

## SUMARIO

### ARTÍCULOS ORIGINALES

	<u>Páginas</u>
CARLOS DíEZ FERNÁNDEZ.— <i>Esquema clínico-patogénico de las formas de comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto</i> .....	69
JOSÉ M. <sup>a</sup> M. <sup>z</sup> SAGARRA.— <i>Las estrecheces de la uretra a forma hematórica</i> .....	79
V. DE ANDRÉS BUENO.— <i>Las incapacidades parciales permanentes ante la nueva legislación</i> .—(Conclusión).....	85
DR. B. DE M.— <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i> ....	97

### REVISTA DE REVISTAS

**Dermatología y Sifiliografía**, por E. Ledo.

*A propósito de un caso de úlcera tuberculosa de la lengua*.—  
G. Hicquet et P. Cambrier..... 105

(Sigue)

# Myoston

Henning<sup>11</sup>

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

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

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

**GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN**

BARCELONA \* APARTADO 712

*A propósito del tratamiento de la úlcera tropical.*—S. Golovine... 105  
*Un caso de psoriasis blanqueado con hormonoterapia sexual.*—  
 A. Clavero Núñez..... 105  
*Investigaciones sobre la bacilemia tuberculosa en quince casos de  
 manifestaciones cutáneas tuberculosas o imputables a la tuber-  
 culosis.*—P. Courmont, I. Gate y P. I. Michel..... 106  
*Tubérculos de los ordeñadores sobre eczemas de manos.*—Fr.  
 Wormger..... 106  
*Chancro del dedo.*—L. M. Pautrier et R. Zoru..... 107  
*Eritrodermia arsenical después de tratamiento arseno-bismútico;  
 parálisis facial consecutiva y serología positiva.*—J. Roederer . 107  
*Actividad y tolerancia de una sal arsenical pentavalente inyectable  
 por vía subcutánea.*—Louste, Levy-Franckel y Reynaud..... 107  
*Raquianestesia y neurosífilis.*—M Faure Beaulieu..... 107  
*Función de la placenta en la sífilis hereditaria.*—Manouelian..... 108

**Oftalmología, por el Dr. Cilleruelo.**

*Alteraciones oculares de la lepra.*—Santomastoso..... 108  
*Tratamiento de los grandes eczemas de los párpados.*—A. Terson.. 109  
*La influencia del embarazo en el campo visual.*—Johns..... 110  
*Las reacciones alérgicas de la conjuntivitis ocular.*—Henri Lagrange  
 y S. del Thil..... 110

—(Sigue)

**BOROLUMYL**

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

INDICACIONES

**EPILEPSIA**

VOMITOS DEL EMBARAZO  
 ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFEC-  
 CIONES 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 Aportº 648 MADRID

*La cinematografía de las operaciones oftalmológicas.*—Y. Sohji... 112

**Otorrinolaringología**, por S. R. Berceruelo.

*Las modificaciones del líquido céfalorraquídeo en el curso de algunas complicaciones de origen ótico.*—M. A. B. Rasher..... 113

*Las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las rinitis hipertóxicas en los tuberculosos pulmonares* —Alfonso C. Carrasco y L. García Ibáñez..... 113

*Los epitelomas del istmo de las fauces.*—Dr. Ledoux..... 114

**Pediatría**, por Allué Horná.

*Consideraciones sobre la influencia del cobre y del manganeso sobre la actividad terapéutica del hierro.*—Sheldon..... 115

*Nuevas observaciones sobre la trofoalergia en el eczema infantil.* —Giorgy y Moro..... 115

*Los edemas con desequilibrio lípido proteico del niño.*—Dufois... 116

*Un caso de difteria umbilical.*—Montgomery..... 117

*Diagnóstico de las hemorragias obstétricas-intracraneales en el recién nacido.*—Catel..... 117

LIBROS RECIBIDOS..... 118

NOTICIAS..... 119

# 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 glicerosofórico . . . . .	0,046 »
	Acido cacodílico . . . . .	0,030 »
	Hierro asimilable . . . . .	0,002 »
	Glicerosofato estrónico. . . . .	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

## MEDICACIÓN CLÁSICA DE

linfatismo, escrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etc., etc.

# Jodarsolo

*la golosina de los niños*

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

---

---

### AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

### MIOSAL

extracto de músculo; gotas e inyectables.

### LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

### OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

### ZIMEMA

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

### CASEAL CALCICO

heteroproteinoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

### SURRETAL

extracto total suprarrenal; inyectables.

### CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; gotas e inyectables.

### ERGAL

extracto medular suprarrenal; gotas e inyectables.

### GONEAL

quimio-proteinoterapia; inyectables.

### LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; inyectables.

### NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

### OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

### MASTAL

extracto de mama funcionante; gotas.

---

---

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA  
Agente: M. VIALE / Provenza, 427 - Barcelona / Delicias, 13 - Madrid

LUCHA ANTITUBERCULOSA DE ESPAÑA. — DISPENSARIO DEL DISTRITO DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID. — DIRECTOR: DOCTOR C. DÍEZ FERNÁNDEZ

## Esquema clínico-patogénico de las formas de comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto

por el doctor Carlos DÍEZ FERNÁNDEZ

### I

El tema del comienzo de la tuberculosis pulmonar ofrece un gran interés; por haber cambiado en los últimos años los conocimientos ya clásicos sobre él ha sido revolucionada la Tisiología, y los métodos de lucha antituberculosa han tenido rápidamente que modificarse para ser adaptados a la nueva postura científica. Por desgracia se han dicho demasiadas cosas y se ha atomizado el problema alejándose a veces de la realidad, pero en los tiempos que corren comienza la rectificación necesaria y se abandonan muchas de las posiciones pasadas.

Desde luego es innegable que la afirmación de que la mayor parte de los tuberculosos pulmonares sólo son descubiertos cuando llevan bastante tiempo arrastrando el cuadro clínico de su enfermedad es aún cierta. Para nosotros el hecho de que el diagnóstico precoz sea un bello sueño, es función no sólo de que no se aplican los debidos procederes, sino muy principalmente de que se desconocen los cuadros clínicos, lo cual sucede, entre otras cosas, porque no se puede hacer lo que se viene haciendo hasta aquí. Decir al médico que todo proceso agudo puede ser una tuberculosis y que debe pensar siempre en esta posibilidad, es desconocer la mecánica del pensamiento no especializado ante la cabecera de un enfermo; es menester dar normas generales, marcar los trazos más groseros, más evidentes, más frecuentes; sólo así se aprende a sospechar; de otra manera, sabiendo que todo puede ser una tuberculosis, como no es posible en la mayoría de los casos realizar los debidos exámenes, sucede que no se busca la enfermedad, sino ante los síntomas clásicos ya sospechosos, inclusive, para los familiares del enfermo. Puede decirse que el médico no busca un diagnóstico de tuberculosis más que cuando se le ha encontrado ya.

Uno de los puntales de la lucha antituberculosa es la enseñanza, pero realizar ésta supone, en los momentos actuales, desbrozar todo lo inútil acumulado en grandes cantidades en estos años para entregar solamente lo digno de considerarse. La tarea es bien difícil, porque no es posible señar

lar de modo definitivo la verdad en varios aspectos del tema, diferentes, por lo general, para cada autor; mientras una escuela considera decisivamente aclarada una cuestión, la de más allá aún discute sobre ella. Es quizá por esto por lo que buen número de médicos han llegado a adoptar una posición totalmente errónea y perjudicial: la de negar todo valor a la interpretación de los hechos, a las hipótesis que sobre la realidad clínica se realizan y muy particularmente a las suposiciones patogénicas que para ellos son artificiosos problemas académicos.

No existe ningún inconveniente para calificar de baldía la discusión—que amenaza convertirse en eterna—acerca de si la tuberculosis del adulto es exógena o endógena, sobre si se debe a la acción de la superinfección o a la reactivación de los focos viejos que gran parte de los adultos llevamos como reliquia de la primoinfección sufrida en la infancia. Una y otra hipótesis básanse en argumentos lógicos, experimentales y clínicos, sin que las afirmaciones de sus correspondientes defensores puedan ser negadas por los contrarios. Esta clase de discusiones son, desde luego, absurdas, una vez que se llega a la conclusión de que los dos mecanismos son posibles, y aunque la frecuencia sea mayor en uno cualquiera de los dos, es evidente que a los dos habrá que atender; no sabremos nunca qué individuo va a tener una tuberculosis por reinfección y cuál otro por debilitación defensiva, y siendo preciso luchar contra las dos, persistir defendiendo una u otra postura no conduce a nada práctico.

Pero no todas las cuestiones patogénicas de este tema pueden correr igual suerte que la que acabamos de tratar. Por lo pronto es indiscutible que si ambos mecanismos suceden será de interés ver si desarrollan tipos clínicos idénticos o diferentes y hasta qué punto pueden marcarse modalidades entre ellos.

Por lo pronto quedamos en que el comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto igual puede ser debido a la reactivación de un foco viejo que a la creación de uno nuevo. No sabremos casi nunca cuál de las dos cosas ha sucedido, pero es bien claro que los focos viejos capaces de reactivarse pueden tener tres clases de localización: pulmonar, ganglionar y extratorácica. No hay duda de que la más frecuente sea la segunda, e incluso que sea ésta también la que alberga mayor cantidad de bacilos y a su vez la que ofrece máximas facilidades para su puesta en marcha. La reactivación de todo albergue bacteriano es tanto más fácil cuanto mayor cantidad de gérmenes—cualesquiera que sean—se encuentren sitiados y tanto menores sean las defensas que fuerzan su estancamiento e inactividad. Estas defensas podemos de una manera didáctica concebirlas reunidas en dos grandes grupos: inmunobiológicas y mecánicas; cuando las primeras ceden, no todos los focos de un organismo liberan los gérmenes que albergaban, lo hacen sobre todo aquellos que se conservan más en relación con las vías naturales de difusión. Y todo esto es lo que sucede en los focos ganglionares. Por un lado constituyen el reservorio natural del bacilo tuberculoso que ha infec-

tado al organismo; por otro, el magma calloso que se forma alrededor de los ganglios infectados no suprime la marcha linfática hacia los vasos, para muchos, inclusive, no es capaz de impedir el retroceso por las vías linfáticas procedentes del parenquima pulmonar. Por cualquiera de ambos mecanismos la reactivación de un foco ganglionar puede producir formaciones focales nuevas en territorios más o menos lejanos del pulmón. En cambio es mucho menos posible que tal reactivación dé lugar a la extensión dentro del parenquima pulmonar cercano al hilio, ya que para ello han de ser vencidas las barreras callosas a que antes nos hemos referido. Las mismas que se oponen también a que la reactivación produzca una siembra bronquial, es preciso que el ganglio usure las paredes bronquiales, y esto no sucede más que rara vez.

Hasta ahora encontramos que la reactivación de un foco viejo, cuando se hace en un ganglio—como es lo más frecuente—, o no produce más que signos de intoxicación, sin dar lugar a un verdadero comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto, o en caso contrario, es lo más frecuente que dé lugar a la formación de focos nuevos, bien por vía hemática, bien por vía linfática. Rara vez se encontrarán extensiones in situ, y más rara vez aún difusiones bronquiales por perforación.

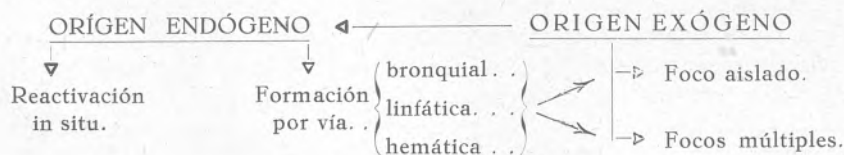
Cosa bien distinta si el foco que se reactiva tiene un asiento parenquimatoso. Prescindiendo de la cuestión actualmente en litigio sobre si ello es posible únicamente a los focos originados después de haber cesado la acción de la alergia esclerógena, es evidente que el foco viejo, con asiento en pleno parenquima, presenta relaciones más directas con los canales bronquiales que el foco ganglionar; por otra parte, es también claro que la facilidad a extenderse un proceso inflamatorio en el tejido pulmonar es mucho más grande que en el hilio, de donde resulta que estos dos serán—y son—los modos más frecuentes de exteriorizarse una reactivación de un foco viejo pulmonar; la propagación por vía linfática queda ligada a la extensión in situ, como ocurre en las infiltraciones infantiles; la difusión por las vías hemáticas requiere una ruptura vascular, y según las leyes mecánicas de Loschke, aun así es preciso que se viertan bastantes bacilos para que se llegue a la formación de focos nuevos.

Esta última vía—hemática—es la única aducible para sostener la producción de una tuberculosis pulmonar a expensas de un foco viejo extratorácico, siendo precisa, como se comprende también, la ruptura del vaso.

En resumen: la reactivación de un foco viejo de cualquier localización puede marcar el comienzo de una tuberculosis pulmonar; tal reactivación puede producir, o bien un desarrollo tísico en el mismo lugar donde tal foco estaba, o bien la formación de un foco nuevo, merced a la transmisión de gérmenes por cualquiera de las tres vías posibles—linfática, bronquial, vascular—. Para los focos extratorácicos la transmisión por vía hemática es la única posible; para los otros dos—ganglionares o parenquimatosos—todas las otras posibilidades pueden realizarse, pero en cada localización son más

frecuentes unos modos y menos otros; al foco parenquimatoso corresponde la formación in situ y también la propagación por vía bronquial; al foco ganglionar la formación por vía hemática y quizá el retroceso por vía linfática.

Si a esto añadimos que no es posible negar la formación de focos de origen exógeno, es decir, producidos por el aporte de bacilos que llegan del exterior por vía bronquial—prescindimos de las teorías que les suponen penetrando por las amígdalas o por los alveolos e incorporándose al torrente sanguíneo y localizándose por su intermedio—, y si valoramos el hecho indudable de que tanto por vía bronquial como por vía hemática pueden originarse focos múltiples, habiéndose comunicado recientemente idéntica formación merced a la vía linfática, tendremos que el comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto puede sintetizarse así:



Para nosotros no hay ninguna duda de que lo más frecuente es la reactivación del foco hiliar y la formación por vía hemática de focos aislados; la frecuencia del comienzo exógeno es también muy a valorar, y junto a ella la formación por vía bronquial de un foco nuevo originado en uno parenquimatoso antiguo. Pero todas las otras posibilidades han sido demostradas.

¿Y es que puede creerse que para la clínica es indiferente la manera de formarse un foco? ¿Es que puede admitirse que dé lo mismo que el comienzo anatómico sea difuso o aislado? ¿Es que no es distinto que el organismo tenga que luchar de repente con la formación de un foco infeccioso que venga de atrás en simbiosis de combate? ¿Va a tener la misma significación que se forme un foco tras una simple propagación bronquial que sea consecutivo a un período bacilémico de cualquier intensidad? Nos cuesta trabajo creerlo.

Por lo pronto es cierto que todo cuadro clínico puede corresponder a un comienzo de la tuberculosis pulmonar, pero de igual manera que puede enmascarar cualquier otra enfermedad; ya se sabe que los cuadros sindrómicos más típicos de una enfermedad pueden encontrarse en otra, y que no existe proceso lesional que no sea capaz de disfrazarse con los síntomas menos esperados. Pero esto no es la norma, y es ateniéndose a ésta como hay que practicar la enseñanza, y también en la tuberculosis pulmonar tenemos unos cuantos cuadros clínicos que son los que se encuentran en la inmensa mayoría de los casos iniciales.

En primer lugar existen unos cuantos enfermos en los que los actuales métodos de lucha descubren lesiones pulmonares claras y que carecen por



completo de sintomatología. Cuál sea la frecuencia de tales casos es lo que no puede decirse por ahora, hay que persistir en las investigaciones, y tampoco puede señalarse cuál sería el destino de tales enfermos si se les abandonara a su propia suerte, haciendo caso omiso del hallazgo radiológico. En nuestra experiencia el porcentaje de estos casos, que carecen de toda sintomatología y en donde se puede hablar de comienzo anatómico de la tuberculosis pulmonar, pero sin manifestación clínica, es de 9,4. Esta cifra no puede tener más que un valor muy relativo, ya que llevamos poco tiempo trabajando (no hemos visto más que unas 20.000 personas), y además porque estamos absolutamente convencidos de que en cada país y población pueden darse cifras muy dispares, ya que siendo las circunstancias epidemiológicas y de defensa generales muy diversas, es lógico que esto tenga una traducción.

Hay otro grupo ya con síntomas claros y en el que tampoco puede marcarse un comienzo clínico. Se trata de sujetos que desde la infancia vienen teniendo procesos catarrales repetidos, con o sin síndrome general de intoxicación más o menos intensa, con cuyo cuadro permanecen X tiempo, y luego, a partir de uno de tales procesos, desarrollan una tuberculosis. Cuando en los primeros tiempos se radiografía a uno de estos enfermos, se comprueba que los brotes catarrales unas veces tienen también una explicación en la película, y otras, por el contrario, nada pasa. Marcar, pues, en uno cualquiera de los brotes donde comienza la tuberculosis, nos parece totalmente arbitrario. Por lo general se trata de individuos con viejas lesiones apicales, y el proceso, a que más tarde dan lugar, es a un desarrollo apico-caudal. Nosotros hemos encontrado este hecho con una frecuencia de 5,1.

El resto de los cuadros clínicos de comienzo de la tuberculosis pulmonar vistos por nosotros (en total suman 127 seguidos radiográficamente, y 4 de ellos con película anterior a su lesión, demostrando el estado normal de sus pulmones), presentaban cuadros clínicos encajables dentro de uno de los tres grupos siguientes:

Enfermos con un cuadro agudo más o menos grave—poco por lo general—pero lo suficientemente llamativo para que al cabo de los meses se recuerde quizá hasta el día en que cayó en cama. Algunos de estos cuadros han sido vistos por nosotros en plena iniciación—a los dos días, dentro de la primer semana—y tendrán o no sintomatología febril, de intoxicación, pero no faltan jamás los signos de aparato respiratorio; rara vez se diagnostican de infecciones intestinales, en cambio, como todo el mundo sabe, es frecuentísimo calificarlos de gripe; la tos, la expectoración, a veces poco marcada, no faltan ni en los casos de amigdalitis que hemos visto escasas veces. En este grupo de enfermos las hemoptisis abundan más que en ninguno otro. Entre ellos, algunos continúan ya con sintomatología respiratoria e infecciosa in crescendo, pero la mayoría, tras unos cuantos días, a veces muchos (¡desconfiar de los catarras con larga convalecencia!), hacen por completo su vida normal, y es, al cabo de dos, tres meses, cuando de nuevo

se sienten enfermos, bien por otro proceso análogo, bien por expulsar sangre, bien porque las pequeñas molestias—cansancio, adelgazamiento discreto, tos y ligera expectoración—que a otros muchos les restan desde el primer momento, se haya ido exagerando hasta producirle por su persistencia la sensación de enfermedad.

En los que presentan este cuadro clínico, la radiografía demuestra la presencia de un proceso infiltrativo de cualquier localización, pero preferentemente infraclavicular; se trata de los casos más típicos del llamado infiltrado precoz; el detalle dependerá del tiempo en que se observe al enfermo, la cavitación, los nódulos alrededor del foco originario pueden variar mucho, pero lo fundamental es tratarse de una lesión aislada y reciente, por lo general carente de focos viejos en otros lugares del parénquima pero pudiendo tenerlos.

