

## SUMARIO

### ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
VICENTE GONZÁLEZ CALVO. — <i>Síndrome de Banti</i> . . . . .	487
DANIEL CALERO OROZCO. — <i>Deformidades torácicas y tuberculosis pulmonar</i> . . . . .	495
LUIS SUÁREZ SINOVA. — <i>El examen vestibular</i> . . . . .	500
W. CURSCHMANN. — <i>Sobre el comienzo de la tuberculosis pulmonar</i> . . . . .	510
EDUARDO LEDO. — <i>Resultados de la profilaxis individual antivenérea en el Ejército y la Marina italiana, según el profesor Tommasi</i> . . . . .	521
DR B. DE M. — <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i> . . . . .	525

### COMENTARIOS RURALES

LORENZO SÁEZ. — <i>Derrotismo improductivo y doloroso</i> . . . . .	529
---	-----

(Sigue)

# Myoston

Henning

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

BIBLIOGRAFÍA. . . . .	553
LIBROS RECIBIDOS. . . . .	554
NOTICIAS. . . . .	556
NECROLOGÍA. . . . .	558

**BOROLUMYL**

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

INDICACIONES

**EPILEPSIA**

VOMITOS DEL EMBARAZO  
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO-  
NES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

**YODUROS BERN-K.Y Na.**

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

*Tratamiento Científico y Radical de las*  
**VARICES, FLEBITIS**

*Hemorroides y Atonías de los vasos por las*  
**GRAJEAS DE**

**VARI-FLEBOL**

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

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

# Tratamiento de la AEROFAGIA y de sus consecuencias:

Insomnios  
Perturbaciones cardíacas  
Perturbaciones nerviosas  
Perturbaciones pulmonares

con los comprimidos de

# aérophagyl

**Posología:** Un comprimido desleído en medio vaso de agua, en medio de las comidas. En caso de crisis, 2 comprimidos a la vez. Media dosis para niños.

La caja de 45 comprimidos: 6 pesetas

---

## Preparaciones ETHOS

---

### TERMOTONA

*Inyectable 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

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

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

### FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

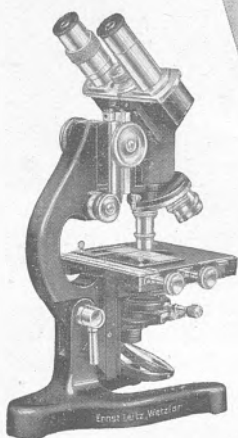
M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

# CASA ALVAREZ

## MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

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



# LEITZ

## MICROSCOPIOS

Microscopio LEITZ

con tubo binocular de visión inclinada

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

# MADRID

REPRESENTANTE EN VALLADOLID:

**BASILIO HOLGUERA**

Don Juan Mambrilla, 6

## LEITZ

MICROSCOPIOS  
MICROTOMOS  
POLARIMETROS  
LUPAS BINOCULARES  
PARA CULTIVOS  
MICROFOTOGRAFÍA  
ETC., ETC.

Instalación completa de  
LABORATORIOS, CLÍNICAS  
HOSPITALES Y CENTROS  
DE ENSEÑANZA

Aparatos de fisiología  
Aparatos eléctricos para 'medi-  
da del Ph

MOBILIARIO CLÍNICO, INS-  
TRUMENTAL QUIRÚRGICO

Catálogos y presupuestos gratis



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

SERVICIO CLÍNICO DE PATOLOGÍA GENERAL. PROF.: DR. JOSÉ CASAS

## Síndrome de Banti

por el doctor Vicente GONZÁLEZ CALVO, Profesor auxiliar

Muy interesante conceptuamos, desde el punto de vista clínico, el caso que recientemente hemos tenido ocasión de estudiar, considerando no sólo la rareza del proceso en nuestro país, y sobre todo en Castilla, sino a su vez dadas ciertas particularidades que nos obligaron a serena reflexión, antes de pronunciarnos definitivamente en el diagnóstico.

F. R. M., de 41 años, natural de Zamora, con residencia en Valladolid, casado y obrero del campo; nos es enviado a la Policlínica de Patología General por el doctor Merino, jefe del Dispensario Antituberculoso, una vez descartado todo supuesto afecto de aparato respiratorio.

Acudió a dicha consulta, y viene a la nuestra con un conjunto de molestias no significativas para él, y a las que apenas hubiese concedido importancia, de no haber menguado su resistencia en el trabajo; aquejaba sólo astenia, disnea de esfuerzo, sensación de vacío en cabeza y dolor vago, pero persistente, en zona de hipocondrio izquierdo, con irradiación hacia genitales.

Recapitulamos en su historial clínico, y nos refiere que este conjunto sintomático data exclusivamente de dos meses, mas con anterioridad a esta fecha ha tenido, de manera periódica, a partir de 1931, hemorragias gástricas e intestinales de cierta cuantía—en algunas de ellas perdió la consciencia—y epístaxis menos abundantes, pero sucedidas a más breve plazo.

No nos aportaba ninguna circunstancia predisponente ostensible, y desde luego fueron condicionadas siempre al margen de todo traumatismo.

No otros síntomas se sumaron a las hemorragias; subrayamos el hecho de conservar, a través de este tiempo, una integridad absoluta en el funcionamiento de todos los aparatos; al día siguiente de acaecida la hemorragia, reemprendía sus actividades sin menoscabo alguno.

Los antecedentes personales de este sujeto son excelentes, no recuerda otras enfermedades que sarampión y difteria benigna, en la infancia; niega la sífilis, no ha hecho excesos en la alimentación y más bien ha mostrado aversión a las bebidas alcohólicas.

Ha vivido siempre en Castilla, y viene permaneciendo en Valladolid desde hace doce años.

Nada especial nos aporta la retrospectiva familiar, ni en línea directa ni colateral.

Al proceder a su examen nos sorprende el color extremadamente pálido de la piel y mucosas, en este sujeto que pesa 65 kilogramos, con una talla de 1,70 metros.

Dirigimos nuestra exploración hacia el abdomen, orientados por la anamnesis y matiz del color tegumentario.

Se hace evidente la asimetría en las regiones hipocondriales, apareciendo sobresaliente la izquierda con respecto a la simétrica. No existe circulación venosa colateral.

El límite superior de hígado en cuarto espacio intercostal, el inferior sobrepasa dos traveses de dedo el arco costal, se palpa bien el borde, uniforme, cortante y ligeramente doloroso a la presión.

El bazo surge como una gran masa oblicuamente dirigida hacia adelante, que perdiéndose posteriormente en la región lumbar, el polo anterior se insinúa en hipogastrio, poco doloroso a la presión, duro, de superficie regular y con muy exigua movilidad respiratoria.

No meteorismo abdominal, ni tampoco ascitis, ni en la actitud del máximo declive.

Ganglios inguinales bilaterales, pequeños, resistentes e indolores; no en otros distritos.

No aqueja dolor a la presión con el martillo en huesos. Aparato pleuropulmonar normal. Tonos limpios. Tensión al Vaquez 14,7. Sistema nervioso, nada especial. Tiroides bien.

*Análisis de sangre.*—Hematíes, 2.810.000; Leucocitos, 5.100; Mielocitos, 0; Metamielocitos, 7, en bastón, 17, segmentados, 42; Eosinófilos, 0; Basófilos, 4; Monocitos, 2; Linfocitos, 31; Hemoglobina, 44 por 100; Valor globular, 0,7, no aparece anisocitosis ni poiquilocitosis; tampoco formas embrionarias.

Tiempo de hemorragia, 6 minutos; de coagulación, 15 minutos.

Reacciones de Wassermann, Hecht, Meinicke y citocol, negativas.

Jugo gástrico (desayuno de Ewald). Extracción a los tres cuartos de hora. Cantidad, 125 cc. Strauss, 35 por 100. No moco. Pan finamente dividido. CIH, 1,44; combinado, 0,65; total, 2,09. Uffelmann y Adler, negativos.

En heces las reacciones hemáticas son negativas; no se hacen visibles parásitos.

*Orina.*—Cantidad en 24 horas, 1.250 cc. Densidad, 1.024. No albúmina ni glucosa. Reacciones de pigmentos y sales negativas. No urobilina. En sedimentos nada especial.

Resistencia globular normal.

Prueba de Greppi de la esplencontracción adrenalínica, negativa.

Colesterina, 0,40 gramos por 1.000. Bilirrubina en sangre, 1,900 por 100 cc. (Van der Bergli).

¿Con los datos expuestos, cómo orientar el diagnóstico en nuestro enfermo?

Indudablemente hemos de sustentarlo en las tres manifestaciones sintomáticas más salientes.

Antecedentes de hemorragias gastrointestinales, palidez acentuada de tegumento y mucosa y el dato objetivo de la tumoración en región hipochondrial izquierda, que una vez eliminadas otras posibilidades—tumor de riñón izquierdo, de estómago, de ángulo esplénico de colon, plastron peritoneal, lóbulo izquierdo de hígado de anómalo desarrollo—de las que se diferenciaba por las características de percusión y palpación, referimos desde un primer momento a bazo.

Si bien la hipertrofia hepática no acusaba si no discretas proporciones, su comprobación nos merecía también un gran interés.

Este complejo sintomático tan característico nos permitió excluir una serie de procesos de naturaleza gastrointestinal primitiva.

Nos conducimos como en buena norma clínica debe hacerse, a los tres grandes síndromes: espleno-hepático, espleno-hemático y esplénico puro.

I. Espleno-hepático.—De las distintas variedades de hepatofibrosis y cirrosis, sólo la forma hiperesplénica de Hanot podría simular el cuadro de nuestro enfermo.

Mas si bien las hemorragias gastrointestinales pueden surgir en los cirróticos biliares, sólo excepcionalmente acusan tal intensidad, y en todo caso se presentan predominantemente en las etapas finales de la evolución del proceso.

El hígado alcanza notables dimensiones, tienen fiebre por períodos que se acompañan de ictericia, de mayor o menor grado, y los antecedentes denotan con frecuencia sífilis, paludismo, enfermedades infecciosas agudas, etc.

II. El no aumento de la resistencia globular y la falta de datos de índole constitucional y hereditaria—en ningún miembro de la familia surgió proceso semejante—de comprobación en la ictericia hemolítica, nos hicieron descartar esta posibilidad; de otra parte, no constatamos las alteraciones hematológicas de este síndrome y sobre todo la policromatofilia y los característicos hematíes, gránulo-retículo-filamentosos; las orinas no fueron tampoco urobilínicas.

III. Dentro del grupo espleno-hemático subrayamos las marcadas diferencias de nuestro enfermo en relación a las leucemias crónicas, linfoide y mieloide.

En la primera existe, a más de la esplenomegalia, una intumescencia ganglionar que no tiene nuestro enfermo, la no elevación en la cifra de glóbulos blancos, ni alteración de la forma leucocitaria, excluían el supuesto diagnóstico.

A su vez estas modificaciones en el tenor leucocítico y desviación de la imagen sanguínea—ausentes en nuestro enfermo—son tributarias de la leucemia mieloide, y asimismo esta última de los denominados estados aleucémicos.

IV. La enfermedad de Hodgkin, cuyas modalidades clínicas han sido

renovadas próximamente, podría asumir el complejo sintomático de nuestra observación en la llamada forma abdominal, caracterizada exclusivamente por la amplitud extraordinaria del bazo; pero es muy difícil compaginar la solapada y larga evolución en nuestro enfermo con este proceso. Falta la leucocitosis y eosinofilia. El enfermo no ha aquejado prurito, ni ha tenido fiebre, y el estado general discrepa del que es propio de la linfogranulomatosis maligna.

Réstanos comentar las esplenomegalias que caben dentro del síndrome splénico puro.

V. Las neoplasias malignas primitivas de bazo—sarcomas principalmente—producen un gran afecto del estado general, con manifiesta desnutrición del sujeto, que ofrece color terroso, más bien que pálido, el bazo no suele palparse uniforme sino irregular y duro, la forma sanguínea es de leucocitosis con polinucleosis predominante. La astenia, tan pertinaz, y los episodios febriles, breves pero altos, que semejan al paludismo, son características de estas esplenomatosis.

Ante la posibilidad de neoformación metastásica, la historia clínica y exploración nos hubiese orientado hacia el foco primitivo.

VI. La esplenomegalia de nuestro enfermo, dista mucho de la que es propia de la hidatidosis de bazo; no percibimos el tumor resistente, bien delimitado e indoloro, ni aportó el interrogatorio las crisis dolorosas que suele despertar.

En el supuesto de localización central, la no deformidad de superficie de palpación podría inducir a error; no obstante esto, en nuestro enfermo no existía prurito, ni se comprobó eosinofilia, las reacciones de Weimberg y Casoni fueron totalmente negativas.

Un comportamiento clínico análogo caracteriza a los quistes no parasitarios—dermoides, hemangiomas y linfagiomas—ya uni o multiloculares, diferenciándose sólo por la ausencia de las típicas modificaciones biológicas producidas en la equinocosis.

VII. Nada se pronunciaba en pro de una esplenomegalia tuberculosa, cuyo polimorfismo clínico ha sido bien precisado por P. E. Weill; faltaban antecedentes y lesiones concomitantes en otros órganos. Nuestro enfermo no aquejaba dolores en hipocondrio izquierdo, ni tenía la fiebre oscilante ni el adelgazamiento propio de los tuberculosos esplénicos. Tampoco se evidenciaron la leucocitosis con polinucleosis, y sobre todo la poliglobulina, de gran significación diagnóstica para Widal, Rendu y Lefas. De otra parte, todas las pruebas biológicas fueron negativas.

VIII. Para la esplenomegalia palúdica faltan en absoluto antecedentes; la prueba de la esplenomediación adrenalínica no hizo reconocible el intenso recogimiento de la matidez de bazo, tan característica de esta parasitosis; la investigación reiterada en sangre, recurriendo previamente a las pruebas de movilización, no permitió descubrir el hematozoario.

IX. Sin la existencia de antecedentes y estigmas cutáneo-mucosos y vis-

cerales de sífilis comprobados con una plena negatividad de la serología, no procedía sospechar la sífilis esplénica, que además el tratamiento de prueba instituido hubiese modificado probablemente.

X. La esplenomegalia de Gaucher, de arraigo infantil, cuando permite una supervivencia tan prolongada, se acompaña de un hígado grande, que desciende por debajo del ombligo, de una pigmentación pardo-oscura del tegumento pinguécula en conjuntiva, y otras alteraciones que dependen de la invasión de ganglios linfáticos y médula ósea de esta reticulopatía, cuyo cuadro clínico contrasta con el que ofrece nuestra observación.

XI. La esplenomegalia trombo-flebítica, cuyos rasgos clínicos han sido precisados en los trabajos de Warthin, Devé, y más recientemente de Eppinger, da origen frecuentemente a ascitis, que requiere sucesivas punciones, se acompaña de fiebre, la prueba de la esplenomediastinografía adrenalínica provoca una intensa reducción de las dimensiones del bazo, y la evolución es muy rápida.

