión hasta nueva visita hecha bastantes horas después. Si la duda persiste, el médico debe estar dispuesto a investigar los signos médico-científicos de la muerte. No es bastante para comprobar una defunción, contar con médicos del Registro civil; es necesario que el nombramiento de estos médicos se rodee de las garantías necesarias. El informe termina con las siguientes conclusiones:

Primera: Se observará un plazo de veinticuatro horas como mínimo entre el momento de la muerte y la colocación del cadáver en el féretro. Segunda: No se procederá a colocar el cadáver en el féretro, antes de la comprobación médica de la muerte. Tercera: Este «control técnico» se efectuará por los médicos del Registro civil, al menos en las grandes poblaciones, quienes serán nombrados en condiciones que aseguren su competencia, no sólo en el sentido, diagnóstico médico, sino también en la especialización de aplicar los procedimientos científicos modernos de diagnóstico de la muerte.

De todo lo expuesto se deduce, que en realidad no existe un signo de muerte, que reúna los requisitos de certidumbre, precocidad y vulgaridad, que unánimemente fueron exigidos siempre por todos los autores. Ahora, como en 1866, las más prestigiosas autoridades médicas, siguen propugnando el mejor medio para luchar contra el peligro de las inhumaciones prematuras, el cumplimiento exacto y riguroso, de las leyes y reglamentos de policía mortuoria. Si existiera uno solo que reuniera debidamente los requisitos de precocidad, sobraría ese plazo de veinticuatro horas entre el mo-

mento del fallecimiento y el acto de la inhumación. Urge pues una revisión crítica de este magno problema.

* * *

Hasta el momento actual se han propuesto los siguientes signos para el diagnóstico diferencial entre la muerte real y la muerte aparente. En los dos primeros grupos, no guardamos el orden cronológico, pues no pudimos encontrar referencias ciertas ni exactas respecto al primer autor que lo estudió desde este punto de vista ni el año en que se propusieron como tales. En casi todos los tratados y monografías y sobre todo en los trabajos más recientes, existen algunos errores en la atribución de dichos signos, que en lo posible procuramos subsanar con nuestro trabajo. Hemos omitido el nombre de algunos autores modernos, que en estos últimos años, pretendieron presentar como originales y propios, signos ya olvidados.

1. Signo de la ausencia del murmullo vesicular.—2. Signo de la sensibilidad de la conjuntiva.—3. Signo de la vesicación eléctrica.—4. Signo de la quemadura por el termocauterio.—5. Signo de la ortiga.—6. Signo de los llantos y lamentaciones.—7. Signo de la inmovilidad del cuerpo.—8. Signo de la supresión de las facultades intelectuales.—9. Signo del sudor frío.—10. Signo del olor cadavérico.—11. Signo de las livideces cadavéricas.—12. Signo de la emigración e inmigración de los parásitos.—13. Signo de la ausencia del pulso arterial.—14. Signo de la mensuración de las arterias.—15. Signo de la horripilación de la piel.—16. Signo de la punta del pie dirigida hacia afuera.—17. Signo del espasmo cadavérico.—18. Signo de Hermbstadt (presencia amoníaco, superficie del cuerpo).—19. Signo de Deschamps (mancha verde abdominal).—20. Signo de Yan-Kie (desecación de la cavidad bucal).—21. Signo de Molland (huella apergaminada).—22. Signo de Blumenbach (aplastamiento de las partes del cuerpo).—23. Signo de Icard (tanatógrafo).—24. Signo de Faure (cauterización).—26. Signo de Desgranges (sensibilidad mamaria).—27. Signo de Razhes (sensibilidad de las plantas de los pies).—28. Signo de Vigne (sensibilidad del estómago).—29. Signo de Lacassagne (desigualdad pupilar).—30. Signo de Heister (irritación del estómago).—31. Signo de Josat (ruidos estridentes).—32. Signo de Romero (irritación de la mucosa nasal).—33. Signo de Hipócrates (facies cadavérica).—34. Signo de Deschamps (prueba del perazotato de mercurio).—35. Signo de Peyraud (prueba del cáustico de Vinea).—36. Signo de Fouvert (examen del corazón).—37. Signo de Tarnier (inspección del corazón).—38. Signo de Donné (caracteres histológicos de la sangre).—39. Signo de Donné (incoagulabilidad de la sangre).—40. Signo de Nysten (excitabilidad eléctrica).—41. Signo de Dell'Acqua (electro puntura).—42. Signo de Stenon-Louis (tela viscosa sobre la córnea). 1660.—43. Signo de Lancisi (aplicación hierro al rojo en planta pies). 1707.—44. Signo de Louis (flacidez del globo ocular). 1752.—45. Signo de Louis (rigidez cadavérica). 1752.—46. Signo de Bruhier (descenso de la mandíbula). 1752.—47. Signo de Bru-

hier (picadura de la mucosa nasal), 1752.—48. Signo de Winslow (ausencia del soplo nasal). 1753.—49. Signo de Winslow (empañamiento del espejo). 1753.—50. Signo de Thierry (inmovilidad torácica). 1785.—51. Signo de Malhol-Bonajon (palidez de la piel). 1805.—52. Signo de Bonafon (pérdida de la transparencia). 1810.—53. Signo de Romero (prueba de la moxa). 1812.—54. Signo de Villermé (flexión del pulgar). 1830.—55. Signo de Legallois (excitabilidad margen del ano). 1830.—56. Signo de Sommer (mancha esclerótica). 1833.—57. Signo de Ripault (deformación pupilar). 1841.—58. Signo de Bouchut (relajamiento de los esfínteres). 1843.—56. Signo de Bouchut (dilatación pupilar). 1843.—60. Signo de Bouchut (necrómetro). 1843.—61. Signo de Nasse (tanatómetro). 1844.—62. Signo de Bouchut (ausencia de los latidos cardíacos). 1848.—63. Signo de Van-Hengel (temperatura interna central). 1848.—64. Signo de Brachet (palpación del corazón). 1849.—65. Signo de Legrand (pérdida transparencia medios del ojo). 1850.—66. Signo de Josat (insensibilidad del pezón). 1854.—67. Signo de Mideldorff (cardiopuntura). 1855.—68. Signo de Collonges (dinamoscopia). 1857.—69. Signo de Plouvier-Martenot (Alictena explosible). 1864.—70. Signo de Bouchut (pneumatosis de las venas retinianas). 1865.—71. Signo de Bouchut (arrugas de la córnea). 1865.—72. Signo de Bouchut (vaciedad de la arteria central de la retina). 1865.—73. Signo de Bouchut (desaparición papila nervio óptico). 1865.—74. Signo de Bouchut (decoloración de la caroides). 1865.—75. Signo de Lexasseur (ventosas escarificadas). 1867.—76. Signo de Laborde (oxidación agujas de acero). 1870.—77. Signo de Laborde (tanatómetro). 1870.—78. Signo de Müller (actitud de los globos oculares). 1870.—79. Signo de Delagrée (acidificación de las serosidades). 1870.—80. Signo de Magnus (ligadura del dedo). 1872.—81. Signo de Bouchut (instilaciones de atropina). 1873.—82. Signo de Bouchut-Icard (ausencia cambios respiratorios). 1873-1897.—83. Signo de Veyne (asteriotomía). 1874.—84. Signo de Collonges (cioscopia). 1874.—85. Signo de Lombroso-Ottolenghi (desigualdad termométrica). 1875.—86. Signo de Monteverdi (inyección de amoníaco). 1876.—87. Signo de Tamassia (optografía). 1877.—88. Signo de Valude (abertura palpebral). 1887.—89. Signo de Dupont (pérdida de peso del cadáver). 1889.—90. Signo de Laborde (tracciones rítmicas de la lengua). 1894.—91. Signo de Icard (incandescencia de la cavidad bucal). 1897.—92. Signo de Icard (pneumatoscopia). 1897.—93. Signo de Icard (forcipresura). 1897.—94. Signo de Icard (fluoresceína). 1897.—95. Signo de Brissemarety Ambard (acidificación visceral). 1905.—96. Signo de Winter (inyección intracardiaca). 1905.—97. Signo de Icard (reacción sulfídrica). 1906.—98. Signo de d'Halluin (instilaciones de éter). 1906.—99. Signo de Vaillant (radiografía abdominal). 1907.—100. Signo de Balard (oscilometría). 1911.—101. Signo de Nacke (excitabilidad mecánica). 1912.—102. Signo de Perosino (vibraciones epitelio respiratorio). 1914.—103. Signo de De Dominicis (cutinatorreacción). 1915.—104. Signo de Lecha-Marzo (acidez del globo ocular). 1915-1918.—105. Sig-