La mayor parte de los casos de tuberculosis pulmonar inicial, en los que se descubre la existencia de un bacilífero antiguo alrededor, pertenecen a este grupo. Por otra parte, un buen número de ellos carecen por completo de antecedentes personales y familiares sospechosos siquiera. Por todo ello, nosotros hemos valorado siempre esta forma de comienzo como correspondiente a la formación de un foco tuberculoso absolutamente nuevo, tanto desde el punto de vista infeccioso, como desde el lesional; es decir, o se trata de un origen exógeno, lo que representaría el ideal del supuesto teórico, o se trata de un foco surgido instantáneamente como consecuencia, más que de una reactivación de focos viejos, de una propagación de los gérmenes en éstos albergados, sin que tampoco pueda ser negada una brutal vuelta a la actividad de los mismos. Pero todos ellos, sucediendo en individuos que hace tiempo han acabado sus luchas con el bacilo de Koch. El que hagan sintomatología más o menos considerable, el que domine unas veces el cuadro respiratorio y otras la repercusión toxi-infecciosa, dependerá, tanto, de las circunstancias del germen, como principalmente de las del terreno.

Hay, en cambio, otro cuadro clínico de comienzo, en el que es menester valorar otra patogenia. Para nosotros, justamente se trata del más frecuente modo de iniciarse la enfermedad tuberculosa, pese a que en los últimos tiempos se haya sostenido lo contrario. En estos casos existe también a veces un episodio más o menos agudo, pero sobreviene después de una temporada, en que hay sintomatología, unas veces respiratoria y otras general, siempre muy discreta, en buen número de casos sólo valorada por el enfermo a posteriori, pero desde luego evidente; lo más corriente es que se trate de pérdida leve, pero constante, de peso, anorexia, ligera tos seca o con expectoración blanquizca. La imagen radiográfica es también la de un proceso infiltrativo de cualquier localización, más preferentemente apical, viéndose, inclusive, formaciones más viejas, como núcleo, anchos casquetes, o en la parte más superior del campo. En la historia anterior figuran más veces que en otros tipos las infecciones infantiles y los procesos respiratorios o no, pero sospechosos siempre de haber sufrido infiltraciones, disemi-

naciones. Basados en todos estos hechos—nada artificiosamente reunidos—creemos que estos casos son magníficamente explicados merced a la reactivación de focos viejos; cuando lo primero es un período de intoxicación, y luego sigue un cuadro agudo análogo al que hemos considerado anteriormente, puede admitirse que tal foco viejo reactivado ha dado lugar a la formación de uno nuevo, pero cuando desde el principio hay sintomatología respiratoria y general, yendo cada una en progresión más o menos rápida, lo más probable es que se trate de la reactivación in situ.

Entre uno y otro cuadro existen gradaciones que hacen a veces muy difícil la separación. Conviene tener presente que en la actualidad todas las disquisiciones acerca de foco viejo y nuevo no son llevadas tan a punto de lanza como antes, y también que cuanto decimos aquí tiene, sobre todo, un valor didáctico y de recuerdo. Pero no se trata de hipótesis sin base. Nosotros hemos estudiado los casos de nuestro Dispensario cuidadosamente en este sentido, y el resultado de nuestra experiencia es que los cuadros de comienzo pueden dividirse como en el presente trabajo venimos haciendo, si bien, para simplificar las cuestiones nosotros reunimos ambas modalidades, hablando solamente de forma inicial merced a infiltración de comienzo con sintomatología aguda o crónica; en ella no falla jamás la sintomatología respiratoria; cuando el médico comete un error, la confusión es con enfermedades de este aparato, y también con cuadros banales, a los que no se da importancia alguna.

No así con la otra forma de comienzo que hemos observado y que apenas si es relatada por los diversos autores que se han ocupado de la cuestión. Se encuentra, sobre todo, en antiguos familiares de tuberculosos, unos con anamnesis personal de siembras repetidas, otros sin nada de particular en su historia; rara vez tienen un comienzo orientador, porque rara vez sufren una hemoptisis—que por cierto siempre la hemos visto aislada, sin repetir jamás—: en ellos el cuadro clínico hace pensar en una cardiopatía, o bien en una perturbación de las glándulas de secreción interna; sus síntomas son muy varios en las formas de agruparse, pero hay tres características que es muy difícil que dejen de existir: disnea de esfuerzo, pérdida de peso brutal, rapidísima, y carencia de sintomatología objetiva y subjetiva por parte del aparato respiratorio, todo lo más que tienen es tos seca, sin importancia. Jamás hemos encontrado un cuadro de estos en el que se hubiera llegado—por lo menos—a la sospecha de encontrarse ante una tuberculosis, y advirtiendo que algunos de nuestros enfermos habían sido vistos por prestigiosos profesionales.

La imagen radiográfica no puede ser más clara; si los enfermos no se diagnostican es porque no se hace un examen radiológico, porque la pantalla revela una siembra bilateral más o menos discreta, con más o menos tendencia a la confluencia y con más o menos destrucciones. Tampoco deja de dar indicios la velocidad de sedimentación, que es siempre elevadísima, mientras que el recuento y fórmula leucocitaria no están alterados en el

sentido de la existencia de un foco supuratorio. Cuando comienzan a surgir los esputos, encontrar en ellos bacilos es sencillísimo, porque son muy abundantes; lo malo es que la presencia de expectoración es casi siempre precedida por un brote agudo muy parecido al inicial de los procesos infiltrativos, pero más violento, y a partir de entonces el diagnóstico es sencillo, porque la sintomatología física y subjetiva respiratoria hasta allí inexistente o poco menos, pasa a primer plano, siendo la regla que la extensión y cualidades de proceso sean ya invencibles. El período de tiempo en que esta fase tarda en llegar, suele ser de cinco-seis meses, pero tiene muchas oscilaciones, de manera que nada definitivo puede indicarse; por otra parte, a veces el cuadro primero se prolonga mucho más y la imagen radiográfica va desapareciendo para dejar unas enormes destrucciones sin reacción alguna perifocal, múltiples casi siempre y sin siembras bronquiales; se trata de los casos con lohcaverne, de las enfermedades cavitarias.

Pese a las opiniones de algunos autores alemanes, estos casos corresponden al desarrollo directo hacia tisis de los procesos de diseminación que en los últimos tiempos han sido tan valorados. No se nos alcanza la razón que obligue a que una siembra de focos bacilares necesite de la adición de procesos exudativos para evolucionar de manera maligna. ¡Ellos ya son exudativos, llevan en sí todas las posibilidades!

No hay que decir qué patogenia hemos de adscribir a estos casos. Constituyen las verdaderas tisis hemáticas, ya que nosotros seguimos el criterio de Pagel, cuando no consideramos como tales a las lesiones tuberculosas que, pudiendo haber sido originadas merced a la vía sanguínea, tienen, sin embargo, una patología en todo idéntica a las producidas por otros mecanismos patogénicos. La realidad de nuestra suposición de que estas formas son las hemáticas, lo da el hecho de que en ellas sea donde se encuentra el máximo porcentaje de lesiones extrapulmonares.

Y tenemos, ya, todas las formas de comienzo a que podemos referir los cuadros clínicos de la tuberculosis pulmonar del adulto. Todos los autores que han pretendido, como nosotros, esquematizarlas, lo hacen de manera parecida, lo cual prueba la realidad evidente de tal agrupación; se podrá argüir que lo teórico es la aplicación, pero no se puede negar la necesidad de encontrarla ni la lógica que preside nuestras afirmaciones que, *en resumen*, son las siguientes:

El comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto no puede a veces ser señalado bien, porque sea inapercpto, es decir, porque carezca de sintomatología clínica, mientras existen ya formaciones anatómico-radiográficas, bien porque la existencia de persistentes procesos de aparato respiratorio cualitativamente análogos enmascaren el momento de su presentación.


Cuando así no sucede, es decir, cuando nos hallamos ante una persona en la que se puede afirmar el modo de comienzo, nos encontramos con que, en líneas generales, éste es desde el punto de vista radiográfico o aislado o difuso. En este último caso, el cuadro clínico presenta una marcha

subaguda, unas molestias que no orientan hacia el aparato lesionado y una evolución francamente mala, siendo todo ello atribuible al crecimiento de una siembra hemática, ya que los casos análogos descritos, como debidos a siembra linfática, deben ser revisados, y los cuadros que surgen por diseminación bronquial presentan un síndrome diverso del manifestado por estos enfermos.

En el primer grupo, el de aquellos que ofrecen un comienzo aislado, la inmensa mayoría dan signos de que tal comienzo se hace por el intermedio de un proceso infiltrativo. Puede establecerse en los mismos, dos grandes grupos: uno en el que el cuadro es agudo y se hallan manantiales frecuentemente, mientras se carece de historia anterior y de cicatrices intensas; en éste hay derecho a pensar en la superinfección como elemento a valorar, obre por el mecanismo que sea; se trataría entonces de un foco nuevo en el más amplio sentido de la palabra, y cuando no es así, tenemos que pensar en que es solamente nuevo en su localización, pero que se ha originado en focos antiguos, y como los mismos son más frecuentes en el hilio y en los vértices apicales, a ellos debemos acudir; ahora bien, estos últimos se comprueban rara vez, y cuando existen, es la regla que den a la sintomatología anterior, por todo lo cual, nosotros creemos que ante cuadros clínicos como los que nos ocupan, hay que pensar en que estamos ante un foco nuevo originado por la siembra hemática que un foco hilar antiguo ha producido al reactivarse.

El otro subgrupo ofrece, por el contrario, un comienzo crónico, lento, larvado, unas veces dominando la sintomatología respiratoria y otras la de intoxicación, pero sin que aquélla falte jamás. Para estos casos nosotros pensamos en el crecimiento in situ de los focos viejos parenquimatosos y también en el origen bronquial a expensas de antiguas cicatrices apicales puestas de nuevo en actividad.

De todo esto se deducen algunas normas de valor. Tanto menos en contacto con infecciones tuberculosas se encuentre un adulto, con tanta mayor facilidad hará sintomatología aguda de comienzo una lesión de esta índole que en él principie a desarrollarse. En cambio será tanto más discreta cuanto más historia sospechosa ofrezca. Y como en los momentos actuales nuestra patria se encuentra en muchas de sus zonas en intenso grado de tuberculinización, es lógico que sea más frecuente el modo de comienzo crónico que el agudo.



41°  
40°  
39°

*Contra la Gripe*  
**ARCANOL**  
*Schering*

TUBOS DE 10 TABL.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.  
APARTADO 479, MADRID - APARTADO 1030, BARCELONA

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

# GOTAS BIDALÍ

(Hacen recobrar el apetito desde las primeras tomas)

**INDICACIONES:**

**Especialmente en la inapetencia.**

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

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

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

**Muestras y Literaturas:**

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

## Las estrecheces de la uretra a forma hematúrica

por el doctor José M.<sup>a</sup> M. z SAGARRA

Las hematurias como primera manifestación clínica en los estrechados, no deja de constituir una rareza, habiendo sido atribuidas la mayor parte de las veces a lesiones concomitantes de las vías urinarias, y a diagnósticos erróneos, otras; pero no a la misma estrechez. Quiero hacer referencia, por tanto, no a las hemorragias producidas en las estrecheces inflamatorias con tendencia a sangrar, ni a las que en ocasiones produce el cirujano con maniobras bruscas de dilatación (uretrorragias), ni tampoco las producidas por falsas vías o sondajes a destiempo, ocasionando las conocidas hemorragias exvacuo, sino aquellas que sin historia urinaria alguna se manifiestan tan destacadamente en individuos estrechados que nos hacen pensar en lesiones de otra índole en su aparato urinario, siendo la única causa de estas hematurias la propia estrechez.

Las primeras publicaciones que parecen explicar las estrecheces uretrales como causa de tales hematurias, datan solamente del año 1924, en que Dax y Duvergey presentan varios casos de esta índole a la Sociedad Francesa de Urología; y este mismo año Averseq presenta un nuevo caso a esta Sociedad, Vintici, en 1928, nombra nuevamente a los citados autores como los primeros que publicaron este tipo de hematuria, no citando los tratados clásicos este cuadro sintomático de los estrechados hasta 1928, en que Marion, en su *Tratado de Urología*, dedica atención—aunque sólo sea de paso—, y admite la posibilidad de hematurias como único síntoma predominante en los estrechados. Ultimamente Leon Sourdille y Breton—en sus tesis—, Paradinni y otros, contribuyen con sus aportaciones a engrosar la estadística de esta clase de enfermos.

He aquí los míos personales:

OBSERVACION PRIMERA.—H. M., de 42 años, de oficio camarero, residente en Valladolid, sus padres viven, así como tres hermanos que gozan salud. Como antecedentes personales, sin importancia, aparte de una blenorragia que padeció hace veinte años, que dice le duró varios meses, pero curó sin complicaciones.

Hace unos cuatro meses sufre micciones imperiosas, en las que generalmente las últimas gotas de orina aparecen teñidas de sangre; estos síntomas se han ido acusando últimamente, saliendo las orinas totalmente ensangrentadas. Orina cada tres horas de día y dos veces de noche con la misma necesidad imperiosa.

No recuerda haber padecido de los riñones.

A la exploración, individuo de aspecto bien constituido y ligera anemia que se manifiesta por palidez de mucosas, probablemente por la sangre perdida en estos últimos meses.

A la palpación renal no acusa ninguna anomalía. Próstata normal. Testículos normales, pequeño quiste del epididimo izquierdo.

La uretra da paso a un explorador de bola número 16, y el sondaje con una olivar del mismo calibre, recoge una orina francamente hematurica.

El análisis de esta orina da algún raro leucocito, abundantísimos hemáties, indicios de albúmina, no glucosa. Urea por mil veintidós gramos. Bacterias no se observan.

Al día siguiente propongo una cistoscopia, valiéndome del cistoscopio explorador de calibre número 20 de la escala de Charriere, 300 cc. de capacidad vesical. Al introducir el aparato me veo sorprendido ante la imposibilidad de poder franquear la parte posterior de la uretra bulbar, debiendo desistir de mis propósitos. Explorando nuevamente la uretra con el explorador de bola de Guyón número 24, observo que se detiene en el mismo punto que el cistoscopio; valiéndome del número 22 consigo franquear el obstáculo, y al retirar el explorador percibo claramente un resalto único al nivel del obstáculo encontrado al cateterismo. Con el cistouretroscopio de Mac-Karthy y no sin dificultades, consigo franquear la estrechez, llegando hasta la vejiga, que me permite ver ésta, de paredes normales. Los orificios ureterales normales. En la parte más inferior del trigono y en el cuello de la vejiga, se observa una congestión difusa con tendencia a sangrar por el roce del instrumento; la fosita suprarrenal, así como el veru-montano, participan igualmente de este estado congestivo, siendo imposible ver los orificios de los eyaculadores; en la parte inferior de la parte prostática va desapareciendo la congestión y no sangra ya la uretra; finalmente, según voy retirando el uretroscopio, se observa normal el pliegue de Finger; y en la región posterior de la uretra bulbar se observa una brida de aspecto blanquecino, y que ocupa todo el contorno. El resto de la uretra normal.

En vista de la integridad del aparato urinario, que parece desprenderse de esta exploración, y únicamente lesiones de congestión del cuello de vejiga y uretra posterior, me limito a las dilataciones con Benique, llegando hasta el número 58, seguido de las instilaciones en la uretra posterior, con la solución del argirol al 5 por 100. En el transcurso del tratamiento, las hematurias han desaparecido totalmente desde la tercera sesión, quedando únicamente durante algún tiempo la micción imperiosa con tendencia a disminuir. Una vez terminadas las sesiones de dilatación, le realizo al enfermo una nueva uretrocistoscopia previa inyección intravenosa de carmín índigo Merck. Vejiga normal; el orificio ureteral derecho comienza a dar azul a los cuatro minutos de la inyección, y el orificio ureteral izquierdo comienza la eliminación segundos después. En el cuello de la vejiga se observan discretas bolas de edema, habiendo desaparecido igualmente que de la uretra posterior, la congestión hemorrágica; veru-montano normal en forma de escafandra, orificios eyaculadores normales. La estrechez uretral es perfectamente franqueable con el uretroscopio, observándose claramente la palidez de la mucosa en la zona



de estrechez. Actualmente toda molestia urinaria ha desaparecido, dando al enfermo alta por curación.

**OBSERVACION SEGUNDA.**—A. P., de 51 años, casado, natural de Olmedo (Valladolid). Antecedentes familiares sin importancia. Blenorragia a los 26 años, que se trató él mismo por medio de lavados. Hace próximamente un año que viene notando marcada dificultad al orinar, haciéndose el chorro cada vez más débil; en estos últimos meses ha tenido tres hematurias que le duraban dos o tres días, desapareciendo totalmente. Las hematurias, según indica el paciente, coinciden con las épocas que encuentra más dificultad a la micción. A la exploración: enfermo de talla mediana y constitución débil, presentando un aspecto terroso, mal estado general, lengua saburral y sequedad de fauces, características de su elevada azotemia 0,70.

A la palpación renal y tacto rectal no se observa anormalidad alguna. La uretra es infranqueable al explorador de bola número 10, por lo que me dispongo al cateterismo con la filiforme, que consigo no sin dificultad dejándola permanente, y propongo la uretrotomía interna, que llevo a cabo al día siguiente con el Maisoneuve, sonda permanente que dejo 48 horas; curso postoperatorio normal. Lavados uretrovesicales diarios con la solución de nitrato de plata, estando las orinas limpias al octavo día. A los diez de la operación comienzo las sesiones de dilatación que duran 20 días, llegando hasta el número 50 Benique. En esta fecha las molestias a la micción, así como las hematurias, han desaparecido totalmente. Por temor a que las hematurias pudieran tener por causa alguna lesión en el tramo urinario superior, hago una cromocistoscopia con ayuda del carmín índigo Merck intravenoso. Con el aparato de Mac-Karthy observo una vejiga normal, orificios ureterales normales, eyaculando un azul intenso en ambos lados a los diez minutos de la inyección. Cuello vesical y uretra posterior normal, observándose una ligera congestión en la zona donde fueron seccionadas las bridas uretrales. Se le da el alta, mandándole volver cada año con objeto de calibrarle la uretra.

De lo expuesto se deduce la posibilidad de evolucionar una estrechez de uretra sin manifestación disúrica alguna, como ocurrió en el primer caso. En el segundo enfermo, la dificultad a la micción se venía manifestando desde hacía un año, pero los síntomas más destacados fueron las hemorragias.

Aunque como ya he dicho, Guyon no habla de hematurias en esta clase de enfermos, con su sagacidad clínica ya indicó la posibilidad de hemorragias en cualquier parte del tramo urinario por encima de un obstáculo al libre paso de la orina; pudiendo un prostático o un estrechado del uréter, sufrir congestiones renales determinantes de estas hematurias. Igualmente una obstrucción uretral puede exponer a estos accidentes.