XII. ¿Kala-Azar? No es frecuente entre los adultos de nuestro país.

Las facies de nuestra observación no corresponden al matiz típico de los sujetos con leishmaniosis. El bazo en ellos crece más súbitamente y alcanza más extraordinarias dimensiones; la palpación no nos permitió recoger, a lo largo del borde interno, la gran incisura, cuyo valor semeyótico subrayan entre nosotros Pittaluga y Sadi de Buen.

Aunque el dato definitivo, cuya importancia es obvio señalar, la punción esplénica no nos fué posible llevarla a cabo, ante la contumaz resistencia del paciente y familia, realizamos la prueba de la reacción «Formol-leucogel», con resultado totalmente negativo.

XIII. ¿Enfermedad de Banti? He aquí una variedad muy interesante de esplenomegalia, que merece más extenso comentario. Recordemos lo saliente de este proceso y veamos si nuestro enfermo debe ser incluido en él.

Banti, en 1824, desmembró del grupo de las esplenomegalias crónicas la enfermedad que lleva su nombre, de causa ignota, y cuya evolución esquematizó en tres períodos:

Al primero, de duración variable, le caracterizan molestias vagas propias de un estado anémico, coexistiendo con una esplenomegalia de borde cortante, duro y no doloroso. Una hipoglobulia con reducción del índice hemoglobínico, leucopenia, neutropenia y retardo en los tiempos de coagulación y hemorragia.

En el segundo período surgen perturbaciones digestivas: vómitos, diarreas, hemorragias repetidas, predominando las gástricas e intestinales, a las que pueden asociarse de otras localizaciones: cutáneas, renales, uterinas, nasales, etc. El hígado aumenta discretamente y aparecen pequeñas manifestaciones de insuficiencia hepática.

Transcurridos unos meses, el hígado se recoge, surge ascitis desplazable e intensa, con circulación de suplenia en abdomen, las hemorragias se hacen más abundantes y el déficit funcional de hígado se incrementa.

Todo esto corresponde al tercer período, llamado cirrótico por la similitud con la modalidad bivenosa de Laënnec. A este síndrome clínico se suma el humoral, caracterizado por el descenso en el tenor de colesterolina en sangre, y por el contrario el aumento de bilirrubina.

La prueba de la esplencontracción adrenalínica de Greppi resulta negativa, puesto que la «función de reserva» del bazo permanece abolida en el Banti.

La punción esplénica no proporciona dato alguno, la investigación de parásitos en sangre y serología de lúes dan siempre resultado negativo.

El substractun anatomopatológico se refiere a una fibrosis reticular progresiva con punto de partida periarterial, calificado por Banti con el nombre de fibroadenia.

Desde el punto de vista patogénico, son numerosas las hipótesis que se han aducido en estos últimos años.

Se ha supuesto que las lesiones hepáticas procederían siempre a la de bazo, considerando la hipertrofia de este órgano bajo la dependencia de factores mecánicos (esplenomegalia de éstasis). Whatin no concede verosimilitud a esta teoría, ni a su vez a la de Frugoni, para quien la esplenomegalia es originaria en virtud de una trombosis flebítica de la vena esplénica o de la porta, que explicaría las reiteradas hemorragias gastrointestinales que presentan estos enfermos.

Los datos experimentales y las cuidadosas observaciones histopatológicas en casos de esplenomegalias agudas y crónicas, permiten afirmar que la intumescencia esplénica precede a las lesiones hepáticas, que se desarrollan secundariamente; no debe, por esto, ser incluida la enfermedad de Banti, como una variedad más de cirrosis de hígado con características especiales.

¿La significación clínica que ofrece este proceso, es lo suficiente para erigirlo como entidad morbosa, o debe conceptuarse, más bien, como un síndrome?

Los autores alemanes se refieren a un pseudo-Banti; Marchand, Chiari, Bengerg y Albrecht invocan para su determinismo una serie de causas conocidas, ya infecciosas o parasitarias (sífilis, tuberculosis, paludismo, Kala-Azar, etc.). Banti, sin embargo, se afirma con el carácter autónomo de su enfermedad, con las características clínicas y lesionales a que hemos hecho referencia y de etiología infecciosa o parasitaria, que condicionaría una esclerosis primitivamente periarterial y perifolicular.

Umber sostiene la opinión del clínico italiano; por el contrario, Weineert, cirujano alemán, que posee una elevada casuística de esplenectomías, no la considera como entidad anatomoclínica, asimismo piensan, entre los norteamericanos, Giffin, Johnson y Mayo, oponiéndose a la tendencia de la escuela francesa, que prodiga el diagnóstico de enfermedad de Banti, sin el marchamo del examen histológico.

Sin deducciones definitivas, es lo cierto que las múltiples noxas, infec-



# Prescriba la **Urotropina**

en el envase original: *Schering*  
TUBO DE 20 TABLETAS

Sólo así tendrá la garantía de que sea suministrado el producto original Schering. Su elaboración esmerada hace que el desprendimiento de aldehído fórmico sea en absoluto constante y por ello su acción terapéutica segura y libre de efectos secundarios.

Si no es Schering  
no es Urotropina



## Asociación Digitalina-Uabaína

# DIGIBAÏNE

*Reemplaza con éxito la digital y digitalina*

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias

Dosis medianas: 30 gotas diarias

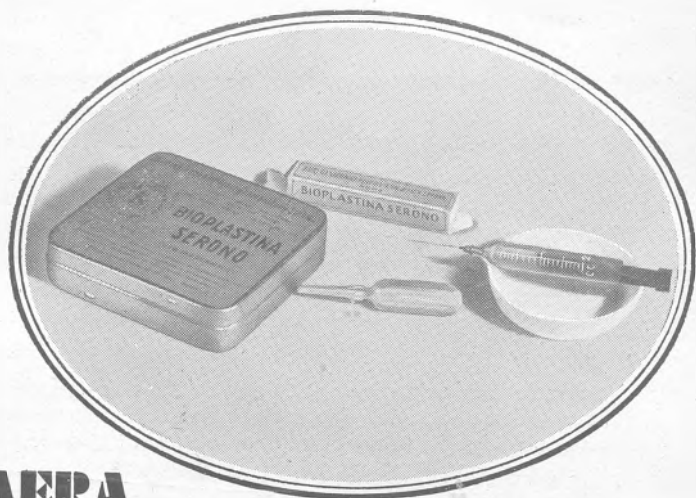
**LABORATORIOS DEGLAUDE**  
**PARIS**

Medicamentos cardíacos especializados  
SPASMOSEDINE, DIGIBAÏNE, &

Agente general para España:

J. M. BALASCH, FARMACÉUTICO

Avenida 14 de Abril, 440 ·· BARCELONA



**LA**

**PRIMERA**

**Y ÚNICA**

**ENTRE LAS LECTINAS**

- 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





ciosas y parasitarias, con afinidad por bazo, condicionan una esplenomegalia que evoluciona con las características de la bántica, en cuanto el retículo folicular inicia su esclerosis.

Este síndrome bantiforme con su repercusión hepática de pronóstico sombrío y tributario siempre de la esplenectomía, constituye la inmensa mayoría de las observaciones, otras—las menos—podrían referirse quizás a la enfermedad de Banti propiamente tal.

En nuestra observación, la historia y datos del examen clínico propugnaban una enfermedad de Banti; las posibilidades de otras esplenomegalias, hubimos de eliminarlas, basados además en las interesantes aportaciones del laboratorio (leucopenia con neutropenia), exigua cifra de coleserina en sangre y marcada bilirrubinemia; la prueba de Greppi y el comportamiento paralelo a ella de la cifra de leucocitos e imagen sanguínea, eran a su vez las características de la esplenomegalia de Banti.

La encuesta etiológica fué negativa; ni en los antecedentes ni en la exploración nos fué posible descubrir causa alguna. No obstante esto, estimamos que sin la comprobación histológica no debemos referirnos a la enfermedad de Banti propiamente tal, entre tanto la evolución y examen anatómopatológico nos permitan afirmaciones más rotundas.

Un caso aislado no puede significar aportación patogénica; al publicarlo, dado su extraordinario interés, suscitará por parte del médico el delicado problema clínico que plantea una esplenomegalia en muchas circunstancias.



## LUCHA ANTITUBERCULOSA DE ESPAÑA

DISPENSARIO DEL DISTRITO DE LA UNIVERSIDAD. DIRECTOR: C. DíEZ FERNÁNDEZ

### Deformidades torácicas y tuberculosis pulmonar

por el doctor Daniel CALERO OROZCO, Médico asistente

Es frecuente observar en la consulta del Dispensario enfermos con deformidades torácicas que son enviados al mismo, con el diagnóstico de una lesión de pulmón. Nosotros queremos insistir sobre este problema, convencidos de que en la mayoría de las ocasiones este diagnóstico es erróneo, y cuando así no sucede las lesiones tuberculosas poseen una característica casi uniforme, que no por ser conocido debe dejar de ser recordado.

Poseemos en nuestro protocolo todos los tipos de deformidades torácicas, *cifo-escoliosis*, *escoliosis*, *seudoartrosis costales*, *defectos de costilla*, *deformidades en el omoplato*, etc., y presentan el dato interesante de que quien no ha sido enviado por algún médico al Dispensario, si ha sido reconocido por nosotros, es con motivo de una investigación familiar o sis-

temática, que presentaban imágenes sospechosas y en algunos casos imágenes claras de lesiones pulmonares. Se trata por lo general de personas jóvenes, cuando la anomalía es considerable, y de adultos cuando es pequeña.

Por lo general hombres que además no presentan en su historia, en buen número de casos, ninguna indicación que pueda explicarnos la etiología de tales anomalías. Pues bien, más del 70 por 100 de estos casos se encuentran sin lesión tuberculosa alguna, era la anomalía torácica la que había dado la imagen radioscópica sospechosa o la sintomatología alarmante. Sólo hemos conseguido reunir una veintena de casos en los que coexistiendo deformidades torácicas hemos encontrado tuberculosis pulmonar, y es curioso que justamente estos enfermos eran los que presentaban una sintomatología menos alarmante.

Prescindiendo de los casos en los que la deformidad presenta sintomatología excesiva o dominante, vamos a resumir brevemente los signos subjetivos y objetivos frecuentes en nuestros enfermos. Presentaremos algunas historias clínicas:

#### HISTORIA NUMERO 2.211.—V. R., 39 años.

*Antecedentes familiares.*—Sólo digno de mención un hermano muerto de tuberculosis pulmonar a los 24 años de edad, hace un año, habiendo vivido con él el último mes de su vida.

*Antecedentes personales.*—Algún catarro sin importancia.

*Estado actual.*—Hace algunos meses que nota astenia con cefaleas y mareos, tos regular con matutina y abundante expectoración mucosa, dolores en región esternal y lado derecho del pecho y espalda. Hemoptisis ligera de 10-15 cc. sin ir precedida, acompañada ni seguida de sintomatología general. Resto de aparatos normales.

*Exploración física.*—Plano anterior: en vértice de hemitorax derecho, soplo de carácter bronquial, con pectoriloquia áfona y vibraciones aumentadas; en base, respiración ruda; hemitorax izquierdo, respiración ruda en base.

Plano posterior: lado derecho, en vértice, respiración alargada, pectoriloquia áfona y vibraciones aumentadas; lado izquierdo, en vértice, respiración ruda, ruda y disminuida en parte media, y disminuida con estertores finos y secos en base.

*Análisis.*—Intradermo negativa, esputos negativos. Velocidad de sedimentación 2, Leucocitos 10.400, Polinucleares 51, Eosinófilos 2, Monocitos 3, Linfocitos 30.

Es indudable que la historia familiar nos orienta ya, del lado de la tuberculosis, y si la historia clínica no es muy rica en manifestaciones, la calidad de ellas, sin embargo, son del más alto valor en tuberculosis (astenia, tos, expectoración, dolores en torax y hemoptisis). Más aún, nos hacen fijar la idea de tuberculosis, la exploración física, que si por su proteidad no nos permite asegurar una forma anatomoclínica determinada, sí nos permitiría

asegurar la indudable existencia de alteraciones bronco-pulmonares diseminadas, con posible alteración pleural. Los análisis, por el contrario, nos dan resultados contradictorios a la idea de tuberculosis, siendo la intradermo y los esputos negativos, la velocidad de sedimentación absolutamente normal y las alteraciones de la serie blanca encajables también en una normalidad perfecta.

El examen radioscópico inicia el desconcierto, y el examen radiográ-

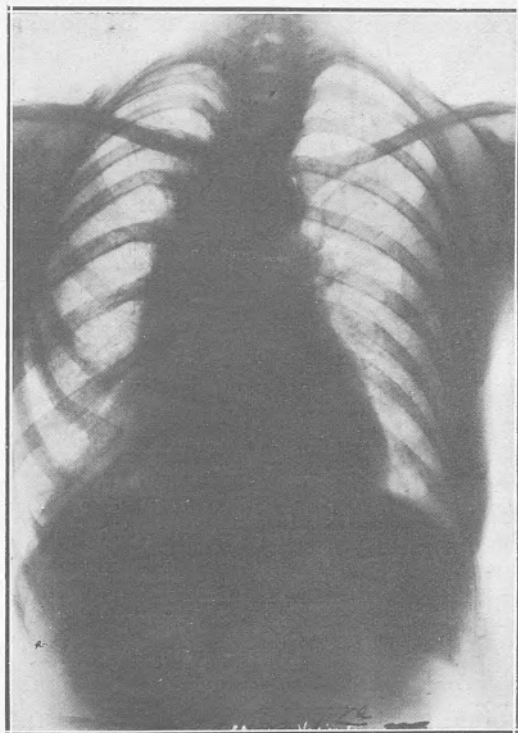


Figura 1.ª

fico, que corresponde al de la figura 1.ª, demuestra nulas alteraciones parenquimatosas y bronquiales en sentido de la tuberculosis.

Algunas historias clínicas más, nos pudieran poner de relieve otros tipos de alteraciones objetivas y subjetivas, sin equivalente patológico.

Conocemos el caso de un competente especialista el que reconoció radiográficamente como una indudable cavidad, lo que demostró más tarde ser imagen debida a defectos costales.

El otro aspecto de la cuestión es el que se refiere a los tuberculosos que presentan a la vez una alteración torácica. No hace falta decir que lo pri-

mero a excluir es que tal alteración sea secundaria a la lesión tuberculosa; nosotros no hablamos aquí para nada de ellas. Las *esclerosis apicales*, las *retracciones por fibrotorax*, etc., nada tienen que ver con nuestro asunto, ya que sólo hemos estudiado las deformidades óseas o musculares que podremos llamar primarias, es decir, las no producidas por una lesión de tuberculosis pulmonar.

Naturalmente, las más elevadas son las *escoliosis* y *cifo-escoliosis*, pero también hemos visto atrofiar de omoplato, faltas de costillas, defectos de éstas y defectos musculares, principalmente de pectoral izquierdo.

Hemos procurado ver si existía alguna diferencia entre el tipo constitucional de estos deformados torácicos y el que presenta a su vez un proceso tuberculoso. Podemos asegurar que no hay diferencia alguna, siendo, como era de esperar, el tipo leptosomático el preferido para todas las localizaciones. Quizás pudiera ser explicado esto por las dificultades que encontró el organismo en su evolución a otro tipo morfológico.