no de Terson (instilaciones de dionina). 1916.—106. Signo de Icard (cutinatoreacción físico-química). 1919.—107. Signo de Einthoven-Hugenholtz (electrocardiografía). 1921.—108. Signo de Icard (prueba del sedal). 1921.—109. Signo de Rebello (prueba del bromotimol) 1922.—110. Signo de Chavigni-Simonin (prueba del ácido sulfúrico). 1928.—111. Signo de Boudimir (aplicación ventosa abdominal).—112. Signo de De Laet (modificación del PH en el humor acuoso). 1926.—113. Signo de Aznar y Pascual (microscopía corneal). 1926.—114. Signo de Piga (radiología cardíaca). 1927.—115. Signo de Fabroni (prueba del azul de metileno). 1928.—116. Signo de Lapicque (resistencia tejidos a paso corriente eléctrica). 1932.—117. Signo de Bordier (prueba diatérmica). 1932.

* * *

He aquí enumerados a todos los signos, pruebas, métodos y procedimientos, que desde los más remotos orígenes de la Medicina legal hasta el momento presente, fueron propuestos para el diagnóstico de la muerte real y que gozaron de algún predicamento en la práctica diaria. Basta su número para demostrar que hoy por hoy, ninguno se ha impuesto definitivamente, ni por su absoluta certidumbre, ni por su inocuidad, ni por su sencillez de aplicación, ni por la facilidad de su interpretación, ni por la seguridad de sus resultados.

Y esto es natural, pues la muerte está caracterizada no por un solo signo, sino por un conjunto de signos que prueban la detención de las funciones, el agotamiento de los órganos, el aniquilamiento y la extinción de la vitalidad en los tejidos. El cuerpo no muere de una vez. La muerte no ataca al mismo tiempo todos los mecanismos orgánicos, sino sucesivamente, progresivamente, según la importancia vital de los aparatos y su elevación jerárquica en el orden de la naturaleza. Es evidente que las manifestaciones funcionales, que son el resultado de un mecanismo delicado y complejo, desaparecen antes que las que sólo son producto de una existencia vegetativa. Primeramente se extingue la inteligencia, luego la respiración y la circulación, que lo hacen antes que las propiedades del tejido muscular y éstas antes que las de los tejidos. Las funciones que desaparecen las últimas, son las que indudablemente nos proporcionan los signos más seguros.

Con Brouardel, podemos resumir así las circunstancias que impiden o dificultan el hallazgo de un signo absolutamente cierto de la muerte real. En primer lugar, cuando un individuo fallece, no se interrumpen en ese mismo momento todos los cambios químicos de su cuerpo, antes por el contrario, son muchos los casos en que continúan después de la muerte, a veces con gran energía (hipertemia post-mortem), mas obedeciendo a otras leyes distintas de las que los regían durante la vida. Además, existe cierta independencia entre las funciones y los tejidos; en el hombre decapitado, el corazón puede continuar latiendo; el hígado de un animal muerto, colocado

sobre una mesa, posee todavía durante algunas horas su función glicogénica; lo mismo pasa con la función urogénica; en miembros amputados, la excitabilidad muscular persiste durante cierto tiempo. Estos datos y otros muchos más que podríamos citar, demuestran que la unidad del sér vivo no es más que aparente y que un individuo no muere entera y completamente en el mismo minuto.

Por otra parte, está plenamente demostrado que es posible la suspensión de las funciones orgánicas durante la vida. En los animales invernantes, las funciones respiratorias y circulatorias están reducidas a su mínimum durante el sueño de invierno; sometiénolos a un enfriamiento progresivo, la desaparición de todas las funciones es casi total y restituyéndoles gradualmente el calor, reaparecen las funciones vitales. Granos de trigo, guisantes encontrados en las tumbas y féretros de momias egipcias, han germinado y fructificado. En muchos estados histéricos, ciertos individuos pueden permanecer durante un tiempo más o menos variable, con el mínimum de funciones vitales, en los que la vida es del todo latente. Se citan también casos de individuos, que presa de todo estado hipnótico, han podido suspender voluntariamente y por algún tiempo, los fenómenos circulatorios.

Todo esto, demuestra que la ciencia está aun muy lejos de haber dicho su última palabra en la ardua cuestión del diagnóstico diferencial entre la muerte real y la muerte aparente y que probablemente jamás podrá resolver este problema ni descifrar el enigma que ello encierra. Tal como actualmente está orientado, es fundamentalmente insoluble diagnosticar con seguridad la muerte. Y como este conocimiento requiere trasponer los umbrales de la inmortalidad, resulta que toda solución definitiva de diagnóstico, sería una anomalía. Los signos de que hasta ahora disponemos, sólo significan el fin de toda la vida que conocemos, pero no prejuzgan nada acerca del momento en que se verifica el supremo tránsito.

En mi modesta opinión, el problema de los signos de la muerte está mal planteado desde sus orígenes. El debate se ha desarrollado ilógicamente y por lo tanto es injusto. Los autores modernos, igual que los de los evos heroicos de la Medicina legal, se esfuerzan por encontrar un signo cierto, precoz y vulgar de la muerte sin pararse un momento a meditar que es todavía todo misterio impenetrable, evolución lenta y sentido insondable. La imagen de la muerte preside estos estudios e investigaciones, cuando debiera ser la vida la señora de nuestros pensamientos.

