

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
DOCTOR M. BAÑUELOS.— <i>Caracteres clínicos de la actual epidemia gripal</i>	157
LUIS NÚÑEZ BACHILLER Y MANUEL ROMÁN.— <i>Tísis galopante</i>	161
DOCTOR VICENTE DE ANDRÉS BUENO.— <i>Conducta del médico ante las lesiones y enfermedades que no deben ser admitidas como accidentes del trabajo</i>	179

CRÓNICA

<i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i> .—DR. B. DE M.....	185
---	-----

(Sigue)

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUIRATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ÚLCERAS "HERIDAS" DE FALCIFORMES 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 fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

Medicina interna, por M. Bañuelos.

<i>Características del líquido sinovial en los diversos tipos de artritis.</i> Keefe, Myeres, Holmes.....	191
<i>Acción de la vitamina A.</i> —Shabley y Spies.....	191
<i>Erosiones y perforaciones de carácter neurógeno de estómago y esófago en caso de lesiones cerebrales.</i> —Masten y Bunts.....	192
<i>Inflamaciones alérgicas en los pulmones con alteraciones histopatológicas en todo semejantes a las de la pulmonía lobar.</i> —Fried..	192
<i>Influjo que los extractos de bazo tienen sobre la coagulación de la sangre y sobre las plaquetas y los glóbulos rojos.</i> —Schliephake.	192
<i>Sobre el influjo vaso constrictor de la sangre, especialmente de la sustancia llamada «constrictina».</i> —Konschegg.....	193
<i>¿Existen rayos terrestres perniciosos?.</i> —Friedrich.....	193
<i>Sobre la patogenia de la linfogranulomatosis.</i> —Graff.....	194
<i>Sobre la lipogranulomatosis progresiva de la musculatura.</i> —Teutschlaender.....	194
<i>Un nuevo alcaloide del cornezuelo (Ergometrina).</i> —Doctores Moir y Dudley.....	194

Dermatología, Sifiliografía y Venereología, por E. Ledo.

<i>Eritema del noveno día después de la administración de arsphenamina.</i> —Harther L. Keinr..	195
<i>La sífilis y las enfermedades de la piel en el negro americano.</i> —H. H. Hazeu.....	195
<i>Efectos de las hormonas sexuales sobre el acné.</i> —M. T. van Sstudiesford.....	195
<i>Un caso de sarcomatosis cutánea primitiva generalizada.</i> —G. Mariconda.....	195
<i>Suplemento a la historia del erisipeloide (inoculación del bacilo del mal rojo del cerdo al hombre).</i> —G. Belgodere.....	196
<i>El alcohol en la etiopatogénesis de la pelagra y la pseudopelagra alcohólica.</i> —Francesco Tazzari.....	196

BIBLIOGRAFÍA..... 197

LIBROS RECIBIDOS..... 199

NOTICIAS .. 200

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ**Fernández & Canivell****MÁLAGA****ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO**

Representante para Valladolid-Palencia y sus provincias:

Don Arsenio Candelas, Teresa Gil, 25, 1.º—Valladolid

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 glicerosfórico 0,046 >
Acido cacodílico 0,030 >
Hierro asimilable 0,002 >
Glicerosfato estrénico 1/4 millig.

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

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de los
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CLORURO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y literatura al autor: LABORATORIO BENEYTO. Manuel Silvela, 7.-MADRID

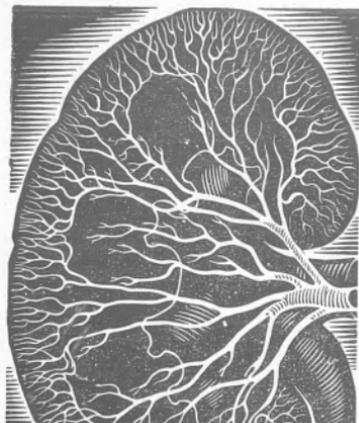
Schering

Pielitis Cistitis

En estas afecciones, como en todas las de naturaleza infecciosa-inflamatoria del aparato urogenital, proporciona la Neotropina los mejores resultados debido a su acción antiséptica, su poder de penetración y su efecto sedante en las inflamaciones.

ENVASE ORIGINAL:
Frasco con 30 grageas de 0,1 gr.

SCHERING-KAHLBAUM A. G. BERLIN



NEOTROPINA

SUSTANCIA COLORANTE BACTERICIDA

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona

Pyridium

Clorhidrato de 5- fenilazo-4,4'-diaminopiridina

3 veces diarias - 1 o 2 tabletas

El
analgésico
y antiséptico
de las vías urinarias

Tabletas de 0,1 : en envases de origen de 12 y 25 tabletas.
Inyectables de 0,01 gr.
cajas de 10 ampollas de 1 cm.³

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

G. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim - Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

„BOEHRINGER“ Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.

BARCELONA - Apartado 5.052

MADRID - Apartado 10.025

Caracteres clínicos de la actual epidemia gripal

por el doctor M. BAÑUELOS

La epidemia de gripe que en el mes de Enero comenzó a atacar en gran proporción a los habitantes de las grandes ciudades españolas, se había iniciado en Diciembre en los países Orientales de Europa, desde donde se propagó con rapidez a los Centros europeos y a los Occidentales, adquiriendo una gran difusión y atacando, probablemente, a un veinte por ciento de la población en el curso de varias semanas.

En nuestra capital de Valladolid, la máxima difusión correspondió a los últimos días de Enero y primeros de Febrero.

Esta gran oleada epidémica de gripe había tenido su precursora en un brote más pequeño epidémico de gripe que estalló en el invierno pasado de 1933 a 1934 y que también alcanzó la máxima difusión en Valladolid en el mes de Enero de 1934.

Desde el punto de vista clínico, el brote epidémico de 1934, de menor difusión, fué sin embargo más violento en sus manifestaciones clínicas, tanto en las febriles como en las catarrales, y también en las complicaciones pulmonares.

Clínicamente, la actual epidemia de gripe se ha presentado en una oleada epidémica de gran difusión y de rapidísima propagación dentro de la población. Pero las manifestaciones febriles y catarrales de aparato respiratorio han sido menos violentas que las del año pasado, y ha surgido menor número de complicaciones pulmonares.

Los rasgos clínicos esenciales de la epidemia actual han sido, en cuanto a la fiebre, el que ha sido más baja que en otras epidemias gripales, pues en la mayoría de los enfermos ha oscilado entre treinta y ocho y treinta y nueve la máxima; teniendo la mayoría solamente treinta y ocho y medio, o alguna décima más, en el primero y segundo día.

Ha sido corriente que la temperatura mayor haya sido la del segundo día, sobrepasando en tres o cuatro décimas a la del primero.

La mayoría de los enfermos, en el tercer día, estaba en descenso la temperatura; pero no obstante, algunos han seguido tres o cuatro días con temperaturas de treinta y ocho y medio, y éstos han sido corrientemente los que han tenido sintomatología de aparato respiratorio.

Un cierto número de sujetos se ha quedado apirético, con bastante rapidez, sin surgir décimas vespertinas; y han sido muchos los que durante tres o cuatro días han aquejado algunas décimas de temperatura febril por las tardes. Pero, en conjunto, puede afirmarse que esta epidemia de gripe ha

sido caracterizada por temperaturas febriles inferiores a las de la epidemia de 1918, 19 y 20.