En cuanto a nuestro primer caso, la integridad de su aparato urinario, la eliminación de orina clara por ambos riñones en período de hematuria, la única localización de la hemorragia en el cuello de la vejiga y uretra posterior, nos hace pensar que la mayor parte de las veces de obstáculo uretral

sea esta región el punto de partida de tales hematurias. Esto se explica, tanto por la proximidad al obstáculo, como por tratarse de una de las partes del aparato urinario más ricamente vascularizadas. En nuestro segundo enfermo no pudimos verificarle la cistoscopia antes de someterlo a tratamiento, por impedirlo la estrechez del canal. Ambos casos prueban que la hematuria es producto de la estrechez, ya que suprimida ésta desapareció aquélla.

Otro hecho interesante es que el grado de estrechez no está en relación con los fenómenos congestivos, puesto que nuestra primera observación, una estrechez ancha ha producido una hematuria más intensa que en la segunda observación, a pesar de tratarse de un estrechamiento filiforme.

Estos fenómenos de congestión otras veces no se manifiestan por hemorragias, sino por simples fenómenos de retención, habiendo tenido ocasión de observar, cómo estrecheces anchas provocaban retenciones más intensas que las filiformes, aunque esto constituye la excepción.

Otra explicación clínica que parece desprenderse de la lectura de estos casos, es la necesidad de explorar la uretra con los más gruesos exploradores, puesto que pueden existir estrecheces anchas que pasan desapercibidas a un explorador corriente, número 18, y capaces de originar los fenómenos apuntados.

En cuanto a la etiología de estos estrechamientos, ambos enfermos tienen antecedentes blenorragicos netos, pero en el primer caso, el hecho de tratarse de una estrechez única, y su aspecto endoscópico, me hace sospechar fuese de naturaleza congénita; no así en el segundo caso, su localización, número, etc., indican claramente su etiología específica.



# 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

---

# SPASMOSÉDINE

EL PRIMER SEDATIVO Y ANTIESPASMÓDICO ESPECIALMENTE PREPARADO PARA LA TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR



SEDATIVO  
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS  
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M.<sup>a</sup> BALASCH**

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

## ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

**Aceite hígado de bacalao Egabro**, fosforado, aromatizado y dulcísimo. Única preparación mundial de tales caracteres. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica.

**Halitol:** Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima. Otitis, baños, heridas infectadas, etc. Infalible siempre!

*Laboratorio Egabro*

**CABRA (Córdoba)**  
**(ESPAÑA)**

# Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

# ANTIBLEFARINA

LITERATURA:  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

## 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

## Las incapacidades parciales permanentes ante la nueva legislación

por el doctor Vicente de ANDRÉS BUENO

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Valladolid

(Conclusión)

### LAS HERNIAS SEGÚN EL ARTÍCULO 17

Es la hernia entre las enfermedades y lesiones originarias de incapacidad permanente, la que más a menudo da lugar a reclamaciones de los obreros. Por la frecuencia con que se presenta, por reconocer la ley la predisposición para, en caso de existencia, no admitirla como de esfuerzo, y por lo diversos que han sido los criterios de muchos peritos médicos, ha habido muy numerosos litigios al reclamar los obreros herniados indemnización por una enfermedad que casi nunca era accidente; y que ha habido muchos litigios es fácil de comprobar repasando la jurisprudencia española, en ella encontramos una elevada cifra de sentencias por apelaciones de alguna de las partes contra el fallo dado por los jueces o tribunales industriales, en reclamaciones de indemnización por hernia.

**El concepto de la hernia accidente en la ley actual.—Mecanismo de producción.**—Hasta el momento actual en que con lo señalado en el artículo 17 del Reglamento se establece de modo inequívoco el concepto de hernia accidente, de perfecto acuerdo con la opinión casi unánimemente aceptada, no estaba nuestra legislación todo lo explícita que, como la práctica ha demostrado, era necesario para evitar buen número de curiosas apreciaciones de algunos peritos, muchos de los cuales, medítándolo poco, daban informes afirmativos sobre la existencia de hernia accidente, interpretando así, de un modo muy original, las disposiciones legislativas.

En el R. D. de 8 de Julio de 1903, solamente se habla de «hernias inguinales o crurales, simples o dobles», pero ya en el artículo 93 de la ley de 1922, además de ampliar el derecho a toda clase de hernias, se establece la información médica y se dice que: «No se concederá indemnización alguna por hernia... mientras de la información no resulte comprobado plenamente que se trata de una verdadera hernia de fuerza o hernia por accidente»; en forma análoga se expresa el artículo 252 del Código del Trabajo de 1926, pero en el Reglamento para la agricultura de 1931, se invierten los términos al decir que «de no resultar plenamente probado que se trata de una verdadera hernia de fuerza o hernia por accidente, podrá solicitarse... la práctica de una información médica.» Para un perito conocedor de la cuestión, la cosa no ofrecía duda alguna, pero bien está que el referido artículo 17 haya quedado redactado así: «Se considerarán hernias con derecho a indemnización: a) Las que aparecen bruscamente a raíz de un traumatismo violento

sufrido en el trabajo y que ocasione roturas o desgarros de la pared abdominal o diafragma y se acompañen con un síntoma abdominal agudo y bien manifiesto; b) Las que sobrevengan en obreros no predispuestos como consecuencia de un traumatismo o esfuerzo, siempre que éste sea violento, imprevisto y anormal, en relación al trabajo que habitualmente ejecuta el obrero.»

Por lo tanto, se admiten como mecanismos de producción el golpe violento y el esfuerzo brusco; golpe violento que dislacerando músculos y aponeurosis, o rompiendo el diafragma, sin solución de continuidad en la piel, dé lugar a la formación de una hernia traumática; también el esfuerzo brusco, violento, prolongado, excepcional en relación con los que efectúe el obrero en su trabajo, que dé lugar a la aparición de la hernia no habiendo predisposición manifiesta.

**Síntomas y diagnóstico.**—Creo conveniente recordar aquí cuáles son los síntomas de la hernia de esfuerzo que han de servirnos para dictaminar sobre su existencia, distinguiéndola de la de debilidad, que es la que tenemos ocasión de observar más frecuentemente; algunos de estos síntomas se encuentran enunciados en el artículo 19 del Reglamento.

En la descripción que hagamos hemos de referirnos a la hernia inguinal solamente, siendo mucho de lo que digamos aplicable a otras variedades.

El *dolor* en la hernia accidente es vivísimo, va acompañado de malestar general y puede dar lugar a pérdida del conocimiento; su intensidad y duración son motivo justificado de que el obrero tenga que interrumpir el trabajo. En la hernia de debilidad el dolor o no existe o es pequeño, moderado; su falta de intensidad justifica el que el obrero continúe trabajando.

Con relación al *tamaño*, diremos que una hernia de esfuerzo observada los primeros días de su aparición es muy pequeña; en reconocimientos posteriores, llevados a cabo cuando han transcurrido de uno a tres meses, su volumen habrá aumentado, pero será el de un huevo de paloma o una nuez, y al año, según Berger, alcanzará, no sobrepasándole, el volumen de un huevo de gallina; en cambio, la hernia de debilidad, examinada al poco tiempo de haberse presentado, suele ser algo mayor, su tamaño es variable y está en relación con la resistencia de los tejidos circunvecinos y con la mayor o menor cantidad de conducto peritoneo vaginal preformado, si éste existía ya, por lo que algunas veces se observa que desde el principio descende el contenido herniario por debajo del nivel del testículo—en las congénitas—.

A la *palpación*, la hernia accidente es dolorosa, e indolora la de debilidad.

Suele ser difícil *reducir* la hernia de esfuerzo a poco de producirse el accidente, sin embargo, la de debilidad es fácilmente *reductible*, exceptuando los casos que por adherencias del contenido sea completamente irreductible o sólo en parte se consiga hacer penetrar aquél en la cavidad abdominal, circunstancias que demostrarán la antigüedad de la hernia y, por tanto, que no es de esfuerzo.

En la hernia accidente, el *anillo y trayecto herniarios* no estarán dilatados, y los tejidos que los forman, así como los de alrededor, los encontraremos resistentes, más o menos tensos y no fácilmente depresibles; el calibre del anillo debe ser aproximadamente igual al del pedículo de la hernia. En la hernia de debilidad ocurre lo contrario; el anillo está dilatado y es mayor que el pedículo de la hernia, los pilares son blandos, débiles, así como el resto de la pared.

Para establecer la diferencia entre las dos clases de hernias y precisar el diagnóstico, procederemos primeramente al *interrogatorio* del herniado; por él llegaremos a conocer los antecedentes personales, si sufrió otros reconocimientos, la clase de trabajo que hacía y las circunstancias en que el accidente se produjo; posición en que se encontraba, si estaba cargado, cantidad de carga, naturaleza del esfuerzo que realizó o traumatismo recibido y la duración e intensidad de éstos; también por el interrogatorio indagaremos los síntomas subjetivos observados por el enfermo en el momento del accidente, sobre todo los caracteres del dolor aparecido—localización, intensidad, duración—y si hubo necesidad de interrumpir inmediatamente el trabajo.

El *reconocimiento* que hagamos después al herniado ha de ir dirigido a la comprobación de los síntomas de que anteriormente hemos hablado, a descubrir la predisposición—si la había—y a adquirir todos los datos complementarios que pueden servirnos con el mismo fin de diagnosticar hernia de esfuerzo o de debilidad.

Es muy interesante el examen de la pared abdominal para deducir si es insuficiente, y se considera que el sujeto es predispuesto por insuficiencia de pared cuando ésta pertenece a alguna de las siguientes variedades: vientre a doble o triple salida, vientre en alforja, en delantal, o vientre plano visiblemente débil.

Siempre ha de reconocerse el anillo inguinal del lado opuesto; algunas veces encontraremos otra hernia que el enfermo no sabía existiese, y en muchas ocasiones observaremos un anillo dilatado que permite la introducción del dedo; la predisposición en ambos casos es manifiesta, como también lo es cuando hay ectopia testicular.

Otra causa de predisposición que debemos buscar, es la operación anterior de la hernia que deduciremos por la presencia de la cicatriz operatoria; la hernia operada y reproducida no da derecho a indemnización, excepto en el caso de que el obrero, no habiéndola cobrado antes, trabaje por cuenta del mismo patrono a cargo del cual se practicó la operación (artículo 23, párrafo segundo del Reglamento).

De gran interés es también observar si el individuo reconocido ha usado braguero; la mejor prueba para demostrar la antigüedad de una hernia que se quiere hacer pasar por reciente, será la de encontrar huellas de la pelota del braguero en la región inguinal o de los tirantes del mismo en los puntos de apoyo.

**La información médica.**—Establecida la información médica según el Tribunal Supremo manifestó en algunas sentencias «con el propósito de concluir con los abusos a que esta clase de accidentes—las hernias—se prestaba», se reproduce en la nueva ley en forma análoga a como estaba en la antigua.

El artículo 18 del Reglamento dispone que se lleve a cabo la información, dentro de los tres meses, a contar desde la fecha de la lesión, en todos los casos en que sobrevenga en obreros no predispuestos, como consecuencia de un traumatismo o esfuerzo, y únicamente cuando el patrono o entidad aseguradora crean que no es de esfuerzo la originada por traumatismo que «ocasiona roturas o desgarros de la pared abdominal o diafragma.»

Dispone también el mismo artículo, que dicha información se haga de oficio ante el Delegado del Trabajo en la capital, o en los Ayuntamientos de las localidades, donde no exista tal Delegación.

Dice el artículo 19, que en la información se hará constar:

«1.º Los antecedentes personales del sujeto observado y los resultados de los exámenes anteriores que haya sufrido.

2.º Las circunstancias del accidente, referidas por el paciente y confirmadas por los testigos, si los hubo, puntualizando la naturaleza del trabajo a que se dedicaba el obrero, la posición exacta en que se encontraba en el momento del accidente, si estaba cargado al efectuar el esfuerzo a que se refiere la producción de la hernia, y la clase de este esfuerzo.

3.º Los síntomas observados en el momento del accidente y en los días sucesivos, comprobando muy especialmente si se produjo un dolor brusco en el momento del accidente, su localización y condiciones; si fué precisa la intervención inmediata de un médico, y el tiempo que duró la suspensión de las faenas del herniado, caso de haber sido necesaria esta suspensión.

4.º Los caracteres de la hernia producida; los relacionados con el examen detenido del estado de integridad funcional de la región afecta y de la pared abdominal, y los deducidos de los reconocimientos, en fechas posteriores, del lesionado.»

La práctica ha demostrado que la información médica muchas veces no se hacía en debida forma, por lo que no resultaba todo lo útil que cabía esperar de la primitiva disposición por la que fué creada (R. D. de 15 de Marzo de 1917); casi siempre ha sido esto debido a que no señalando las disposiciones legislativas más que aquello que debía hacerse constar sin detallar quién y cómo debía aportar los datos, las informaciones eran incompletas o mal practicadas y «no pudiéndose demostrar de manera plena que la hernia era de esfuerzo», el Tribunal Supremo anuló muchas sentencias por esta causa, sentencias de jueces o tribunales industriales en las que se reconocía el derecho del obrero a percibir indemnización.

Lo que respecto a la información, deducido de la jurisprudencia, puede interesarnos a los peritos, es lo siguiente:

*En la información habrán de intervenir testigos y peritos médicos que presten sus dictámenes después de haber hecho el reconocimiento del her-*



niado. (Sentencia de 7 de Noviembre de 1927, *Gaceta* del 25 de Junio de 1928).

*Los peritos en la información deben ser tres: uno del obrero, otro del patrono y un tercero designado por el Juzgado.* (Sentencia de 20 de Marzo de 1925, *Gaceta* de 30 de Diciembre del mismo año).

*La declaración del lesionado debe hacerse ante los médicos que intervengan.* (Sentencia de 3 de Marzo de 1926, *Gaceta* de 7 de Diciembre).

*Para dictaminar, los médicos deben conocer previamente las manifestaciones de los testigos.* (Sentencia de 28 de Octubre de 1927, *Gaceta* de 2 de Junio de 1928).

*La información médica debe contener la afirmación de que la hernia es de las llamadas de fuerza o por accidente.* (Sentencia 1.º Diciembre 1925).

*A la información no puede sustituir la prueba pericial.* (Sentencias de 6 de Julio de 1926, 26 de Abril de 1924, etc.).

*Tampoco los certificados e informes médicos por escrito, pueden sustituir a la información.* (Sentencias de 11 de Enero de 1922, 9 de Enero y 19 de Febrero de 1924, etc.).

*El valor que la información pueda tener para deducir la existencia de la hernia accidente y, por tanto, el derecho del obrero a la reparación, ha de ser apreciado por el juez.* (Sentencias de 19 y 29 de Abril de 1930, *Gacetas* de 6 y 9 de Abril de 1932).

**El reconocimiento previo de los obreros, desde el punto de vista de la predisposición herniaria.**—En los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento, están perfectamente fijados los términos en que debe ser apreciada la predisposición a padecer hernias, pues se señalan los síntomas preferentes, y se determinan las condiciones en que se ha de hacer el reconocimiento y los derechos y deberes en virtud del resultado de aquél, las incidencias en caso de disconformidad, dejación de la facultad patronal y negativa del obrero a ser reconocido.

Los referidos artículos dicen:

«Artículo 20. Los patronos o las entidades aseguradoras podrán exigir de los obreros que vayan a ser admitidos al trabajo el que se sometan a un reconocimiento médico previo, desde el punto de vista especial de la predisposición a padecer cualquier clase de hernia.

Se consideran síntomas preferentes para calificar una predisposición a la hernia inguinal, la gran dilatación del anillo inguinal externo, el choque visceral contra los dedos introducidos en el canal y la desaparición del canal inguinal; para la hernia umbilical, la debilidad de los músculos de la pared abdominal y la ptosis visceral.

El resultado de ese reconocimiento se hará constar en un libro que se llevará al efecto, autorizando cada inscripción, con su firma, el médico que practique el referido reconocimiento y el obrero reconocido, y ese libro deberá tenerse a la vista, como documento de información, en todos los casos de reclamación por ese concepto.

Cuando un obrero no haya sido sometido a dicho reconocimiento médico por dejación de la facultad que el patrono tiene para exigirlo, se presumirá *juris tantum* la sanidad del obrero.

Artículo 21. La negativa del obrero a someterse al reconocimiento se consignará en el libro especial, indicado en el artículo anterior, debiendo firmar dicha diligencia el obrero. Cuando éste se opusiera a ser reconocido, se hará constar en dicho libro esta oposición, firmando la diligencia, a petición del patrono, dos testigos presenciales de la negativa.

Si el obrero reconocido no estuviera conforme con la opinión facultativa del médico nombrado por el patrono, podrá nombrar otro por sí, para que le reconozca nuevamente, ateniéndose a su resultado cuando coincidan los dos diagnósticos. En el caso de que éstos sean distintos, se estará, sin otro recurso, a lo que resulte del reconocimiento practicado por un tercer médico, que se nombrará, a instancia de una de las partes, por el juez de primera instancia del término en que el reconocimiento se verifique.

Artículo 22. A falta del reconocimiento médico del obrero, por negativa completa a cualquiera de las formalidades establecidas, dará lugar a la presunción *juris tantum* de que éste padecía con anterioridad una hernia o reunía condiciones orgánicas constituyentes de una predisposición a la misma.»

**Derecho del obrero a ser operado.**—El obrero a quien se haya reconocido su hernia como de esfuerzo, puede optar entre cobrar la renta o indemnización o ser operado (artículo 23); en este último caso, correrán a cargo del patrono o de la entidad aseguradora, todos los gastos que la operación origine, así como los jornales con que se indemnice la incapacidad temporal, cuya duración no podrá ser mayor de un mes a contar desde que haya cicatrizado la herida operatoria.

Teniendo en cuenta lo excepcional que es la hernia de esfuerzo, pocas veces habrá de darse esta circunstancia de la opción para el obrero entre renta y operación, y menos aún si observado el caso desde el principio, aconsejamos y realizamos la operación rápida para librar de molestias al enfermo y a la vez llevar a cabo la cura radical. Pero lo corriente no es esto; lo que veremos con más frecuencia serán hernias de debilidad aparecidas con motivo de un esfuerzo en predispuestos, y aunque nuestro criterio no haya sido favorable a las pretensiones del obrero, podrá reconocérsele el derecho a que su hernia sea indemnizada en virtud de sentencia de juez o Tribunal industrial; entonces será cuando se le plantee al enfermo el derecho de optar entre renta o tratamiento operatorio.

Salvo raras excepciones en las que el resultado de la operación se conceptúe, a priori, como dudoso, por las condiciones especiales del enfermo—edad, tamaño de la hernia, otras enfermedades, etc.—o porque aquella—la operación—constituya un peligro para la vida del herniado, creemos que siempre debe proponer el médico el tratamiento operatorio; es lo más conveniente para el obrero, para el patrono y para la Caja Nacional.

Si el obrero se niega a ser operado, entonces tiene aplicación lo que se

dispone en el artículo 72 del Reglamento: se levantará un acta en la que consten el requerimiento, la negativa y los informes médicos, acta que se enviará a la Caja Nacional; la Caja incoa expediente, informan el médico que asistió al obrero y los inspectores de la Caja, y decide la Comisión formada por patronos, obreros y servicio médico; contra las decisiones de este Organismo podrá alzarse el obrero, cuando no esté conforme, ante la Comisión revisora paritaria de accidentes.