Los signos más seguros, como el examen oftalmoscópico, la electrocardiografía, la radiología cardíaca, etc., etc., no están al alcance de la práctica de todos los médicos. El más cierto de todos, la mancha verde abdominal, no es constante, falta algunas veces, y cuando se presenta suele tardar en manifestarse, con veinticuatro horas o más. Otros son realmente peligrosos, si se confirma que el sujeto estaba en estado de muerte aparente. Otros signos requieren procedimientos que repugnan a las familias, pruebas de Josat, Mideldorff, etc. El más precoz de todos no tiene valor de certidum-

bre, hasta transcurridas ocho horas por lo menos después del fallecimiento. La ausencia de los latidos cardíacos durante dos o tres minutos, no podemos considerarla ya como signo cierto de muerte desde el momento que es posible conseguir su resurrección con las modernas técnicas del masaje del corazón y la inyección intracardíaca de adrenalina. El signo de Bouchut, podemos considerarlo todo lo más, como un signo de pronóstico, pero de ninguna manera como diagnóstico definitivo.

Como aconsejaba Thomasin, debemos considerar las primeras horas que siguen al momento del fallecimiento, como una continuación de la enfermedad o del accidente que produjo la muerte, no como la muerte misma. En este sentido, el tratamiento de la muerte aparente y relativa, debe sustituir al diagnóstico de la muerte real. Ya dijo Icard, que más vale tratar a un muerto como si estuviera vivo, que no exponerse a tratar a un vivo como si estuviera muerto.

El principal interés del diagnóstico de la muerte real desde los primeros momentos que siguen al fallecimiento, está precisamente en la posibilidad de diagnosticar que no es real, para intentar la reanimación por los diferentes procedimientos que se conocen. Pasados los primeros momentos de esa muerte aparente, que mejor debería llamarse en lenguaje científico, muerte clínica, una hora o dos como máximo, el problema del diagnóstico de la muerte real pierde toda su importancia, porque después de pasado este tiempo nada se puede hacer en favor del que se encuentra en tal estado, todo trabajo es estéril, es inútil todo intento para que un corazón que ha cesado de latir vuelva otra vez a la vida.

De aquí que consideremos la inyección intracardíaca en su aplicación al diagnóstico de la muerte como el mejor orientado de todos los signos de muerte hasta ahora conocidos. Si la muerte es sólo aparente, revivirá con este procedimiento, y si la muerte es real, seguirá en tal estado. Los resultados negativos de la inyección intracardíaca, alejarán toda sospecha de posibilidad de vivir, desvaneciendo el temor—tan corriente y no desprovisto de fundamento—de una inhumación prematura, con la horrible visión dantesca de un despertar en la tumba.

Volvemos a insistir en que nada autoriza a afirmar, ni aun en presencia de los primeros signos y síntomas de la muerte, que el individuo está definitivamente vencido en la lucha con lo implacable. El estado de muerte aparente, no siempre va seguido de un modo indefectible, fatal de la verdadera muerte; un hombre en aquel estado, no se debe considerar como realmente muerto. Tanto el estado de muerte aparente como el de muerte relativa, no son otra cosa que un estado especial del organismo, que le hace insuficiente para escapar por sus propios medios a la muerte cierta e irremediable, la cual más a menudo de lo que corrientemente se cree, puede evitarse con los pronto socorros reiterados de las diversas prácticas de reanimación.

Claro está que en los síncope tardíos del corazón, sobre todo en los so-

brevitados como consecuencia de ciertas enfermedades de este órgano y de ciertas intoxicaciones, no puede tenerse seguridad en el éxito, ya que en tales circunstancias, la fibra cardíaca puede estar profundamente lesionada y los centros nerviosos, más o menos hondamente alterados. Pero en todos los demás síncope y estados de muerte aparente y relativa, la inyección intracardíaca puede y debe ensayarse con grandes probabilidades de éxito, mas sin olvidar nunca que dos o cuatro minutos de vacilación, pueden bastar para producir una desoxigenación y desintegración irremediable del tejido nervioso, con escasas probabilidades de obtener una supervivencia definitiva.

Creemos que de todos los signos conocidos, aquellos cuyo objeto es la reanimación del presunto cadáver, son los mejores, y sobre todo la inyección intracardíaca, que por la simplicidad de su técnica, la sencillez de su interpretación y la rapidez de sus resultados positivos, debe sustituir a la mayoría de los signos hasta ahora propuestos. La ciencia actual, posee en él un precioso medio terapéutico para establecer por medio de una sencillísima operación el diagnóstico de la muerte real, ya que la ausencia de resultados positivos, es señal cierta de muerte irremediable o por lo menos de imposibilidad de reanimación que prácticamente son lo mismo. Esta operación sencilla e inocua, sin peligro alguno, resuelve por el momento de una manera brillante al arduo problema del diagnóstico de la muerte. Con esta técnica se salvará de fijo un apreciable tanto por ciento de individuos aparentemente muertos, que a no ser tratados por la inyección intracardíaca, sucumbirían irremisiblemente. Si de mil casos, por ejemplo, se salvara tan solo uno, ello sería suficiente para justificar la trascendental importancia de este procedimiento.

El profesor de Bolonia, Giovanni d'Aiutolo, empleando sistemáticamente este procedimiento ha llegado a la firme conclusión de que «de ahora en adelante será necesario y la ley debe decretarlo que no se declare realmente fallecido a ningún individuo sino después del resultado negativo obtenido con una inyección intracardíaca.» Nadie podrá negar el interés y la importancia de esta conclusión. Cuando la ley obligue a los médicos a seguir este procedimiento para la comprobación de las defunciones, muchos muertos en apariencia volverán definitivamente a la vida. En los Estados Unidos es ya de uso corriente el empleo de este procedimiento designado con este título: «la comprobación legal de la defunción por medio de la inyección intracardíaca».

De todos modos, insistiremos siempre con energía y perseverancia en el método de reanimación que hayamos elegido, sobre todo si se trata de la inyección intracardíaca, pues nunca es posible afirmar con seguridad—de no haberse iniciado objetivamente la putrefacción cadavérica—que cinco minutos más de perseverancia, no hubieran traído la resurrección del presunto cadáver.

En Medicina jamás debe desesperarse de nada, ni aun de la misma

Un nuevo producto Schering

NEOTROPINA

Indicado especialmente en el tratamiento de la blenorragia.

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

Preparado colorante para el tratamiento de las infecciones del aparato genitourinario

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

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



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479 - Madrid

Apartado 1030 - Barcelona



¡ 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 DÉBILES

Laboratorios HALONSO - Reinosa -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos



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

CIBALGINA

"CIBA"

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

INDICADA

en

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

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

Curas de desmorfización.

Comprimidos Gotas Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

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

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOILD

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

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios
PRODUCTOS QUIMICOS PUROS

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

muerte. Debemos luchar contra ella dentro de los humanos límites de la ciencia, pero sin intentar evitarla, ni menos conseguir una auténtica resurrección. La muerte es el verdadero árbol de la ciencia del bien y del mal. «El día en que los médicos lográramos lo uno y consiguiéramos lo otro, quizá mereciéramos por ello tantas censuras como hasta ahora hemos recibido por el noble empeño de intentarlo sin fruto.» El que nos revelase la esencia de este misterio, quizá nos proporcionara a todos la mayor desilusión. No es la vida y la muerte en sí, sino la muerte y la vida como errores —como representación—, lo que se nos presenta tan rico de sentido, tan profundo, tan maravilloso, «tan preñado de dicha y de dolor».



SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión del día 1 de Abril de 1933

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR BARRIO DE MEDINA.—**Lupus tuberculoso verrucoso, tratado por radio.**—El enfermo presentado, es un caso bien demostrativo de la influencia del radio sobre estas lesiones tuberculosas de la piel, de aspecto además verrucoso y córneo. El enfermo vino a nosotros padeciendo en los dedos de la mano izquierda unas lesiones idénticas a las dos que aún le restan y que pueden diagnosticarse clínicamente como lesiones típicas de lupus verrucoso. Tenían y tienen aún las que le restan, catorce años de existencia, no habiendo conseguido curarlas los múltiples tratamientos, que habían hecho al enfermo. Pues bien, ha bastado la aplicación de radio sin filtro en un solo sector y ciclo de 24 horas a cada lesión, para que las cuatro lesiones tratadas en el curso anterior, hayan desaparecido totalmente. Precisamente por restarle otras dos lesiones por tratar, que es a lo que el enfermo vuelve, se pueden comparar los efectos de esta terapéutica, ya que las anteriores lesiones eran idénticas a las que aún padece y por ello hemos de reconocer que el tratamiento ideal de esta clase de lesiones es hoy por hoy, la radioterapia.

DOCTOR PALLARES.—**Úlcera de estómago con complicaciones peritoneales.**—Es esta una enferma que se ha recibido en el Dispensario en unas condiciones tales, que requerían un detenidísimo estudio.

El doctor Yagüe que la ha observado detenidamente, nos da la historia de hiperclorhídrica, con dolores constantes más acentuados en fase digestiva y que hace veintidós días tuvo un acceso doloroso seguido de irritación peritoneal y síntomas peritoneales generalizados. El diagnóstico corres-

ponde a un proceso de perforación, pero no de esas perforaciones corrientes que se observan a simple vista, sino de las calladas y ocultas, de las que al principio ofrecen dudas en cuanto a diagnóstico. Se le dió ingreso, no para intervenirla con urgencia, sino para estudiar el caso. Siguiendo las instrucciones del doctor Yagüe, se le ha hecho el análisis de sangre, la fórmula leucocitaria y la radiografía y coincidente con este período de estudio, se han apagado los síntomas en tal forma, que la enferma no tiene molestia alguna. Persiste el estreñimiento pertinaz y la presentación de esta enferma, es para que el doctor Yagüe pueda apreciar las investigaciones que hemos hecho y para determinar el tratamiento más adecuado en sentido médico quirúrgico.

DOCTOR YAGÜE.—Esta enferma, a quien yo vi en casa por circunstancias de relación familiar, tenía el cuadro de abdomen agudo con tipo doloroso intenso. Refería fuertes dolores en los períodos digestivos y ardores de estómago muy pronunciados, constituyendo todo ello el cuadro clínico común, que corresponde a un proceso de acidez excesiva gástrico. Pero además tenía otro historial muy confuso, digno de mayor atención, de aparato respiratorio, en el que los datos permitían deducir la existencia de un proceso por bacilos ácido-resistentes, con localización principal en ambos vértices.

En tales circunstancias interesaba determinar si el proceso estaba apagado en fase de silencio o se encontraba en actividad, porque esto daba bases muy distintas para el diagnóstico e indicaciones para el tratamiento a seguir. Examinada a este efecto, se halló que lo torácico estaba completamente apagado, al extremo de que sólo podían encontrarse los vestigios residuales del proceso padecido. Lo abdominal era por tanto independiente y se imponía pensar en la necesidad de enfriar su proceso. Este se había iniciado de manera brusca, con dolores fuertes y fijos sobre historia anterior de hiperacidez intensa y las modalidades en el dolor asignadas a la úlcera gástrica, por lo que la crisis había que relacionarla con la existencia de una perforación que por haber recaído en zona del estómago, cercana a otros órganos adheridos a él, la recubriesen, con lo que las reacciones peritoneales se hallaban circunscritas y el contenido gástrico no pudo vaciarse en la cavidad peritoneal, dando lugar a la peritonitis generalizada. Era pues, el tipo de una perforación gástrica de las denominadas cubiertas y limitado así el proceso, lo primero que había que hacer, era apagar la fase de actividad en que se encontraba y para ello, ante todo, inmovilizarla y colocarla en condiciones de poder ser operada en el momento que lo hiciera indispensable su cuadro sintomático. Por ello fué enviada con urgencia al doctor Pallarés, que hizo la merced de ordenar su ingreso inmediato, y con ello aconteció lo que tenía lógicamente que suceder: que colocada en reposo, con la alimentación conveniente y muy sencilla terapéutica, se han apagado de tal modo los dolores, que la enferma hoy no tiene voluntad de operarse; tal es el deseo que me ha hecho conocer su marido.

La paciente, en efecto, se encuentra tan bien, que aun cuando ingresó decidida a operarse pensando en el riesgo que corría su vida de no hacerlo, hoy en cambio cree posible alcanzar su salud sin ello, y con el derecho que tiene a elegir, decide no operarse.

Las condiciones en que la enferma se encuentra en estos momentos, son para abrigar esperanzas de que los resultados posteriores sean beneficiosos. Ahora bien, para mejor decidir, debe saber que hay una condición orgánica mediante la cual en circunstancias propicias pueden determinarse la reproducción de la úlcera y que una vez que cure de la actual incidencia, debe quedar una pegadura del estómago al órgano que cubrió la perforación, la cual no puede ser modificada, porque no hay tratamiento médico que pueda resolver la cicatriz.

Hay motivos para suponer que a esta situación de mejoría en que se encuentra, ha llegado merced al tratamiento establecido, pero hay que tener en cuenta que la afección ulcerosa tiene fases de silencio y que puede resurgir en momento no presumible con cuadro análogo de síntomas, sin que sea dable prever si podrá salvar el accidente con la misma fortuna que ahora, ni si contará con iguales elementos de defensa personal que en esta ocasión.