Igualmente se ha caracterizado, hasta ahora, por la sintomatología clínica típica de la gripe, comenzando por catarro faríngeo o traqueolaringeo, extendiéndose rápidamente este catarro por el árbol respiratorio y alcanzando al tercer día las fosas nasales, como regla general, y extendiéndose en dirección descendente hasta bronquios medianos, donde se agotaba el poder de difusión de la enfermedad, surgiendo la inmunidad y dificultando las complicaciones pulmonares.

Estas, sin embargo, han existido en sus dos grandes modalidades clínicas: primitivas y debidas al virus de la gripe; apareciendo en el segundo día de enfermedad con expectoración serosa hemoptoica y gran postración, con muerte rápida en veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

Los sujetos por nosotros conocidos que han presentado estas complicaciones, han sido siempre viejos, o por lo menos sujetos envejecidos prematuramente.

Las formas bronconeumónicas y neumónicas secundarias, han aparecido más tarde corrientemente, hacia el cuarto o quinto día de enfermedad, y sobre todo en antiguos cardiopatas y enfermos crónicos de pulmón, que reunieron nada más la circunstancia de ser vasculares y muchas veces alcohólicos.

Las formas clínicas observadas por nosotros han sido con expectoración muy abundante muco-purulenta, y que han terminado también por la muerte, en la mayoría de las ocasiones.

No muy frecuentes, pero de relativa frecuencia, han sido las traqueobronquitis secundarias, que han quedado como rastro en los enfermos griposos que no trataron convenientemente su enfermedad y que han persistido levantados después de estar enfermos.

No hemos encontrado hasta hoy ninguna complicación de paranasales; pero en cambio ha sido un rasgo muy característico en esta epidemia gripal la frecuencia extraordinaria de las epístaxis, que ha alcanzado probablemente la cifra de un cuarenta por ciento, que equivale al doble de lo frecuente que fueron en las grandes epidemias gripales de 1918, 19 y 20.

Mucho más frecuentes han sido las formas digestivas y las septicemias; pero de evolución más rápida y más benigna también.

Las formas digestivas se han caracterizado por la presentación de síntomas intestinales, con deposiciones numerosas y de gran fetidez, pero no han durado más de un día o dos, y la reacción febril ha sido caracterizada solamente por unas décimas.

Las formas clínicas septicémicas más raras se han caracterizado nada más que por ligero malestar general y pequeña reacción febril, y alguna vez han acusado síntomas neurológicos.

Ha habido verdaderas formas nerviosas de gripe, y nosotros hemos visto un caso de paraplejía que duró tres días, recobrando después la normalidad de movimientos. Varios con estado encefalítico diftérico, y todos ellos con reacciones febriles insignificantes de treinta y siete dos a treinta y siete y medio. Ultimamente una mielitis gripal.

Han sido también varios los que han presentado distonias neuro-vegetativas acompañadas de ligeras reacciones febriles, de solamente algunas décimas, y referibles por el medio en que se han presentado a infecciones gripales.

En conjunto puede afirmarse que esta epidemia de influenza ha sido de reacciones térmicas más bajas que la última, pues si bien ha habido algunos casos con temperaturas de cuarenta grados, han sido excepcionales y muy raras. Ha sido también más pobre en complicaciones y en secuelas, por lo que en conjunto es indudable que ha mostrado una mayor benignidad, incluso la primera redada de la pasada epidemia gripal de 1918.

Todos los enfermos, aun los de complicaciones, han mostrado bradicardia, y el pulso lento ha sido característico en la enfermedad, incluso los que han tenido temperaturas elevadas han presentado este rasgo característico de la infección gripal.

Los análisis de sangre investigando la leucocitosis han dado cifras de 6 a 7.000, y en los enfermos de nuestra Clínica de la Facultad de Medicina todos han mostrado leucopenia, teniendo la mayoría cifras bajas de 6.000, que ha sido lo más corriente durante la epidemia, e incluso uno de anemia perniciosa solamente 2.200 con baja de 1.000 en relación a los que tenía anteriormente.

Como cifra media puede considerarse que han descendido los leucocitos de 1.000 a 1.500 en todos los enfermos en relación a los que tenían antes de la infección gripal.

La velocidad de sedimentación se ha mostrado discordante de unos enfermos a otros.

Ultimamente hemos visto dos casos con hemorragias múltiples, y ello nos ha hecho pensar que otro enfermo, estudiante de Medicina, visto en los primeros días de Enero, y que terminó por la muerte, con hemorragias numerosas, pudo ser también una infección de tipo gripal.

Del conjunto del cuadro clínico presentado por los enfermos gripales de esta epidemia, y de la marcha de la misma, podríamos llegar a la conclusión de que el virus que la ha producido probablemente es distinto del que originó la última gran epidemia de los años 1918, 19 y 20.

Es cierto que esta epidemia ha atacado gentes de todas las edades, pero ha sido mucho más grave en los viejos y en los tarados, especialmente en bronquíticos crónicos, alcohólicos, cardiopatas y enfermos de hígado, pues ha sido en nuestra experiencia en estos sujetos donde hemos observado los casos mortales.

Y con ello se asemeja más esta epidemia a la grande que atacó a todo el mundo en los años 1899,90 y 91.

Demostrada la realidad de un virus filtrable como agente de la gripe, en vista de las características clínicas de la actual, nosotros creemos como más probable, que existan varios virus gripales, habiendo sido acaso idéntico el actual con el del año 1889, y el de 1918, 19 y 20 con el de la gran epidemia de 1835, 36 y 37.

Para mejor concretar nuestros conocimientos y para perfeccionar nuestro estudio de la epidemia actual, invitamos a todos los académicos y médicos de Valladolid, a que en esta misma sesión y en las próximas, aporten el caudal valioso de su experiencia personal, para fijar las características clínicas de la actual epidemia gripal.

(Comunicación a la Academia de Medicina de Valladolid.)

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 y sépticoantiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DEL DISTRITO DE LA UNIVERSIDAD, MADRID

DIRECTOR: CARLOS DÍEZ FERNÁNDEZ

Tísis galopante

por LUIS NÚÑEZ BACHILLER y MANUEL ROMÁN

La tisis aguda bronconeumónica es una de las formas clínicas más impresionantes, tanto por su rápida evolución como por su terminación en breve tiempo.

El nombre de tisis galopante, como denominación de una forma evolutiva de la tuberculosis, ha sido acogido con verdadero cariño desde los tiempos más antiguos; es uno de los nombres que por su expresividad hizo más fortuna entre los médicos y el vulgo, lo cual no es de extrañar, pues sólo en sus dos palabras escuetas, nos da idea de toda la gravedad de su pronóstico; es una de las denominaciones que indica tan intensamente, tan gráficamente, el proceso morboso que sufre el enfermo, que aun hoy, surge a pesar de los nuevos modos de expresión, como si fuese una ratificación a la justeza y acierto que los médicos antiguos tuvieron al hacer esta denominación.