Con la antigua ley ocurría en muchas empresas españolas de importancia—particularmente entre las que poseen clínicas o sanatorios propios—, que eran operados por cuenta de la entidad patronal todos los obreros que querían hacer valer su derecho presentándose con una hernia a la cual consideraban de esfuerzo; no se les discutía si su hernia era de debilidad o por accidente, salvo cuando no se conformaban con ser operados y pedían indemnización, entonces, si se creía que la hernia no era de esfuerzo, se les hacía saber indicándoles cómo podían hacer la reclamación en el terreno legal. ¿Ocurrirá ahora lo mismo con la nueva ley?, creemos que no; si al ser operado un obrero por cuenta del patrono adquiere el derecho a percibir renta o indemnización si su hernia se reproduce (párrafo segundo del artículo 23), seguramente se decidirá el tratamiento operatorio sólo en los casos de verdadera hernia de esfuerzo o porque así lo haya calificado el Tribunal competente; en otra forma sería aumentar el riesgo de incapacidad permanente en perjuicio de la Mutualidad patronal o compañía de seguros que hayan de constituir la renta, o de la misma Caja Nacional cuando el patrono o entidad responsable tengan hecho el seguro directo.

#### LAS LESIONES QUE SE CONSIDEREN CAPACES DE PRODUCIR LA MISMA INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO HABITUAL

Muchas son las lesiones que pueden ser productoras de incapacidad parcial, además de las que hemos analizado hasta ahora, por quedar comprendidas en los cuatro apartados anteriores del artículo 13.

La legislación anterior era interpretada en la Jurisprudencia española con un criterio tan restrictivo, que solamente admitían las cuatro clases de incapacidades que se señalaban como parciales; véase como ejemplo una de las muchas sentencias que existen:

«... si el legislador hubiera querido dar mayor extensión al precepto, hubiera seguido el mismo criterio que el mantenido en los artículos 90 y 91 (de la ley de 1922, que corresponden a incapacidades absolutas y totales), y hubiera dejado al arbitrio judicial todas las lesiones similares a las cuatro que taxativamente enumera, y como le omitió hay que considerar que para el legislador no hay más lesiones productivas de incapacidades parciales permanentes que las enumeradas en el aludido artículo.» (Sentencia de 18 de Diciembre de 1923).

La nueva ley ha llenado el vacío que se dejaba sentir en la antigua, con

este apartado en el que quedarán incluidas todas las lesiones que originen una incapacidad parcial para la profesión habitual.

¿Y cómo resolverá el perito estos casos? ¿De qué medios puede valerse para decidir sobre la existencia de la incapacidad parcial? No hemos de repetir lo que al principio decíamos sobre esta clase de incapacidades y en relación con las circunstancias que habrán de tenerse en cuenta para establecerlas; ténganse en cuenta estas circunstancias de que hemos hablado en relación con lo que disponen los dos primeros párrafos del artículo 13 del Reglamento, o utilícense como guía alguno de los muchos baremos que existen.

Haremos una breve relación de las incapacidades de este grupo, tomada del cuadro de valoraciones que hicimos para la obra «Accidentes del trabajo agrícola.»

### Enfermedades y lesiones consecutivas a traumatismos craneales

*Vértigos.*—Se debe comprobar su existencia y descartar la simulación. Según la intensidad y la profesión del obrero variará la clase de incapacidad; para los casos ligeros, incapacidad parcial.

*Cefalea* intensa acompañada de otros trastornos.—Incapacidad total o parcial según la intensidad que acuse.

*Epilepsia* traumática de crisis raras. Cuando es de crisis frecuente, la incapacidad será total, y si es grave, absoluta.

*Psicosis ligeras.* Compatibles con algunos trabajos. Incapacidad parcial o total, según los casos.

*Scalp.* Se tendrá en cuenta el dolor y la depresión moral.

*Pérdidas de sustancia ósea de la pared craneal.* Cuando su extensión sea mayor de 10 centímetros cuadrados, sobre todo si existen trastornos subjetivos.

### Lesiones debidas a traumatismos de la cara

*Deformidades del rostro,* especialmente si son de aspecto repulsivo.

*Fracturas del maxilar superior* viciosamente consolidadas que ocasionen serias dificultades en la masticación.

*Fracturas del maxilar inferior* mal o viciosamente consolidadas que dificulten o hagan imposible la masticación.

*Constricción completa o casi completa de los maxilares* cuando sea incurable.

*Luxación irreductible del maxilar inferior.*

*Pérdida de todos o casi todos los dientes;* si se ha hecho prótesis no habrá incapacidad.

### Lesiones en el cuello

*Estenosis de la faringe o esófago* u otras lesiones de estos órganos que dificulten la deglución y provoquen la desnutrición del individuo.

*Estenosis de laringe o tráquea* que den lugar a disfonía o disnea, solas o asociadas, de cierta intensidad.

*Torticolis* de intensidad muy acusada.

### Columna vertebral

*Fracturas de la columna vertebral.* Los casos ligeros con trastornos persistentes en la marcha; si hay lesión medular la incapacidad se apreciará en mayor grado.

*Osteítis vertebrales no tuberculosas.*

*Espandilitis traumática* con deformidad de la columna vertebral y rigidez o anquilosis por soldaduras de vértebras. En los casos ligeros, parcial; en casos más graves, total o absoluta.

*Lumbago* crónico, traumático, bien comprobado.

### Organos torácicos

*Adherencias pericardiacas* compensadas. Si hay trastornos funcionales, incapacidad absoluta.

*Secuelas de pleuresía, hemotórax y empiema* (dolor, disnea y deformaciones torácicas).

*Secuelas de neumonía traumática* (reacción pleural y estado general afectado).

*Tuberculosis pulmonar.* Si se admite como de origen traumático, puede ocasionar las tres clases de incapacidades permanentes.

*Bronquitis crónica* (según la forma, complicaciones y estado general).

### Pared torácica

*Fracturas de costillas* que produzcan evidentes trastornos (consolidación viciosa que dé lugar a dolor, deformidades, disnea de esfuerzo). Para calificar la incapacidad parcial se valorará cada costilla de 10 a 15 por 100.

*Fractura del esternón.* Cuando deje secuelas; deformidades torácicas, dificultad para el esfuerzo, dolor a los movimientos.

### Abdomen. Vísceras abdominales. Genitales externos. Paredes del abdomen

*Incontinencia de heces* por lesiones traumáticas del esfínter.

*Apendicitis crónica* si es debida al traumatismo e incurable.

*Fístulas biliares* traumáticas o post-operatorias.

*Esplenectomía* por trauma del bazo.

*Nefrectomía.* Según la intensidad de los trastornos generales.

*Nefritis crónica* post-traumática, de un solo lado.

*Ptosis renal* de origen traumático. Si se ha hecho tratamiento operatorio con buen resultado, no habrá incapacidad.

*Retención de orina* simple.

*Fistulas urinarias.**Estrecheces uretrales*, con fístula o cistitis.*Pérdida del pene*. Teniendo en cuenta los trastornos de la micción, la cantidad de miembro viril que quede y la depresión moral.*Pérdida de los dos testículos*. Se tendrán en cuenta la depresión moral, los trastornos endocrinos y la edad del enfermo.*Cicatrices abdominales* que por su extensión dificulten los movimientos del tronco.*Eventración operatoria* o con dependencia directa del trauma.*Peritonitis* (secuelas de la). Según las adherencias establecidas y los trastornos que se produzcan.**Lesiones del miembro superior***Pérdida de segmentos*. Pérdidas de los cuatro últimos dedos del lado izquierdo. Pérdidas de las segundas y terceras falanges de los cuatro últimos dedos del lado izquierdo. Pérdida completa del pulgar izquierdo.*Fracturas*. De la clavícula derecha, consolidación viciosa que dé lugar a compresiones o pseudoartrosis; pseudoartrosis del omoplato. Del húmero, callo deforme, acortamiento, pseudoartrosis. Pseudoartrosis del cúbito y radio.*Anquilosis* del hombro; distintas gradaciones según el lado de que se trate y de que haya o no movilidad de la escápula. Del codo, según la posición sea más o menos favorable. De las tres articulaciones del pulgar.*Rigideces articulares* en el hombro, codo, y muñeca, serán variables las valoraciones atendiendo a la intensidad, posición y amplitud de movimientos; aisladamente no suelen ser causa de incapacidad parcial.*Parálisis*. Lo mismo que en la extremidad inferior se valorarán por analogía con la pérdida anatómica o funcional del miembro o de sus segmentos.*Cicatrices*. También se valorarán comparativamente con las anquilosis y rigideces, por las limitaciones de movimientos a que ellas den lugar.**PERDIDAS ANATOMICAS O FUNCIONALES QUE NO DARAN DERECHO A REPARACION**

La nueva ley no deja un margen para que sean indemnizadas las pequeñas pérdidas anatómicas—de porciones de dedos, por ejemplo—o funcionales—anquilosis de articulaciones interfalángicas, rigideces articulares, retracciones cicatriciales, etc.—, y todos los trastornos, defectos o deformidades que no constituyan, por lo menos, una incapacidad parcial para el trabajo habitual, debido a que no disminuyan el valor productivo del obrero en el trabajo que realizaba, por lo que podrá continuar, con su misma capacidad de ganancia, percibiendo idéntico jornal al que antes tenía.

Desde luego se encuentran en este caso las lesiones que aparecen en el cuadro del artículo 25 del Reglamento, cuando no puedan ser compren-

didadas en los apartados c) y e) del artículo 13, y muchas más que podríamos citar.

Con la antigua ley se daba el caso de que cuando se presentaba una lesión de esta clase y el obrero reclamaba, era indemnizado por el patrono o compañía aseguradora con la cantidad proporcional a la indemnización por incapacidad absoluta, tomando como base la valoración que fuera asignada al defecto que hubiera quedado; así por ejemplo, a quien hubiera perdido una falange de cualquiera de los cuatro últimos dedos de la mano—valorada en el cuadro con 9 por 100—, si por el jornal que ganaba habrían de corresponderle en caso de incapacidad absoluta 4.000 pesetas, se le indemnizaría con 360 pesetas (el 9 por 100 de las 4.000). Esto que venía a ser una especie de arreglo amistoso para evitar la reclamación ante el Tribunal correspondiente, era pagado de buen grado—si a ello se avenía el obrero—, porque así se evitaba el litigio y los gastos que pudiera ocasionar su tramitación.

Pero no era tal solución exclusivamente producida por un mutuo acuerdo entre las partes, sino que muchas veces resultó del fallo de Tribunales industriales y a ello no se opusieron algunas sentencias del Tribunal Supremo que pueden verse en la jurisprudencia española; y esto ocurría aunque sin negar la legislación la posibilidad de acudir a tal procedimiento de abonar indemnización no existiendo incapacidad definida, podía deducirse de su texto, desde luego, que tampoco establecía el derecho ni aun lo aconsejaba.

Teniendo en cuenta que para muchos la costumbre hace ley, que en ocasiones hemos de procurar la satisfacción del perjudicado que se lesionó trabajando, y para evitar litigios que fatigan, originan gastos y hacen perder ilusiones, yo propuse llevar al Reglamento—cuando éste se estaba redactando—una solución de armonía que a los lesionados dejase satisfechos y que no resultase una carga sobre las primas que se habrían de pagar por incapacidad permanente y muerte; consistía mi proposición en abonar una cantidad a los obreros a quienes hubiera quedado alguna pérdida anatómica o funcional que no pudiera ser considerada como productora de incapacidad parcial, proporcional a la clase de la misma y al jornal que el obrero percibiese. Mi propuesta no fué tomada en consideración y el Reglamento, en este punto, quedó como estaba.

En resumen, que las pequeñas incapacidades cuya valoración no alcance un porcentaje de 50, no serán indemnizadas en forma alguna.

### PARA TERMINAR

Creemos haber expuesto en la forma que estimamos más clara y comprensible, una de las cuestiones por las que la intervención del médico será más frecuente en los accidentes del trabajo.

Nos daremos por satisfechos si nuestra aportación puede servir para evitar dudas a quien las tenga y dar informes médicos con estricta justicia.

# **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, angiocolitis (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**



## Sesiones clínicas del Instituto Rubio

*Sesión correspondiente al día 23 de Noviembre de 1933*

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—¿**Estenosis esofágica de origen luético?**—Presenta una enferma con estenosis esofágica cuya naturaleza no está bien determinada. Por su edad, su historial y por el estado general, parecía que se trataba de una neoplasia.

La radiografía acusa una manifiesta estrechez que ocupa tres o cuatro centímetros del esófago cervical; por radioscopia se aprecia una propulsión con engrosamiento en la pared posterior del esófago que llega casi a cerrar la luz del mismo. La mucosa de esta proliferación es lisa y de aspecto normal, y las dos biopsias practicadas dieron la sensación de neoformación dura. El resultado de estas biopsias ha sido de tejido inflamatorio, es decir, que el laboratorio no ha dado luz sobre este asunto.

Como es una enferma antigua de estómago, tratada por el doctor Yagüe, recaba la autorizada opinión del mismo para ver si puede hacerse más claridad en cuanto al diagnóstico de esta enferma.

DOCTOR YAGUE.—Dice que no recuerda el historial de la enferma, aunque haya pasado por su consulta, cosa que ha ocurrido hace ya bastante tiempo, además de que sería muy difícil que recordase de todos los enfermos que pasan por su clínica. Cree además, que su padecimiento antiguo de estómago no tiene relación alguna con lo que sucede en esófago, y piensa que tal vez se trate de una estenosis de origen específico en vista de los resultados de la biopsia.

Después de reconocer a la enferma dice que no está muy propicia la ocasión de hacer investigaciones por medio de los tubos de esofagoscopia, porque podría dar lugar a que se hundiesen en cavidades peligrosas, además de que la enferma se encuentra en un estado anémico grande. Encuentra también lesiones que afectan no sólo al corazón, sino a la aorta, y cree que por ser también para él una enferma nueva, debe estudiarse detenidamente y someterla a observación para facilitar los elementos de diagnóstico.

DOCTOR BARRIO DE MEDINA.—Insiste en lo dicho por el doctor Yagüe, y aconseja un estudio detenido de la misma, en cuanto a su fondo sífilítico, ya que a una ligera exploración que acaba de hacer a la enferma, la ha encontrado varios síntomas y datos de tipo retrospectivo que encajan perfectamente con una luética congénita.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—Manifiesta que están pendientes del resultado del análisis de sangre que se mandó hacer, pensando precisamente en que pudiera ser de origen sífilítico la estenosis esofágica que padece la enferma.

DOCTOR BARRIO DE MEDINA.—Interviene nuevamente para ma-

nifestar que aun cuando las reacciones serológicas de esta enferma fuesen negativas, es indispensable el estudio completo de la misma en el sentido que anteriormente expuse, toda vez que unas reacciones negativas, y más en enfermos con una sintomatología que encaja en el período terciario de la lúes, no es suficiente ni mucho menos para desechar este diagnóstico; es más, considera que debe tratarse en este sentido como tratamiento de prueba y comprobar sus resultados posteriormente por esofagoscopia.

**DOCTOR YAGUE.—Con motivo de un caso clínico: Presentación de una enferma del doctor Pallarés.**—Habla de una enferma que en la sesión clínica anterior fué objeto de una sucinta exposición del proceso, por el doctor Pallarés. La enferma tenía manifestaciones dolorosas correspondientes a dos focos diferentes, uno en la parte alta, que hacía pensar en que se tratase de algo de vesícula, y otro en la parte baja, en la fosa ilíaca derecha, que le hizo suponer se trataba de un proceso apendicular; además la enferma presentaba síntomas de ictericia.

El doctor Pallarés expuso su criterio de que la enferma debía ser intervenida quirúrgicamente, y pensó que se trataba de apendicitis, pero como las manifestaciones dolorosas en la parte alta indicaban que pudiera haber algo de vesícula, algo de colecistitis, creyó conveniente intervenir haciendo una incisión lo suficientemente grande para que diera lugar a ir por abajo en busca del apéndice y por arriba en busca de la vesícula.

En estas condiciones se le ha intervenido y se ha encontrado que el apéndice estaba completamente sano, pero ligeramente retorcido. Ante esa circunstancia, y para evitar la posibilidad de un riesgo ulterior, se le hizo una apendicectomía. Después se prolongó la incisión hacia la parte alta para explorar la vesícula biliar y se encontró que estaba completamente sana y que su desarrollo en realidad parecía completo, pero surgió un riñón derecho que había sufrido alteraciones internas en relación con el apéndice, y había dado lugar a las crisis manifestadas por los cólicos hepáticos.

De esto se deduce que no ha habido los datos suficientes de exploración en esta enferma, y ello ha dado lugar al error diagnóstico, en el que todos hemos intervenido, los médicos y los cirujanos, pero en cambio se ha sacado una consecuencia de un alto y positivo interés, y es que si se hubiera hecho a esta señora una apendicectomía de tipo cinematográfico, es decir, de bella presentación, con una abertura mínima, se hubiera vuelto a cerrar sin haber visto el riñón, y dejando a esta señora el motivo de su padecimiento, que tendría todavía necesariamente, porque no se hubiera podido saber de otra causa, de que otro órgano era el motivo de su sufrimiento, pero cuando se hace la incisión alta, grande, como aquí se ha hecho, se ha tenido la ventaja de poder hallar la verdadera causa en beneficio de la enferma y para satisfacción nuestra, que además nos prueba que en estos casos debe hacerse una incisión alta y grande para que la intervención sea beneficiosa y eficaz.

DOCTOR BOTIN.—En las cuestiones de apéndice en la mujer, estoy conforme con el doctor Yagüe, en que no deben hacerse las incisiones pequeñas, porque he operado casos en que se ha hecho una incisión pequeña, de bella presentación, como decía el doctor Yagüe, se ha extirpado a la enferma el apéndice y sin embargo ha seguido con sus molestias, porque lo apendicular estaba complicado con procesos anexiales que, a causa de haberse hecho una incisión pequeña en el sitio de elección, no se han podido explorar los órganos vecinos.

La técnica seguida por nosotros en estos casos, es la que ha seguido el doctor Pallarés, precisamente porque la experiencia nos ha hecho ver la conveniencia de proceder así, y cuando suponemos que las lesiones apendiculares pueden estar complicadas con lesiones anexiales del lado derecho, naturalmente hacemos incisión central.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—**Cuerpo extraño de esófago: Segunda presentación.**—Completa la historia clínica del enfermo presentado en la sesión anterior de cuerpo extraño de esófago, moneda enclavada en el tercio superior del mismo.

Refiere que al enfermo, previa anestesia clorofórmica, se le practicó otra esofagoscopia sin conseguir ver el cuerpo extraño. Llevado a la pantalla, se observó que la moneda había descendido al intestino y se encontraba localizada o situada en la fosa izquierda ilíaca. Al día siguiente se estimuló la expulsión del cuerpo extraño con un enema, y la moneda salió, dándose el caso curioso de que no era de diez céntimos como suponía la madre del niño, ni tampoco de cinco céntimos como parecía debía ser en relación con la anchura del esófago del niño, sino que se trataba de dos monedas de cinco céntimos completamente pegadas entre sí, de tal modo, que costó grandes esfuerzos el poderlas separar. El niño ha sido dado de alta completamente bien a los tres días.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—**Cuerpo extraño enclavado en el estrecho crico-faríngeo.**—Presenta una enferma que seis días antes se había tragado un trozo de hueso de paletilla de cordero. La paciente, durante cinco días, no pudo tragar alimento alguno. Después echó bastante sangre por la boca, y según manifiesta la enferma, después de haber expulsado esta sangre ya pudo tragar algún alimento.