La sintomatología de estos casos puede ser ejemplarizada con las siguientes historias:

#### HISTORIA NUMERO 1.921.—C. V., 21 años (figura 2.<sup>a</sup>).

*Antecedentes familiares*.—Sin importancia.

*Antecedentes personales*.—Conjuntamente con anginas, catarrros frecuentes.

*Estado actual*.—Hace dos años catarro, y desde entonces se encuentra con malestar general. Por entonces fiebre de 39°, tos seca, anginas; desde entonces anorexia, astenia, dolor espontáneo en lado izquierdo de pecho y espalda; hace un año afonía, tos, expectoración espesa de color verde en cantidad regular, disnea de esfuerzo; este estado duró unos quince días; continúa la tos, la astenia y la anorexia; en uno de los golpes de tos, esputos hemoptoicos. Resto de aparatos normales.

*Exploración física*.—Plano anterior. En vértice derecho por delante, espiración alargada y oscurecimiento percutorio ligero; lado izquierdo, en vértice respiración ruda.

Plano posterior. Lado derecho, en vértice, soplo espiratorio de timbre bronquial y a la par respiración disminuida; parte media, espiración alargada y estertores subcrepitantes; en base, roce, estertores subcrepitantes y espiración alargada. Respiraciones, 24. Pulso, 90.

*Análisis*.—Intradermo débilmente positiva, esputos negativos, velocidad de sedimentación 34, Leucocitos 7.800, Polinucleares 46, Eosinófilos 4, Monocitos 2, Linfocitos 48.

Y así pudiéramos ofrecer hasta 20 historias clínicas.

Comentar estas historias se presta a las mismas consideraciones que las anteriores, y aún es más notable la diferencia de historia y los signos físicos con la exploración radiográfica; debiéndose señalar que el cuadro subjetivo de intoxicación en estos enfermos es bastante diverso del objetivo, ya que

éste suele ser muy marcado a expensas de una gran *taquicardia* y *disnea*, explicables por las alteraciones de la estática cardio-pulmonares.

Por otra parte, hemos observado un predominio casi absoluto de formas productivas, y a este respecto pudiera recordarse la teoría de Aidelsburger; es que cuando la tuberculosis es de forma crónica y de asiento extrapulmo-

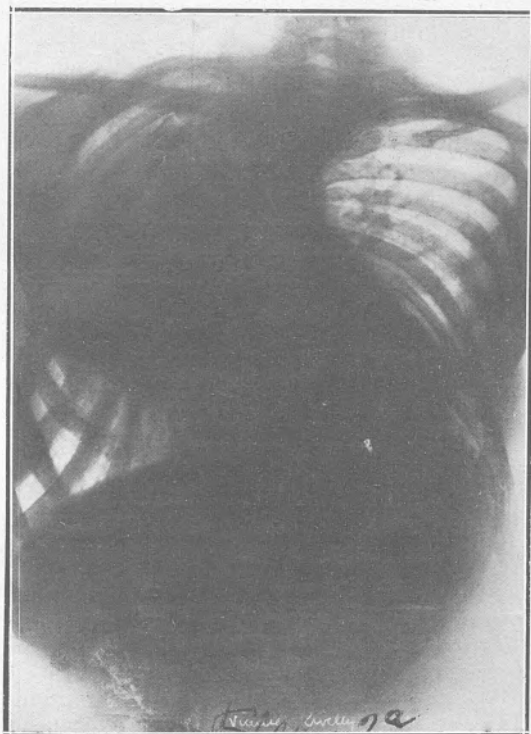


Figura 2.ª

nar (en este caso de asiento en hueso que dió lugar a la deformidad) protege en cierto modo al pulmón.

Por aquella misma razón de alteración de la estática pulmonar, no están sometidos los pulmones a las mismas leyes de propagación de focos secundarios que el pulmón normal.

Como consecuencia de todo ello hemos de hacer las conclusiones siguientes:

1.ª La presencia de una deformidad torácica extensa debe hacer sospechar que la sintomatología objetiva y subjetiva puede ser consecuencia de la misma deformidad.

2.<sup>a</sup> Que la exploración física carece de valor, y además no puede ser comparada.

3.<sup>a</sup> Que las pequeñas alteraciones morfológicas son capaces de inducir a errores en la exploración de los sujetos, y que por ello es menester despistarlos cuidadosamente.

4.<sup>a</sup> El deformado torácico está colocado, como el tuberculoso de conformación normal, en el tipo leptosomático más frecuentemente.

5.<sup>a</sup> La forma predominante de tuberculosis es la productiva.

6.<sup>a</sup> El lado afectado por la deformidad no indica nada a favor de la localización de las lesiones de la tuberculosis pulmonar.

7.<sup>a</sup> La radioscopia no sirve gran cosa, y la radiografía rica en imágenes obliga a una valoración e interpretación cuidadosa.

8.<sup>a</sup> La disnea y la taquicardia son constantes en estos enfermos, como consecuencia de la alteración de la estática cardio-pulmonar.

9.<sup>a</sup> Son frecuentes en ellos otras manifestaciones subjetivas que de por sí pueden llevarle al médico, sin la existencia real de enfermedad.



## El examen vestibular

por Luis SUÁREZ SINOVA

El examen vestibular ocupa en semiología un lugar cada vez más importante.

Si la otología exige a menudo la exploración de la función de equilibración, no es menos cierto que también es con frecuencia el complemento necesario de un examen neurológico. En efecto, las pruebas funcionales que actúan sobre el laberinto posterior no interrogan solamente el aparato periférico del equilibrio, sino también nos proporcionan datos sobre el estado de las vías vestibulares y vestibulo-cerebelosas.

El oído interno tiene una doble función: función de audición (coclear) y función de equilibración (vestibular).

Cuando queremos juzgar del déficit funcional del oído interno, provocado por una afección quirúrgica o médica, procedemos a un examen funcional denominado examen laberíntico, interrogando la función coclear (laberinto anterior o caracol) y la función vestibular (laberinto posterior o conductos semicirculares). Por ahora no nos ocuparemos más que de este último.

Antes recordaremos que se trata de la exploración de un órgano sensorial, que comprende un aparato periférico, un nervio con sus conexiones y unas terminaciones centrales.

El aparato periférico es conocido: está constituido por los conductos semicirculares membranosos, con sus crestas acústicas. El nervio vestibular



está formado por fibras originadas en las crestas acústicas y se termina en los núcleos vestibulares del bulbo.

Allí es más difícil determinar las conexiones; fibras centrífugas se dirigen hacia el sistema medular; fibras centrípetas ponen en relación los núcleos vestibulares con los otros núcleos bulbo-protuberanciales y con el cerebelo.

Las conexiones con los núcleos centrales y las terminaciones cerebrales permanecen desconocidas. Han dado lugar a interesantes investigaciones, pero no tenemos todavía datos precisos.

Recordar estas nociones tiene importancia, pues explica de una parte los trastornos que acompañan a los síndromes vestibulares; de otra parte hacen comprender que las respuestas que obtendremos por excitación del aparato periférico serán reacciones medulares, bulbo-protuberanciales y cerebelosas.

El examen vestibular se impone no sólo cuando los fenómenos cocleares hacen suponer la existencia de lesiones laberínticas, sino siempre que se manifiesten trastornos del equilibrio estático y dinámico.

## ESTUDIO DE LA FUNCION VESTIBULAR

Los trastornos de la función vestibular se acusan por desórdenes funcionales diversos: unos son espontáneos o revelados por un examen metódico, los otros son provocados por pruebas especiales.

*Trastornos funcionales espontáneos o revelados.*—a) Fenómenos subjetivos.—El vértigo es característico del sufrimiento vestibular. Para ciertos autores (Piechaud, Barré) pertenecerían únicamente al síndrome vestibular. Consiste en una falsa sensación de movimiento, sea del enfermo con relación a los objetos o viceversa. Puede estar sistematizado según uno de los planos del espacio. Se acompaña a menudo de trastornos secundarios: náuseas y vómitos, así como de manifestaciones cocleares: sordera, zumbidos.

Las crisis vertiginosas de origen periférico tienen una evolución especial. Sobreviniendo de modo repentino o progresivo, aparecen bajo forma de accesos, primero más o menos próximos, que a continuación se espacian y acaban por atenuarse y desaparecer.

b) Fenómenos objetivos.—El nistagmus es otra manifestación casi constante de afección vestibular. Este nistagmus posee caracteres propios; es un nistagmus en resorte, constituido por una sacudida lenta seguida de una sacudida breve. Cuando es de origen laberíntico su duración es siempre efímera. Las sacudidas oculares se efectúan primero del lado del laberinto excitado, después del lado opuesto, para cesar al cabo de un tiempo más o menos largo, según la naturaleza de la afección. El plano del nistagmus puede ser horizontal, rotatorio o vertical, variando, en general, con la posición de la cabeza.

Los enfermos afectados de trastornos vestibulares pueden presentar desequilibrio y desviaciones de la cabeza, tronco y miembros.

La caída verdadera es muy rara en los desórdenes de las vías laberínticas; se encuentra más a menudo una simple tendencia a la caída.

El sujeto es examinado de pie, inmóvil, con los ojos abiertos primero, en seguida con los ojos cerrados. Si las lesiones son de origen periférico el desequilibrio aparece o se exagera por la oclusión de los ojos; en los trastornos de origen central no hay modificación alguna.

El signo de Romberg es, pues, positivo en las afecciones laberínticas, pero la prueba debe ser sensibilizada por la estación sobre un pie, siendo interesante además observar las oscilaciones con la ayuda de una plomada, como propone Barré.

La tendencia a la caída se verifica en el sentido opuesto al nistagmus, es decir, en el sentido de la sacudida lenta. Cuando se trata de trastornos laberínticos la caída o la tendencia a la caída depende rigurosamente de la dirección de la cabeza, por ejemplo: estando la cabeza recta, el enfermo se inclina del lado derecho; si se hace volver la cabeza a la izquierda, el enfermo tendrá tendencia a caer hacia adelante.

Desviaciones espontáneas podrán ser observadas al nivel de la cabeza o del tronco, pero se buscarán principalmente al nivel de los miembros superiores, sea por la prueba del brazo tendido o por la del índice.

Los miembros superiores se mantienen horizontalmente y con los ojos cerrados; la desviación será observada al cabo de algunos segundos. La prueba del índice será practicada primero, con los ojos abiertos, después con ellos cerrados, sobre un punto fijo, de preferencia sobre una regla graduada.

Las desviaciones pueden ser unilaterales, y pueden registrarse en el plano frontal o en el sagital; no teniendo valor más que si son observadas en el curso de exámenes repetidos, mediante pruebas sistematizadas.

La prueba de la marcha permite poner de relieve el desequilibrio y observar los trastornos de orientación. La prueba de Babinski-Weil comprende la marcha adelante y atrás entre dos puntos fijados previamente. Se ejecuta primero con los ojos abiertos y después vendados, necesitando un trayecto de seis a ocho pasos. Normalmente todo sucede como si los dos sistemas de canales se equilibrasen, y el sujeto se mantiene sobre una línea recta. No sucede lo mismo si hay una insuficiencia funcional de un lado o una hiperexcitabilidad del otro. El laberíntico se desvía sistemáticamente, sobre todo en la marcha con los ojos cerrados, adelante, hacia el laberinto hipovalente; hacia atrás, hacia el laberinto hipervalente. La prueba no establece más que la desigualdad funcional de los dos laberintos sin designar el lado patológico, o el lado más enfermo si las lesiones son bilaterales.

*Trastornos funcionales provocados.*—Prueba del bastón (Moure).—Reposando la cabeza sobre las dos manos, que a su vez apoyan sobre un bastón, ejecuta el sujeto cinco vueltas en el sentido de las agujas de un reloj. Al levantarse, si el sujeto es normal, intentando la marcha hacia adelante se desvía del lado derecho. Ejecutando las vueltas en el sentido inverso, la desviación se hará hacia el lado izquierdo.

La primera prueba provoca una excitación del laberinto izquierdo, y la



segunda del laberinto derecho. El resultado puede ser negativo cuando la función vestibular está gravemente comprometida, o bien en individuos hipoeccitables (aviadores, acróbatas). Al contrario, los laberintos hiperexcitables no permitirán la ejecución de las cinco vueltas, sobreviniendo las sensaciones vertiginosas y aún la caída, antes de finalizar la prueba.

Prueba rotatoria (Barany).—Consiste en hacer girar al sujeto, sentado sobre una silla especial, imprimiéndola una velocidad tal que ejecute diez vueltas en veinte segundos. Esta maniobra determina reflejos vestibulares diversos, de los que el más neto es un nistagmus que dura de veinte a cuarenta segundos.

La prueba provoca la excitación de los dos laberintos; sin embargo, el movimiento en el sentido de las agujas de un reloj determina sobre todo la excitación del laberinto izquierdo con nistagmus del mismo lado e inversamente.

Las sacudidas oculares se observan en la mirada oblicua, indicando el sentido del nistagmus la dirección de las sacudidas breves.

La prueba rotatoria permite en cierto grado interrogar aisladamente los dos diferentes sistemas de conductos. Así, para explorar los conductos horizontales se coloca la cabeza inclinada treinta grados hacia adelante; el nistagmus será francamente horizontal. Para obtener la excitación del canal vertical anterior, la cabeza se inclina noventa grados hacia adelante, y de setenta a noventa grados lateralmente, siendo entonces el nistagmus vertical. Para interrogar los conductos semicirculares posteriores se mantiene la cabeza inclinada noventa grados hacia adelante o hacia atrás, apareciendo un nistagmus rotatorio.

Esta prueba puede revelar una inexcitabilidad (ausencia de nistagmus), una hipoeccitabilidad (duración del nistagmus inferior a veinte segundos) o una hiperexcitabilidad (nistagmus de duración superior a cuarenta segundos).

Prueba calórica (Barany).—Esta es la prueba más importante por ser la más simple; puede practicarse en todas circunstancias, aun con el enfermo acostado, y permite interrogar aisladamente los dos laberintos y aun los diferentes sistemas de conductos.

Consiste en modificar la temperatura a nivel del oído interno, por intermedio del conducto auditivo. Para ello se irrigan sucesivamente los dos oídos con agua fría o caliente, obteniéndose en cada caso diferentes resultados.

Con agua fría (25°) después de una irrigación de veinte a cuarenta segundos, o una cantidad de 80 a 110 cc., se obtiene un nistagmus del lado opuesto al enfriado y que dura de sesenta o cien segundos. Con agua caliente (45°) después de cuarenta a sesenta segundos, o de una cantidad de 110 a 180 cc. se obtiene un nistagmus del lado irrigado y de una duración de cuarenta a sesenta segundos.

La excitación calórica caliente es mucho menos violenta, pero también mucho más sensible que la excitación fría. La posición de la cabeza en el

curso de la prueba es de la más alta importancia, permitiendo explorar sistemáticamente de cada lado los diferentes canales.