El concepto que nosotros hemos seguido, es decir, el criterio que seguimos en nuestra revisión para considerar un enfermo como tísico galopante, fué idéntico al de Maragliano; nosotros no podíamos considerar incurso en esta modalidad clínica a un enfermo simplemente por padecer una forma bronconeumónica de la tuberculosis pulmonar; creemos como Maragliano que este nombre debe reservarse para un tipo bien individualizado y sin reservas incurable. Así, pues, hemos escogido aquellos casos en los cuales, desde su comienzo clínico, a su exitus o posible exitus, no hubiese habido un lapso de tiempo mayor de siete meses, con las características clínicas de rapidez e intensidad cada vez más acentuadas, que sin descansos ni soluciones de continuidad evolucionan del principio al fin, o sea la bronconeumonía aguda con las características especiales que después detallaremos. Es una bronconeumonía aguda sin antecedentes, que pudieran considerarla como el final de una antigua lesión, es decir, que nosotros no podemos considerar, como Giraud, que la terminación bronconeumónica final de un fibro-caseoso antiguo sea el proceso que nosotros estamos tratando. Al más pequeño razonamiento se ve sin profundizar que la opinión de Giraud cae por su base. ¿Pues dónde está la rapidez evolutiva que indica la palabra galopante si el enfermo es un fibro-caseoso de años? Hemos querido subrayar esta opinión de Giraud, porque existen aun autores que tienen un concepto equivocado de lo que es este tipo anatomoclínico, pues muchos de ellos consideran única y exclusivamente la parte anatómica, cuando ésta en sí, no indica la rapidez caracte-

rística de su evolución, por lo cual al concepto anatómico tiene que ir unido el clínico, el que nos expresa toda una manera de ser de esta forma evolutiva.

La tisis galopante es una de las formas clínicas más impresionantes, tanto por su rápida evolución, como por su terminación en breve tiempo; sin embargo, a pesar de su gravedad e importancia, existen una serie de problemas oscuros aún no aclarados y que son de un interés primordial.

Lo primero que nos llama la atención es la escasez relativa con que se presenta en el momento actual, si lo comparamos con tiempos pasados. ¿Esta escasez es real o es ficticia? La pregunta no es muy fácil de contestar, aunque a primera vista así lo parezca, pues son múltiples las facetas que pueden influir a cual más interesantes.

¿Esta menor presentación, no será debida a que antiguamente las lesiones tuberculosas que se diagnosticaban estaban en un estadio de su evolución mucho más avanzado que las que se diagnostican actualmente, pasando inadvertidas muchas formas evolutivas que hoy es bastante corriente diagnosticar? Creemos que efectivamente una de las causas, y acaso la que más influya en que aparezca la tisis galopante como más rara en su presentación en los tiempos modernos, es la sugerida en la anterior pregunta. Sabemos también que la tisis galopante se presentaba y se presenta con mucha mayor frecuencia en seres vírgenes de infección, demostrado palpablemente por innumerables ejemplos, entre ellos los citados por Neumann, de las aldeanas que van a las fábricas de Hallen y a Huttenhofen y que son infectadas por sus compañeras tuberculosas. El de Teleky, en las personas que habitaban en el campo y a causa de la guerra tuvieron que trasladarse precipitadamente a las ciudades. El de Gruber, que observó la frecuencia tan enorme de su presentación en los negros prisioneros, que en su juventud no habían sido infectados.

En España tenemos ejemplos típicos en esos muchachotes fuertes, robustos como robles que parecen castillos, que viven en los lugares más aislados de las provincias y que al venir a las ciudades a causa del servicio militar, muchos de ellos se derrumban de la manera más impresionante.

Ahora bien, la civilización con sus múltiples medios de civilización, ha hecho que sean casi prácticamente nulos los lugares donde la infección tuberculosa no haya realizado su aparición, o sea, que hoy es casi imposible que existan aldeas o pueblos donde sus habitantes sean tuberculo-negativos. Este es otro hecho que, como vemos, también tiene que influir en la menor frecuencia de presentación de la tisis galopante.

Otro factor es el epidemiológico, que también marca características especiales en la frecuencia de presentación de la tisis galopante; así vemos como, según el diferente estadio de tuberculinización de las diferentes provincias en España, muestran éstas una mayor o menor frecuencia. Así observamos cómo en Santander, provincia que está ahora en un período de máxima tuberculinización, la frecuencia de la tisis galopante es mucho mayor que en aquellas provincias que habían pasado de este estadio. En la misma situación se

encuentran los habitantes de la sierra próxima a Madrid (nos referimos a los aldeanos), los cuales, a causa de enviar enfermos tuberculosos pulmonares desde hace algunos años, están recibiendo contagios maxivos, pasando en el momento actual por la fase de tuberculinización maxiva.

Otra causa que nos puede explicar esta menor frecuencia es la teoría sostenida por Neufeld, Lange y Lydtin, que en los pueblos se efectúa una selección natural, o sea que las razas de menor resistencia se extinguen, superviviendo las razas resistentes. Si esta teoría fuese verdad, no hay duda que sería de lo más lógico que cada vez fuese más rara la presentación de la tuberculosis pulmonar y por tanto de nuestro tipo evolutivo.

Sanarelli defiende que se establece en el curso de las generaciones una resistencia cada vez mayor, referente a la tuberculosis, y por lo tanto, esta resistencia donde más claramente se tiene que notar es sobre todo en la forma clínica que estamos estudiando, pues su presentación, como hemos visto, es más frecuente en los seres sin defensas frente a la infección, y según esta teoría, en todos los seres de los pueblos civilizados existirían esas defensas más o menos desarrolladas.

Todas estas causas no hay duda que determinan una menor frecuencia de la tisis galopante, ¿pero en qué intensidad cada una de ellas interviene? Es un punto difícil de dilucidar, que nosotros dejamos en una interrogación.

Pero lo triste del caso es ver cómo después de todas las razones expuestas aún existe una frecuencia bastante apreciable de esta forma evolutiva, frecuencia que nos podía hacer pensar como casi imposible los múltiples hechos que la combaten. Así observamos que de 1.555 tuberculosos evolutivos estudiados, hallamos un 0,55 por 100 de tisis galopantes, que si para los tiempos antiguos es un porcentaje bajo, para los tiempos modernos es digno de llamar la atención, máxime cuando todos nuestros casos son de enfermos que han vivido siempre en núcleos urbanos y sabemos que la frecuencia de su presentación es mucho menor que en aquellos seres que viven en el medio rural. Pudiera influir en este porcentaje los trastornos políticos de estos últimos años, que ha producido en todo el mundo un paro grande obrero con el correspondiente trastorno económico-social del mismo, pero claro es, que sin estadísticas anteriores de estos problemas no podemos saber, ni poco ni mucho, qué papel juegan estas alteraciones económicas.

Los antecedentes familiares de nuestros enfermos eran positivos en un 38 por 100 y negativos en un 62 por 100, lo que indica el predominio claro de aquéllos con antecedentes negativos familiares. ¿Podemos hacer sugerencias acerca de que fueran estos últimos vírgenes a la infección tuberculosa? No, pues sabemos que esto es un imposible, puesto que se trata de individuos que siempre han vivido en grandes núcleos de población, donde prácticamente no hay organismo libre de infección tuberculosa. Podíamos teorizar pensando que se presentaba más en los negativos familiares, acaso por no haber sufrido más que una infección «ocasional», en el sentido de Redeker, en cualquiera época de su vida, dejando al ser una inmunidad escasa o nula,

el cual, al iniciarse más intensamente en la lucha por la vida, sufre por diversas causas un descenso del nivel inmunitario, al mismo tiempo que esas mismas causas coadyuvantes a que sufran una infección por «sorpresa», y con lo cual están en unas condiciones óptimas para padecer con más frecuencia esta forma evolutiva que estudiamos. En condiciones diferentes se encontrarían aquellos enfermos con antecedentes familiares positivos, que están recibiendo infecciones «solapadas», que hacen que su nivel inmunitario sea más elevado y por ende más difícil la presentación de la tisis galopante.