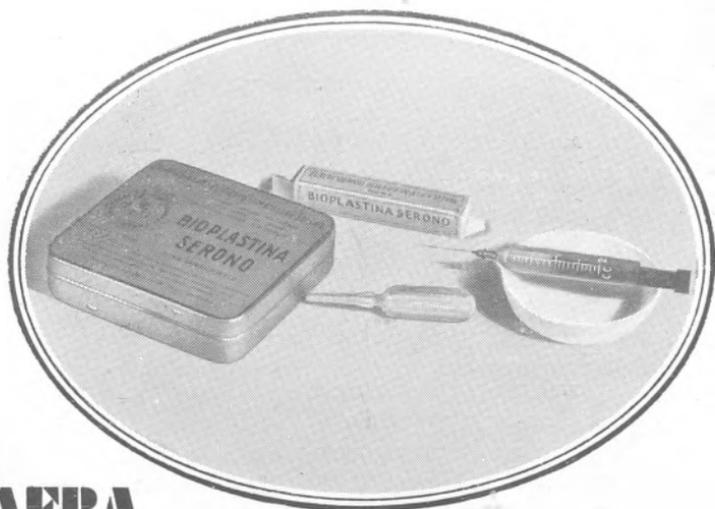
Ahora bien: ¿Estos enfermos ulcerosos, de escasos medios económicos pueden seguir tratándose? ¿Cuánto tiempo necesitan para evitar la repetición de su proceso? He ahí una parte interesante del problema. He afirmado siempre y sigo sosteniéndolo, que en el tratamiento de los ulcerosos, aparte del mismo proceso, hay que tener en cuenta la posición económica en que viven y que muchas veces los pone en condiciones de no poder soportar las curas de reposo, con alejamiento del trabajo, fuente de sus ingresos, ni aun con ellos disponen de las necesarias para el régimen y la medicación convenientes y para el logro de su modificación, lo que también debe tener en cuenta la enferma antes de decidirse.

DOCTOR PALLARES: Dadas las condiciones en que se han presentado los datos clínicos y los datos de radiografía, yo creo que tenemos el deber de advertir a la enferma, que una perforación de úlcera que ha invadido la serosa y ha provocado una reacción inflamatoria, no es probable que se modifique por un tratamiento médico. Esto unido a que la condición social de la enferma no le permitirá atender al tratamiento en debida forma y es casi seguro que el cuadro agudo no se vuelva a reproducir.

DR. B. DE M.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

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



TUBERCULOSIS

El neumotórax doble en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar bilateral.—
W. JULLIEN y H. MOLLARD. «Revue de la Tuberculose», núm. 6. 1933.

Los autores hacen historia del neumotórax bilateral y pasan a estudiar sus 50 observaciones, en las cuales obtienen un conjunto de resultados favorables en mayor o menor intensidad de 54 por 100 contra 46 por 100 restante repartido entre inutilidad del tratamiento y fracasos.

Entre las complicaciones observadas, citan el colapso cardíaco, los derrames pleurales, las perforaciones espontáneas y traumáticas, y como más raros la comunicación interpleural valvular, los trastornos digestivos con adelgazamiento y la disnea.

En cuanto al pronóstico, examinan los distintos factores que pueden influir concluyendo que la edad no es factor fundamental. El carácter uni o bilateral, hace que en los primitivamente unilaterales, el pronóstico sea mejor que en los bilaterales. La eficacia del primer neumotórax, tiene importancia y si la acción comprensiva del segundo no es útil, debe renunciarse el neumo bilateral. Respecto al tipo de lesión, son mejor influidas las cavidades aisladas sin siembra. El estado evolutivo de las lesiones tiene el máximo interés y así la colapsoterapia bilateral debe hacerse dentro de lo posible en frío. En cuanto al intervalo entre los dos neumotórax, es mejor el pronóstico, cuanto la distancia de uno a otro sea mayor.

La intensidad del colapso es muy importante, pues cuanto menos libre sea, es menos eficaz.

Estudian después las indicaciones, y comienzan diciendo que, antes de crear un neumotórax doble es preciso intentar alguna otra cosa, como las sales de oro, con objeto de enfriar la lesión y mejorar el estado general. Si con esto no se consiguiera el éxito apetecido, convendría hacer una frenicectomía, con lo que quedaría la puerta abierta para hacer aún neumotórax en caso necesario. Aparte de esto, el neumo doble tiene la indicación de urgencia en congestiones rápidas, hemoptisis graves que hay que cortar.

Si el neumo doble, después de instituido fuera insuficiente, es preciso hacerlo útil, realizando una sección de adherencias. En caso de sínfisis progresiva, que va a impedir la continuación del neumo, debe hacerse un oleotórax o un serotórax. Si la sínfisis es limitada en el lugar de la lesión, debe hacerse una apicolisis si radica en vértice o una frenicectomía si en base.

Si el neumo doble fuera ineficaz es preciso abandonarlo, pues un neumo inútil es peligroso.

En cuanto al abandono de un neumotórax doble, tiene más dificultades que en el unilateral, siendo la cirugía pulmonar la que nos facilita la solución.

Influencia del estado alérgico sobre el aspecto anatomopatológico de las reacciones del tejido pulmonar en la tuberculosis experimental.—LEURET y CAUSIMON. «Presse Médicale», núm. 24. 1933.

El estado de alergia de organismo, parece susceptible de dar un aspecto particular a las reacciones pulmonares tuberculosas de reinfección. En este caso, la penetración en el organismo de nuevos elementos bacilares, es seguida de un aflujo de polinucleares con gran fagocitosis.

Por otra parte, en estado alérgico, el tejido pulmonar reacciona ante la reinfección, con gran desarrollo de células mononucleares y de células histiocitarias. El resultado de esto, es fijar los bacilos, libres o englobados en los polinucleares. A partir de este momento, la reacción difusa, se hace netamente limitada, dando lugar a la formación de un folículo tuberculoso típico, con célula gigante auténtica.

Esta reacción del tejido pulmonar, hace pensar fácilmente en una reacción de defensa. El mecanismo descrito, fijación de bacilos, limitación de la reacción celular con formación de lesiones específicas, unas veces es eficaz en absoluto, en cuyo caso se produce una eliminación y restitución ad integrum, mientras que otras veces, factores biológicos desconocidos, además de la intensidad del aflujo de polinucleares que sigue a la reinfección en período alérgico, puede dar lugar a la difusión del proceso tuberculoso y a la formación de nuevos focos.

Los autores terminan exponiendo, que esta sería una manera de concebir, fuera de las condiciones humorales, la asociación de resistencia e hipersensibilidad que se ha demostrado en estado alérgico.

El estado del diafragma después de la frenicectomía.—R. RAUTUREAU, A. SALLE y A. BOHEMIER. «Presse Medicale», núm. 55. 1933.

Después de practicada la exéresis del frénico, es la regla que se produzca una ascensión mayor o menor del diafragma.

Sin embargo, la parálisis obtenida, no implica la inmovilidad absoluta. Unas veces existe inmovilidad en respiración normal, mientras que otras se observa en respiración forzada, un movimiento pasivo mayor o menor, bien en sentido normal o paradójico. Otras veces se observa esto mismo en los dos tipos de respiración.

Los autores insisten en el resultado transitorio de esta parálisis, y deducen de su estadística un 18 por 100, en que no ha durado más que catorce meses, con disminución de la ascensión diafragmática.

Para evitar esto, exponen que debe hacerse una exéresis de 12 centímetros por lo menos. Sin embargo, como esto no se realiza nunca, por mucha habilidad del cirujano, no deberá extrañar, el observar parálisis diafragmáticas transitorias en algunos operados.

Las consecuencias sobre pulmón, dependen de que hubieran hecho un efecto favorable, con lo que al cesar, los resultados serían desastrosos. Por el contrario, si el colapso era ineficaz y la parálisis antigua, no ofrece el menor inconveniente, y hasta es beneficioso, pues da lugar al restablecimiento de la función diafragmática.

G.^a LORENZANA.