La cabeza se inclina hacia atrás sesenta grados para excitar el canal horizontal, siendo el nistagmus también horizontal.

Para explorar el sistema vertical se inclina la cabeza sesenta grados hacia atrás, y lateralmente cuarenta y cinco grados del lado opuesto al irrigado. El nistagmus es en este caso rotatorio. Resulta prácticamente imposible aislar los dos sistemas verticales anterior y posterior.

Las investigaciones de Kobrak sobre el método de las excitaciones mínimas han aportado modernamente una modificación interesante a la prueba calórica.

Kobrak ha puesto de manifiesto que tiene mucha menor importancia la cantidad de líquido que su temperatura, para provocar los fenómenos vestibulares; estableciendo que 5 a 10 cc. de agua son suficientes para provocar un nistagmus apreciable. El umbral de la excitación puede buscarse por el descenso progresivo de la temperatura del agua; las irrigaciones se efectúan cada diez minutos. La lectura de trabajos sobre semiología vestibular muestra la dificultad de establecer este umbral de excitación. En general, después de una irrigación de 5 cc. de agua a 22°, el nistagmus se produce después de un silencio de 10 a 15 segundos.

Prueba voltáica (Babinski).—Se hace pasar una corriente continua mediante dos electrodos colocados delante del trago. Normalmente una corriente de 3 a 4 miliamperios provoca una desviación de la cabeza hacia el polo positivo.

Esta es la prueba clásica; se ha querido buscar por la excitación galvánica una reacción nistágmica y aun auditiva sin resultado.

Esta prueba conserva todo su interés, puesto que interroga las terminaciones o el tronco mismo del nervio auditivo. El laberinto puede ser inexcitable a la rotación e irrigación, mientras que la reacción voltáica se conserva. Se puede juzgar del valor de su resultado bajo el punto de vista de la localización de una lesión.

Hay hipoexcitabilidad cuando la intensidad de la corriente debe ser aumentada. Cuando una corriente de 10 a 15 miliamperios no produce desviación, se admite que hay inexcitabilidad.

## RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS DIFERENTES

### TECNICAS DE EXPLORACION VESTIBULAR

Cuando el sujeto lo soporta se puede practicar la serie de exámenes en el orden indicado. Pero es preciso espaciarlos; algunos autores son partidarios de ejecutarlos en una sola sesión, después de intervalos de reposo. Este modo de proceder requiere un tiempo muy largo y fatiga al enfermo.

Es lógico que la función vestibular sea estudiada en idénticas condicio-

# ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

# MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardio-vasculares angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / 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**

# 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiolitiasis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

---

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

nes fisiológicas, lo que se puede lograr verificando las pruebas en diferentes sesiones, pero siempre a la misma hora y a igual intervalo de las comidas.

Antes de todo examen se deben investigar las lesiones orgánicas que pueden alterar el aparato locomotor (sistema nervioso, muscular, articular y óseo).

Examinaremos el conducto auditivo, liberándole de todo cuerpo extraño. Una perforación timpánica puede volver el oído más sensible a la excitación. En cambio, los pólipos o fungosidades de caja pueden ser un obstáculo a la excitación.

Los resultados de las diferentes pruebas se consignarán escrupulosamente, anotando con cuidado los diferentes accidentes: reacciones subjetivas, náuseas, vómitos, desviaciones, caídas, etc.

La excitación rotatoria es violenta y no siempre bien soportada, debiéndose practicar con prudencia. Puede ser suficiente en individuos normales, en los que se quiere interrogar la excitabilidad vestibular; es insuficiente en enfermos sospechosos de padecer trastornos del equilibrio.

Por el contrario, el método calórico es el procedimiento de elección para la exploración vestibular, siendo necesario su empleo en todos los casos en que sospechemos este tipo de trastornos.

Los diferentes tiempos serán ejecutados en idénticas condiciones, teniendo muy en cuenta la temperatura; cuanto más alta es, más sensible es la prueba.

Cuando el estado del enfermo lo permite se buscarán las excitaciones calóricas sistemáticamente y por separado para los canales horizontales y verticales.

Si el laberinto parece poco irritable, se recurrirá a las irrigaciones frías. Si, al contrario, se sospecha una hiperexcitabilidad (reacciones subjetivas y objetivas intensas, nistagmus, etc.) nos contentaremos con la irrigación caliente, que es la única que debemos utilizar cuando el enfermo está afecto de una crisis vertiginosa (laberintitis aguda, síndrome de Meniere, etc.).

Las respuestas nistágmicas son a veces difíciles de registrar si hay anteriormente nistagmus espontáneo. En este caso observaremos los movimientos provocados por las diferentes excitaciones en la mirada directa, en la que es raro que persista un nistagmus vestibular espontáneo. Pero en cambio las respuestas son más breves que en la mirada oblicua, debiendo tenerlo en cuenta al interpretar los resultados.

*Fenómenos de disociación.*—En el curso de un examen vestibular podemos encontrarnos en presencia de resultados en apariencia paradójicos.

Un laberinto puede mostrarse insensible a la prueba rotatoria mientras reacciona a la prueba calórica o inversamente. Estas disociaciones funcionales son frecuentes en la sífilis laberíntica (laberintitis heredo-sifilítica o neuro-laberintitis de la sífilis adquirida).

Pueden también observarse disociaciones topográficas. El sistema hori-

zontal puede permanecer insensible, mientras los canales verticales conservan su excitabilidad.

La función coclear puede estar abolida mientras la función vestibular está respetada; caso habitual en las sorderas por laberintosis.

Más raramente se encuentran parálisis vestibulares aisladas, con integridad de la audición; tales lesiones funcionales aisladas pueden ser provocadas por la sífilis vestibular.

*Movimientos reaccionales.*—No debemos contentarnos, cuando se practican las pruebas de Barany, con anotar los reflejos nistágmicos. Es preciso anotar con detalle los reflejos que les acompañan; en particular las impresiones vertiginosas provocadas permiten en cierto grado apreciar el estado laberíntico.

Toda excitación del laberinto normal va acompañada de la desviación del tronco y de los miembros, que obedece a una ley. «Las desviaciones se efectúan en el sentido de la sacudida lenta de los globos oculares, es decir, en sentido inverso al nistagmus.» No debemos olvidar para comprender este hecho que la sacudida breve, más fácil de observar, es la respuesta central que desaparece bajo anestesia. Por ejemplo, cuando imprimimos a un sujeto una rotación en el sentido de las agujas de un reloj, interrogamos el laberinto izquierdo, obteniendo un nistagmus izquierdo, pero una desviación a la derecha. Para comprobarlo no tenemos más que ordenar al enfermo, inmediatamente después de la prueba, que mantenga el brazo extendido, o ejecutar el signo del índice.

Pero los movimientos reaccionales son mucho más discretos y persisten mucho menos tiempo que los movimientos nistágmicos. No son muy aparentes más que cuando se procede a una excitación laberíntica muy fuerte (pruebas rotatoria o calórica exageradas).

Investigar la desviación es de gran importancia, porque puede ponernos sobre la pista de una lesión cerebelosa o central; en este caso los movimientos reaccionales desaparecen del lado enfermo.

*Prueba neumática.*—Hennebert, en el Congreso de Laringología de París de 1905, llama el primero la atención sobre los reflejos óculo-motores determinados por la compresión y aspiración del aire del conducto auditivo.

Esta prueba es negativa en el individuo normal, pero en heredo-sifilíticos es netamente positiva; a la compresión se obtiene un desplazamiento ocular del lado examinado, a la aspiración un nistagmus del lado opuesto.

Posteriormente, otros observadores han corroborado estos hechos que, sin embargo, no son constantes. Nadie hasta aquí ha dado una explicación plausible de este fenómeno.

Es importante la práctica de esta prueba en las otitis medias supurativas crónicas, pero aquí el mecanismo es mejor conocido. En este proceso no es rara la producción de una pequeña pérdida de sustancia a nivel del conducto semicircular horizontal, que pone al descubierto el laberinto membranoso. Si en este caso provocamos una compresión, obtendremos un nistag-



mus dirigido hacia el oído examinado, y si aspiramos, el resultado es opuesto. Esta prueba es la que los alemanes llaman el «fistelsymptome».

Se utiliza para hacer esta prueba la pera de Politzer, cuya oliva se introduce en el conducto auditivo de modo que ajuste herméticamente. En un primer tiempo se comprime el aire, muy lentamente, y observamos los ojos del sujeto, que mira delante de él; si la prueba es positiva, se comprueba o bien un movimiento lento de los ojos hacia el lado comprimido, o un ligero nistagmus de este mismo lado, frecuentemente acompañado de vértigo.

¿Cuál es el mecanismo de producción de este nistagmus? Este nistagmus neumático es debido, como el rotatorio y el calórico, a un movimiento endolinfático. El aire comprimido presiona la pared del laberinto membranoso a nivel de la pérdida de sustancia ósea. Como ésta asienta generalmente a nivel del conducto semicircular horizontal, la compresión provoca un movimiento endolinfático del arce a la ampolla, y por consiguiente provoca un nistagmus del lado del oído examinado; a la aspiración el movimiento endolinfático, y como consecuencia el nistagmus, es inverso. Es la reproducción en un sujeto patológico de la prueba fisiológica de Ewald.

Todo examen vestibular comporta una conclusión que se deducirá del conjunto de pruebas. Si éstas son concordantes no habrá dificultades.

Si por el contrario, los resultados son discordantes, las pruebas deben controlarse y repetirse.

Son las excitaciones calóricas las que tienen mayor valor, por ser las más sensibles y poderse poner en práctica en todas circunstancias.

Si es sencillo llegar a la conclusión de que un laberinto es inexcitable o hipoeccitable, debemos en cambio ser muy prudentes antes de afirmar una hiperexcitabilidad, puesto que las condiciones subjetivas juegan un papel preponderante.

Sin embargo, la hiperexcitabilidad existe al comienzo de laberintitis y perilaberintitis y en los trastornos vasomotores laberínticos.

Finalmente, en casos de trastornos del aparato vestibular, los datos suministrados por la exploración deben tender a localizar el asiento de la lesión, que puede ser periférica, troncular o central.

En caso de lesión periférica, la evolución es rápida (algunas horas o días) y a menudo por crisis; hay vértigo y nistagmus que tiene tendencia a atenuarse y desaparecer, Romberg positivo, caída dependiente de la posición de la cabeza. El examen vestibular revela síntomas de déficit vestibular.

Si la lesión es central presenta una evolución lenta. La oclusión de los ojos no aumenta los trastornos, la caída es independiente de la posición de la cabeza. El examen vestibular revela hiper o hipoeccitabilidad, respuestas variables o paradójicas y alteraciones de los movimientos reaccionales.

## Sobre el comienzo de la tuberculosis pulmonar

por el doctor W. CURSCHMANN

El diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar es la preocupación de todo médico, así como las formas que adopta en su comienzo. La literatura sobre el tema es tan amplia y abundante, que resulta imposible para el práctico encontrarlo todo. Por lo tanto, yo no sigo ninguna de las muchas clasificaciones dadas por los autores, sino que me limito a expresar mi parecer exclusivamente clínico, evitando, el hacer punto de partida sobre una determinada cuestión, y por lo tanto, describo hechos bien conocidos y demostrados, para tener el justo concepto de la forma clínica en el diagnóstico.

### Primo infección

Prescindiendo completamente de las otras formas, el hecho de la primera infección, constituye el comienzo de la tuberculosis pulmonar. Trátase aquí de una neumonía de mayor o menor tamaño, la que la mayor parte de las veces sigue un curso favorable y leve. Desde el punto de vista clínico, estos enfermos (corrientemente niños), presentan un buen aspecto; solamente tienen algún cansancio, disminución de peso, acaso fiebre pasajera. Otras veces la enfermedad se manifiesta con mayor intensidad, ofreciendo el aspecto de una «gripe», con una zona pulmonar congestiva y con respiración áspera a la auscultación, sin que se perciban ruidos sobreañadidos. Algunas veces, el foco inicial se caseifica haciéndose más grande y manifiesta la lesión, y provocando la eliminación de productos. Este curso es el que sigue toda fusión tuberculosa, al contrario de la gripe, en que desde un principio existe bronquitis. La placa radiográfica presenta una sombra de extensión variable, de aspecto difuso y localizada en cualquier parte del campo pulmonar, y cambiando su aspecto según el curso de la enfermedad, y así, se reabsorbe frecuentemente, ulcerándose otras en los casos de mala evolución, presentando entonces en plena opacidad un aclaramiento irregular, que es la caverna.

En los casos de curso favorable y cuando se manifiesta la tendencia a la reabsorción, la sombra neumónica adopta por parte de pulmón la forma redondeada, observándose en hilio otra forma semejante y uniendo las dos sombras algunos tractus (estadio bipolar de Redeker). Esta imagen radiográfica nos muestra la existencia de una primo-infección tuberculosa. Aun lo confirmaremos con la positividad a la reacción tuberculínica, y la eventual aparición de bacilos en los esputos. Es claro que la reacción a la tuberculina, es indispensable para asegurarlo, pues aspectos radiográficos pueden observarse en un absceso pulmonar, y es lógico pensar que en tal caso la infección tuberculosa ya ha tenido lugar. Boytink y yo, hemos descrito algunos casos.



En todas las demás formas, trátase de un reinfecto, cuya expresión solamente está justificada en lo que se refiere a la infección exógena. Los llamados reinfectos endógenos, consisten en una formación metastática, como por primera vez expuse yo en 1926. Clínicamente no es posible diferenciar estas dos formas; solamente la anamnesis podrá decir si la infección ha venido de fuera o no, pero nunca la forma clínica. También se puede hacer la diferenciación, según la vía que siga la infección, es decir, la manera de difusión, dando lugar a imágenes distintas en cada caso. Sin embargo, está aclarado que las infiltraciones pueden producirse, bien por aspiración endógena o bien por siembra hematógena. Hay infiltrados que alcanzan un alto grado de desarrollo, pero que al reabsorberse dejan visibles pequeños focos, presentándose la duda de si realmente son de origen hemático. Las infiltraciones como primo-infecciones efectivas, han sido puestas por Redeker, enfrente de los infiltrados secundarios, los cuales dependen ya de una tuberculosis secundaria.

La cuestión de los infiltrados no puede tratarse, sin referirse primeramente al lugar del comienzo de la tuberculosis pulmonar. El antiguo concepto del comienzo apical, tiene hoy todavía para el patólogo alguna consideración, pero para el clínico la ha perdido completamente, pues el primero se refiere a focos apicales, demostrables frecuentemente por la observación clínica, pero aun cuando existen, en la mayor cantidad de casos tiene mucha más importancia para éste la existencia de un infiltrado en cuanto al diagnóstico y tratamiento.