Los antecedentes personales son en su mayoría también negativos, el 74 por 100 en relación con los positivos, que sólo son el 26 por 100, considerando negativos todos aquellos casos en los cuales el enfermo no cuenta ningún proceso o éstos son tan banales que no se les debe valorar. Este hecho puede ser explicado por razones muy parecidas a las citadas en los antecedentes familiares; son individuos que han luchado poco y sus defensas son escasas, con lo cual, al primer choque intenso con los bacilos, se encuentran casi indefensos y son aptos para que en ellos se desarrolle rapidísimamente la tisis bronconeumónica.

Nuestros resultados están en desacuerdo, sobre todo en número, con la opinión de Micheli, que encuentra esta forma evolutiva muy frecuente en las gravídicas. Otros, como Padoan, en los alcohólicos y diabéticos. Otros, como Neumann, después de una gripe, etc. Nosotros no negamos estos hechos conocidos de todos, lo que subrayamos es que en la mayoría de nuestros pacientes no había procesos de esta clase ni de ninguna, y que en los que contaban algún proceso, éstos eran de los más variados. Los únicos que dominaban sobre todos eran los individuos con antecedentes luéticos, muchos de ellos insuficientemente tratados, lo que va en contra de la teoría de Sergent, que piensa que si la lues es antigua ejerce una influencia favorable, y no es esto precisamente lo que sucede.

Hunter también mantiene que existe un antagonismo entre las dos enfermedades en general. Sin embargo Hableston y M. C. Lane, opinan que lúes latente no tiene casi influencia, pero que en actividad tiene una influencia perniciosa, teoría que nos parece de bastante verosimilitud.

Fishberg tampoco está de acuerdo con Sergent respecto al efecto beneficioso de la lúes, pues vió raramente Wassermann positivo entre los numerosos casos de tuberculosis productiva del Montefiore hospital.

Así, pues, nosotros opinamos como estos últimos autores, que su efecto es más bien perjudicial, sobre todo en aquellos casos en que por descuido del enfermo fué mal tratada su lúes.

La época más común de su presentación es la de todos conocida (aparte claro está de la época infantil aquí no estudiada), de los 14 a los 30 años, que en los casos estudiados por nosotros (50) nos da un porcentaje de 70. Presentándose en la mujer con mucha más frecuencia que en el hombre: en la primera se presenta en el 42 por 100 del total, mientras que en el hombre sólo se presenta en el 28 por 100; esta superioridad tan grande tiene a nues-

tra manera de pensar una explicación clara en los trastornos puberales que tan intensos son en la mujer, tanto psíquica como fisiobiológicamente considerados. Por el contrario, nos hallamos en las edades de 30 a 45 años con que esta proporción se invierte, o sea, que es mucho mayor la frecuencia de los hombres que de las mujeres, siendo el porcentaje de los primeros un 22, muy superior al de las mujeres, que sólo son un 2 por 100; como vemos la diferencia no puede ser más absoluta y sorprendente. Las causas de este hecho pudiéramos acaso explicarlas en que en esta época de la vida el hombre está lanzado con la máxima intensidad en la lucha por la existencia, hecho que la mujer, a pesar de su aportación moderna a esta lucha, aún no es tan intensa y extensa como en el hombre; en esta época es cuando el hombre echa sobre sí las mayores cargas, entre ellas el matrimonio, que en el hombre suele ser un semillero de preocupaciones, mientras que en las mujeres es casi una liberación.

Después de estas edades el porcentaje de presentación es bajísimo; así tenemos que desde los 45 a 60 años sólo observamos un 6 por 100 de casos, siendo el 4 por 100 de hombres, superando por tanto el doble a las mujeres; y examinando todos nuestros resultados, vemos que están de acuerdo con la experiencia de la mayoría de los clínicos.

De más de 60 años no encontramos ni un solo caso, hecho que dice en sí todo lo raro que es en esa época que pudiéramos calificar de productiva crónica.

Hacemos un estudio sobre la influencia de los oficios, y sacamos la conclusión de que no influye ninguno, pues en nuestros enfermos hallamos los oficios más variados, sin encontrar el menor predominio de ninguno de ellos.

El único hallazgo curioso fué en las mujeres, en las cuales, las que no trabajaban fuera de sus casas eran las más numerosas, un 15,59 por 100, mientras que las que tenían diversos oficios que las obligaban a trabajar fuera de sus casas eran el 4,70 por 100. Esta diversidad de las que trabajan en oficios y las que trabajan en sus casas en sus labores, seguramente es debido a que en las primeras la cuestión económica es mucho más brillante que en las otras, repercutiendo, como es natural, en su nivel económico social.

Vemos, pues, que tanto los antecedentes familiares como personales, son en su mayoría negativos en nuestros enfermos, que indica la influencia del factor inmuno biológico y supreponderante sobre el ambiental, puesto que vemos cómo en los hombres el oficio no influye para nada en la aparición de la tisis galopante, y sabemos todo lo que indica esto, puesto que cada oficio lleva aparejado al mismo tiempo un complejo de condiciones económico-sociales diferentes.

Otra condición que tenemos que considerar es la diferente manera de reaccionar, pues sabemos que cada individuo tiene una manera característica de producirse frente a la infección; nosotros no vamos a estudiar aquí los múltiples aspectos de este problema; únicamente queremos hacer un inciso

sobre la influencia que pudiera tener el estado alérgico del enfermo en la presentación del estado evolutivo de la tuberculosis pulmonar que estamos estudiando. Para considerar el estado alérgico de nuestros enfermos, nos hemos tenido que valer más bien de un complejo subjetivo que de los hechos objetivos, pues es conocido de todos que no hay datos patognomónicos indiscutibles de un estado alérgico. Valoramos la reactividad hipertensible focal y un cierto estado de excitabilidad del sistema neuro-vegetativo, valoramos también como un dato a considerar la respuesta a la intradermoreacción, aunque sabemos, por haberlo demostrado en un trabajo publicado con Diez Fernández y Souto, que este último dato tiene muy poca significación. Con este concepto hicimos el estudio alérgico de nuestros enfermos y hallamos un 18 por 100 con un estado que nosotros consideramos de alergia secundaria precoz, un 68 por 100 con una alergia terciaria y un 14 por 100 con una anergia negativa. Con estos resultados sacamos las siguientes conclusiones: Primero, hay una serie de enfermos, un 18 por 100, los cuales están en una fase de hipersensibilidad precoz, o sea, cuando el organismo en lucha es más apto para caer rendido, cuyo tanto por ciento nos indica que los individuos en esta fase son dignos de tener en cuenta, y que pudiera ser, muy bien este estado alérgico, uno de los factores que inclinen a esta evolución maligna. Segundo, que en la mayoría de los casos la fase alérgica es la normal en todo individuo adulto, viviendo en un medio civilizado y urbano. Tercero, que el 14 por 100 de anérgicos negativos está dado por aquellos enfermos que llegan a nuestro examen en un estado lastimoso, o sea, cuando el organismo está vencido.

II

El comienzo de la tisis galopante se puede dividir en dos grandes grupos: uno, aquel en el cual el comienzo es insidioso en el que los síntomas generales dominan, y otro, en el que el comienzo es brusco y cuyas características son más acusadas con el predominio de los síntomas respiratorios. De los primeros encontramos 21 casos, y de los segundos 29 resultados, que no están muy de acuerdo con los que piensan como M. Setulle, P. Hambron, Bacmeister, Neumann, Micheli, Fishberg, Tapia, etc., pues la mayoría de los cuales piensan que estos enfermos tienen un comienzo agudo y brusco, y en nuestros hallazgos observamos que si bien predominan éstos, no es ni con mucho en la intensidad que todos estos autores opinan.