HEPATORRADIL
 Reconstituyente
 para verano e invierno

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

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

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

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



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

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

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

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

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS

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

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

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

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Tratamiento del epiteloma de labio por los dermatólogos.—ELLIOT. «Arch. of Derm. and Syph.», núm. 3. Marzo, 1933.

El autor dice que el dermatólogo, por la oportunidad con que puede sentar el diagnóstico del cáncer labial, está en situación privilegiada para tratarle.

Ha tratado 65 casos de epiteloma primitivo del labio, mediante electrocoagulación e irradiación, no habiendo observado ninguna recidiva ni tampoco metástasis ganglionares.

La electrocoagulación y la irradiación dan, en sentir de este autor, un elevado porcentaje de éxitos cuando la cura se instituye precozmente.

Eczema arsenical transformándose en centrodermia arsenobenzólica y luego sucediéndole.—GOUGEROT et R. COBREU. «Ann. de Mal. Vénériennes», núm. 2. Febrero, 1933, pág. 101.

Eczema vesiculoso típico aparecido después de inyectar 4'80 gramos de 914.

Doce días más tarde el estado general se altera, apareciendo fiebre y coincidiendo con una eritrodermia que se encalmó al cabo de una decena de días persistiendo un eczema vesiculoso durante seis semanas.

Para los autores entre eczema y eritrodermia, existirían todos los grados de intensidad, siendo el mecanismo el mismo por sensibilización o por anafilaxia, siendo sólo variable la intensidad de la reacción.

Enfermedades venéreas, prostitución y paro.—I. BENECH et A. CHICLET. «Ann. de Mal. Vénériennes», núm. 2, pág. 81. Febrero, 1933.

Desde 1930-31 en el servicio municipal de Nancy se ha prestado asistencia a 36 prostitutas clandestinas que han declarado que la causa de haberse dedicado a la prostitución fué la falta de recursos por el paro. Dos terceras partes de ellas estaban en período contagioso y no habían sido tratadas.

Contaminación sifilítica de una mujer que años antes tuvo hijos heredo-sifilíticos.—HISSARD et AUXERRE. «Ann. de Mal. Vénériennes», pág. 107. Febrero, 1933.

Cinco años después de dar a luz un niño heredo-sifilítico con lesiones evolutivas, presenta esta mujer lesiones secundarias.

LEDO.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

OTORRINOLARINGOLOGIA

Frenicectomía-oro en la tuberculosis laríngea.—C. GONZALEZ VILLANUEVA. «Revista española de tuberculosis», t. IV, núm. 5. Mayo-Junio, 1933.

Considerando a la tuberculosis laríngea como una propagación metastásica por diseminación hemática del proceso fímico pulmonar y teniendo en cuenta lo que primeramente Dumarst y Murand y luego Hirschfeld señalaron en observaciones de tuberculosis laríngea favorecidas e influenciadas por el neumotórax; ensaya el autor la colapsoterapia por frenicectomía asociado al tratamiento quimioterápico, en cuatro observaciones, sacando las siguientes conclusiones:

1.^ª El tratamiento por frenicectomía-oro, de la tuberculosis del aparato respiratorio, no sólo modifica favorablemente las lesiones pulmonares, sino que actúa en el mismo sentido sobre las lesiones laríngeas.

2.^ª La mejoría laríngea es tan notable en algunos casos, que se restablecen sus alteraciones funcionales y laringoscópicamente se aprecia la casi total desaparición de las lesiones tuberculosas.

Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA.

ANTIBLEFARINA
OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

Indicaciones, técnica, resultados y crítica de la antrotomía epitimpánica.—O. VOSS.
«Revue de O.-R. Laringología», Febrero, 1932. núm. 2.

El autor, después de unas consideraciones y razonamientos muy acertados, sobre varios casos observados, saca las siguientes conclusiones:

1.^a Las indicaciones de la antrotomía epitimpánica son: a) Las supuraciones crónicas epitimpánicas del oído medio; b) Las supuraciones subagudas del oído medio sin complicaciones; c) Las supuraciones agudas de la punta del peñasco con extensión al segundo sector celular de Girard; d) Piohemia de origen otical; e) Fractura del temporal con participación de la cavidad epitimpánica; f) Casos con complicaciones laberínticas o intracraneales, sobre todo meníngeas, en el curso de supuraciones agudas del oído medio.

2.^a La indicación de la antrotomía epitimpánica en los casos b y c, sienta lo más frecuentemente después de la antrotomía simple, pero puede ser practicada al mismo tiempo que ésta, mientras que los casos e y f, esta última eventualidad es la regla.

3.^a La técnica de la trepanación es, al contrario de lo que afirma Beyer, la misma en los casos agudos y crónicos.

4.^a Debe eliminarse toda plastía, tanto en los casos agudos como en los crónicos.

5.^a Los resultados obtenidos con este procedimiento son muy satisfactorios, lo mismo desde el punto de vista funcional, que vital.

6.^a Este procedimiento es una unificación de los procedimientos operatorios en las supuraciones agudas y crónicas del oído medio.

7.^a El papel preponderante de la operación radical, debe de desaparecer y sólo en casos con modificaciones anatomo-patológicas y clínicas estaría indicado.

8.^a El método tiene sobre la ático-antrotomía las ventajas siguientes: una mayor simplicidad de técnica y de cuidados post-operatorios, economía de una plastía y ausencia de riesgos por una hipofunción ulterior por cicatrices.

Imprenta Castellana

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

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

Didan una demostración de cualquier trabajo.

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

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

Asociación Digitalina-Uabaína

DIGIBAÏNE

Reemplaza con éxito la digital y digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias

Dosis medianas: 30 gotas diarias

LABORATORIOS DEGLAUDE
PARIS

Medicamentos cardíacos especializados
SPASMOSEDINE, DIGIBAÏNE, &

Agente general para España:

J. M. BALASCH, FARMACÉUTICO
Avenida 14 de Abril, 440 -:- BARCELONA

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

BIBLIOGRAFIA

PROFESOR EMILE SERGENT, de la Facultad de Medicina de París, miembro de la Academia.—**Apologie de la Clinique**.—Un volumen en octavo, de 74 páginas, 12 francos.

— Este librito que forma parte de la colección «Apologie des Sciences» que viene publicando la editorial Doin de París, está escrito por uno de los clínicos más renombrados de nuestro tiempo.

Nada menos que Ch. Richet inauguró esta colección, escribiendo una elegante «Apologie de Biologie», era natural que la reivindicación de la Clínica fuera encomendada a un prestigio tan alto como el del profesor Sergent, uno de los más afortunados continuadores de las glorias de la clínica francesa.

Para el médico, que enamorado de su profesión se ve obligado al ejercicio de la Clínica, el desdén que ciertos sabios de gabinete y hombres de laboratorio muestran hacia él, es mortificación no pequeña.