### El infiltrado precoz

El infiltrado precoz de Redeker (infiltrado redondo de Assmann), tiene su localización preferente en la región infraclavicular en su parte externa, pero puede localizarse en cualquier territorio del pulmón. Adoptando en la radiografía como una sombra redondeada del tamaño de un duro aproximadamente, puede ser más o menos opaco. Debe señalarse, que frecuentemente esta pequeña neumonía limitada, no se percibe por percusión ni por auscultación. Cuando el foco crece y se caseifica, se manifiesta ya por sintomatología clínica, pero entonces ofrece peor pronóstico. Los síntomas semejan los de una «gripe» con fiebre, que algunas veces es alta, pero más

---



**HEPATORRADIL**  
Reconstituyente  
para verano e invierno

frecuentemente se limita a escasas décimas. W. Neumann, denomina este infiltrado, brote agudo.

Se origina de varias maneras. Por el desarrollo de un foco fresco después de una reinfección o superinfección exógena, pero tienen la misma importancia y precisan los mismos cuidados.

Según Loeschke, el infiltrado se produce por aspiración de sustancia caseosa en un bronquio apical. La siembra será tan gruesa como lo permita el calibre de los bronquios. Algunas siembras finas circunscritas de tipo hemático apenas se diferencian. Después de producirse la caseosis del foco, retroceden los síntomas alarmantes, produciéndose una rápida mejoría y quedando solamente una ligera tos. En algunos casos tiene lugar una hemoptisis, que debe hacer pensar siempre en la existencia de una caverna. Cuando la pleura se ha interesado, puede haber dolores. Es importante la falta de estertores durante el comienzo como diferenciación de la gripe. La expectoración es escasa y contiene bacilos. El siguiente estadio, de remisión, no da más que alguna tosecilla a pesar de que en la placa radiográfica se vea muy a menudo una caverna redonda manifiesta. El infiltrado precoz, puede también muchas veces reabsorberse y desaparecer.

### Otras infiltraciones

Mientras el infiltrado precoz se ha desarrollado libremente en pulmón, pueden otras infiltraciones dar lugar a una tuberculosis. Estos no deben ser considerados como comienzo de tuberculosis pulmonar; sin embargo tienen interés, pues dependen de lesiones inactivas, que no se han manifestado y que el mismo ignora. Trátase de la infiltración perifocal de focos viejos o de formaciones cicatriciales (epituberculosis de Eliasberg y Neuland), o exacerbación de un foco labil por condiciones alérgicas. Se diferencian fundamentalmente en el curso. La epituberculosis comienza con fiebre alta, gran inflamación y numerosos estertores retrocediendo rápidamente sin huellas, mientras que un foco labil, frecuentemente se caseifica y puede determinar la prolongación de la enfermedad. Frecuentemente en la radiografía no es posible hacer una diferenciación del infiltrado precoz, mientras que en otros casos, el proceso antiguo se ve perfectamente al lado de la infiltración.

Las infiltraciones fugaces que desaparecen en pocos días, fueron descritas primero por Fassbender. Mi opinión sobre éstas es, que cuando existe una fuente infectante cerca de determinada persona, la naturaleza tuberculosa de estas infiltraciones fugaces no es siempre demostrable. Yo tengo una gran cantidad de enfermos de este tipo, con anginas y afecciones de la nariz

---

# ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa.  
2 gramos por cucharada.

Santander.

---

y garganta, y en los cuales la sedimentación globular y la traslación a la izquierda de la imagen sanguínea no existe, y en los que solamente la clínica y la anamnesis hablan en favor de la tuberculosis. La aclaración de estos casos no es siempre posible.

### Siembras hematógenas

Otra vía de diseminación de la enfermedad, es la sanguínea. Aquí juegan seguramente un gran papel los ganglios linfáticos traqueobronquiales con o sin caseosis. En todos los casos de diseminación hemática, se encuentran engrosados los ganglios hiliares y en la tuberculosis miliar el paquete ganglionar es frecuentemente caseoso.

Expongo pues por lo tanto la sintomatología de la tuberculosis ganglio-bronquial. Consiste esencialmente en dolores retroesternales, opresión, tos de excitación, la espinalgia de Petruschky, el signo de Espine, así como una matidez a la percusión a nivel de la tercera hasta la sexta apófisis espinosa, solamente perceptible cuando el proceso es algo extenso. Puede también existir fiebre. Los ganglios traqueales no son visibles en la radiografía, ni aun en estado inflamatorio; debe saberse sin embargo, que la participación del tejido pulmonar puede hacerlos desplazar haciéndolos visibles. Debe sin embargo tenerse en cuenta que la tuberculosis no es factor exclusivo de infartos ganglionares. Las enfermedades laríngeas, la escarlatina e infecciones semejantes, son capaces igualmente de provocar adenopatías traqueobronquiales.

Los ganglios mesentéricos, rara vez son palpables directamente y dolorosos. La sintomatología consiste en vómitos, anorexia, dolores, sensaciones imprecisas. Igualmente que en los traqueobronquiales, representan estos ganglios mesentéricos una puerta de entrada como complejo primario del tractus intestinal, y que puede ser punto de partida para una generalización.

La tercera localización importante del complejo primario son las amígdalas, dando lugar al infarto de los ganglios regionales. No existe aquí ninguna unión directa con el vértice (Beizke); sin embargo, la siembra pulmonar por vía hemática es perfectamente posible. Así como la participación ganglionar puede originar una siembra directa por intermedio de la pequeña circulación, pueden producirse localizaciones múltiples, mediante la gran circulación.

La forma más ligera de siembra hematógena, es la pleuritis recidivante. Consiste en temperatura escasa, mal estado general, dolores, que pueden se-

---

## Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

---

mejor el reumatismo, neuralgia intercostal. La localización del dolor depende del sitio de la inflamación. Así en la localización apical tienen sensación de pinchazos interescapulares, y si asienta sobre diafragma, en lado izquierdo anorexia y excitación de vómito, y si en el lado derecho, molestias vesiculares. Debe hacerse notar, que si asienta sobre diafragma, no se percibe ningún síntoma de pleuritis (roces, matidez), aunque haya exudado o engrosamiento pleural, y cuyo diagnóstico puede escapar aun a la radiología. Yo mismo he retirado en un enfermo de neoplasia pulmonar, un litro de líquido pleural y cuya imagen radiológica era escasa.

La sintomatología de la pleuritis exudativa es conocida. Debo mencionar sin embargo la pleuresía interlobar, en la cual no existe matidez ni debilitación del fremitus pectoral. El empiema «estéril», es casi siempre tuberculoso, mientras que el exudado hemorrágico puede ser tuberculoso o carcinomatoso. La poliserositis, aparte de la sepsis, solamente en la tuberculosis retrocede, no debiendo ser confundida con la hidropesía.

### **Tuberculosis miliar**

Así como hemos visto que la pleuritis es la forma más leve de la diseminación hemática, la tuberculosis miliar es la más grave. Consiste en nódulos de tamaño de un grano de mijo, de aspecto típico radiográfico y que ocupan todo el pulmón, más abundantes en vértice y disminuyendo en intensidad en dirección ápico-caudal. Desde el punto de vista clínico, tiene un comienzo brusco, con fiebre alta, disnea intensa, cianosis, taquicardia grande; además de anorexia, sudores, cefalalgias, decaimiento, finalizando la enfermedad algunas veces con una meningitis y existiendo al mismo tiempo una pleuritis con roces pleurales y escasos ruidos sobreañadidos y una respiración áspera e intensa al principio de la enfermedad. No hay debilitación de murmullo y al contrario que en la fiebre tifoidea, no hay leucopenia. Se han publicado últimamente una gran cantidad de casos de tuberculosis miliar crónica y aun curada los que eran sin duda casos de escasa siembra.

Otra clase de imagen miliar en pulmón he observado varias veces. Se trata de un foco no apical, sino localizado en hilio pulmonar, al principio pequeño; puede más tarde extenderse a todo el territorio pulmonar hasta la periferia. He observado un caso de regresión. La imagen es extraordinariamente semejante a la carcinomatosis del hilio pulmonar con linfagitis y es fácil pensar que tiene un origen linfógeno. A veces por haberse encontrado bacilos se ha señalado como lesión tuberculosa, y en otros casos de

---

# CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

---

carcinomatosis o de linfogranulomatosis. Las molestias subjetivas son escasas y consisten en ligera temperatura, matidez algo de tos y expectoración en los casos avanzados. El curso en estos casos es crónico y favorable.

### **Siembra difusa hematogena**

El brote hematogeno puede ser más o menos intenso. Un brote ligero puede sin embargo dar lugar a una siembra de todo el pulmón como ha señalado W. Neumann con el nombre de tuberculosis fibrosa difusa, formándose foquitos de mayor o menor tamaño en todo el pulmón. Aparte de una elevación de temperatura, apenas existen síntomas subjetivos. Suele ser una sorpresa clínica la participación pleural. Al poco tiempo la enfermedad regresa volviéndose a desarrollar un nuevo brote, etc. La radiografía presenta durante el brote en los casos favorables, foquitos diseminados y en el intervalo pueden presentar sombras de focos calcificados o cicatrizados. En cada brote se producen fenómenos de retracción que conduce a un alto grado de enfisema, donde las bronquitis no suelen faltar. Igualmente en la expectoración pueden ser demostrables bacilos tuberculosos. En los casos de brote muy agudo, desarróllase una tuberculosis generalizada, de comienzo brusco y que suele conducir a la muerte. Esto puede producirse igualmente en el primer brote y entonces no da lugar como es natural a enfermedad crónica. Cuando este se desarrolla existe matidez, estertores, aumento de expectoración, fiebre y demás síntomas subjetivos conocidos. La enfermedad se desarrolla sobre un determinado lugar del pulmón, alterando más o menos el resto, dando lugar a una bronquitis. El enfisema que se establece, puede conducir a la muerte por las dificultades respiratorias y circulatorias que crea, sin que el enfermo muera realmente por sus lesiones tuberculosas. En estos casos se encuentra corrientemente expectoración positiva y algunas veces puede existir una grave tuberculosis laríngea. Así pues, las bronquitis crónicas malignas, deben ser sospechosas de tuberculosis, especialmente cuando se encuentra limitada al vértice.

### **Siembra hematogena localizada**

Como ya hemos dicho, no siempre una siembra ataca a todo el campo pulmonar. Los bacilos que pasan a una rama de la arteria pulmonar, determinarán una siembra únicamente en el territorio que abarca dicha rama;

**Prescriba con toda claridad en sus recetas**

**Nebulizador Graiño**

El mejor para inhalaciones intra-naso-faríngeas

Plas. 10,30 / Único de fabricación nacional



así vemos nosotros muchas veces una siembra de nódulos miliares localizada, unas veces en un vértice y algunas veces en los dos; en estos casos vuelve a repetirse el síndrome «gripe», con fiebre, molestias de estómago, decaimiento, sudores, no percibiéndose sintomatología física alguna. Los focos se ven corrientemente bien delimitados y otras veces con una fuerte reacción inflamatoria, tomando entonces el aspecto de un infiltrado y faltando el aspecto redondeado. En tales casos falta la barrera del interlóbulo, como por otra parte en las verdaderas infiltraciones puede faltar, especialmente cuando existe una fuerte reacción perifocal o cuando existe una pleuresía interlobar. Lo más corriente es que estén limitados al vértice derecho, bien delimitados, no siendo visibles cuando asientan en base pulmonar, por la dirección de los rayos que impide verlo por el diafragma.

La siembra hematógena, en uno o en ambos vértices pulmonares, con formaciones callosas y focos muy próximos unos de otros, es lo que ha denominado Neumann, tuberculosis fibrosa densa. La génesis es primitivamente hemática y según mi opinión puede crecer por continuidad y difundirse después por siembra broncógena. Se encuentra un espesamiento del tejido pulmonar apical y un aumento de los ruidos respiratorios, corrientemente simétricos, claras alteraciones respiratorias con ausencia de estertores. Radiográficamente se ven sombras localizadas en el ápice, y entre ellas algún aclaramiento de enfisema. El estado general es bueno, la temperatura normal, con tendencia a las hemoptisis. A causa de los brotes broncógenos y hematógenos, se difunde la enfermedad, dando lugar al desarrollo de la tisis. Debe señalarse aquí, que esta forma representa propiamente, la tuberculosis del vértice pulmonar. El desarrollo de la enfermedad en otra parte, es consecuencia de la localización subapical, como por ejemplo un infiltrado. Un infiltrado indurado, puede retraerse hasta el vértice y se impone entonces como una tuberculosis primaria apical.

En todos los casos de diseminación hematógena, ha visto Neumann, hipertrofia del bazo, tanto mayor cuanto más grave sea el brote. Yo no he encontrado este tumor de bazo en todos los casos, y hablo de ello como cosa fundamental.

### La tisis de la pubertad

Está bien establecido que no hay formas puras de tuberculosis, sino formas mixtas, que tienen un especial influjo y un curso acelerado en la pubertad. Producense de varios modos: por exacerbación de viejos focos, por verdadera reinfección exógena, por producirse focos nuevos de disemina-

---

# ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

---



ción broncógena, y también además de origen hemático, dando lugar a formas mixtas de varios tipos. La propagación durante el embarazo se hace de manera semejante, y es que los datos clínicos y radiológicos hasta ahora descritos corresponden a formas mixtas, siendo una necesidad como he dicho, la demostración de formas infiltrativas y hematógenas.

### Formas tuberculosas de curso agudo

La neumonía caseosa, comienza con fiebre alta y continuada, decaimiento, sudores; desarróllase una infiltración masiva con aumento de vibraciones vocales y soplo bronquial. Al principio suelen faltar los estertores; el curso es de rápida fusión, con gran cantidad de estertores, abundante expectoración y gran siembra broncógena. La radiografía muestra una sombra masiva en un lugar determinado del pulmón, con fusión cavitaria y nueva formación de focos. Le neumonía caseosa se produce por aspiración broncógena de material caseoso, aunque también un brote masivo hematógeno puede interesar un territorio circunscrito del pulmón.

En estos casos, antes de haber expectoración pueden confluír varios focos pequeños, originando un gran foco caseoso cuya génesis aunque no aclarada completamente, parece la probable. El curso ofrece el aspecto mixto de un absceso de pulmón. En los esputos se encuentran al principio diplococos y después numerosos bacilos de Koch. Puede producirse asimismo una inflamación de la pleura costal, favoreciendo en caso de exudado la compresión de la lesión pulmonar. A veces el exudado se produce en el lado opuesto (lo que habla en favor de la siembra hematógena).

La bronconeumonía tuberculosa, se origina por la caseosis de la pared de un bronquio grande y la aspiración consiguiente. La génesis del infiltrado precoz, según Loeschke, es una bronconeumonía tuberculosa, de evolución ligera. Al principio, todavía el tejido pulmonar contiene aire; hay fiebre alta, remitente, disnea, escasa expectoración con abundantes bacilos. La imagen radiográfica corresponde a la de una ordinaria bronconeumonía, sombras grandes y blandas, simétricas en ambos lados. El curso es rápido y el diagnóstico de la enfermedad debe hacerse pronto y darle máxima importancia para evitar las posibilidades de infección en las personas que rodean al enfermo. La curación es casi imposible.