Cuando llegan a nuestro poder los enfermos, refieren la mayoría de ellos sus trastornos a períodos de dos a tres meses, llegando algunos a referir en sintomatología a seis meses antes. Hay enfermos que maravillan ciertamente, los cuales nos cuentan síntomas subjetivos tan escasos, que parece mentira puedan sufrir lesiones gravísimas; la mayoría sin embargo tienen tan grado de intoxicación que sólo ver su aspecto exterior dan una idea de la gravedad de su estado.

Los hallazgos de exploración los vamos a dar de una manera sucinta, mejor dicho, los sustituimos por una clasificación esquemática; así, en vez de dato por dato, vamos a dividir nuestros hallazgos en dos grupos, uno aquel cuyos datos corresponden con sus lesiones radiográficas y otro en que los datos de exploración son dispares, en los cuales los hallazgos son tan poco significativos, que por ellos seríamos incapaces de suponer las extensas lesiones parenquimatosas. Del primer grupo son el 80 por 100, y del segundo grupo el 20 por 100, de lo cual se deduce que la mayoría de nuestros enfermos nos daban datos por la exploración física para adivinar sus lesiones.

Vamos a exponer un caso típico de aquellos enfermos en los cuales su exploración física no nos podía inclinar a deducir lesiones tan graves.

Isidro, de 28 años, soltero, chófer, natural de Madrid, con antecedentes familiares sin interés, con antecedentes personales negativos, fumador y bebedor.

Enfermedad actual.—Comienza hace siete meses con afonía, pérdida de apetito y pérdida progresiva de peso; así continúa sin más síntomas hasta hace tres meses, que empezó con disfagia, tos poco intensa y abundante expectoración de color blanca y aireada, fiebre que no precisa su intensidad; con este motivo verifica un tratamiento endovenoso de «calcio», sin embargo la sintomatología sigue progresando, sufriendo actualmente disfagia más intensa, que se ha hecho completa, sobre todo, para los líquidos, anorexia grande, disnea de esfuerzo, afonía completa, gran pérdida de peso. Fiebre de 39°.

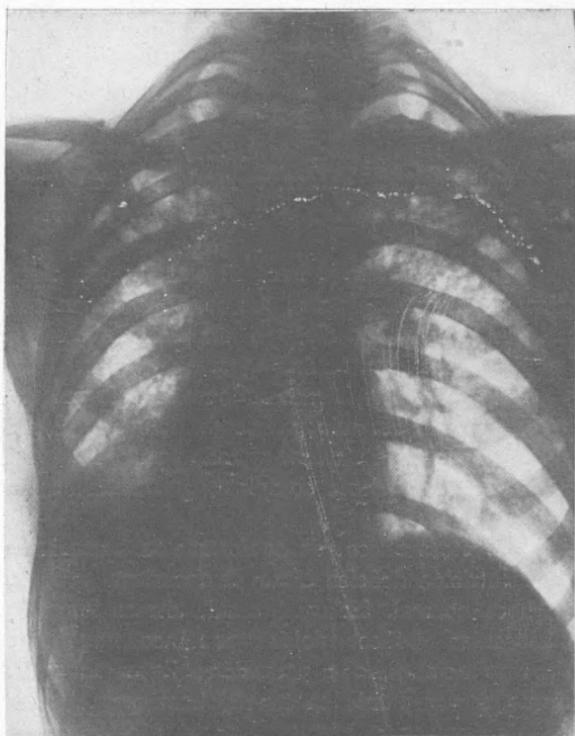
Exploración.—Leptosomático, de conformación normal, talla 1,72, peso 47,600, estado de nutrición deficientísimo, temperatura 39°, pie normal, ganglios cervicales, boca normal, faringe normal, tórax: forma normal, retracciones difusas, músculos atróficos, dolor espontáneo, no; provocado, tampoco; número de respiraciones, 28; percusión: ligera submacidez de arriba abajo, por delante y por detrás en ambos hemitorax. Auscultación: lado derecho por delante, espiración bronquial parte media, estertores escasos en vértice a la tos, pectoriloquia afona en este mismo vértice, vibraciones más-menos. Parte posterior del mismo lado: superior y media disminuída, con escasos estertores a la tos y pectoriloquia afona, vibraciones más-menos.

Lado izquierdo, parte superior y media disminuída y sopla la respiración, con escasos estertores; por detrás, parte inferior respiración disminuída con estertores escasos de arriba abajo, algunos consonantes con vibraciones disminuídas, tanto por delante como por detrás. Aparatos circulatorio, digestivo, locomoción y nervioso, normales. Datos analíticos: intradermo positiva, esputos fuertemente positivos, velocidad de sedimentación 90, leucocitos 12.400, polinucleares 77, linfocitos 17, monocitos, 6, eosinófilos 0, exploración laringea positiva específicamente.

Como observamos, si hiciésemos el diagnóstico sólo y exclusivamente por los datos de auscultación y exploración, veríamos que nuestro fracaso sería

absoluto, aunque después el resto de la exploración, historia, datos analíticos, radiografía, etc., nos hubiesen orientado al verdadero diagnóstico. La radiografía número 1 de dicho enfermo habla elocuentemente; sólo por ella se ve la disparidad del hallazgo radiológico con el auscultatorio y percutorio.

Esta exploración negativa o divergente con la realidad anatómica, era



Rdg. núm. 1

casi siempre encontrada en aquellos casos que consideramos como de probable patogenia hemática; claro está que esto se refiere a los primeros tiempos de la enfermedad, pues después, en su curso, todos llegan a mostrar una exploración positiva.

Los hallazgos radiográficos han sido, sobre todo, en aquellos casos cogidos en su iniciación, de dos clases: unos con una imagen típica de diseminación y otros con una imagen infiltrativa cavitada, que después produjo de manera rapidísima la siembra bronquial que acabó brevísimamente con el enfermo.

El hallazgo de bacilos en el esputo es frecuentísimo, como es lógico pensar es fuertemente positivo en la mayoría de los casos, un 86 por 100; un

4 por 100 son negativos en el primer examen, y un 10 por 100 que no expectora en los primeros tiempos, todos los cuales llegaban al final dando bacilos positivos, pues el 10 por 100 que no expectoraba salvo rarísimos casos, al final tienen esputos, y éstos eran positivos al bacilo de Koch.

La velocidad de sedimentación era el 50 por 100 de las veces de 60 a 100, según el método de Westergreen, obteniendo cifras entre sí parecidas en los otros grupos, formados de menos de 10, de 10 a 30 y de 30 a 60 y de más de 100, observando cómo es el mayor número de casos; considerando en conjunto todas las velocidades de más de 60, vemos que son muy superiores, un 62 por 100, mientras que de las velocidades inferiores sólo se halla un 38 por 100.

Velocidades superiores a 100 sólo encontramos un 12 por 100, sin que su intensidad nos hubiese indicado alguna marcha especial más rápida del curso de la enfermedad.

El estudio de la fórmula leucocitaria nos ha demostrado que en la mayoría de nuestros enfermos presenta una ligera leucocitosis el 64 por 100, y una fuerte leucocitosis el 8 por 100, que nos da un resultado total de leucocitosis de 72 por 100, cifra bastante elevada digna de tenerse en cuenta.