A las cualidades que Sergent requiere para el clínico: buen sentido, experiencia y formación científica, habríamos de añadir la paciencia y la modestia si ellas no estuvieran implícitas en el buen sentido. Leamos las líneas siguientes en las que el profesor Sergent condensa algunos de sus pensamientos:

«Je me propose, de montrer que la Clinique est à la fois, un «art» et une «science», et que, loin de n'avoir droit qu'à la courtoisie des savants, elle mérite leur considération... La médecine est encore trop souvent jugée avec quelque dédain par les savants; ceux qui veulent bien lui accorder quelques égards la regardent comme un art. Il est intéressant de rappeler, avec Ch. Richet, que, «jusqu'à Claude Bernard», la physiologie fut «traitée assez dédaigneusement, elle aussi, et considérée «comme la servante de l'anatomie». Qui songerait aujourd'hui à porter un tel jugement? Mais, combien sont nombreux encore ceux qui regardent la Clinique comme la parente pauvre de la Physiologie! Et, cependant, écrit encore Ch. Richet, «ceux qui voient quelque contradiction entre la Clinique et la Physiologie, n'ont rien compris ni à la Clinique ni à la Physiologie!...»

«Nous, cliniciens, nous affirmons que la Clinique est, en réalité, devenue une «science», tout en restant un «art», et que le clinicien poursuit un «travail scientifique dont il cherche à appliquer les données à l'art de dépister les maladies et de formuler les moyens de les combattre.»

«Le clinicien doit posséder tellement de connaissances scientifiques et de qualités mentales qu'on comprend comment et pourquoi la Clinique a progressé si lentement et au prix de quels efforts elle est parvenue cependant à s'élever du simple empirisme qui a caractérisé ses premiers pas au rang des Sciences Biologiques, parmi lesquelles elle a conquis l'une des places les plus nobles et les plus respectables.»

En los diversos capítulos: Definición de la Clínica, lugar y papel de la Clínica en las ciencias biológicas, complejidad y dificultades de la Clínica, principios directivos del diagnóstico clínico, cualidades del clínico y formación del mismo, encontrará el lector ideas muy nobles magistralmente desarrolladas, terminando por desear que la creación de Centros especiales, Institutos de investigaciones, etc., proporcionen los medios materiales de que hoy se carece para proseguir un estudio harto difícil.

El lector tendrá una hora de satisfacción espiritual leyendo este librito.

DOCTOR H. DESELAERS.—Cirugía plástica, estética y reparadora.—Un tomo en rústica, de 62 páginas (16 × 22) en papel cuché, con 79 figuras en el texto. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1933.

Pequeña e interesante monografía, la primera que sobre cirugía plástica, estética y reparadora, se publica en español.

De todos es conocido el impulso que después de la gran guerra se ha dado a esta modalidad de la Cirugía y que este desarrollo ha justificado la creación de sociedades científicas como la de París y la reunión de Congresos de esta especialidad.

Brevemente el autor expone algunos defectos físicos y su tratamiento más racional por los distintos métodos operatorios.

A la mejor comprensión ayuda el gran número de grabados que ilustran la obra muy bien editada por la Editorial Científico Médica de Barcelona.

P. COTTENOL y E. PIERRON (del Servicio central de Electro-radiología del H. Broussais).—*Les indications médicales et la technique des rayons ultraviolets* (col. «La Pratique Médicale Illustrée»).

En este libro destinado al médico práctico, los autores resumen las nociones físicas elementales y las propiedades biológicas de las radiaciones ultravioletas, procurando en una extensa exposición, sentar las indicaciones generales, tan interesantes en Medicina infantil y sus aplicaciones en las distintas especialidades.

Sobre este particular, hacen notar cómo la abusiva aplicación que hace pocos años se hacía en dermatología, se ha ido restringiendo, indicando cuál es el verdadero valor de estas radiaciones en la terapéutica dermatológica.

No se omiten, detallándolas, las aplicaciones que en ginecología, oftalmología, otorinolaringología, etc., tienen los rayos ultravioleta, por ser menos conocidas de los médicos generales.

Cómo debe realizarse el tratamiento en los casos en que está indicado; la técnica del tratamiento según sea general o local, los incidentes y accidentes de esta terapéutica, son expuestos con toda claridad por los autores.

Como complemento no olvidan los productos irradiados, tan usados hoy, que son estudiados, comparando los resultados que con su uso se obtienen, comparativamente a los logrados por el tratamiento con los rayos ultravioletas.

Hoy que se abusa de esta terapéutica y de su aplicación se hace industria, la lectura de una obra como la analizada resulta muy interesante.

LEDO.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

LIBROS RECIBIDOS

- N. VIGNOLE, con juicios de los profesores RUFFINI, BRONDI, PATELLANI y CORINALDESI.—**Imposición del sexo en la raza humana y en zootecnia.**—Un volumen en octavo, de 166 páginas. Bailly-Bailliere, editor. Madrid, 1933.
- ¿QUIERE USTED ADELGAZAR? Por el único método racional.—Un volumen en octavo, de 45 páginas, con 20 figuras en el texto. Bailly-Bailliere, editor. Madrid, 1933.
- Profesor RICARDO LOZANO.—**Estampas de equinococosis.**—Un volumen de más de 200 páginas, con 18 láminas fuera de texto. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1933.
- F. COSTE.—**Tratamiento del reumatismo crónico de las articulaciones.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 76 páginas, 20 francos. G. Doin, editor. París.
- MARIANO R. CASTEX.—**Hipertensión arterial paroxística.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 38 páginas, con figuras dentro del texto y una plana en colores fuera del texto, 20 francos. G. Doin, editor. París.
- EMILE SERGENT.—**Apología de la clínica.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 74 páginas, 12 francos. G. Doin, editor. París.
- P. COTTENOT y E. PIERRON.—**Las indicaciones médicas y la técnica de los rayos ultravioleta.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 44 páginas, con figuras en el texto, 16 francos. G. Doin, editor. París.
- PIERRE OURY y J. MEZARD.—**Tratamiento médico de las úlceras gastro-duodenales.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 54 páginas, 15 francos. G. Doin, editor. París.
- VICTOR PAUCHET y H. GAEHLINGER.—**El estreñimiento, cómo evitarle y cómo curarle.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 214 páginas, con figuras dentro del texto, 38 francos. G. Doin, editor. París.
- ISABELLE D'ORNANO.—**Diagnóstico clínico de la arritmia completa.**—«La Práctica Médica Ilustrada». Un volumen en octavo, de 122 páginas, 25 francos. G. Doin, editor. París.

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

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

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

Prescriba con toda claridad en sus recetas

Nebulizador Graño

El mejor para inhalaciones intra-naso-faríngeas

Ptas. 10,30 / Único de fabricación nacional



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Programa de premios y socorros para 1933 y 1934

Esta Corporación abre concurso sobre los temas siguientes:

Fundación de San Nicolás.—Premios, recompensas y socorros Rodríguez Abaytúa:

I. Dos recompensas de 300 pesetas cada una a los dos artículos merecedores del galardón, por el concepto filosófico, el estilo literario y la veracidad descriptiva de los publicados por la Prensa diaria, política o gráfica, antes de la sesión inaugural del curso académico próximo venidero, con ocasión de notificar la recepción de nuevos académicos, las sesiones necrológicas de los mismos, las sesiones inaugurales de curso o cualquier otra solemnidad celebrada por esta Academia o la Academia Médico-Quirúrgica Española residente en Madrid.