Cada enfermedad infecciosa tiene su tiempo de incubación. Esto en lo que se refiere a tuberculosis, es difícil de establecer. Sin embargo, en los casos de reacción positiva a la tuberculina, se calcula en unas seis a siete

---

## Phosphorrenal Robert

### Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

---

semanas desde que se supone que pudo producirse la infección. En algunos casos se puede establecer relación entre fenómenos tóxicos pasajeros y la demostración de focos precoces, mediante una buena observación. El intervalo entre esto será variable, según que la infección bacilar sea masiva o no, además de tener en cuenta la capacidad de resistencia del organismo. Mientras tanto, para los investigadores es un punto de partida, para pensar en la tuberculosis.

La mayoría de las formas de comienzo de la tuberculosis, apenas presentan sintomatología clínica, debiendo hacerse un examen radiológico, radioscopia o radiografía, siendo esto último la mayor parte de veces, absolutamente necesario, pues siembras finas en pulmón o ligeros infiltrados, no se perciben en la radioscopia.

El comienzo de la tuberculosis pulmonar, se hace muchas veces bajo el aspecto de otras enfermedades, de la misma manera que otras enfermedades pueden semejar la tuberculosis. El diagnóstico se hace a la larga y deben hacerse observaciones periódicas. Para ello es necesario en el intervalo de pocas semanas, hacer varias radiografías, para poder afirmar si hay formación de nuevos focos o desaparición de lesiones anteriores. La placa radiográfica precisa mucho más que la radioscópica. Ello permite comprobar lo que se vió en el examen radioscópico, y al mismo tiempo comparar y observar la evolución, lo que en una sola placa resulta imposible. La observación radiográfica seriada, permite establecer la relación entre la investigación clínica y la evolución, además de precisar de manera segura que se trata de una tuberculosis. Es pues igualmente importante, como fatal al mismo tiempo, diagnosticar falsamente una tuberculosis, como no diagnosticarla cuando existe.

*Deutsche Medizinische Wochenschrift.* Núm. 29, 1935.—Traducción y adaptación, para REVISTA CLÍNICA CASTELLANA, del doctor G.<sup>o</sup> LORENZANA.

---

## **FARMACIA DE A. MARTIN MATEO**

**ATENDIDA POR DOS TITULADOS**

**Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica**

**Centro de especialidades farmacéuticas**

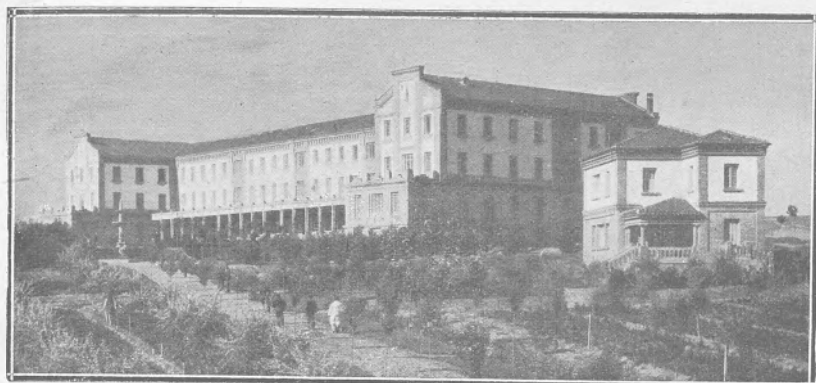
**Cajas tocológicas**

**Santiago, 41**

**VALLADOLID**

**Teléfono 1844**





## 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. Malariaoterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.),

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

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

**P A L E N C I A**

BRONQUITIS  
CATARROS

**PULMO-HIDRATOL**

TUBERCULOSIS  
GRIPPE

**INYECTABLE INDOLORO**  
**NIÑOS ADULTOS**

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

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

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

# LACTO-LEVEL

Los bacilos lácticos contenidos en el cultivo vegetal **LACTO-LEVEL**, atraviesan el estómago sin dejarse modificar por el jugo gástrico, llegando vivos y en plena actividad al intestino, donde procrean inmediatamente.

Unión de dos bacterias afines y complementarias: **BACILUS BULGARICUS** de MASSOL y **GRIGORIOF** y el **BACILUS LACTICUS** de PASTEUR

Presentado en:

Solución  
Gotas  
Ampollas

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

## Resultados de la profilaxis individual antivenérea en el Ejército y la Marina italiana según el profesor Tommasi

Considerando de gran interés la Relación que el profesor Ludovico Tommasi leyó en la Asamblea general de la Unión Internacional contra el peligro venéreo (El Cairo, 13-15 de Abril de 1933) copiamos a continuación los cuadros estadísticos de los resultados logrados. Las cifras son bien elocuentes.

### CONTAGIOS VENEREOS VERIFICADOS EN LA REAL MARINA ITALIANA EN LOS AÑOS INDICADOS, CALCULADOS POR CADA 1.000 HOMBRES DE FUERZA EFECTIVA

Años	Blenorragia	Chancro venéreo	Sífilis	Total de infecciones por 1000 hombres
1893	45,61	49,05	33,07	127,73
1894	55,84	35,73	31,99	123,46
1895	53,36	37,27	32,55	123,18
1896	48,62	31,86	24,74	105,22
1897	56,21	36,07	28,20	120,48
1898	51,67	34,61	26,95	113,23
1899	59,87	37,28	24,89	122,04
1900	51,69	39,60	30,01	121,30
1901	44,16	36,39	30,24	110,79
1902	46,04	33,45	30,00	109,49
1903	54,06	35,14	25,52	114,72
1904	51,68	38,70	30,57	120,95
1905	46,65	36,95	22,58	106,18
1906	43,86	40,27	24,69	108,82
1907	43,92	31,59	19,57	95,08
1908	38,21	30,15	22,10	90,46
1909	40,62	25,74	22,14	88,60
1910	36,99	25,05	22,93	84,97
1911	38,92	20,73	17,87	77,52
1912	33,26	30,31	17,28	80,85
Institución de la profilaxis individual				
1913	34,84	32,40	18,88	86,02
1914	38,55	26,03	18,67	83,85
1920	17,87	15,70	14,22	47,79
1921	15,68	12,60	15,44	43,72
1922	14,92	9,88	9,24	34,04

Años	Blenorragia	Chancro venéreo	Sífilis	Total de infecciones por 1000 hombres
1923	17,80	9,63	8,83	36,26
1924	25,26	7,79	9,05	42,04
1925	17,28	12,04	7,94	37,26
1926	17,68	10,25	7,64	35,57
1927	12,19	8,64	5,73	26,56
1928	12,90	4,90	5,75	23,55

Tomando las cifras que interesan para demostrar la eficacia de las medidas profilácticas, vemos que en 1913 los contagios venéreos ascendían casi al 86 o/00 descendiendo 15 años más tarde, en 1928, al 23,5 o/00.

Sífilis .....	1913: 18,88 o/00	1928: 5,75 o/00
Blenorragia .....	» 34,84 »	» 12,90 »
Chancro venéreo .....	» 32,30 »	» 4,90 »

Naturalmente, el autor no cree que estos buenos resultados sean exclusivo fruto de la profilaxis individual.

Es verdaderamente motivo de orgullo para la lucha antivenérea en sus múltiples aspectos, el confrontar las cifras de hace 30 años con las actuales:

$$123,46 \text{ o/00} = 23,55 \text{ o/00}$$

lo cual significa cuánto se ha trabajado en todos los campos científico, profiláctico, curativo y educativo.

Aún pueden mejorarse estas cifras el día que absolutamente todos los marinos se sometan, ya que hoy, pese al rigor de la disciplina, burlan a veces estas prácticas saludables.

En el Ejército la profilaxis es aconsejada y facilitada, no obligatoria como en la Marina.

Propaganda, folletos, conferencias, diversiones, deportes, se ofrecen a los soldados para educarles y hacerles pasar honestamente las horas libres. Los enfermos son investigados y tratados. Puestos profilácticos existen en cada cuartel, realizándose la profilaxis con la pomada de Metschnikoff-Gauducheau.

En el ejército italiano, la profilaxis individual fué instituída en 1922. Algunas cifras dan idea de la labor educativa realizada en los cuarteles, notándose el aumento notable de hombres que voluntariamente se han sometido a la profilaxis voluntaria a partir de 1922.

1922 .....	19.735
1923 .....	58.875
1924 .....	71.611
1925 .....	75.916

Simultáneamente, la cifra de contagios baja:

Años	Blenorragia	Sífilis
1921	18.000	5.000
1929	5.000	729

Calculando estas cifras por cada 1.000 hombres:

Años	Enf. ven. total	Sífilis	Blenorragia	Chancro venéreo
1921	74,2 0/00	19,5 0/00	20,6 0/00	34,1 0/00
1922	50,0 »	13,2 »	?	?
<b>Institución de la profilaxis individual</b>				
1923	37,3 0/00	9,8 0/00	?	?
1924	30,2 »	6,2 »	?	?
1925	27,8 »	5,2 »	?	?
1926	26,6 »	4,0 »	?	?
1927	23,4 »	3,7 »	?	»
1928	20,5 »	3,7 »	12,6 0/00	4,2 0/00
1929	20,9 »	2,9 »	13,5 »	4,5 »

De la eficacia de la profilaxis individual, hablan bien elocuentemente estas cifras: En 1929 el 91,7 0/0 de los enfermos venéreos «no» han practicado ninguna medida profiláctica. Considerando separadamente la proporción en las tres enfermedades:

De 100 blenorragias .....	8,3 profilaxis
» 100 chancros venéreos .....	8,9 »
» 100 sífilíticos .....	5,6 »

Y todavía en 1925 entre 100 enfermos que no habían realizado profilaxis, 7,5 eran sífilíticos y entre 100 enfermos contagiados a pesar de las maniobras profilácticas, sólo 3,4 eran sífilíticos.

De cada 100 profilaxis (realizadas en las primeras 3 horas) seguidas de enfermedad, 2,4 fueron contagios sífilíticos, mientras que de 100 profilaxis (practicadas después de las 3 primeras horas) y también nulas, el 4,6 correspondía a la sífilis.

Conclusiones evidentes y del más alto interés, son las siguientes:

1.<sup>a</sup> La profilaxis individual disminuye notablemente las probabilidades del contagio (1 : 4).

2.<sup>a</sup> Particularmente se muestra útil frente a la sífilis, la más terrible de las tres afecciones (1 : 10).

Es interesante hacer notar que los riesgos disminuyen más, cuanto más presto se realizó el tratamiento profiláctico que debe practicarse antes de transcurridas tres horas después del coito.

También el cuidado con que se realizan las maniobras profilácticas, es factor muy importante del éxito. La media de fracasos es el 0,55 0/0, y en la guarnición de Florencia, se ha llegado a reducir esta cifra a 0,26 0/0.

**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

## ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

*Laboratorio Egabro*

**CABRA (Córdoba)**  
**(ESPAÑA)**

## Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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



SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

## Sesión del día 16 de Abril de 1933

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR BARRIO DE MEDINA.—Un caso de lepra de varios años de existencia, no diagnosticado hasta la fecha.—Dos características interesantes ofrece el enfermo que presento: la primera, es la de ser un sujeto portador de bacilos de Hansen desde hace varios años, tres por lo menos, que el enfermo dice que le comenzó su enfermedad, sin que hasta la fecha haya podido ser diagnosticado de lepra, pese a los diversos compañeros que le han asistido en su enfermedad; la segunda, es consecuencia o derivada de la anterior, la necesidad que hay por parte de todos, sobre todo por parte de los médicos no especializados en esta rama de la Medicina, para que siempre que se encuentren ante la presencia de enfermos de esta naturaleza, piensen en la lepra; si esto se hubiese cumplido así, seguramente que este portador de bacilos de Hansen no llevaría más de tres años sin diagnosticar. La enseñanza práctica del caso es, pues, la necesidad de inculcar en el ánimo de todos que siempre que nos encontremos ante un enfermo con lesiones cutáneas, tipo nódulos, manchas esparcidas por la superficie cutánea, más o menos violáceas, y no digamos, si le exploramos la sensibilidad y ésta está alterada, tenemos que acordarnos inmediatamente de que nuestro enfermo puede ser un caso de lepra.

Es cierto que este enfermo ofrecía dificultades para llegar, como ya hemos llegado nosotros, a su diagnóstico cierto desde el primer momento, ya que la característica principal de él, como se puede observar, es la presencia de numerosos nódulos del tamaño, desde una lenteja hasta el de un garbanzo, pasando por estados intermedios, nódulos que se disfrazan de algunas partes, sobre todo en miembros inferiores, por la aparición de una escama, y este cuadro clínico puede confundirse con numerosas dermatosis nodulares y escamosas, y hasta esto es cierto y es así, que nosotros cuando vimos al enfermo por primera vez, hemos de confesar que no pensamos en lepra; fué en nuestra segunda exploración, cuando exploramos la sensibilidad al tacto y al calor, y vimos que estaba ligeramente disminuida, cuando nos asaltó rápidamente la idea de que pudiera ser una lepra, y una exploración más detenida nos hizo recalcar más nuestra sospecha al interpretar su facies ligeramente leonina y sus manchas eritematosas color violáceo, como un cuadro clínico de lepra, diagnóstico que se ha confirmado por la aparición en el moco nasal del enfermo del bacilo de Hansen, no solamente aislado, sino también agrupado en forma de globos o nidos, característica esencial que adopta este bacilo y cuyas preparaciones se encuentran en el laboratorio a disposición de quien las desee ver.

DOCTOR PALLARES.—**Obstrucción del colédoco por cálculo.**--Presenta una enferma que apenas tiene historia. Llegó a la Clínica, se la examinó detenidamente y no aparecieron manifestaciones que pudieran interpretarse seguramente como un proceso de vesícula biliar. La enferma manifestó que hacía siete meses, y sin que previamente hubiese tenido manifestaciones anteriores, se le presentó un cólico agudo que el médico, por todas las características que pudo observar, diagnosticó de cólico hepático. Después se presentó la ictericia que padece en la actualidad. No tiene trastornos febriles, ni dolores ni molestias, pero en cambio tiene todos los síntomas y trastornos de una retención con las heces fecales completamente decoloradas.

No parece que requiere una intervención rápida y se la ha hospitalizado para ponerla en observación. Presenta el caso para que el doctor Yagüe tenga la bondad de darnos su parecer.

DOCTOR YAGÜE.—La impresión que da esta enferma es la de que se trata de una litiasis biliar con obstrucción del colédoco por engatillamiento de cálculo en su emigración. No hay motivo para pensar en un proceso inflamatorio provocador del cuadro sintomático. Y en cuanto a su litiasis biliar, parece de origen vesicular, sobre todo por los síntomas locales y el volumen que el cálculo debe tener para originar la obstrucción de un conducto del diámetro del colédoco. Ciertamente que a pesar de este origen común de la litiasis, está probado que también le puede tener hepático y que hoy la litiasis se considera como afección que afecta al hígado en su función celular.

A esta señora se le podía hacer el análisis de la orina para averiguar el estado de estas funciones y ver también si el riñón tiene la suficiente permeabilidad.

La enferma se encuentra en muy buenas condiciones para esperar el momento de su intervención quirúrgica, y entretanto se la debe someter a un tratamiento médico, por inyecciones intravenosas de urotropina, pudiéndola también ser muy útil el lavado duodenal.