Los polinucleares están generalmente por encima de lo normal, los linfocitos más bien disminuídos, monocitos generalmente en número más elevado que lo normal. Fórmula idéntica a la de tipo séptico de Medlar.

Evolución.—La sintomatología del curso guarda generalmente cierto paralelismo con el comienzo. Así tenemos aquellos de comienzo brusco, con síntomas inequívocos de aparato respiratorio con tos, a veces seca, muchas veces Morton positivo, con expectoración verdosa y con mucha frecuencia también hemática, dolores en tórax, fiebre alta, muchas veces hécticas con todo su complejo, gran pérdida de peso; en fin, son enfermos que como gráficamente expresan Grancher y Hutinel, son tísicos que quemán las etapas.

La otra forma es la de comienzo y curso más bien insidioso; son enfermos que empiezan a notar que se cansan cada vez con más frecuencia y más rápidamente, que pierden de peso de una manera vertiginosa, que empiezan a sentir cada vez más intensamente disnea de esfuerzo, acaso algún dolor en el tórax, que tienen al principio ligera febrícula y al mismo tiempo se observa que no guardan relación sus síntomas con la manera de progresar sus lesiones. Al cabo de dos o tres meses de estar con la anterior sintomatología, empiezan a toser y a expectorar, pero sin llegar nunca a la intensidad de la anterior forma, dominando siempre los síntomas generales sobre los locales, y llegando a estos mismos resultados las observaciones de nuestro maestro Diez Fernández.

Esta diferente manera de expresarse el proceso nos ha llevado a investigar si esta manera diferente de conducirse la enfermedad está condicionada a diferente patogenia. Sabemos que indudablemente el marcar una patogenia es un hecho aleatorio y expuesto a equivocaciones, pero sin embargo, creemos firmemente que en muchos de nuestros casos podemos indicarla con

muchos visos de verosimilitud. Existen, no hay duda, casos en los cuales, por la manera poco característica de evolucionar el cuadro clínico radiológico, como por lo avanzado que llega el caso a nuestro poder, es imposible marcar su patogenia, de los que tenemos varios y de los cuales después haremos mención.

Consideramos de patogenia hemática a todos aquellos cuya imagen radiológica, por su distribución lesional, por el aspecto de sus siembras de grano fino, de distribución primordial en los espacios superiores, por el hallazgo de la llamada por Ulrici «*dochkaverne*», caverna en ojal, de bordes precisos, sin reacción perifocal, es decir, la caverna considerada típica de patogenia hemática, que si bien cuando se ve una sola no se puede asegurar que sea de patogenia hemática; cuando se ven varias de estas cavernas, la experiencia anatómica (Ulrici) nos autoriza para considerarlas como tales por las localizaciones en órganos extrapulmonares, laringe, aparato digestivo, etc., y en muchos de ellos por haber llegado a nuestro poder una diseminación hemática típica, que muchas veces por su aspecto radiológico no hacía pensar en su evolución maligna; por tanto, como vemos, procuramos conjuntar una serie de datos, todos los cuales nos indican como más probable el origen hemático. Estos enfermos son los de la sintomatología insidiosa, que a veces nos hacían recordar los síntomas que damos como característicos en las formas de comienzo por diseminación en el trabajo sobre «Contribución al estudio del comienzo clínico de la tuberculosis pulmonar del adulto» en colaboración Diez Fernández y Souto, claro que siempre teniendo en cuenta la diversa intensidad de los síntomas en ambos procesos.

Son enfermos, según la expresión de Diez Fernández, que tienen más bien sintomatología de endocrinos o de circulatorios que de aparato respiratorio.

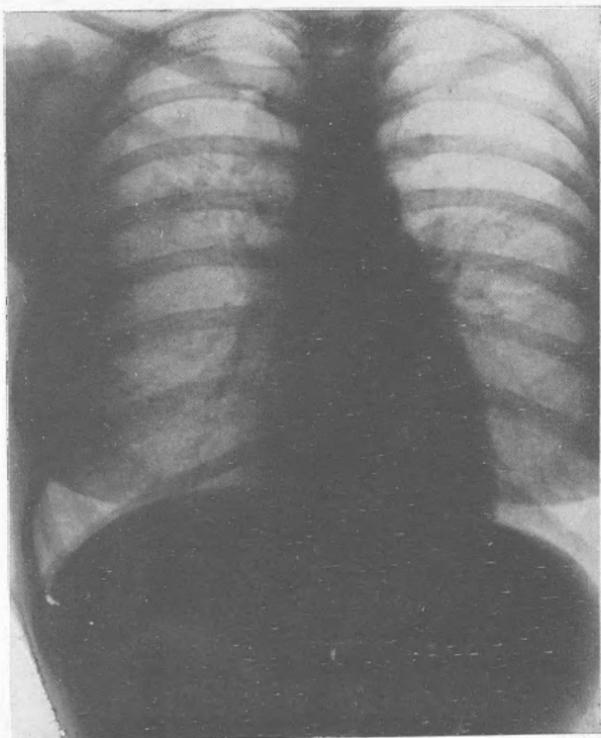
Un caso de los considerados por nosotros de patogenia hemática es el siguiente:

Carmen, de 17 años, profesión, sus labores; soltera, natural de Madrid, sin antecedentes familiares. Antecedentes personales: a los dos años un proceso calificado de pulmonía, a los 13 sarampión.

Enfermedad actual.—Comienzo hace tres meses con ligero dolor en costado izquierdo, sensación de cansancio cada vez más progresiva, disnea ligera de esfuerzo, cefaleas, febrícula; en este estado continúa durante dos meses, al cabo de los cuales empieza a tener ligera tos seca, escalofríos y sudores, fiebre de 39° con todo su complejo, continuando los anteriores síntomas pero cada vez más intensos. Perdiendo de peso durante estos tres meses 2 kilogramos.

Exploración.—Constitución leptosomática, conformación normal, talla 1,55, peso 44,500, estado nutritivo normal, temperatura 37,5, piel pálida, ganglios normales, boca normal, faringe normal. Torax normal, no dolor. Percusión normal. Auscultación normal en ambos hemitorax por delante, parte posterior lado izquierdo respiración disminuída en parte media e inferior con ligeros estertores y algún roce, vibraciones más-menos, lado de-

recho normal. Aparato circulatorio ligera taquicardia, Pulsaciones 84. Resto de los aparatos normales. Tratamiento oro. Radiografía número 2, en la cual observamos una imagen típica de diseminación blanda, acaso con alguna «lochkaverna» de evolución a primera vista no muy pesimista, con los datos analíticos siguientes: Espustos no expectora. Velocidad de sedimenta-



Rdg. núm. 2

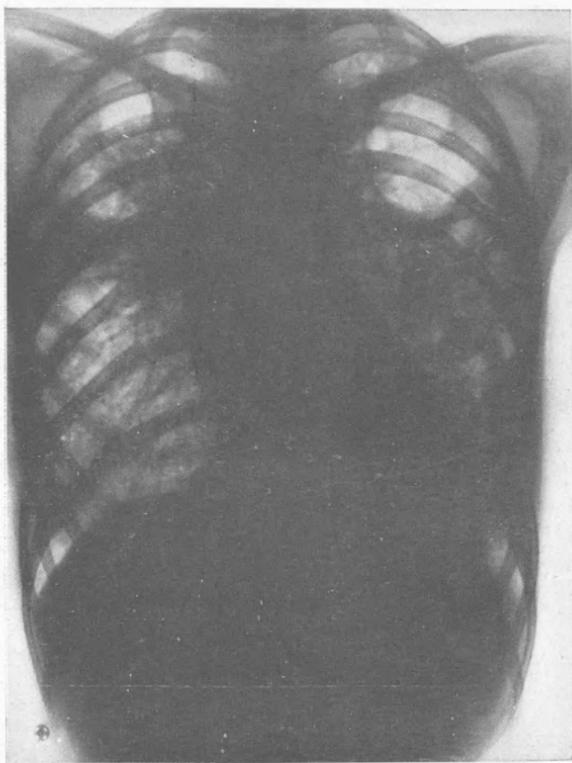
ción 72, leucocitos 8.600, polinucleares 61, eosinófilos 3, monocitos 2, linfocitos 34, intradermorreacción positiva.