Los autores de varios artículos presentados a concurso, no podrán obtener más que una sola recompensa.

Los concursantes remitirán a esta Academia, antes del 1.º de Noviembre de 1933, los números de los periódicos en que se inserten los artículos que optan al premio.

II. Tres premios de 1.000 pesetas cada uno para el pago de los derechos de expedición del título de licenciado en Medicina y Cirugía, de los tres estudiantes que durante el año precedente al de la inauguración del académico hubiesen revalidado en las Universidades de Santiago de Compostela, Valladolid y Madrid, y presente la mejor hoja de estudios.

Cada uno de los rectores de dichas Universidades remitirán a esta Academia, durante la primera quincena de Octubre de 1933, extracto-copia de tres expedientes de los que, a juicio de aquéllos, puedan aspirar al premio.

No podrán ser propuestos aquellos alumnos que hayan obtenido por oposición, por fundaciones o por cualquier concepto, el pago de los derechos de expedición del título de licenciado.

III. Un premio de 1.500 pesetas al autor de la mejor tesis de Doctorado aprobada durante el curso de 1932 a 1933.

El Decanato de la Facultad de Medicina de Madrid remitirá a esta Academia, antes del 31 de Octubre de 1933, las tres tesis que el Claustro de profesores hubiese conceptuado como de más culminante mérito, para que la Corporación informe a cuál ha de darse el premio.

DISMENORREAS . CLIMATERIO . EPILEPSIA



VACOTONIL

IV. Un donativo bienal de diez cartillas, de 500 pesetas cada una, a cinco alumnas y cinco alumnos de las escuelas públicas del distrito de Palacio.

Los niños y niñas no han de tener edad menor de ocho años, ni mayor de once, y han de ser los que hayan sobresalido más en las Exposiciones escolares de fin de curso.

— Para este efecto, los maestros de dichas escuelas remitirán a la Academia Nacional de Medicina los nombres de los alumnos y de las alumnas que hayan conseguido los tres primeros puestos en dichas pruebas, y reúnan las condiciones antedichas de edad, exponiendo, además, las circunstancias sociales de los propuestos, siendo condición de preferencia la mayor escasez pecuniaria de la familia.

Las relaciones de alumnos se remitirán a esta Academia antes de 1.º de Noviembre de 1933, consignando los datos siguientes.

Nombre y dos apellidos del alumno.

Lugar y fecha de su nacimiento.

Nombres del padre y la madre, con indicación de si viven, y, en caso de ser huérfano, nombre y domicilio del representante legal.

Domicilio del alumno.

La Academia Nacional de Medicina elegirá, entre los alumnos y alumnas propuestos, los que considere reúnan las condiciones establecidas en la Fundación.

Las cartillas se entregarán en la sesión inaugural de 1934.

V. Dos socorros, de 2.000 pesetas cada uno, para los médicos que acrediten la más precaria situación por edad avanzada o por enfermedad crónica.

Para optar a dicho socorro, los aspirantes presentarán a esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1933, los siguientes documentos: instancia fijando la edad y su domicilio, presentación del título, certificación facultativa en que se acredite la enfermedad que les imposibilite ejercer la profesión, certificación del alcalde de barrio y del cura de la parroquia de que carecen de recursos para vivir, y cuantos documentos consideren oportunos los interesados, como certificación de los pueblos donde han ejercido, etc. Por disposición expresa del fundador, no podrá ser adjudicado este socorro por segunda vez al mismo sujeto.

VI. Un premio bienal de 2.500 pesetas, recompensatorio de la mejor monografía sobre un punto, a la libre elección del autor, de Fisiología, de Patología o de Terapéutica, estudiada individual o colectivamente, del aparato digestivo, excluyendo boca, lengua, fauces, esófago y recto o de sus conexos biliar y pancreático.

Los concursantes podrán presentar sus trabajos, sin firma alguna, escritos a máquina, hasta el 31 de Octubre de 1933. Cada autor lo distinguirá con un lema, el mismo que figurará dentro de un sobre cerrado y lacrado, y, además, contendrá el nombre y los dos apellidos, sin abreviatura, y su residencia habitual.

El premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1934.

VII. Un premio de 5.000 pesetas al mejor trabajo publicado o inédito, escrito

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

durante el quinquenio de 1932 a 1936, ambos inclusive, sobre un estudio analítico-crítico de Deontología médica, ya en su conjunto, ya en alguno o en varios de los factores que la integran. Este concurso es extensivo a Francia.

Se optará a dicho premio por instancia dirigida a la Corporación (acompañando el trabajo) hasta el 1.º de Octubre de 1936, y el premio, de otorgarse, se adjudicará en Madrid en la sesión inaugural de la Academia Nacional de Medicina del año 1937.

Las monografías concursantes a estos premios se presentarán sin firma y con un lema, acompañadas de la correspondiente plica que contenga el nombre y domicilio del autor.

VIII. Se concederán dos pensiones de 5.000 pesetas, para residencia semestral en el extranjero, a los médicos que, llevando de tres a cinco años en posesión del título de licenciado, demuestren poseer, de modo suficiente para una clara percepción auditiva, el idioma del país a que han de trasladarse. La designación de los favorecidos se hará mediante concurso, y quedarán obligados a comunicar, a su regreso, en un opúsculo a la Academia, el relato de sus estudios y los comentarios que éstos les sugieran. Las solicitudes, acompañadas de certificado de estudios, trabajos publicados y demás documentos que estimen de mérito los interesados, se enviarán a la secretaria de la Academia hasta el 15 de Noviembre de 1933, y se adjudicarán las pensiones en la sesión inaugural del curso de 1934.

IX. Con carácter extraordinario se concederán veintidós socorros de 500 pesetas cada uno a viudas de médicos pobres, con preferencia a las que tengan hijos menores.

En las instancias dirigidas a la secretaria de la Academia se expresará la edad, domicilio y número de hijos, con indicación de la edad y profesión. A esta instancia acompañarán certificación de defunción y copia simple del título del causante y certificación de pobreza, firmada por el alcalde y cura de la localidad.

Dichos documentos se recibirán hasta el día 1.º de Diciembre de 1933, y se adjudicarán en la sesión inaugural del curso de 1934.

Los premios, recompensas, cartillas y socorros anunciados dentro del plazo de este programa, se entregarán a los interesados en la sesión inaugural de 1934, salvo en los casos en que se especifica fecha distinta.

Advertencias.—Los interesados deberán recoger los premios, etc., en el acto de la sesión inaugural, que se anunciará en la «Gaceta de Madrid», ya personalmente o por representación, cuya firma garantice el juez municipal de la localidad. La falta injustificada de persona que recoja los premios y recompensas, se entenderá como una renuncia.

De los trabajos impresos que se presenten para todos estos concursos, deberán remitirse dos ejemplares, de los cuales uno quedará propiedad de la Academia y el otro podrá retirarse por el interesado.

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Valladolid: Imp. Castellana, Montero Calvo, 17. Teléfonos 2258 y 2259