A pesar de que creía la enferma que el cuerpo extraño había pasado al estómago, y aun a pesar de haberse comprobado en la pantalla que una papilla de citovario atravesaba el esófago normalmente, el cuerpo extraño fué extraído al día siguiente por esofagoscopia. Estaba enclavado en el estrecho crico-faríngeo.

La enferma, después que le fué extraído el trozo de hueso, quedó completamente bien y fué dada de alta.

---

*Sesión correspondiente al día 30 de Noviembre de 1933*PRESIDENCIA: **DOCTOR BOTÍN**

**DOCTOR APARICIO.—Metritis parenquimatosa y crónica de forma hemorrágica.**—Se trata de una enferma que hace un año tuvo un aborto, a consecuencia del cual, dos meses después, se la presentaron hemorragias periódicas y abundantes, hasta el punto de que tuvo que ser intervenida por un ginecólogo que intentó vaciar el útero sin conseguirlo totalmente. Siguió la enferma en la misma situación, con hemorragias que interpretaban como trastornos de la función menstrual. En vista de ello, vino a la consulta del Instituto, diagnosticándose una metritis parenquimatosa crónica de forma hemorrágica.

Ayer se procedió a la intervención, practicándose una histerectomía abdominal. Extirpado el útero, le abrimos y nos encontramos con que enclavado en su cara anterior, cerca del fondo, existía un huesecillo que parece ser el húmero de un feto.

Esta sin duda alguna, era la causa de que a pesar de haberle hecho legrados de la matriz para corregir las hemorragias no se haya conseguido nada. El aborto data de un año. La enferma se encuentra bien de la intervención.

**DOCTOR BOTIN.**—Expone un caso publicado hace ya mucho tiempo, de una enferma de 63 años, menopáusica desde los 53, que se presentó en la consulta con síntomas graves de uremia por infección ascendente de riñón a consecuencia de un proceso supurado de vejiga. Los primeros trastornos vesicales dieron principio a la edad de 30 años, y con alternativas de mejoría y agravación continua hasta 20 meses antes de presentarse en la consulta, que tuvo una fase aguda inflamatoria de vientre. Duró este estado cerca de dos meses y terminó con grandes evacuaciones de pus por la uretra. Posteriormente, ocho meses después, comenzó a expulsar al orinar, a intervalos más o menos largos, los huesos de un esqueleto fetal, completo, que parecía de unos cinco meses aproximadamente.

Por los síntomas recogidos en su historia, este proceso se interpretó como una gestación tubárica, que terminó por aborto tubárico en las primeras semanas del embarazo y no por rotura de trompa, dado el modo como evolucionó, cayendo el embrión en el vientre y contrayendo adherencias, entre otros órganos, con la vejiga. Se vascularizó y siguió viviendo hasta cinco meses. Muerto el embrión, quedó retenido el quiste fetal más de 30 años, reabsorbiéndose líquidos y partes blandas, quedando al fin sólo un conglomerado de huesos. El quiste concluyó por infectarse, por cualquier mecanismo, formándose un absceso (el episodio agudo referido) que se abrió en vejiga, vaciándose en ella su contenido por el trayecto fistuloso.

**DOCTOR SAINZ.—Síndromes de retención vesicular por obstrucción del colédoco con ictericia.**—Presenta una enferma que ingresó en la clínica

hace 15 días, contando los siguientes antecedentes: Reglas a los doce años, normales. Una vez tuvo mucha cantidad y con unas gotas que le mandaron se le resolvió. Ha pasado tres bronconeumonías, la última hace seis años, quedando bien.

Hace unos 10 u 11 años, empezó a notar molestias que consistían en dolores poco intensos a nivel de borde costal derecho que la desaparecían, durándole poco tiempo, pero desde hace 7 años estos dolores fueron aumentando de intensidad, irradiándose a espalda hacia el omoplato derecho; y dice la enferma que también le dolía la fosita supraclavicular derecha. Le salieron por aquella fecha unas manchas en la frente que ella compara a las de la mascarilla del embarazo, ictericia que se ha hecho muy intensa después de ingresada. El dolor aumentaba al hacer movimientos bruscos y al agacharse, y dice haber notado este dolor algunas veces en borde costal izquierdo, acompañado de unos eructos intensos, sobre todo después de las comidas, náuseas, ardores que dice le quemaban la lengua, mal sabor de boca y últimamente muchos vómitos de color amarillo y dolores intensísimos que localizan estos días en vientre, dándole con preferencia por las noches e impidiéndole dormir boca arriba, fiebre y escalofríos y dolor de cabeza. Orina intensamente parda oscura, con mucho depósito en el fondo, muy estreñida, hasta el extremo de que una vez ingresada no ha hecho de vientre más que una vez, bastante abundante, mediante una irrigación que se le puso con objeto de aliviar con la deposición un fuerte dolor de vientre que en aquel momento tenía, estas heces eran decoloradas. Con diagnóstico de colecistitis se le dió ingreso, y durante unos días le hicimos lavados duodenales casi sin resultado, pues en dos horas que tenía la sonda puesta, el duodeno, y previa inyección de sulfato de magnesia, no conseguimos hacer salir más que pequeñísimas cantidades de bilis A y ninguna de bilis B, salvo el penúltimo lavado, que se consiguió unos 20 cc. de bilis A.

Adelgazamiento de 12 kilogramos en tres meses.

Se le hizo un análisis de orina, obteniendo un sedimento abundante, precipitado de carbonato cálcico y algunos cristales de sulfato amónico magnésico y escasos leucocitos.

Con estos datos fuimos a la operación, encontrándonos con un hígado engrosado, algo aumentado de volumen, sobrepasando muy poco el reborde costal, tanto que por palpación no se notaba más que una zona dolorosa debajo de borde costal, alrededor del punto cístico, vesícula de tamaño normal de color amarillento claro sin cálculo ninguno, así como tampoco en colédoco; nos decidimos en vista de ello a practicar una colecistotomía; antes de abrir la vesícula, se puncionó con la aguja gruesa, no dando resultado, pues la bilis que contenía era tan espesa que no pasaba a través de la aguja, espesamiento que pudimos comprobar al hacer la fístula, saliendo una bilis negra, muy espesa, que aun por sonda uretral gruesa le cuesta trabajo pasar. El primer día desaguó muy poco, y el segundo le pude

extraer, absorbiendo con una jeringa, unos 10 cc., que envié al laboratorio para su investigación.

A esta enferma decidimos hacerle un drenaje para facilitar el desagüe de la vesícula biliar, que tiene grandes ventajás.

Se debe quitar el drenaje cuando la ictericia haya desaparecido, la composición de la bilis se haya estabilizado y cuando con una inyección previa de lipiodol se compruebe que las vías biliares extrahepáticas sean permeables, y después, si no cierra espontáneamente, recurrir a una segunda intervención.

DOCTOR PALLARES.—Esta enferma presenta un problema interesante, que ha sido motivo de discusión últimamente. Corresponde este caso a los enfermos que presentan síndromes de retención vesicular por obstrucción del colédoco con ictericia. Se le hizo la intervención y se encontró con que los conductos excretores, lo mismo el hepático que el colédoco, estaban completamente limpios, y sin embargo parecía que se trataba de una hepatitis.

Estos casos se interpretan muy mal, porque realmente parece que se trata de una hepatitis con retención biliar, y sin embargo no se encuentra la explicación clara. Se han hecho algunos trabajos experimentales para ver la causa de esta difícil evacuación de la bilis y no se ha encontrado nada práctico. Por lo tanto, hay que admitir que, aparte del obstáculo que haya, lo probable es que exista también un segundo proceso de naturaleza poco explicable que es el que determina esta ictericia. Lo que se encuentra siempre es un bilis espesa y pegajosa que es la que obstruye el conducto biliar.

La diferencia de diagnóstico entre la hepatitis y la ictericia por retención de bilis, con obstáculos y sin obstáculos, es tan difícil, que no hay medio de hallar los síntomas que puedan llevar al cirujano ni al médico a una cosa fija ni determinada, y no se sabe si es por obstrucción de colédoco o no. Nosotros en este caso, con todo el cuadro de obstrucción de colédoco, íbamos a buscar el cálculo enclavado en este órgano, pero después de una detenida exploración del colédoco, no encontramos absolutamente nada anormal. Este conducto, como los demás conductos hepáticos y la vesícula biliar, estaban completamente limpios. Entonces llegamos a la conclusión de que lo que hacía falta era un drenaje para facilitar la expulsión de la bilis, que por lo espesa y pegajosa no era fácil que saliese por el conducto normal. Se han hecho análisis de esta bilis, y se ha podido apreciar que tiene un tanto por ciento de sales biliares muy fuerte. Hemos creído que el tratamiento adecuado para este caso era el drenaje, por las enormes ventajas que ofrece, y lo único difícil en esto es saber el tiempo o el momento en que debe suprimirse este drenaje. Parece que hay que esperar a que la enferma tenga color normal y entonces retirar el tubo.

DOCTOR YAGÜE.—Muchas veces, circunstancias patológicas especiales, hacen resaltar las dificultades para la determinación de indicaciones

operatorias en estos casos de difícil eliminación de la bilis que acompaña a la enferma con ictericia.

En realidad hay dos grupos bien determinados de ictericia, en los cuales se destacan clínicamente hechos que pueden llevar con facilidad a una determinación, a una iniciación de clasificación para determinar los casos de ictericia. Hay un grupo bien determinado de ictericias en las cuales las heces fecales están coloreadas, y en cuyo caso no hay que pensar en que haya obstrucción de la bilis para pasar al intestino; y hay otro grupo de ictericias en las cuales las heces fecales están decoloradas, y entonces es forzoso pensar que hay una dificultad que impide que la bilis llegue al intestino. Son estos dos puntos de mira absolutamente indispensables, a mi modo de ver, respecto a la determinación que debe tomarse con los enfermos de esta índole, es decir, si deben ser tratados por el médico, en primer lugar, y si éste no logra el resultado apetecido y necesario con la terapéutica farmacéutica, deben ir a la clínica para ser intervenidos. Si la bilis llega normalmente al intestino y hay una eliminación de aquellos productos que, siendo tóxicos, pueden llevar al torrente circulatorio la trascendencia de un motivo tóxico, no ha lugar a ir a una intervención, pero hay otro grupo de enfermos en los cuales la bilis no llega al intestino, y entonces hay que pensar que existe un obstáculo para ello, y viene entonces el problema de la determinación de cuál es ese obstáculo y el objeto que le motiva, al fin de procederse a la intervención.

De aquí resulta que muchas veces se ha venido a encontrar que muchos procesos que se han considerado como de obstrucción, no lo son puramente, sino que hay otro factor poco tenido en cuenta, y es que a veces suele haber alteraciones celulares en donde la bilis se produce y en el que las ictericias tienen su motivo y fundamento. Y así, por ejemplo, en un proceso como la litiasis biliar, que se había hecho como un proceso de obstrucción mecánica, se ha venido a demostrar que hay alteraciones celulares en las cuales se han ido observando una porción de circunstancias que hacen admitir que la litiasis biliar no es solamente intrahepática, sino que es, además, litiasis de formación.

De aquí se saca la conclusión quirúrgica de que no todos los felices resultados se pueden esperar de una intervención cuando un obstáculo mecánico es causa de la enfermedad y el proceso de alteraciones celulares se une a estas circunstancias mecánicas.

Viniendo al caso concreto que nos ocupa, esta enferma tiene una obstrucción completa por haber ictericia con heces fecales acoloradas, con la eliminación de la bilis por los emuntorios comunes. Claro es que, cuando se va a dilucidar la cuestión de la coloración de las heces, hay que tener en cuenta que muchas veces esa investigación se hace con grandes dificultades, porque se reúnen heces con orina, y la orina deja color, y por lo tanto da lugar a una interpretación un tanto engañosa, porque se interpreta la coloración en las heces, cuando en realidad no existe, y ha habido muchos

casos en que, comprendiendo esto así, se ha hecho un análisis por separado de las heces fecales y de la orina, viendo que aquéllas no tenían coloración alguna.

Esta enferma ha dado un cuadro de obstrucción completo, pero había una dificultad, que no arrancaba precisamente del conducto hepático, sino que iba unida a algún otro motivo de impermeabilidad en las vías de eliminación, en lo que se llaman vías biliares internas, se alcance o no a conocerlas, porque si no las heces hubieran estado coloreadas. Esto prueba, naturalmente, que no hay obstrucción en los conductos excretores, y que, por lo tanto, no era necesaria la intervención operatoria, y que esta enferma podría corregirse buscando la manera de dar mayor fluidez a la bilis, ya que precisamente el motivo de la dificultad de eliminación es la de ser demasiado espesa y pegajosa. Este propósito indudablemente se hubiera conseguido empleando un preparado farmacéutico que hubiera llenado este objeto.

Otro punto interesante en esta enferma, es que tiene en general una fluidez hemática que le pone en mayor peligro de hemorragias secundarias, y que por lo tanto convendría en esta enferma, si no se ha hecho ya, que se estudie el tipo de coagulabilidad para evitar posibles hemorragias ulteriores, algunas veces poco satisfactorias.

DOCTOR PALLARES.—Esta enferma está sometida, desde luego, ya a un tratamiento de calcio y suero, y se continuará así hasta que sea necesario.

DR. B. DE M.

---

## *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.*



## DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

**A propósito de un caso de úlcera tuberculosa de la lengua.**—G. HICGUET et P. CAMBRIER.—«Le Scalpel», núm. 51, pág. 1.888. 23 Diciembre 1933.

Se trata de un paciente de 29 años, cuyos antecedentes se hallan fuertemente cargados, desde el punto de vista de tuberculosis.

En la última temporada, una pérdida de peso marcada y una astenia ligera han precedido a la aparición de un pequeño tumorcito en el surco medio de la lengua, a unos 4 centímetros de la punta. Poco más tarde, el tumorcito en cuestión se ha ulcerado. Ni los alimentos, ni las bebidas, ni el tabaco, le producen molestia alguna. Tampoco muestra tendencia a la curación.

La ulceración, circular de medio centímetro de diámetro por 3 milímetros de profundidad, muestra un fondo amarillento y los bordes son irregulares, despegados. No existe induración. Nada ganglionar.

Nada desde el punto de vista de sífilis.

Submatidez del vértice izquierdo. Rudeza en ambos vértices.

Frotis de la ulceración: K = O. Espotos: K = muy escasos en uno de los exámenes; negativo en otros tres.

La biopsia confirma el diagnóstico.

Este caso de úlcera tuberculosa secundaria, es interesante por la rareza de este accidente y por haber puesto de manifiesto una tuberculosis pulmonar latente hasta entonces.

Toques de ácido crómico al 10 y al 20 por 100 y una estancia de dos años en un sanatorio han curado al enfermo.

**A propósito del tratamiento de la úlcera tropical.**—S. GOLOVINE.—«Presse Médicale», número 103, pág. 2.102, 27 Diciembre 1933.

Cuatro reglas deben de ser tenidas en cuenta para lograr la curación de la úlcera fagedénica de los países cálidos:

- 1.<sup>a</sup> Limpieza cuidadosa de la úlcera, levantando el exudado adherente de la misma.
- 2.<sup>a</sup> Emplear un medicamento bactericida, espiroquetida sobre todo, dando el autor la preferencia a una mezcla de iodoformo, ácido bórico y subnitrito de bismuto a defecto de los arsenicales tan activos pero onerosos.
- 3.<sup>a</sup> Vendaje cuidadosamente aplicado para mantener el apósito bajo una compresión enérgica, evitando las suciedades y rascaduras.
- 4.<sup>a</sup> Conseguida la yugulación del fagedenismo, transformada la úlcera tropical en úlcera simple, defenderla contra las fáciles reinfecciones y favorecer la cicatrización.

**Un caso de psoriasis blanqueado con hormonoterapia sexual.**—A. CLAVERO NUÑEZ.—«Crónica Médica», núm. 73, pág. 59. 15 Enero 1934.

Una muchacha de 24 años, oligo e hipomenorréica, en la que coincide una erupción profusa, universal, de psoriasis con la supresión del período. Obesidad. Amenorrea funcional por hipofunción hipofisaria, es el diagnóstico del autor, estableciendo como tratamiento: 5 días prolán (300 U. R. «per os y pro die»); 10 días foliculina (hormovarina = 10 U. R.); 8 días descanso; 6 días luteína luteal, una ampolla diaria). Un ensayo de tratamiento arsenical fué mal tolerado, 0,90 gramos de neosalvarsán

en 12 días al comenzar el tratamiento, empeoraron las lesiones y apareció un edema generalizado, por lo que se renunció a seguir por este camino, continuando con la medicación hormonal.

Pocos días después de terminar la serie de luteal, aparece el período, coincidiendo con ello la desaparición (casi completa) de su psoriasis.

En los meses siguientes, pese a la irregularidad con que hizo el tratamiento, menstruó bien y el psoriasis quedó reducido al estado de «vestigios» (pequeños elementos puntiformes en cuero cabelludo, codos y nalgas, que sufren un empeoramiento en los días que preceden a las reglas). El abandono del tratamiento hormonal, da lugar a que las reglas se muestren cada vez más raras y escasas. Nuevo brote de psoriasis y nuevo tratamiento que regulariza el período y borra la erupción.

Puestos en causa por el autor, que cita resumiendo nuestro trabajo, «Psoriasis y embarazo», («Revista Española de Obstetricia y Ginecología», pág. 21. Enero 1930, comunicado meses antes a la Academia Española), hemos de completar su mención, con lo que tal vez es más interesante y que no pasándole desapercibido puesto que aunque entre líneas se entreve, no menciona, haciendo notar que en nuestro caso la inyección reiterada de suero de yegua en el octavo mes de su gestación, suplió sin duda la falta de hormonas placentarias y borró la erupción.

Los estudios modernos, buscando la correlación entre psoriasis y glándulas endocrinas, señalan con preferencia el papel de la hipófisis y el autor parece acogerse a ellos con simpatía.

**Investigaciones sobre la bacilemia tuberculosa en quince casos de manifestaciones cutáneas tuberculosas o imputables a la tuberculosis.**—P. COURMONT, I. GATE y P. I. MICHEL.—Soc. Med. des Hôp de Lyon. 21 Noviembre 1933.

Entre los 15 casos estudiados por el método de Löwenstein, en 8 los resultados fueron positivos. En 4 de estos últimos, el examen directo de la sangre permitió descubrir los bacilos en la sangre.

Existía bacilemia en:

1 caso de tuberculosis verrugosa.

1 caso de lupus tuberculosa nodular (entre 4).

3 casos de lupus eritematosos (entre 4).

1 caso de eritema indurado.

1 caso de eritema nudoso.

1 caso de psoriasis (entre 2).

Examinados dos casos de eritema polimorfo no se pudo demostrar en ellos bacilemia.

Los autores creen que la bacilemia coincide con un escaso poder aglutinante, nulo tal vez con más frecuencia.

En los casos en los que el hemocultivo fué negativo, el poder aglutinante era marcado.