Abandonó la enferma el tratamiento volviendo al mes con la sintomatología anterior más acentuada, tos y expectoración escasa verdosa, dolor en hemitorax izquierdo, gran disnea de esfuerzo y de reposo, anorexia, diarreas, gran astenia general, fiebre de 39°, gran pérdida de peso (12 kilogramos), con un estado de nutrición deficientísimo, palidez muy acentuada.

Exploración.—Boca, faringe y tórax normal.

Percusión, por delante de ambos hemitoras submacidez. Parte posterior, media y superior submacidez. Auscultación: por delante, lado derecho parte superior soplo bronquial; parte media, respiración ruda con espiración alar-

gada, roncus y sibilancias de arriba abajo, pectoriloquia afona en vértice y vibraciones más menos; resto normal. Lado izquierdo, respiración disminuída en todo el hemitórax con roncus y sibilancias, ligera pectoriloquia afona y vibraciones más menos en vértice; parte posterior idéntica auscultación y palpación que por delante. Circulatorio normal.



Rdg. núm 3

Digestivo, vientre deprimido y duro. Locomoción y nervioso normal.

Datos analíticos: Espusos fuertemente positivos, velocidad de sedimentación 105, leucocitos 12.000, polinucleares 70, eosinófilos 0, monocitos 9, linfocitos 21, y cuya radiografía es la representada en el número 3.

Observamos que la evolución no puede ser más maligna. La enferma falleció al poco tiempo.

Hicimos con este criterio un estudio de nuestros enfermos y nos encontramos con un 32 por 100 de patogenia hemática, cifra muy elevada si la comparamos con la que suelen dar los diferentes autores que consideran la tisis galopante de patogenia bronquial, como muy superiores a las de patogenia hemática, y de las primeras hallamos un 22 por 100, lo cual nos lleva

a la conclusión de que este predominio no está tan claro. Ahora bien, si consideramos de patogenia bronquial los procesos por nosotros calificados de ignorado origen, el problema varía por completo, puesto que los clasificados en este grupo son nada menos que un 46 por 100, o sea, casi la mitad de los casos, lo que da al mismo tiempo una idea de la rigurosidad con que hemos llevado nuestra selección; de esta manera tendríamos que, unidos los dos porcentajes, bronquial e incierto, como si fuesen de patogenia bronquial, el tanto por ciento sería mucho más elevado, el 68 por 100, en relación con el 32 por 100 de los considerados por nosotros de patogenia hemática, con lo cual estos últimos se acercarían en su frecuencia más al criterio sustentado por la mayoría de los autores.

Las tisis galopantes de patogenia bronquial son, como según el más común sentir, las más frecuentes; valoramos en este sentido aquellos casos claros de iniciación cavitaria con su siembra en general de grano grueso, aunque a veces pueden hacerlo de grano fino, de distribución muy irregular, con predominio de las siembras más bien en las partes inferiores, o sea, que consideramos esta patogenia a la manera clásica, como la defienden Bacmeister, Mancini, Micheli, Tapia, etc. Otros, como Giraud, consideran el anterior mecanismo como el más frecuente, pero al mismo tiempo cree como muy corriente la evolución en tisis galopante de la terminación de muchas tuberculosis fibro-caseosas banales, pero ya hemos visto al comienzo de este trabajo que nosotros opinamos que esta terminación, no hay duda frecuente, de la tuberculosis fibro-caseosa en una forma bronconeumónica no se puede considerar, ni de cerca ni de lejos, como esta forma evolutiva de la tuberculosis pulmonar que estamos estudiando. Considerando todos el origen bronquial como el más común, hay sin embargo algunos autores que admiten la probabilidad, aunque rara, de producirse por otras vías. Así tenemos como Maragliano, que considera que aparte de la vía bronquial puede ser originada por vía sanguínea o linfática.

Las consideraciones de origen bronquial presentaban en la mayoría de nuestros enfermos una sintomatología de comienzo agudo con predominio en todo su curso de los síntomas locales respiratorios sobre los generales.

Un caso demostrativo es el que presentamos con la historia siguiente:

Felisa, de 21 años de edad, soltera, de profesión sus labores, natural de Madrid, viviendo siempre en él. Con antecedentes familiares: dos hermanos muertos de tuberculosis pulmonar, uno a los 17 años y otro a los 19, haciendo de esto 4 y 5 años respectivamente. Antecedentes personales: a los 7 meses viruela y tosferina, cura bien. Menarquia a los 13 años dismenorreica.

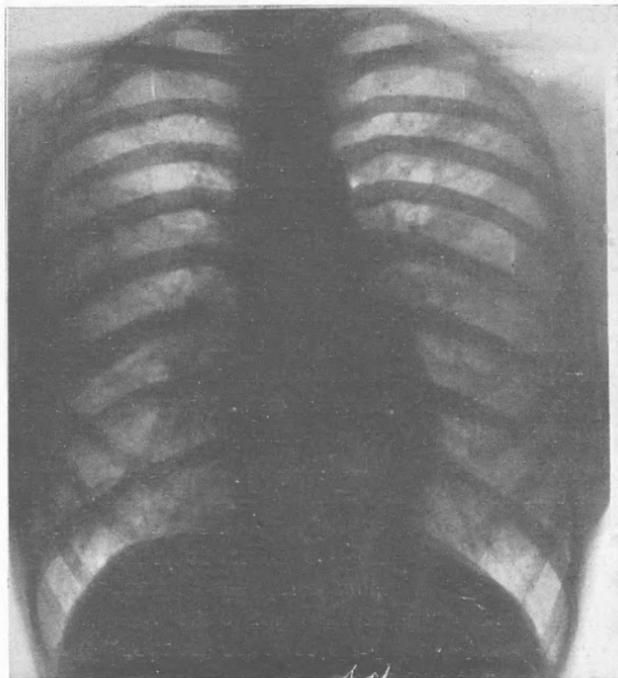
Enfermedad actual.—Hace 15 días proceso agudo con tos y expectoración verdosa escasa, dolor en pecho y espalda, de vez en cuando esputos hemáticos, disnea de esfuerzo, anorexia, astenia general, fiebre de 37,5.

Exploración.—Constitución leptosomática, conformación normal, peso 51,500, talla 1,63, estado de nutrición regular-bueno, último peso anterior

hace seis meses verificado 53 kilogramos, piel normal, ganglios, boca y faringe normales. Tórax: forma normal, retracciones no, músculos normales, no dolor, ni espontáneo ni provocado, número de respiraciones 22.

Percusión normal. Auscultación y palpación normal.