---

## **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.**

**DOCTOR BOTIN.—Fibroma uterino de desarrollo intraligamentario.—**

La enferma que presento, tiene un tumor que ocupa la fosa ilíaca izquierda, y que por tacto vaginal se percibe muy bajo en el fondo de saco vaginal correspondiente. Tumor redondeado de consistencia dura, de superficie regular, nada movable, como bloqueado en la excavación pelviana. La matriz algo lateralizada al lado opuesto, existiendo entre ella y el tumor una pequeña depresión antero-posterior muy poco marcada, no el surco de separación que tan claramente se aprecia cuando se trata de tumoraciones o procesos anexiales. La enferma acusa dolores constantes, que aumentan con las reglas. Na ha habido hemorragias. La cavidad uterina es algo mayor que la normal.

Con estos datos hicimos el diagnóstico de fibroma uterino de desarrollo intraligamentario.

Operamos a esta enferma, encontramos el útero englobado entre dos masas tumorales, que de momento daba la sensación de un proceso anexial bilateral de naturaleza inflamatoria, porque el todo formaba un bloque adherido a los órganos vecinos; especialmente a la última porción del intestino grueso y especificando más a la S ilíaca. Empezamos la operación liberando las adherencias de la cara superior y posterior del útero, descubriendo los anexos derechos con un hematosalpinx; siguiendo de derecha a izquierda seccionamos el cuello de la matriz y entrando en la base del ligamento izquierdo se enucleó el tumor de entre sus hojas. Con las maniobras de enucleación se hizo un pequeño piquete en la cáscara del tumor, que dió salida a unas gotas de un líquido de aspecto purulento, sin olor ninguno. El plano de despegamiento se encontró fácilmente, terminando ya esta última parte de la operación sin dificultades.

Examinada la pieza extirpada, vimos que en la tumoración izquierda la trompa rodeaba su zona superior, con el ovario adosado a la hoja posterior del ligamento. Se abrió el tumor, cuya cubierta dura tenía un espesor de tres a cuatro centímetros; se cayó en una cavidad única, llena de líquido al parecer purulento. La neoplasia que estaba adosada a la cara lateral del útero, pudo separarse fácilmente del órgano, viendo que tenían algunas relaciones vasculares, pero de otra naturaleza, lo que daba al tumor cierta independencia. Se remitió la pieza al laboratorio, confirmándose el diagnóstico de mioma intraligamentario supurado.

**DISMENORREAS . CLIMATERIO . EPILEPSIA****VACOTONIL**

¿Cómo tuvo lugar la supuración del mioma en este caso? Nada hay que haga sospechar la infección por vía extrauterina; tampoco por vía ascendente vagino-uterina tratándose de un tumor tan alejado de la mucosa de la matriz, encuentra lógica explicación. La falta de olor fecal en el pus—sin descartar por esto la posibilidad de una infección coli-bacilar propagándose al coli a través del intestino adherido—, habla en contra de este mecanismo infectivo, por no faltar olor, tan característico en las supuraciones del aparato genital provocadas o invadidas por los gérmenes intestinales.

Nada tiene de particular que, cuando esta enferma se presentó a nuestra observación, no tuviera reacción general febril, ni alteraciones de pulso, estado general, etc., porque el pus en cavidad cerrada concluye por agotar su virulencia, pero es que en ninguna época de la historia de su padecimiento acusa la menor alteración que haga presumir el momento del proceso inflamatorio que tuvo que preceder a la formación del absceso.

Por todas estas consideraciones, más me inclino a creer que un trastorno vascular y nutritivo ocasionó, en este caso, la supuración, debido al alejamiento del tumor—en su desarrollo ulterior entre las hojas del ligamento—de la zona de implantación del útero, ya que el haber sido fácilmente separado del órgano, una vez extirpada la masa, demostró su casi total independencia, y al ir faltándole la nutrición se originaron en la masa tumoral, zonas necróticas centrales por falta de riego, que dieron lugar a la supuración.

Admitiendo esta etiología, se explica mejor que todo pudiera desarrollarse de modo aséptico, sin sintomatología local ni general, mientras no hubieran sobrevenido complicaciones ulteriores que despertaran síntomas apreciables.

DOCTOR YAGÜE.—Es interesante saber, en primer lugar, con relación a esta enferma, si se le hizo fórmula leucocitaria, porque si la fórmula no acusaba nada y sin embargo había pus, es un detalle interesante, y si por el contrario lo acusaba, claro es que se hubiese pensado en una supuración. En cuanto al motivo de ésta, estando el tumor alejado del útero y tan cerca del intestino por adherencias, la emigración del coli-bacilo—germen común en el intestino—a otros territorios orgánicos, cuando éstos le ofrecen circunstancias propicias y condiciones particulares, es frecuente y a veces a mayores distancias, como pasa en los diversos órganos del aparato urinario.

DOCTOR BOTIN.—Desde luego, ya he dicho que no puede negarse una emigración coli-bacilar, como causante de la supuración del fibroma, ya que es sabido que el coli puede llegar a todas partes, pero en este caso no es probable por las razones que he expuesto, y que no he de repetir.

No se hizo fórmula leucocitaria, porque ninguna manifestación presentaba la enferma, ni ofrecía dudas en el diagnóstico, que indujeran a hacer otra investigación.

COMENTARIOS RURALES

## Derrotismo improductivo y doloroso

por Lorenzo SÁEZ

«Esto está muy descuidado.» «Aquí ha habido un gran abandono.» «Esto ya no tiene remedio, por no haber venido antes.» «¡Pero está ciego su médico para no haber visto esto!» Estas frases y otras por el estilo, son pronunciadas ante los enfermos o sus familiares por médicos consultores y especialistas, y... por los demás, sin reparar las dolorosas y a veces irremediables consecuencias que pueden producir sobre el crédito y hasta sobre la persona de un compañero, que por el solo hecho de serlo merece toda clase de respetos ante sus clientes, cualquiera que fueren las circunstancias que rodearan el caso objeto de crítica tan despiadada.

Esta forma de conducirse ha sido muchas veces desfavorablemente comentada en la prensa profesional, y es continuamente censurada en cuantas reuniones, juntas y conversaciones se celebran entre médicos, sin que se haya logrado desterrar en la actuación de algunos compañeros, por lo cual he creído conveniente traer el tema a las columnas de REVISTA CLINICA CASTELLANA con el fin de procurar convencer a esos inconscientes compañeros del error en que incurren si esta conducta la creen provechosa a sus intereses o a su crédito, y del perjuicio que hacen a los demás, sobre todo en el medio rural, donde por el ambiente de incultura y de pasión se propagan y difunden rápidamente, y corregidos y aumentados los juicios adversos que se formularon sobre la intervención del médico de familia, por compañeros a quienes lógicamente se creen más competentes, y por lo tanto, con más autoridad para que sus afirmaciones sean consideradas como ciertas.

Esta forma de actuar, tan poco previsora en que de modo más o menos consciente, intenso y duradero, hemos actuado la mayor parte de los profesionales, sobre todo en los principios del ejercicio, época en que la escasa experiencia profesional y social nos lleva a cometer toda clase de imprudencias, de impertinencias y hasta de injusticias, debe su origen a la parte de empirismo que tiene y tendrá la Medicina por muchas y grandiosas que sean sus conquistas, y en la cual tiene su razón de ser la Egotetría, que acompaña a todos los profesionales. Si la Medicina fuera una ciencia exacta, podríamos medir con acierto la valía profesional, y con un examen de conciencia determinar el grado a que alcanzaba la propia y la ajena. Esto puede hacerse, y quizá se haga, cuando de conocimientos doctrinales y técnicos se trate; pero ante el enfermo, ¿quién es el que no se cree un genio clínico, aunque carezca de la más elemental cultura médica? Los errores de los que tienen grandes conocimientos, y los aciertos de los ignorantes, han determinado ese estado sugestivo entre los profesionales, y que se ha propagado al vulgo, elevando a la categoría de médicos afamados a medianías

científicas, y haciendo permanecer desconocidos, en la soledad de su despacho, a hombres de positivo valer. ¿Quién de nosotros, y sobre todo al comenzar a ejercer la profesión y ante un caso grave en que la naturaleza estuvo al quite de nuestras torpezas, no se ha creído dotado de una inspiración clínica infalible al lado del enfermo y de la que supone carecen los demás compañeros? Si esto pasa a los que hicieron la carrera sin haber estudiado y con malas calificaciones en sus estudios, decidme qué no se creerán esos jóvenes aplicados y con brillantes notas, si en su debut profesional se le dieron unos cuantos casos favorables.

La Egotría acompaña a todos los profesionales, porque así parece la índole de la Medicina, y ante la familia, los amigos y los clientes, narramos curaciones casi milagrosas y salvamento de vidas, cuya descripción, para dar más realce a nuestras intervenciones, va muchas veces acompañada del relato de las torpezas cometidas por otro compañero. En los principiantes, esta Egotría tiene más de romántica que de interesada; buscan la fama, la admiración, que su nombre se destaque; el dinero para ellos es cosa secundaria, pues con cándida generosidad, o no cobran honorarios o éstos son reducidos. En los no principiantes, la Egotría tiene carácter mucho menos romántico y se procura hacer compatible la fama con las pesetas; las necesidades económicas, los desengaños recibidos y la duda que se empieza a tener de la propia valía, encauzan el ánimo en sentido más positivo, y alguna vez con vistas a la explotación. Si la Medicina no tuviera mucho de empirismo, el culto a la Egotría no se rendiría tan intensamente, y si hoy los grandes progresos médicos colocan muchas veces en situación ridícula a los pseudo científicos, aún queda margen suficiente para no poder desenmascararlos, y también para que se llegue a dudar del caudal de conocimientos de los médicos sólidamente formados.

Los fundamentos de la dura crítica a que antes nos referíamos sobre la actuación de los demás, se encuentran, de una parte en los grandes errores diagnósticos y de tratamiento que se cometen, y de otra, en la falta de sentido de la realidad, de eso que pudiéramos llamar practicismo de la vida, que no se puede considerar como sinónimo del llamado sentido común, ya que hay muchas personas dotadas de éste y carentes de aquél, y viceversa. Fundamentar las censuras a un compañero delante de su cliente, nunca estará justificado, ni aun en el caso de haber cometido un gran error diagnóstico de tratamiento, seguido de funestas consecuencias. Desde el médico más ignorante, hasta el más capacitado, ningún profesional se ha librado de cometer alguna o muchas torpezas, a veces irreparables; esto es axiomático en Medicina, y la narración de casos de error, rayanos en lo inverosímil, sufridos por eminencias médicas, sería interminable y no es necesario. Si esto ocurre a profesionales, que a más de sus grandes conocimientos disponen de los medios de exploración más perfectos que se conocen, ¿qué no ocurrirá al modesto médico rural desprovisto de esa competencia y de esos medios? Esto nos lleva a examinar lo que hemos calificado de falta de sentido prác-



tico en los médicos que censuran, entendiendo por tal el desconocimiento del ambiente y circunstancias que rodean al médico de pueblo, las cuales contribuyen a cometer y disculpar muchos de los errores en que incurre. Buen número de médicos especialistas y consultores, si actuasen de modo permanente, en el medio rural se convencerían de ello y sufrirían la amargura del desengaño y hasta el fracaso. La poca cultura de los clientes ya es una dificultad para el interrogatorio; la exploración del enfermo presenta la mayor parte de las veces una serie de obstáculos casi invencibles; la falta de personal auxiliar, que requieren ciertas exploraciones, y otra serie de detalles que sería prolijo enumerar, influyen de manera decisiva en el rendimiento exploratorio de buen número de casos. Pero todo esto, con ser muy digno de tenerse en cuenta para explicarse los errores groseros que comete el médico rural, ocupa un lugar secundario, y con la paciencia nativa o adquirida a fuerza de luchar continuamente, estos obstáculos son vencidos en la mayor parte de los enfermos. Mayor influencia que estas dificultades exploratorias, tiene en la comisión de errores el ambiente social y político que rodea al médico rural para poder fijar el oportunismo de las indicaciones. El más observador y competente de los profesionales rurales duda y titubea antes de tomar una resolución, coaccionado por ese ambiente de pobreza, de incultura, de apasionamiento y hasta de venganza y persecución que continuamente amenazan su tranquilidad. El disgusto y la contrariedad con que son acogidas las manifestaciones del médico, que ante un caso dudoso ordena el traslado del enfermo a la capital de la provincia para que se someta a exploraciones que él no puede ejecutar, coacciona su iniciativa, y en muchos casos, ante los gastos y molestias que ello supone, decide esperar a que los signos clínicos pongan en claro el diagnóstico. Esta espera deja pasar a veces indicaciones terapéuticas y motiva la censura del médico consultor; pero si éste y todos los médicos nos diéramos cuenta de la realidad y alcanzásemos a comprender la lucha íntima que ha tenido un compañero competente y cuidadoso antes de adoptar una resolución que ya es tardía, jamás despegaríamos nuestros labios para censurarle en presencia del enfermo o de sus familiares. Yo quisiera saber qué médico es el que no ha cometido algún error diagnóstico o de oportunidad, producido no por incompetencia, sino por la influencia que en su ánimo y en sus resoluciones ejerció el ambiente social o familiar que le rodeaba, y si esto es una gran verdad, cae dentro de lo estúpido y es una insensatez censurar los errores que en ocasiones semejantes hayamos incurrido.

No sólo se censura en algunos casos por haber cometido un error el compañero, sino que por una mala entendida vanidad se pone este error de manifiesto ante el cliente para que éste deduzca lógicamente la superior competencia del que censura; estos estúpidos censores no se detienen a pensar que quizá el curso ulterior de la enfermedad, por complicaciones que se presentasen, pueda dar al traste también con sus afirmaciones y juicios, lo cual será aprovechado en represalia por el médico del cliente para poner en evi-

dencia la torpeza del médico consultor. Este repugnante juego que nos traemos con el crédito propio y el de los demás, es poco a propósito para dignificar el ejercicio profesional, y es la causa principal de que no ocupemos en la Sociedad el rango elevado a que tenemos derecho por la misión humanitaria que desempeñamos.

En otros casos, y sin que sea cometido error en ningún juicio clínico, algunos que se creen ser dueños absolutos de los secretos de la Medicina, silencian la acertada actuación del compañero con intención deliberada, y dejando deslizar alguna frase tendenciosa para hacer patente su superioridad, introducen al mismo tiempo variantes no esenciales en el tratamiento, para que a éstas sea atribuida la curación del enfermo. También algunos compañeros, los menos por fortuna, ante casos desde un principio incurables, cometen la villanía de manifestar a las familias que han llegado tarde y no se puede hacer nada.

Todo lo reseñado tiene influencia también desde el punto de vista especulativo, pues merma de manera evidente los intereses de la clase médica; a los de arriba, porque el médico censurado procurará, con muy buen acuerdo, evitar que sus clientes consulten con un compañero, tan mal compañero; a los de abajo, porque desacreditados no se encuentran con autoridad suficiente para cobrar honorarios por los servicios extraordinarios a que tienen perfecto derecho. Esta falta de sentido práctico y también de sentido común, ha influido mucho en la situación actual en que se encuentra nuestra profesión; faltos de ascendiente social, altos y bajos abusan de nuestra paciencia, de nuestra bondad y de nuestro trabajo.