**Tubérculos de los ordeñadores sobre eczema de manos.**—FR. WORGHEH.—«Reu. Dermat. de Strasbourg». 12 Noviembre 1933.

En una mujer padeciendo un eczema fisurario de las manos, se observan 5 o 6 lesiones nodulares del tamaño de una lenteja, de coloración rojo violácea y de consistencia dura. Se trataba de tubérculos inoculados ordeñando una vaca enferma.

**Chancro del dedo.**—L. M. PAUTRIER et R. ZORU.—«Reu. Dermat. de Strasbourg», 12 Noviembre 1933.

Caso de accidente primario del dedo. Existían ganglios epitrocleares pequeños y la punción de grueso ganglio axilar dió al ultramicroscopio resultado positivo.

**Eritrodermia arsenical después de tratamiento arseno-bismútico; parálisis facial consecutiva y serología positiva.**—J. ROEDERER.—«Reu. Dermat. de Strasbourg», 12 Noviembre 1933.

En el caso presentado por el autor consecutivamente a una cura mixta arseno-bismútica, se determinó una eritrodermia y una parálisis facial. Su serología, contrariamente a la teoría de la negativación serológica por la eritrodermia generalizada, se mantiene positiva después del accidente.

**Actividad y tolerancia de una sal arsenical pentavalente inyectable por vía subcutánea.**—LOUSTE, LEVY-FRANCKEL y REYNAUD.—«Anales de los Laboratorios Clínicos», pág. 25. Octubre, 1933.

Estudio del ácido acetilamino-oxifenilarsínico solubilizado por un grupo aminoalcohol (arsaminol). Esta agrupación parece favorecer la amplia tolerancia del producto por el organismo, conservando su actividad terapéutica. La inyección a pesar de hacerse a dosis muy elevadas, es indolora.

Presentan los autores 25 observaciones clínicas de tratamiento de ataque, controladas por exámenes serológicos en serie.

Aunque los resultados han sido excelentes, los autores no preconizan el tratamiento de ataque sólo por este arsenical.

En casos en los que la tolerancia hacía otros arsenicales fué mala, el arsaminol desempeñó bien su cometido y también en arseno-resistencias comprobadas.

La tolerancia fué buena y enfermos tratados por 4 a 8 series sucesivas de arsaminol, no presentaron accidentes oculares.

**Raquianestesia y neurosífilis.**—M. FAURE BEAULIEU.—«La Presse Medicale», número 100, pág. 2.037. 16 Diciembre 1933.

Antiguo sífilítico operado en 1924 por crisis dolorosas intensas de estómago. En la operación: estómago normal. Raquianestesia con estovaína.

Consecutivamente a la operación se observó una anestesia de los miembros inferiores y de la región subumbilical. Dos años más tarde trastornos esfinterianos e impotencia sexual.

En los dos últimos meses disartria intensa. Alteraciones psíquicas y de carácter. B-W. en sangre y líquido positivas. Linfocitosis manifiesta y albuminosis líquido cefalorraquídeo. Benjui: precipitación en la zona paralítica.

En resumen: la raquianestesia en un tabético, sensibilizó posiblemente la médula

---

# Peptoyodal Robert

## Yodo orgánico

Gotas e inyectable

---

sacra, contribuyendo a fijar de modo particularmente ostensible la tabes. Los trastornos esfinterianos seguramente no se habrían mostrado tan precoces y tan intensos. Sin conexión con esto, evolución hacia una parálisis general.

Dos deducciones prácticas: necesidad de practicar un cuidadoso examen neurológico antes de la raquianestesia, utilizando otro procedimiento de anestesia a la menor alteración o signo de afección orgánica. 2.<sup>a</sup> Todo trastorno sensitivo-motor y especialmente todo trastorno esfinteriano, que persiste más allá de los plazos habituales a los incidentes post-raquianestésicos, debe de considerarse sospechoso.

Para el sifiliógrafo, a estas conclusiones debía anteponerse esta consideración: si en 1924, se hubiera interrogado a este sujeto, se habría sabido padecía una sífilis desde la edad de 20 años. Sus crisis gástricas, eran sin duda crisis tabéticas. Su diagnóstico hubiera evitado una gastro-enterostomía posterior transmesocólica, con los riesgos inherentes a la intervención y a la raquianestesia, que como vemos no tardaron en manifestarse.

**Función de la placenta en la sífilis hereditaria.**—MANOUELIAN.—«Bruxelles Medical», 18 Junio 1933.

Manouelian, ha podido demostrar la existencia de numerosos treponemas en los fagocitos de las venas del corion, en una mujer sifilítica.

La placenta por lo tanto, ejercería un papel de protección y defensa.

Nada semejante se observa en los tejidos y órganos del feto en el que se comprueba una diseminación total del treponema.

LEDO

## OFTALMOLOGIA

**Alteraciones oculares de la lepra.**—SANTOMASTOSO.—«Annali di Ottalmologia e Clínica Oculistica». 1932.

El autor comienza haciendo una reseña de las investigaciones histopatológicas de las lesiones de los párpados, de la conjuntiva y de las vías lagrimales.

Dice que uno de los signos clínicos más precoces en los párpados es la ausencia de pestañas, acompañada de la caída de las cejas. La causa está en la alteración específica de los bulbos pilosos. Son asiento de lesiones igualmente rápidas las glándulas sudoríparas y las de Meibomius, pero las sebáceas en cambio resisten algún tiempo.

En la piel, su epitelio se deprime y se ulcera, haciéndose larga la cicatrización. Son bastante frecuentes las células gigantes en los lepromas, bien bajo el tipo de células de Langhans o por cuerpo extraño.

Está especialmente expuesta a complicaciones de la lepra, la conjuntiva del pliegue semilunar, siendo característica su infiltración.

Los granulomas leproso, con presencia de células gigantes, aparecen bajo forma de nódulos en la episclera.

La lepra en las vías lagrimales era casi desconocida y de aquí la importancia del trabajo de Santomastoso: Este autor presenta ocho observaciones, de las cuales una solamente con dacriocistitis crónica. Los otros siete jamás habían sufrido alteración alguna en las vías de excreción.

Las lesiones asientan sobre el epitelio proliferado y descamado y sobre todo en

el tejido conectivo pericanalicular infiltrado de células epiteliales y de algunos linfocitos. En el seno de la infiltración densa se observan raros bacilos de Hansen.

Esta reacción sería debida a las sustancias tóxicas y a los gérmenes en circulación frecuentes en la mucosa lagrimal, más bien que a una infiltración leprosa.

Termina tan interesante trabajo Santomastoso con un estudio de las investigaciones histoquímicas y dice que los tejidos afectados de lepra sufren la degeneración grasosa que se verifica constantemente por los diversos reactivos de las sustancias grasosas.

Ilustra el trabajo una lámina en color.

**Tratamiento de los grandes eczemas de los párpados.**—A. TERSON.—«Ann. d'Oculistique». Enero, 1934.

El autor comienza haciendo constar que se halla muy habituado al diagnóstico, con precisión dermatológica, de los eczemas del borde ciliar, eczemas que se confunden muy fácilmente con «blefaritis ciliares».

Seguidamente se extiende en diversas consideraciones sobre las fases clínicas de la enfermedad, adaptándolas entre sí y con la edad del enfermo, asociando siempre los tres grandes principios: el tratamiento local, el tratamiento medicamentoso interno y el tratamiento dietético e higiénico.

He aquí, en concreto, una explicación de la aplicación del tratamiento, comenzando por el adulto:

*Eczema subagudo.*—Después de una minuciosa descripción clínica, se revela contra toda cura por pulverizaciones, cataplasmas, compresas húmedas de temperatura variable; al eczema, dice, nada de agua y sobre todo agua caliente.

Recomienda un remedio de base, el indestructible nitrato de plata, teniendo diversos frascos con dosis de 1 por 100, 1/75, 1/50, 1/30 y 1/20. Si el mal es subagudo, toca solamente con el del 1 por 100, si el proceso es menos subagudo, con el del 1/50, y así sucesivamente.

No olvida y cuida con todo esmero, de los antecedentes personales del sujeto, profesión, calidad y cantidad de sus comidas, de sus bebidas, tóxicos ordinarios y extraordinarios, condiciones psíquicas, carácter, preocupaciones, tan importantes siempre por el estado nervioso, siempre anormal, en el eczematoso. Vigila el sueño y el estado funcional del intestino.

Instituye un tratamiento general adecuado y analiza la orina (azúcar, etc.), simultáneamente con la sangre (urea, colestestina, etc.).

Si el prurito fuese intenso aconseja aplicaciones muy débiles de coaltar en agua hervida tibia o ictiolada, mostrándose disconforme en esta fase con toda clase de pomadas, recomendando al interior el azufre, el carbón y la magnesia.

*Eczema seco y escamoso.*—En esta fase, después de unos toques durante dos o tres días con nitrato de plata al 1/30, ensaya los preparados, con muy poca vaselina y más lanolina, empleando el nitrato de plata al 1 por 100. Si la mejoría se confirma, aconseja el coaltar en pomada al 1/20.

**ELIXIR "RECA"** Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

No recomienda el óxido a. de mercurio, así como tampoco el alcohol iodado.

Como tratamiento general, hace hincapié en el mismo como dejamos descrito para la fase subaguda.

*Eczema seborreico.*—Aquí se habla de las complicaciones corneales que pueden presentarse en esta forma de eczema y recomienda a los dermatólogos que vigilen los ojos de esta clase de pacientes, pues abandonados pueden llegar a producir una panoftalmítis, con todas sus gravísimas consecuencias.

*Eczema en el niño.*—Aconseja tratar más débilmente que en el adulto y para ello comienza por recomendar: toques con nitrato de plata al 1 por 100 y algunas veces al 1/50.

Dice que como en los niños todo eczema tiende a hacerse impetiginoso, no debe descuidarse el óxido a. de mercurio y aplicarle relativamente pronto.

Se extiende en consideraciones diagnósticas diferenciales y termina recomendando la cura termal y prohibiendo los puertos de mar.

**La influencia del embarazo en el campo visual.**—JOHNS.—«American Journal of Ophthalmologie», 1930.

La autora pasa revista a los trabajos concernientes a las modificaciones del campo visual en el curso del embarazo. El estudio de 29 pacientes de una casa para embarazadas la ha enseñado que existe un retraimiento concéntrico neto del campo visual para los objetos y para los colores, así como también un aumento en el tamaño de la mancha ciega en la mayoría de los casos.

Acerca de los campos visuales, de las medidas radiográficas y del examen funcional en esta serie de casos, la autora llega a la conclusión de que las modificaciones del campo visual durante el embarazo dependen probablemente de una modificación funcional más bien que de una hipertrofia o de modificaciones vasculares de la hipófisis.

No se puede aún afirmar si estas modificaciones del campo visual deben ser consideradas como fisiológicas o como patológicas.

**Las reacciones alérgicas de la conjuntivitis ocular.**—HENRI LAGRANGE y S. DELTHIL.—«Annales d'Oculistique». París, Diciembre 1933.

Lagrange y Delthil publican un detallado y extenso trabajo del que vamos a hacer un sucinto resumen y al que remitimos a nuestros lectores.

Los autores comienzan definiendo la alergia, dejando a un lado las discusiones sobre las relaciones entre ella y la inmunidad.

Dividen el trabajo en cuatro capítulos. En el primero se ocupan de los factores de la alergia, extendiéndose en: a), las infecciones; b), las proteínas; y c), el terreno.

Después se ocupan del diagnóstico y dentro de él; 1.º, las cutirreacciones; 2.º, la prueba de la alergia pasiva.

En el segundo, que es del que vamos a hacer referencia, la alergia en oftalmología, le subdividen en A, historia, y B, trabajos recientes.

Tratan en el tercero de las variedades clínicas de las reacciones alérgicas de la conjuntivitis ocular y en el último, del estado actual del problema.

*Alergia en Oftalmología.*—Historia.—Comienzan indicando los experimentos de Von Szily en 1913 acerca de la anafilasia en las enfermedades oculares; siguiendo con las de Wessely, Colombo, Stanculeanu y Nita, Dol y Rados, en el cobaya y

en el perro, así como las de Weinberg y A. Julien en el caballo con toxina ascaridiana, terminando con las de Van Es y A. F. Schalck en 1918, que demuestran la naturaleza anafiláctica de ciertas intoxicaciones parasitarias observadas en los animales (intraderno y oftalmo-reacciones).

Estableciendo el paralelismo entre las observaciones experimentales y la observación clínica, hay que recordar que Marfan ha considerado la queratoconjuntivitis flictenular como una manifestación alérgica de la tuberculosis, que las concepciones de Bruno Bloch, de R. Ravant, llevan a considerar ciertas conjuntivitis eczematosas como focos alérgicos secundarios, reacciones dependientes de un foco infeccioso más o menos distante.

La conjuntivitis primaveral ha sido confundida largo tiempo entre las conjuntivitis infecciosas. Esta conjuntivitis, más frecuente en el hombre que en la mujer, aparece entre los 17 y 20 años.

El examen bacteriológico no revela ningún microbio y Schreiber, de Magdebourg, escribe, a este efecto: «la floración de las gramíneas constituye un momento esencial para la exacerbación de los síntomas de irritación. He ido a tratar a un labrador y a su hijo de 10 años, padeciendo el padre la fiebre típica del heno y el hijo una conjuntivitis primaveral, con recaídas que coincidían al mismo tiempo que la enfermedad del padre».

Los autores se extienden en consideraciones acerca de la conjuntivitis primaveral y ciertas dermatosis, como la psoriasis, el eritema, la pelagra, algunas formas líquenoides del prurito estival dando éste en los ojos un espesamiento alrededor de la córnea.

Acerca de los trabajos publicados relativamente recientes por Alan C. Woods, en 1928, dicen los autores, que en ellos queda demostrado que los tejidos oculares pueden no solamente ser sensibles como el resto del organismo, sino constituir una vía de penetración de las sustancias sensibilizantes y que, según que el antígeno sea introducido localmente o a distancia, los accidentes anafilácticos serán oculares o generales.

En el capítulo de las variedades clínicas de las reacciones alérgicas de la conjuntivitis ocular, indicando las observaciones de Pasteur Vallery, Rodot dice que ellos indican la identidad patogénica del asma bronquial y de las reacciones de la mucosa conjuntival. Estas reacciones pertenecen al grupo alérgico y constituyen un síndrome especial, que está constituido por:

- 1.º Naturaleza del trastorno.
- 2.º Las condiciones en las cuales se constituye.
- 3.º Las asociaciones patológicas.
- 4.º La ausencia de signos infecciosos y de reacciones histológicas habituales en las conjuntivitis foliculares.
- 5.º Las pruebas de sensibilización, y
- 6.º Las reacciones a los medicamentos y a la terapéutica.

Con bastante detalle presentan historiadadas algunas observaciones personales correspondientes:

a) Reacciones de tipo primaveral; una enferma de 44 años, cuyo resultado clínico es: conjuntivitis de tipo edematoso, congestivo, sin foliculos, alternando con crisis de asma, de reuma de heno. Todas estas manifestaciones están influenciadas por las variaciones de clima. Sensibilización a las proteínas múltiples. Trastornos asociados a una otospongiosis y a una atrofia uterina post-operatoria. Trastornos catameniales.

b) Reacciones no primaverales: Una enferma de 31 años cuyo resumen es: conjuntivitis asociada a otras manifestaciones anafilácticas: asma, coriza espasmódico, urticaria. El origen anafiláctico de esta conjuntivitis fué confirmado por la cutirreacción y la prueba de Prausnitz-Kustner. Estos trastornos aparecidos en una dismenorreica han sido notablemente mejorados por la opoterapia ovárica. Esta enferma tratada regularmente por la opoterapia, no se quejó más de trastornos oculares ni de asma.

c) Reacciones alérgicas y distróficas; un niño de 14 años, con trastornos tróficos de la dentadura, teniendo un carácter hereditario y sometido a las leyes mendelianas de transmisión maternal.

Los autores terminan tan interesante como bien detallado trabajo con un último capítulo, que traducido dice así:

IV.—Estado actual del problema.—Ahora hay que colocar entre los trastornos cuyo origen anafiláctico es indiscutible ciertas crisis conjuntivales o palpebrales que en el curso de las cuales se han podido poner en evidencia estigmas biológicos de sensibilización, tales como la cutirreacción y la prueba de Prausnitz-Kustner.

¿Sobre qué terreno esta sensibilización puede constituirse? ¿Cuáles son los factores que determinan esta localización? El papel del sistema nervioso vegetativo y de las secreciones internas ya está denunciado. Al interés práctico de estos hechos, se añade el de un problema de patología general.

**La cinematografía de las operaciones oftalmológicas.**—Y. SOHJI (Fukuoka, Japón).—

«Ann. d'Oculistique, 933.

La cinematografía de las operaciones es utilizada desde hace tiempo. Sin embargo no se utilizaba en oftalmología porque la fotografía de esta clase de operaciones es muy difícil. El campo operatorio es reducidísimo y el grado de reflexión no es igual para la córnea, la conjuntiva, la piel de los párpados, etc.

El autor ha ensayado cinematografiar las operaciones en los ojos tan cómoda como económicamente posible.

Ha adaptado para ello un aparato «Moto-cámara Pathé-Baby» (film de 9,5 milímetros) con un objetivo Tessar 2,7. La iluminación «Sunnylight», es preferible a toda otra. Esta iluminación está constituida por un reflector especial de metal o una ampolla eléctrica de 60 voltios y de 100 watios, con corriente alterna de 100-110 voltios. El soporte del aparato se prepara fijándole a cada lado de la mesa, por encima de la mesa de operaciones.

La moto-cámara queda así instalada y fija por encima del ojo que va a sufrir la operación. Delante del objetivo se coloca un cristal convexo de + 4,50 dioptrías.

La distancia del ojo al aparato será de 27 centímetros.

Para evitar las reflexiones debidas al campo operatorio blanco, aconseja el autor ponerle negro.

Utiliza, según los casos, dos especies de cinta. Para fotografiar la operación de la córnea o de la catarata, es preferible, dice, el film positivo y una lámpara «sunnylight», el iris de la cámara debe ser de 2,7.

Para las operaciones en los párpados, el saco lagrimal y de la órbita prefiere utilizar la cinta super-panchromática y dos lámparas «sunnylight», el iris debe ser de 3,5 a 5,0.

Este dispositivo puede adaptarse al microscopio y con él obtener fácilmente micro-cinematografía.



En el Congreso de la Sociedad Japonesa de Oftalmología de Abril de 1933, ha presentado el autor varios films de operaciones practicadas en vías lagrimales, conjuntiva, párpados, córnea, catarata, esclerótica, músculos rectos (estrabismo), etc.

CILLERUELO.

## OTORRINOLARINGOLOGIA

**Las modificaciones del líquido cefalorraquídeo en el curso de algunas complicaciones de origen ótico.**—DOCTOR M. A. B. ROSHER (Londres).—«Journal of laryngology and otology». Marzo, 1933.

El autor considera de mucha utilidad el examen del líquido cefalorraquídeo en los enfermos con algunas de las complicaciones que más frecuentemente se ven en clínica, sobre todo, claro está, en las meningíticas. Recomienda como suficiente la cantidad de 6 c. c. con la que él hace: numeración celular, investigación de proteínas, investigación cuantitativa de globulinas, examen bacteriológico, tasa de glucosa y de cloruros. Advierte que la meningitis grave puede ser que vaya acompañada (aun en un líquido aparentemente normal) de un aumento moderado de células y proteínas. El porcentaje de células se eleva durante la meningitis localizada. Los cloruros les ha encontrado siempre el autor por bajo de 0,68 por 100 en la meningitis generalizada.

**Las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las rinitis hipertróficas en los tuberculosos pulmonares.**—DOCTORES ALFONSO C. CARRASCO y L. GARCIA IBAÑEZ.—«Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología». Año XXIV, núm. 7. Julio, 1933.

Por los múltiples riesgos que pudieran hacer correr a estos enfermos pulmonares, donde está contraindicada toda técnica sangrante, preconiza el autor como mejor tratamiento de las rinitis hipertróficas, el de la inyección de sustancias cáusticas en el tejido del cornete hipertrófico que fué empleado ya en 1901 por Goldstein y posteriormente por Gaudier, Manasse, Lublinski, Geronzi, Litgow, Richier, Bruker, etc.

Solamente elige para este medio terapéutico el autor los enfermos con la clásica obstrucción en báscula de las rinitis vasomotoras y todos aquellos con rinitis hipertrófica vascular pura.

Como líquido esclerosante emplea la solución Bensande, clorhidrato doble de quinina y urea al 5 por 100. Inyecta primero un cornete, y a los diez o quince días (si las lesiones son dobles), el otro.

De este modo quedan disminuidas las molestias producidas por la congestión, que se presenta en los días siguientes a la inyección.

En un total de 24 casos, ha obtenido un resultado satisfactorio, en todos ellos con una sola sesión en cada cornete. Solamente en uno de los primeramente tratados, en el que la inyección no se llevó todo lo profundamente apetecido, se produjo una escara superficial que se eliminó a los cuatro o cinco días, siendo necesario repetirle la inyección, que esta vez fué eficaz.

Conclusiones: 1.<sup>a</sup> La terapéutica esclerosante es el método de elección para el tratamiento de las rinitis vasomotoras, de las rinitis hipertróficas vasculares puras y de algunas mixtas, desarrolladas en sujetos afectados de tuberculosis pulmonar.

2.<sup>a</sup> Es de trascendental importancia para el éxito el hacer una cuidadosa selección de los casos, separando todos aquellos en los que la hipertrofia no se debe, si quiera sea en una gran parte, a la hiperplasia del tejido vascular.

3.<sup>a</sup> Igualmente importantes son algunos detalles de técnica, en especial dos: 1.<sup>o</sup> No hacer la inyección sin haber obtenido una retracción adrenalínica completa, y 2.<sup>o</sup> Inyectar profundamente en contacto mismo del esqueleto.

**Los epitelomas del istmo de las fauces.**—DOCTOR LEDOUX.—«Acta Otolaryngológica», vol. XV, fasc. 2-4, pág. 341.

La importancia del tema estriba, dice el autor, a más de su fatal pronóstico en la propagación linfática del tumor, ya que así solamente pueden evitarse extensiones ulteriores.

El laboratorio y la histopatología nada nos aclara respecto a la permanencia de las lesiones ganglionares, su radio-sensibilidad y progresividad; por eso insiste el autor en conocer el camino de propagación, que puede ser: 1.<sup>o</sup> En el sentido de la circulación linfática directa, cuya manifestación linfagítica se traduce por una especie de infiltración submucosa en el ángulo amígdalo-lingual. 2.<sup>o</sup> Y a partir de este ángulo «por permeabilidad retrógrada» se interesa el velo del paladar en un sentido y base de lengua en otro, apareciendo entonces y en virtud de esa misma «permeabilidad retrógrada», adenitis cervical del lado opuesto en la que está interesada muchas veces el ganglio submaxilar, que es la fase tercera para el autor o el otro mecanismo de extensión del tumor, ya que se encuentra «por derivación» invadida la vertiente linfática vecina.

S. R. BERCERUELO

# PROKLIMAN

MARCA



“CIBA”



Frascos de 40 comprimidos

Asociación racional de hormona ovárica y de sustancias sedantes, descongestivas y cardiotónicas, para el tratamiento de los trastornos de la

## MENOPAUSIA

Dosis: 2 a 3 comprimidos 1-2 veces al día

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGON, 285

BARCELONA

APARTADO 744

## PEDIATRIA

**Consideraciones sobre la influencia del cobre y del manganeso sobre la actividad terapéutica del hierro.**—SHELDON.—«The British med. Journal», 12-11-32, después tomado de «Le Nourrisson». Noviembre, 1933.

Se ha mostrado notablemente por Hart, Steenbock, etc., que sin una cierta cantidad de cobre el organismo es incapaz de utilizar el hierro para producir la hemoglobina. Parece también demostrado que ningún otro metal puede sustituir al cobre en este cometido. Diversas investigaciones han demostrado asimismo que con 0,15 miligramos de cobre por día es suficiente para un niño de pecho.

De otra parte se ha llegado a admitir que es preciso distinguir de una parte, un hierro funcional, indispensable localizado por la mayor parte bajo forma de combinación orgánica en el núcleo; de otra parte un hierro de reserva en el hígado. En presencia del cobre disminuyen las reservas en provecho de la hemoglobina o de los tejidos en vía de crecimiento. En ausencia del cobre, por el contrario, las reservas constantes seguirían o aún aumentarían. Estas consideraciones han llevado a Sheldon a pensar que el cobre juega un papel importante en los fenómenos de crecimiento, de tal suerte que la administración de cobre aumentaría las necesidades de hierro a fin de servir las exigencias del crecimiento y de la producción de hemoglobina. Es necesario efectivamente insistir que el cobre es particularmente abundante en el niño de pecho.

Se encuentra en el hígado en el momento del crecimiento en cantidad máxima y en el niño la cantidad será proporcionalmente mayor diez veces.

La leche humana contiene por término medio 0,25 miligramos de cobre y dos miligramos de cobre y dos miligramos de hierro por litro. En estas condiciones muestra que en el curso de los nueve primeros meses, el lactante consume 50 miligramos de cobre y 600 miligramos de hierro. Pero no es cierto que todas estas cantidades sean asimiladas, puesto que el meconio contiene indicios abundantes. De todos modos es la leche de mujer la más rica en cobre y en hierro. Desgraciadamente se ha podido comprobar que el cobre aumenta con los estados anémicos, ya que la cifra más alta que registró Sheldon fué en un caso de anemia grave de la gestación y otro de anemia puberal. Se ha pensado que en parecidos casos todas las reservas de cobre se han movilizadas.

En lo que concierne al manganeso que ha sido estudiado por Sheldon, dice que este metaloide no es almacenado por el feto. Las cifras máximas son aún de poca importancia y además de ser constantes son en la edad adulta. Además que está demostrado que el manganeso no es necesario para la utilización del hierro en la formación de la hemoglobina.

**Nuevas observaciones sobre la trofoalergia en el eczema infantil.**—GIORGY y MORO «Klinische Wochenschrift», t. XI, núm. 28, Julio 1932.

Se sabe que es muy raro encontrar una cutirreacción positiva por la leche de vaca de los lactantes que se alimentan con este producto, y lo mismo en los que presentan síntomas de intolerancia o de eczema.

Los autores adelantan que en los casos donde la cuti a la leche de vaca es positiva, sólo la supresión de la leche de vaca hace desaparecer el eczema. Pero un hecho curioso se ha descubierto recientemente. Numerosos niños eczematosos, pero no todos

han sido sensibilizados por la clara de huevo (cuti positiva) a pesar de que ellos no hayan jamás ingerido huevos. Los niños sin eczema tienen siempre un cutirreacción a la clara de huevo negativa.

Los autores se han propuesto estudiar estas alergias alimenticias (trofalergias), no solamente por la clara de huevo y la leche, sino también por diversas harinas y algunos caldos de vegetales como las patatas, los jugos de frutas y el caldo de ternera. El método seguido por los autores consiste en hacer antes una intradermorreacción con el producto estudiado. Si es positiva, proceden a una prueba de Prausnitz-Küstner, y en efecto, cuando la primera es negativa, la segunda lo es constantemente. Pero por el contrario, la intradermorreacción positiva no es una prueba demostrativa.

Después de las alergias por la clara de huevo y de la leche, los autores han observado algunos casos de reacción positiva por la harina, un caso por el caldo de ternera y un caso por las patatas. Es posible que la reacción a la carne de ternera sea análoga a la de la leche. Estas reacciones son absolutamente específicas.

Por otra parte no es posible que los anticuerpos de esas sustancias alérgicas puedan existir en la piel y faltar en la sangre. No sería por tanto necesario tener una reacción P-K positiva, para confirmar la significación de una reacción intracutánea positiva. Además la trofalergia no debería ser estudiada más que después de administración oral por ser conforme a esto lo que pasa en la realidad. Pero este método no es aplicable.

El tratamiento consiste en suprimir el alérgeno por el cual el niño está sensibilizado y sustituirle por la leche de vaca, la de almendras o la de soja.

Haciendo investigaciones serológicas «in vitro», se ha observado que el antígeno de clara de huevo tiene una especificidad muy marcada. El anticuerpo no ha sido aún hallado en el adulto a pesar de que se encuentre sensibilizado por la clara de huevo.

#### **Los edemas con desequilibrio lipoproteico del niño.**—DUFOIS.—«Tesis de Montpellier», 1931-32.

Es preciso aislar de las nefritis hidrópicas de la infancia una entidad nueva: la nefritis lipoidica. En una parte de la tesis el autor recuerda que la nefrosis lipoidica típica comprende:

a) Trastornos de equilibrio lipídico (lactescencia del suero, aumento global de los lípidos totales, elevación del colesterol sanguíneo, constancia del líquido lipémico y aumento del insaponificable).

b) Trastornos de equilibrio proteico (hipoproteinemia, hiposerinemia, descenso del cociente serina globulina, descenso de la presión osmótica de las proteínas).

c) Trastornos accesorios o consecutivos, urinarios en su casi totalidad (albuminuria masiva y lipoiduria con presencia de cuerpos birrefringentes).

En una segunda parte el autor propone una clasificación de los edemas como sigue contando que sólo son aquellos que tienen desequilibrio lipoproteico en el niño.

a) Nefrosis lipoidica verdadera.

b) Ciertas nefritis hidrópicas.

c) Los edemas alimenticios y los edemas por carencia.

El autor cree en la existencia de la nefrosis lipoidica verdadera, pero que es extremadamente rara y que por lo tanto no se puede aplicar este diagnóstico más que si el cuadro sintomático es verdadero y sin estar mezclados con él otros síntomas extra-

ños; pasa después revista a su parecido con la amilosis renal, las nefritis crónicas, las nefrosis lipoidicas secas, que pueden en un momento dado simularlas.

Las nefritis hidrópicas pueden manifestarse en el niño como nefrosis lipoidicas, y el autor presenta cinco casos de estas nefritis observados en el servicio del doctor Leenhard; dos de ellos, los cuales se tratan de verdaderas nefrosis lipoidicas casi puras, y los otros tres se trata de nefritis hidrópicas con desequilibrio lipoproteidico.

Presenta después como final un caso de edema con desequilibrio lipoproteidico en comparación con una alimentación defectuosa.

Resulta de este trabajo que al lado de una nefrosis lipoidica pura, cuya existencia está aún sin probar casos simulando esta afección pero que no son nefrosis. Prácticamente la clasificación nosográfica importa poco, lo que importa para el diagnóstico es, asociado al edema, el desequilibrio lipoproteico que conduce al diagnóstico, relativamente favorable por poco se le coloque en tren de tratamiento apropiado, que consiste en restricción relativa de grasas y de hidratos de carbono, con régimen hipoclorurado e hipoproteidico en el período de los grandes edemas, régimen que llega a ser rápidamente clorurado débil y proteico o hiperproteico y al cual puede ser añadida la opoterapia tiroidea en la cual la eficacia es variable.

**Un caso de difteria umbilical.**—MONTGOMERY.—«*Amerc. Journal of Dis. of Child*». Vol. 40. 5 de Noviembre de 1930.

El autor no ha podido encontrar en la literatura más de 60 casos de difteria del ombligo, de ellos, 40 con análisis bacteriológico.

Ha examinado personalmente un caso de un niño de seis semanas, en el cual el ombligo no estaba cicatrizado desde el nacimiento y estaba rodeado de una aureola rojo-obscura que tenía las dimensiones de la palma de la mano. Súbitamente al 40 día, el niño tuvo una elevación de temperatura acentuada. Presenta una expresión angustiosa al tiempo que una hipotonía de los músculos de la nuca y los miembros, al tiempo que una difícil respiración únicamente costal. Muy rápidamente la disnea aumentó y se acompañó de cianosis y muerte.

Los cultivos demostraron la presencia a nivel del ombligo de «bacilos diftérico-virulentos para el cobaya». No existen en el rino-farinx. La muerte es atribuida a una parálisis del diafragma de origen diftérico. La autopsia revela lesiones de degeneración de miocardio, riñones e hígado. La sangre del corazón contenía bacilos diftéricos.

**Diagnóstico de las hemorragias obstétricas intracraneales en el recién nacido.**—CA-TEL.—«*Monatssch. für Kinderh*», t. 52. 1932.

Dosificando al mismo tiempo la bilirrubina en la sangre y en el líquido cefalo-raquídeo, se pueden diagnosticar las hemorragias intracraneales en el recién nacido debidas al embarazo. Se asegura también que hay a menudo hemorragias intracraneales después de un parto normal, eutócico.

En la mitad de los recién nacidos que se hallan faltos de vitalidad y son nacidos en partos normales, se encuentran asimismo estas hemorragias. Naturalmente un primer parto y un parto difícil, favorece la producción de las hemorragias intracraneales. El autor no quiere admitir la importancia que se ha atribuido en estos últimos tiempos a las hemorragias intracraneales del recién nacido, como causa de muerte o como origen de las lesiones ulteriores de los centros nerviosos.

ALLUÉ HORNA

## LIBROS RECIBIDOS

**Annales de l'Académie de Medicina de Barcelona.**—Volumen XIV. 1932.

**Medicina interna.**—Manual práctico para médicos y estudiantes, publicado bajo la dirección del profesor A. Ceconi, con la colaboración de numerosos profesores italianos, traducción de M. Montaner, tomo III. Modesto Usón, Editor. Barcelona, 1933.

**PROFESOR DR. A. PONS.**—**Anales de la Clínica Médica A. de la Facultad de Barcelona.**—Volumen 1.º Años 1932-33. Un tomo en octavo, de 472 páginas, con 238 grabados en el texto. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1933. Precio, 25 pesetas.

**PROFESOR F. DE QUERVAIN.**—**Tratado de diagnóstico quirúrgico.**—Segunda edición, un volumen de 796 páginas con 283 grabados en negro y 6 láminas en color. Editorial Labor. Barcelona-Madrid-Buenos Aires, 1934.

**Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.**—Memoria y Discurso inaugural del curso de 1934. Tipografía «Cuesta», Valladolid.

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

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

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

# 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 / EMPALSAMAMIENTOS



## HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO  
FORMULA

Sulfoguaiacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálsamo de tulú en equivalencias aa.	50 —
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 —
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus.	10 —
Hepatorradil C S. para	150 —

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

# NOTICIAS

---

## CONCURSO DE PREMIOS PARA EL CURSO ACADEMICO DE 1934

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

Primera. El tema sobre que han de versar los trabajos será:

Medicamentos hipnóticos, Estudio general de las relaciones entre su acción y las propiedades físicas y químicas de los tejidos.

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

Tercera. A este concurso no podrán aspirar los que hayan obtenido algún otro premio de esta Academia, los Académicos Corresponsales de ésta y los numerarios de alguna de las Academias de Medicina de España. No obstante, pueden presentar dichos señores los trabajos que tengan por conveniente sobre el tema propuesto.

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

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

Sexta. Los lemas premiados y los nombres de los autores de los mismos, se harán públicos antes del 31 de Diciembre y la adjudicación de los premios tendrá lugar en el acto de la sesión inaugural del curso académico que deberá celebrarse dentro del mes de Enero de 1935.

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

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

Valladolid, 27 de Enero de 1934.—El Presidente, **Doctor don Salvino Sierra y Val.**—El Secretario accidental, **Doctor don José Cilleruelo Zamora.**

## ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE VALLADOLID

Al concurso abierto para la obtención de los premios otorgados por la Academia, no ha acudido más que un solo concursante con el lema «Luis de Mercado. Antonio Ponce de Santa Cruz».

Tramitado reglamentariamente y examinado por la Sección de Higiene, ha sido el doctor Barreda el ponente, quien en acabado estudio, que mereció los plácemes de la Corporación, propuso le fuera otorgado el primer premio por considerarle de mérito y de alto valor científico, lo que así acordó la Academia por voto unánime.

Abierta la plica correspondiente, resultó ser autor don Mariano Bellogín García, Director de Sanidad del Puerto e Inspector de Distrito de Valencia.

Nuestra enhorabuena al ilustre paisano.

---

# CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

---

## INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA ACADEMIA DE MEDICINA DE VALLADOLID

El domingo 28 de Enero, se celebró con toda solemnidad, la inauguración del curso en la Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

Comenzó el acto a las once y media de la mañana, acompañando en el estrado presidencial al doctor don Salvino Sierra, presidente de la Corporación, el teniente coronel señor Casas, en representación del general de la División; don Ramón Lafarga, presidente de la Audiencia Territorial; el doctor don José Garrote, por el Ayuntamiento; el vicerrector de la Universidad, doctor don Rafael Argüelles; los doctores Pérez Martín y Bartolomé del Cerro, por la Facultad de Ciencias; señor Catalán, que representa a la Normal de Maestros; señor Sánchez Santarén, a la Escuela de Artes y Oficios; el señor inspector provincial de Sanidad, don Francisco Bécares; el señor Sanz T. Pasalodos, presidente de la Comisión gestora de la Diputación; el teniente coronel médico, don Silvano Escribano, y el doctor de Andrés Bueno, en representación del Colegio Oficial de Médicos.

Asistieron los académicos numerarios doctores Barreda, López Prieto, Sierra (don Blas), Goyena, Durruti, Mercado, Cilleruelo, Zuloaga, Sánchez, Cebrián y Camaleño, y el electo doctor Ruiz Guerra.

Concurrió al acto un numeroso y distinguido público, formado en su mayor parte por catedráticos, médicos y estudiantes.

### MEMORIA DE SECRETARIA

El doctor Cilleruelo, en funciones de secretario perpetuo, dió lectura a la memoria anual de secretaría, en la que describe la labor realizada por la Academia durante el pasado curso.

### DISCURSO INAUGURAL

Dió lectura al discurso inaugural, el académico numerario y prestigioso tocólogo, doctor don Pedro Zuloaga.

Después de comentar las disposiciones legales por que se rigen estas Academias, de hacer un minucioso análisis de la labor que realizan y de proponer una ampliación de sus elementos componentes para lograr mayor efectividad y difusión de su obra, pasó a ocuparse del importantísimo tema que iba a desarrollar: «Nuevas orientaciones de la obstetricia moderna».

Puso de relieve el avance logrado en esta rama de la Medicina y la orientación actual en cuestiones que sobre todo se relacionan con la biología y patología de la gestación.

Hizo un estudio retrospectivo de la tocurgia en la parte referente a asepsia e infección y enumeró los medios terapéuticos hoy usados para combatir la sepsis puerperal.