En próximo artículo estudiaremos los remedios que creemos deben ser puestos para elevar el nivel de dignificación del ejercicio profesional.



# BIBLIOGRAFIA

---

---

**Patología experimental.**—CH. RICHEL (hijo).—Un volumen de 365 páginas con 86 grabados en el texto. 1.<sup>a</sup> edición. (Biblioteca del Doctorado en Medicina de P. Carnot y L. Fournier). Salvat, editores, S. A. Barcelona, 1932.

En el prólogo de esta obra nos advierte el autor los límites imprecisos de esta interesante ciencia.

«La Medicina experimental—dice—es Pasteur, pero también es Ch. Bernard, es la comunicación de Lavoisier sobre el aire gredoso, impropio para la respiración de los animales; es igualmente la memoria de Roux y Versin sobre las toxinas microbianas.»

«Esta ciencia se extiende desde la bacteriología a la fisiología. Ilumina la patogenia de las enfermedades infecciosas, y sin ella no se pueden comprender los trastornos provocados por las alteraciones de los órganos.»

Qué campo más extenso y más complejo el que comprende esta ciencia; presta ayuda y la recibe de la clínica y del laboratorio. El internista, como el cirujano y el bacteriólogo, el químico, el histopatólogo y el terapeuta, han de reunirse en una misma personalidad.

Esta imprecisión, esta complejidad, hace que los autores no puedan desprenderse totalmente de ciertas preocupaciones de clínico, de fisiólogo o de bacteriólogo, por ejemplo, según sus preferencias.

Al insigne Cainsus, ya desaparecido, y al autor, se debe la idea de dar a la estampa un libro que condensara los hechos dispares que forman la trama de la patología experimental.

Este intento y a más el deseo bien logrado de hacer una obra encaminada a la orientación de los estudiantes, se propuso el autor.

La primera parte de la obra está dedicada a la patología experimental general y después de un breve capítulo destinado a recordar las diversas técnicas, desarrolla con claridad y concisión las generalidades de inmunidad, fagocitosis, virulencia, toxicidad, anafilaxia, etc. Una larga lista de enfermedades infecciosas, son consideradas bajo el concepto experimental y luego de estudiar las intoxicaciones experimentales más conocidas, se ocupa de los grandes síndromes experimentales: las enfermedades por carencia y avitaminosis, el raquitismo experimental; la acidosis, los edemas y las glucosurias, el metabolismo basal. Termina esta parte estudiando los accidentes producidos por los agentes físicos.

La segunda parte, versa sobre la patología experimental especial de los diversos aparatos: muscular, nervioso, respiratorio, circulatorio. Se estudia la patología experimental de la sangre, la alimentación y la inanición en detallados capítulos.

El aparato digestivo, el hígado, merece un capítulo especial y en otros cinco últimos se estudia el aparato urinario, las glándulas de secreción interna y el aparato genital, terminando esta obra por dos índices muy detallados y otro de autores.

La obra está profusamente ilustrada. Esquemas muy demostrativos fijan la atención del lector y realzan el valor y el interés de este excelente libro.

LEDO.

LIBROS RECIBIDOS

**CH. RICHET (hijo)** Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París.—**Patología experimental.**—Un tomo de 365 páginas con 86 grabados en el texto, primera edición. Biblioteca del Doctorado en Medicina, publicada bajo la dirección de P. Carnot y L. Fournier. Salvat editores, S. A. 41-49 calle de Mallorca. Barcelona, 1932.

**LECENE** Profesor de la Facultad de Medicina de París.—**Manual de Medicina operatoria** (3.<sup>a</sup> edición).—Un tomo ilustrado con 321 figuras. Biblioteca del Doctorado en Medicina, publicada bajo la dirección de P. Carnot y L. Fournier. Salvat editores, S. A. 41-49 calle de Mallorca. Barcelona, 1932.

**DOCTOR LUIS SAYE.**—**Crisoterapia de la tuberculosis.**—Un volumen de 182 páginas en papel cuché con más de 150 radiografías. Salvat, editores, S. A. Barcelona, 1933.

**Profesor A. CECONI.**—**Medicina interna.**—Tomo II, un volumen de 889 páginas con 167 grabados en negro y color en el texto. Editorial Modesto Usón. Barcelona 1933.

**A. PEDRO PONS.**—**Anales de la Clínica médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.** Un tomo de 472 páginas (17 × 23) con 238 grabados, impreso sobre papel couché, en rústica, 25 pesetas.

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 le 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.

# NOTICIAS

---

---

## **Los médicos palentinos festejan a sus Patronos San Cosme y San Damián. Conferencia del doctor Enríquez Salamanca.**

Los médicos palentinos y numerosa representación de colegas vallisoletanos, celebraron solemnemente la festividad de sus santos patronos. Después de una misa rezada, en el salón de actos del Colegio de San Isidoro, el ilustre catedrático de la Central, doctor don Fernando Enríquez de Salamanca, disertó sobre el tema «Neomaltusianismo en su aspecto médico».

Ocuparon la presidencia, el ilustrísimo y reverendísimo señor Obispo, con el con-siliario, don Vicente Matía; el presidente de la Confederación de Hermandades, doctor Bermejillo, de Madrid; el doctor Laguna, presidente de la de Valladolid, y el doctor Escobar, de la de Palencia.

Después de unas palabras pronunciadas por el doctor Escobar, el doctor Laguna expresó su saludo en nombre de los compañeros de Valladolid, ofreciendo la colaboración de éstos para sus compañeros de Palencia.

Con palabras de afecto se congratuló del desarrollo de la Hermandad de Palencia.

### **El doctor Enríquez Salamanca**

El neo-maltusianismo—dice—era una doctrina esencialmente económico-moral, ideada por un pobre pastor protestante, a quien le faltaba el don de ciencia que el Espíritu Santo infunde en los miembros del cuerpo místico de Cristo. No es de extrañar, por tanto, que el argumento fuera acogido con alborozo por los dispersos en el error.

El neo-maltusianismo, sin abandonar el argumento económico, ha desplazado el interés del problema hacia el aspecto higiénico y eugénico, y por eso hay que examinarlo desde un punto de vista médico.

El problema se plantea, así sentado, como formulado que el hombre tiene el derecho de gobernar su cuerpo con omnímoda voluntad para garantizar la satisfacción de sus instintos; desligando, por lo tanto, estas funciones de las consecuencias sociales, a las que desde luego deben estar siempre subordinados los intereses particulares.

Por ello, los argumentos básicos del neo-maltusianismo pueden reducirse a dos: el higiénico, que propugna la mejoría del hijo y de los padres, y el eugénico, que procura el mejoramiento material de la sociedad.

El hombre de ciencia, al enfocar este problema, no debe dejarse arrastrar por la pasión y estudiarle serenamente.

Se dice—añade—que la multinatalidad perjudica a los hijos, al sucederse con excesiva frecuencia los embarazos, que agota a la madre y debilita a los hijos, aumentando la mortalidad infantil.

Nadie puede afirmar científicamente que el número de hijos sea pernicioso, si entre uno y otro ha quedado un intervalo conveniente, porque ello valdría tanto como decir que las funciones orgánicas se perjudican con el ejercicio ordenado de las mismas.

Cita estadísticas en que demuestra lo contrario y sobre todo recalca cómo ellas han puesto en evidencia que esa degeneración es proviniente del alcoholismo, cuya causa no se remedia con la propaganda anticoncepcionista.

Por el contrario—dice—en los casos normales, mientras la madre amamanta a su hijo, descansa la otra parte de la función procreativa y los intervalos de las gestaciones son más largos. De donde deduce que la excesiva frecuencia de los embarazos no es natural, sino propia de las familias flojas, que faltan a las leyes higiénicas.

El segundo problema es que la mortalidad infantil crece y decrece con la natalidad. Tampoco la ciencia puede afirmar eso, porque a más de la prueba de los intervalos antes dada, la misma estadística que ellos áducen, como prueba, demuestra lo contrario. Todos—dice—los que tenemos experiencia, sabemos que en España el 50 por 100 de los embarazos resultan inútiles para la sociedad, pero claramente se ve que la causa es la pobreza, el hacinamiento y la incultura y la mediocridad física de los medios de vida. De nuevas estadísticas que lee, saca esta consecuencia: No hay relación esencial entre la multinatalidad y la mortalidad infantil.

El tercer argumento es el eugénico, que formulan así: Más valen pocos hijos y buenos que muchos mal criados. Los inferiores se reproducen exageradamente y hay que evitar su multiplicación.

Si la primera proposición fuera verdadera, la doctrina adquirirá consistencia respecto a su finalidad, aunque nunca respecto a los medios.

Si la segunda fuese verdadera, el móvil del neo-maltusianismo, la propaganda, debía rechazarse por inconsciente, pues no hay razón para estimular a los bien dota-

# Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

# ANTIBLEFARINA

LITERATURA;  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardaña (Barcelona)



dos a que limiten su reproducción, toda vez que los inferiores son incapaces de aceptar estas prácticas.

Con valiosos y claros argumentos va refutando los contrarios, citando palabras de eminencias reconocidas, datos estadísticos y ejemplos prácticos.

Habla de la clasificación de los deseables e indeseables y de éstos dice que no son los proletarios por las condiciones de su vida, sino aquellos enfermos y tarados verdaderamente, a los cuales cabría limitar su fecundidad por el aislamiento.

Termina haciendo una dura y certera crítica del neo-maltusianismo y afirmando que éste, si se examina desde el punto de vista de la ciencia social o moral, es inadmisibile.

El doctor Bermejillo, de Madrid, cerró el acto dando cuenta de cómo había surgido la idea de estas Hermandades en un grupo de compañeros de Madrid y su rápida difusión por toda España.

Allí—dice—donde haya un compañero, debe hacerse la indicación, para que conozca nuestra Asociación.

Los fines—agrega—que ha de perseguir nuestra Hermandad, serán: uno piadoso y otro científico, fomentando Academias.

### BELLO RASGO DE DON SANTIAGO RAMON Y CAJAL

Recientemente don Victor M.<sup>a</sup> Cortezo, ha recibido como testimonio de pésame del glorioso histólogo, la siguiente carta:

«Señor don Víctor Cortezo.

Mi querido amigo: He sabido con profundo dolor el fallecimiento de su ilustre padre. Gran pérdida para la ciencia médica, para el periodismo profesional y para las instituciones sanitarias y filantrópicas. Es fuerza reconocer que casi todo lo bueno, sólido y viable conseguido en materias de higiene oficial y de enseñanza sanitaria, es fruto de las felicísimas iniciativas de don Carlos, que no se contentó con ser un ilustre e incomparable clínico, sino que se propuso y consiguió ser un hombre bueno.

El Colegio de Huérfanos, pierde en él un gestor paternal y difícilmente sustituible. De mi mezquina fortuna lego yo, para esta institución benéfica, 25.000 pesetas, sintiendo que mi numerosa familia no me permita ser más generoso.

Reiterándole a usted, así como a su atribulada familia, mi más sentido pésame, le saluda cariñosamente su viejo amigo, **S. Ramón y Cajal.**—Cercedilla, Agosto de 1933.»

### OTRO DONATIVO DE LA MARQUESA DE PELAYO

Para dotar de medio gramo de radio a la Casa de Salud Valdecilla, la ilustre dama ha entregado treinta mil dólares oro.

### Los Farmacéuticos y Odontólogos en la Previsión Médica.

Se ha autorizado el ingreso de farmacéuticos y odontólogos en la Previsión Médica Nacional.

Al ingresar, tendrán el mismo trato y los mismos derechos y deberes de los médicos en cuanto a percepción de subsidios y pagos de cuotas de entrada, garantía, derramas y recargos reglamentarios.

El ingreso en la Previsión Médica Nacional, será voluntario para todos los actuales ejercientes de la Medicina, la Farmacia y la Odontología; pero para los nuevos titulados, desde esta fecha será preciso para inscribirse en los respectivos Colegios, justificar su ingreso en el Grupo I de Invalidez y Vida de la Previsión Médica Nacio-

na, ampliándose automáticamente la inscripción al Grupo II al cumplir treinta años.

En el Consejo de Administración de la Previsión se dará entrada a dos miembros de la Junta Directiva de la Unión Farmacéutica Nacional y un miembro del Consejo general de los Colegios de Odontólogos.

No se exigirá a los farmacéuticos y odontólogos cantidad alguna de carácter extraordinario para acrecentar el fondo de reserva de la Previsión. En virtud de ello, en las discusiones sobre dicho fondo de reserva y aplicación del mismo, sólo tendrán voto los médicos. Siempre quedará como minimum un 30 por 100 afecto a la función general de dicha reserva. Los farmacéuticos y odontólogos podrán constituir dentro de la entidad fondos de reserva especiales y de su libre disponibilidad.

El Consejo de Administración de la Previsión podrá conceder, por un período de tres meses, un jubileo, durante el cual tengan cabida los farmacéuticos y odontólogos de todas las edades, abonando el 50 por 100 de las cuotas de entrada y rigiendo los límites de edad que se establecieron para los médicos en el período de organización, si bien atendiendo las condiciones del estado físico, cuota contributiva y posición económica que han venido regulando esta admisión. Los que se inscriban en los Grupos III y IV abonarán las cuotas complementarias que se marcan en el artículo 35, por estar ya en función dichos Grupos.

Ala avanzada edad de 85 años, falleció en Valladolid el médico don Julio Corzo Matienza, padre de nuestro querido amigo y compañero don Cástor.

A éste y al resto de la familia, hacemos presente nuestro pesar.

Después de penosa enfermedad, falleció en Zaragoza la señora doña Juana Alcorta Andonegui, madre de nuestro compañero el ilustre doctor Horno Alcorta, director de «Clínica y Laboratorio».

REVISTA CLINICA CASTELLANA, expresa al doctor Horno su sincero pesar por tan irreparable pérdida.

Acaba de fallecer en París, a la avanzada edad de 94 años, el profesor Georges Hayem, uno de los maestros de la Medicina contemporánea. Profesor de Terapéutica y luego de Clínica médica en la Facultad de Medicina de París, fué elegido miembro de la Academia de Medicina en 1886, siendo su presidente durante mucho tiempo.

Sus estudios sobre la sangre le habían hecho acreedor al título de padre de la Hematología, siendo también interesantísimas sus investigaciones sobre las afecciones gastro-intestinales y los grandes medicamentos actuales. Formó una excelente escuela de jóvenes maestros, enriqueciendo el arsenal y la literatura médicas con métodos y obras conocidas en todo el mundo y que no tardarán en hacerse clásicas.

Al ser jubilado se le nombró profesor honorario de la Universidad de París, y continuó sus actividades científicas, dedicándose a la meditación de los grandes problemas de la higiene individual y social.

Como el doctor Fausto, al declinar de su vida aconsejaba una sana actividad y la lucha racional y ardiente contra los males físicos y morales.