Trató a continuación de los progresos logrados en cirugía ginecológica, con la que tanto se ha beneficiado la operatoria obstétrica; pero señala la verdadera importancia que aún deben tener para el verdadero tocólogo la aplicación de fórceps y la versión.

Se ocupó luego de la mecánica y dinámica del parto, fijando el límite que debe tener «el saber esperar». Aludió a los extractos hipofisarios, de los que se ocupó



extensamente hace veinte años en su discurso de ingreso en esta Academia, y a la medicamentación.

En la parte más importante y extensa de su discurso, se ocupó de la biología y patología de la gestación. Habla del metabolismo, de las modificaciones del sistema endocrino, de las vitaminas en sus relaciones con la biología de la gestación y, principalmente, de la intoxicación gravídica, toxicosis de la gestación o gestosis.

Al hablar después de la influencia de las glándulas suprarrenales en el embarazo, contestó al profesor Schwarz, de Viena, que en la enciclopedia alemana «Biología y Patología de la mujer», cita y comenta un muy importante estudio que hace años hizo el doctor Zuloaga, sobre vómitos de las gestantes, en el que describía el cuadro clínico que ha denominado hipopeinefría gravídica, trabajo que al doctor Zuloaga le valió un homenaje que en Madrid le hicieron las más destacadas figuras de la toxicología española.

De cuestión tan debatida en estos últimos tiempos, como la eugenesia, se ocupó posteriormente, hablando también del certificado prenupcial y, sobre todo, de la actuación del tocólogo para guiar y aconsejar a las clientes por cariño a la mujer y al hijo, por egoísmo, por deber social.

Dedicó una parte de su discurso a tratar de la educación física y moral de la mujer, y terminó describiendo cómo ha de ser el tocólogo moderno, del que—dice—será médico internista muchas veces, cirujano y operador en bastantes ocasiones, higienista siempre, clínico experto como el que más y hombre de ciencia tanto como práctico hábil. Nuestra misión—añade—recordando palabras del fallecido profesor Recasens, ha de consistir en lograr que la función que da la vida no dé nunca la muerte.

Una calurosa ovación acoge el final del hermoso discurso pronunciado por el doctor Zuloaga, quien fué después efusivamente felicitado por su magnífico trabajo.

---

## 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*

**Academia Nacional de Medicina.**—De 750 pesetas, medalla de oro, «accessit», medalla de plata y menciones honoríficas. Título de académico corresponsal.

- 1.º Patogenia actual de la epilepsia.
- 2.º Tratamiento quirúrgico de los prolapsos uterinos.  
Plazo, 31 de Octubre de 1934.  
Premio Abaytua, 5.000 pesetas.  
Estudio analítico-crítico de Deontología médica.  
Plazo, 1 de Octubre de 1936. Arrieta, 10. Madrid.

**Academia Médico-Quirúrgica Española** (Esparteros, 9, Madrid).—Pensión de estudios. Seis meses en Madrid. Trabajo sobre materia que desee ampliar. Hasta 31 de Enero.

Premio Rodríguez Abaytúa: 1.500 pesetas. Valor terapéutico de los extractos de corteza suprarrenal. Hasta 1 de Octubre de 1934.

Premio de la Academia: 1.500 pesetas. Cirugía del simpático en las afecciones digestivas. Hasta 1 de Octubre de 1934.

Premio Goyanes: 1.000 pesetas para el título. Alumno pobre, aplicado y de buena conducta, licenciado en Madrid durante el curso 1933-34. Hasta 30 de Septiembre de 1934.

**Primer Congreso Nacional de Sanidad.**—Durante los días 6 al 12 del mes de Mayo próximo, se ha acordado la celebración en Madrid del primer Congreso Nacional de Sanidad.

Temas que se presentarán al Congreso como ponencias oficiales del mismo:

- Primer grupo.—1.ª Organización de la lucha antituberculosa en España.
- 2.ª Los Centros terciarios de Sanidad y su relación con los Institutos provinciales de Higiene.
- 3.ª Los Centros secundarios de Higiene rural: Normas que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento.

Segundo grupo.—1.ª Bases para la adaptación de las funciones propias de las actuales Estaciones sanitarias de puertos y fronteras a las peculiares de los Centros de Higiene marítimo-sociales.

2.ª Concepto actual de la lucha y defensa contra las enfermedades importables por mar y tierra.

3.ª Necesidad de incorporar a la Sanidad Nacional los servicios sanitarios de la Zona del Protectorado de Marruecos y de las colonias del Africa occidental y normas que deberán regular la citada incorporación.

Tercer grupo.—1.ª Bases para la estimación y calificación sanitarias del agua potable.

- 2.ª El seguro social de enfermedad y la Sanidad municipal.
- 3.ª Organismos centrales de investigación y enseñanza sanitarias y sus relaciones con los demás Centros sanitarios.

Sabemos también que hay anunciadas ya más de cien comunicaciones sobre cuestiones todas ellas de gran importancia, por lo que se refiere al mejor aprovechamiento posible de nuestros servicios y organismos.

III Congreso de la Sociedad francesa de Ginecología, París, 7-10 Mayo de 1934.  
Tema general: «Insuficiencia del ovario». Secretaría: rue du Conservatoire, París.

A nuestro compañero de redacción, doctor Baena Baena, le ha sido otorgado por la Academia Nacional de Medicina, el premio López-Sánchez, consistente en 1.600 pesetas.

Nuestra más cordial enhorabuena congratulándonos de ver así reconocidos los méritos de tan laborioso y competente compañero.

Se encuentra totalmente restablecido de la grave enfermedad que ha padecido, nuestro querido compañero y amigo, el médico de ésta, don Enrique Asensio Pinilla. Lo celebramos cordialmente.

En Madrid ha sido objeto de un homenaje por parte de sus compañeros, el doctor J. M. Villaverde, por su reciente triunfo en las oposiciones a la plaza de médico psiquiatra de Beneficencia Municipal.

El Patronato de la Universidad de Barcelona, a propuesta de la Facultad de Medicina, acordó celebrar un concurso de méritos para nombrar un profesor agregado que tenga a su cargo la enseñanza de Ginecología. Esta plaza será retribuida con el sueldo inicial de 7.000 pesetas. En caso de que obtenga la plaza un catedrático de otra Universidad, percibirá la cantidad que corresponda hasta igualar su sueldo anterior.

Por el presente edicto, se convoca a todos los que quieran tomar parte en dicho concurso.

La norma que regirá el orden de preferencias de méritos alegados para el concurso, será la siguiente: 1.<sup>a</sup> Méritos científicos; 2.<sup>a</sup> Títulos académicos; y 3.<sup>a</sup> Servicios prestados a la enseñanza.

En Madrid se celebró en la Facultad de Medicina una velada necrológica en memoria del que fué profesor de aquella Facultad, don Roberto Novoa Santos.

El señor Díaz Trigo, en representación de la clase escolar, y los doctores Azcárraga y Jiménez Díaz, leyeron unas cuartillas en elogio del que fué su profesor y compañero. El trabajo preparado por el señor Marañón, que no pudo asistir al acto por impedírsele una desgracia reciente de familia, fué leído por el decano de la Facultad, doctor Sánchez Covisa, que también pronunció unas palabras resumiendo los elogios de todos cuantos en el acto tomaron parte. Finalmente, hizo uso de la palabra el subsecretario de Instrucción pública, que por ausencia del ministro, presidía el acto. No habiendo conocido a fondo—dijo—la labor científica del doctor Novoa Santos, se contentó con elogiar sus relaciones parlamentarias.

Todos los oradores fueron muy aplaudidos. Les acompañaron en la presidencia los doctores Hernando, Cardenal, Márquez, Tapia y Cañizo, entre otros. El anfiteatro grande de la Facultad se hallaba ocupado totalmente por los alumnos.

---

# HEPATORRADIL

**PODEROSO  
RECONSTITUYENTE**

FÓRMULA: Principios solubles de hígados frescos. - Extracto de malta sometido a la acción de los rayos ultravioleta. - Iodo naciente (métodos BEAUDIN y COURTOT). - Arsénico. - Fóforo. - Calcio y jarabe de rábano perfeccionado. (VITAMINAS A, B, C y D.)

**LABORATORIOS GRAIÑO**

La reunión que celebraron en el Colegio de Médicos de Madrid los diputados médicos señores Juliá, Morayta, Madera, Ramos y Simón Polanco, el Presidente del Consejo de Colegios señor García Tornel, el secretario del mismo organismo señor Cortés Pastor y el Presidente y Secretario de la Asociación de I. M. de S., señores Ossorio y Ruiz Heras. Se adhieren los diputados médicos Albiñana y García Blanco.

Parece ser se va a la formación de un grupo médico parlamentario cuyos componentes recabarán de los partidos en que militan cierta autonomía para tratar de los asuntos sanitarios en el Congreso.

Se nombró una Comisión para que con carácter permanente se relacione con los organismos dependientes del Ministerio de Trabajo y Sanidad.

Esta Comisión integrada por los señores Ramos Acosta, Palanca y Fernández Labandera, ha visitado al ministro de Trabajo y al subsecretario de Sanidad, para complimentarlos y notificarles los acuerdos adoptados.

El doctor Pérez Mateos les confió sus proyectos beneficiosos en extremo para la clase médica.

Preocupado por la falta de pago a los titulares, se propone estudiar la posibilidad de que las Delegaciones de Hacienda asuman el pago de los titulares.

De los datos que posee el doctor Ruiz Heras, parece desprenderse que la mitad por lo menos de las titulares, o no se pagan o se pagan tarde y mal.

Por este y otros muy interesantes extremos, la reunión revistió verdadera importancia.

Ya veremos... si es verdad tanta belleza.

Conclusiones acordadas por la Sociedad Española de Higiene:

1.<sup>a</sup> El certificado social antituberculoso, será obligatorio para cuantas personas se dediquen a la enseñanza y escolares en todos sus grados, servicio doméstico en casas particulares u hoteles y encargados de expender al público alimentos de utilización directa (panaderos, fruteros, confiteros, etc.).

2.<sup>a</sup> Lo expedirán los Dispensarios de Acción Social y Profilaxis de la tuberculosis, o los Inspectores municipales de Sanidad donde aquéllos no existan, previo reconocimiento clínico, radiológico y bacteriológico de los interesados, y tendrá de validez un año, debiendo ser renovado cada año.

3.<sup>a</sup> Por la expedición de dicho certificado se abonará la cantidad de cinco pesetas por una sola vez, que quedará a beneficio del Dispensario para sus gastos de propaganda y educación antituberculosa. Será gratuito para los incluidos en la Beneficencia municipal.

**Seguro obligatorio de maternidad.**—En Diciembre terminó la Asamblea de médicos de Seguro obligatorio de Maternidad que, convocada por el Consejo general de los Colegios Médicos dió comienzo el 19 del actual.

A ella han asistido representaciones de todos los Colegios españoles y se ha logrado por unanimidad aprobar un proyecto de convenio que se ha de proponer al Instituto Nacional de Previsión para que esté en vigor durante el año 1934.

Este convenio difiere del del anterior año, en que en él los tocólogos han procurado, con las enseñanzas de la experiencia, hacer más efectiva esta labor social en beneficio de la obrera.

La mesa de la Asamblea fué presidida por el doctor don Fulgencio Navarro

Blasco, de Madrid, y actuó de Secretario el doctor don Eduardo Pérez L. Echevarría, de Almería.

Las conclusiones de dicha Asamblea, se han hecho llegar al Consejo general de Colegios Médicos, a fin de que éste procure con el Instituto Nacional de Previsión una unánime garantía para sus beneficios.

Según datos de «l'Office International d'Hygiene Publique», el número de casos de tífus exantemático padecidos en Egipto durante los primeros meses del año 1933, sobrepasó la cifra de 7.000, con una mortalidad del 12 por 100, bastante débil por lo tanto.

En aquellas regiones en las que la población es más densa y las condiciones de vida son peores, como en el Bajo Egipto, la enfermedad revistió mayor intensidad.

Se consigna la benignidad de algunos casos que evolucionaron en breve plazo, con fiebre poco elevada, estupor poco acentuado y faltando el exantema.



En esta capital falleció don Félix García Ortega, querido compañero nuestro. A toda su familia hacemos presente nuestro sentimiento.

Nuestro querido amigo y compañero el doctor Antonio Miguel y Romón, pasa por el dolor de haber perdido una de sus hermanas.

Tanto al doctor Romón como al doctor García Lorenzana, nuestro querido compañero de redacción y sobrino de la finada, les hacemos presente nuestro sincero pesar.

A fines del pasado año, ha fallecido el distinguido pediatra japonés, doctor Tadashi Suzuki, profesor que era de la Universidad Imperial de Tokio. Dirigía desde hace tiempo la clínica infantil del «Daiven General Hospital» (Manchuria del Sur). Fué llamado a Tokio para sustituir al profesor J. Hivai. El doctor Suzuki, colaboraba asiduamente en revistas europeas, en especial en las francesas «Revue Française de Pédiatrie» y «Archives de Medecin des Enfants», habiendo publicado en esta última una notable memoria sobre «La influenza en los niños y en especial en los lactantes». En la «Revue» figuraba entre los redactores. Con la temprana muerte de Suzuki ocurrida cuando contaba cincuenta y un años, pierde la Pediatría japonesa y mundial uno de sus mejores y más conocidos maestros.

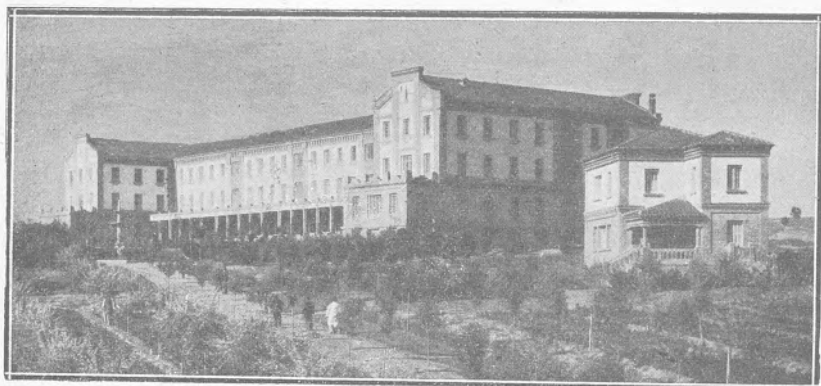


---

**Phosphorrenal Robert**  
**Reconstituyente**

**Granular, elixir e inyectable**

---



## Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

**Director: Doctor Mariano Górriz**

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

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

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

**PALENCIA**

BRONQUITIS

CATARROS

**PULMO-HIDRATOL**

TUBERCULOSIS

GRIPPE

**INYECTABLE INDOLORO**

**NIÑOS ADULTOS**

**3 FORMULAS:** 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.-MALAGA

## DISPOSICIONES OFICIALES

Por Decreto aparecido el día 4, se autoriza al Presidente del Consejo de ministros para presentar a las Cortes un proyecto de ley, dando fuerza de tal al decreto de 25 de Diciembre del pasado año, incorporando al Ministerio de Trabajo y Previsión Social los servicios dependientes de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia que se hallaban adscritos al de la Gobernación.

Se anuncia a concurso de traslado una Cátedra de Anatomía descriptiva y topográfica con su técnica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

Se dispone quede sin efecto la Orden del 21 de Diciembre próximo pasado, por la que se convocaba a concurso-oposición para proveer ocho plazas de practicantes auxiliares radiólogos con destino a los Dispensarios antituberculosos de Madrid y provincias.

Anúnciase al turno de oposición libre, la Cátedra de Patología general vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Reorganizando la Dirección general de Sanidad, publicó la «Gaceta» el siguiente Decreto:

Artículo 1.º La Dirección general de Sanidad, comprenderá cuatro secciones técnico-administrativas, que se denominarán: de Sanidad interior, Sanidad exterior, Instituciones sanitarias y Contabilidad.

Art. 2.º Cada una de las Secciones enumeradas comprenderá cuantos servicios técnicos o Negociados se consideren precisos para su mejor desenvolvimiento.

Art. 3.º Los inspectores generales de Sanidad, independientemente de las facultades que como tales les corresponden por las disposiciones vigentes, serán los jefes de las Secciones correspondientes, de cuyo funcionamiento serán responsables ante el director general, con el cual despacharán directamente.

Art. 4.º La Inspección general de Sanidad interior comprenderá los siguientes servicios: Epidemiología general. Estadística sanitaria de Higiene de la alimentación. Higiene infantil. Lucha antivenérea. Higiene rural. Comisaría sanitaria. Aguas minero medicinales. Régimen de cementerios. Higiene provincial y municipal. Profesiones sanitarias. Inspectores municipales de Sanidad. Institutos provinciales de Higiene.

Art. 5.º La Inspección general de Sanidad exterior y de Comunicaciones y transportes, comprenderá los siguientes servicios: Régimen sanitario de puertos y fronteras, Higiene de la Marina civil. Emigración. Higiene social de las zonas marítimas. Transportes. Sanidad internacional y colonial.

Art. 6.º La Inspección general de Instituciones sanitarias, comprenderá los siguientes servicios: Lucha contra la lepra. Lucha contra el paludismo. Lucha contra el tra-

---

**ORTHOMIL**

Solución de salicilato de sosa.  
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

---

coma. Lucha contra la tuberculosis. Higiene mental. Propaganda sanitaria. Ingeniería sanitaria. Instituto Nacional de Higiene. Hospital nacional de Enfermedades infecciosas. Instituto de farmacobiología. Instituto del cáncer. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de venereología. Escuela Nacional de Puericultura. Comisión de Investigaciones sanitarias.

Art. 7.º Afecto a la Dirección general de Sanidad figurará un inspector de servicios, cuya misión será la de vigilar el exacto cumplimiento de cuantas disposiciones regulen la marcha de todos ellos.

Art. 8.º A las inmediatas órdenes de la Dirección general, y en relación con las Inspecciones generales, funcionará una Secretaría técnica general, de la cual dependerán los siguientes servicios: Personal. Secretarías del Consejo Nacional de Sanidad y Comisión Central de Sanidad local. Régimen interior del Centro. Registro general. Informaciones y reclamaciones. Prensa, publicaciones y biblioteca.

Art. 9.º La Jefatura técnica de Farmacia y estupefacientes funcionará, en relación directa con la Dirección general de Sanidad, en aquellos asuntos de carácter técnico de su especial competencia y con las respectivas Inspecciones generales para todos aquellos de carácter administrativo que con ellas se relacionen.

La «Gaceta» ha publicado la convocatoria del concurso para la concesión de pensiones en el extranjero por la Junta para ampliación de estudios.

En virtud de ella pueden solicitar pensión: el personal docente de los establecimientos de enseñanza dependientes del Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes; el personal no docente de los mismos y los que hayan recibido en ellos grados o reválida, y en casos especiales, los alumnos que sigan en ellos sus estudios.

Las solicitudes y correspondencia serán dirigidas al Presidente de la Junta para ampliación de estudios, Medinaceli, 4, Madrid.

El plazo para la presentación de instancias vence el 6 de Febrero próximo.

**DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA**



**VACOTONIL**

DEL DOCTOR GRAÑO

Extrato de BELLADONA LUMINAL. (En gotas, de 4 a 12 diarias.)

Extrato de VALERIANA; Extrato de OVARICO total. (TPOE)