Circulatorio, punta en quinto espacio, tonos cardíacos puros, apagados



Rdg. núm. 4

en foco aórtico y pulmonar. Tensión arterial 12/8. Digestivo normal y reflejos normales.

Datos analíticos: Intradermorreacción débilmente positiva. Espustos negativos con abundante flora. Velocidad de sedimentación 20, leucocitos 10.000, polinucleares 56, eosinófilos 4, monocitos 2, linfocitos 38, albúmina en orina.

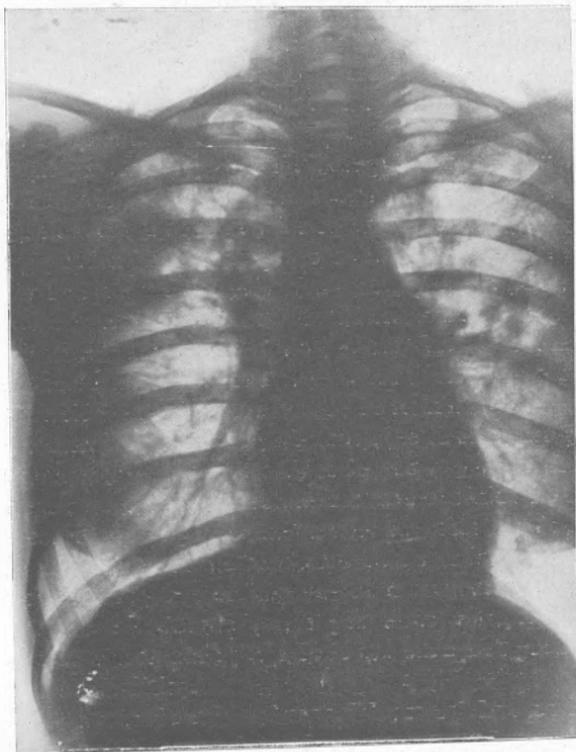
Tratamiento: Cal y reposo absoluto.

Radiografía número 4, en la cual observamos en el lado derecho de la región superior media imágenes de bordes imprecisos diseminados, de aspecto blando, algunas de las cuales encierran en su seno zonas de menor densidad radiológica; en el lado izquierdo, un ligero refuerzo del dibujo podemos considerarlo como normal.

La enferma cuyo estudio hemos hecho anteriormente, no nos podía

hacer prever por ninguno de los datos investigados, tanto clínica como radiológica y analíticamente, una evolución tan rápida a lesiones de una gravedad muy superior.

Así vemos su evolución a los cuatro meses. La enferma vuelve a reconocimiento periódico y se encuentra ya en un estado lastimoso, con toda la



Rdg. núm. 5

sintomatología anteriormente descrita mucho más acentuada. La enferma, desde el comienzo, fué evolucionando sin intervalos, aun estando cada vez más inquietante, mucha más tos, con una expectoración casi continuamente hemoptoica, con dolores generalizados, pero más acentuado en el costado derecho, disnea de esfuerzo, cefaleas, anorexia, fiebre de 39 y 40°, pérdida de peso 6 kilogramos, estado de nutrición deficiente, ganglios submaxilares pequeños, duros, con boca, faringe, tórax, etc., normal.

Percusión: submacidez en ambos campos superiores por delante y por detrás. Auscultación: respiración bronquial y disminuída en vértice superior derecho, resto de este parénquima respiración disminuída, pectoriloquia afona en vértice de este mismo lado; en el izquierdo, por delante espiración

alargada y soplante en el vértice, con respiración disminuída en el resto del parénquima, vibraciones igual. Parte posterior: lado izquierdo y derecho respiraciones disminuídas de arriba abajo, escasos estertores en ambos campos superiores por delante y por detrás.

Circulatorio, digestivo y nervioso normal.

Datos analíticos: Esputos fuertemente positivos. Velocidad de sedimentación 80, leucocitos 7.400, polinucleares 66, eosinófilos 0, monocitos 6, linfocitos 28.

Su evolución se observa en la radiografía número 5, verificada a los 4 meses, en la cual vemos una siembra bronquial de ambos pulmones con focos exudativos, acompañada de múltiples y extensas zonas de destrucción.

No hay duda de que estamos en un caso típico de siembra bronquial de una evolución maligna con las características que nosotros hemos considerado como imprescindibles en la forma evolutiva de la tuberculosis pulmonar, llamada tisis galopante.

En vista de la evolución del caso, y como método casi exclusivo, verificamos en la enferma, a pesar de su estado lesional avanzado y de su estado general precario, un tratamiento bilateral colapsoterápico que viene practicándosele desde hace un mes con resultados al parecer francamente satisfactorios, aunque no abrigamos ninguna esperanza de su feliz resultado, pero por lo menos hemos logrado alargar la vida de la enferma.

La duración del curso evolutivo de los enfermos durante el tiempo que estuvieron en nuestra observación—muchos de los cuales no pudimos seguir hasta el exitus, pues hay que contar con que muchos de ellos ingresan en establecimientos hospitalarios escapándose por lo tanto de nuestra zona de influencia—fué el siguiente: el 46 por 100 llegaron al exitus en el transcurso de uno a diez meses, un 40 por 100 empeoraron en los meses escasos de observación de manera vertiginosa, a pesar del tratamiento que se les imponía, el resto de ellos fueron sacados de nuestra vigilancia, como indicamos, para ingresar en un servicio hospitalario, sin saber por esta causa su evolución, aunque es de pensar que la mayoría de éstos, por su estado, fallecieran en corto tiempo.

El pronóstico es francamente pesimista, ni un solo caso de curación se desliza a través de todos los casos clínicos por nosotros estudiados. Se habla como posible caso de curación, que sufra el enfermo en el transcurso de su enfermedad un neumotórax espontáneo, y entre otros autores, Neumaan indica su presencia como un medio de que la naturaleza se vale para mejorar el proceso, y a veces incluso para curarlo, nosotros no encontramos más que un caso de neumotórax espontáneo, y éste llegó al exitus con inusitada rapidez.

La muerte de estos enfermos suele ser en general por intoxicación, como ocurre en todas las neumonías lobulares caseosas o en las grandes diseminaciones, pues al fin y al cabo, a pesar de las características que le diferencian, tienen un fondo anatómico común; es una muerte cardíaca tóxica que anató-

micamente se descubre por la degeneración adiposa muy acentuada del hígado y bazo. Otra de las causas de la muerte suele ser por inanición; son enfermos que con mucha frecuencia sufren localizaciones intestinales que les conducen a una franca depauperación. Otra causa que llega en algunos enfermos a producir el exitus, es la destrucción del órgano pulmonar, maravillándose el anatomopatólogo cuando al hacer la autopsia encuentra tan escasísimas partes del parénquima sano.

Tratamiento en la mayoría de estos enfermos no puede ser más que paliativo, pues los restantes tratamientos, tanto intervencionistas—refiriéndonos claro está en este caso al neumotórax, único que se puede verificar y el oro como agente curativo—no nos sirvieron en ningún caso para ni siquiera mejorar las lesiones. La mayoría de las veces nos sirvió sola y exclusivamente como tratamiento subjetivo, y en otras más bien el efecto fué totalmente pernicioso. Nosotros tenemos la opinión de que con estos tratamientos o sin ellos la evolución de los enfermos hubiera sido siempre funesta; seguimos pensando como al principio dijimos, que una de las características típicas de esta forma evolutiva es la incurabilidad de sus lesiones; por lo tanto, lo único que podemos hacer cuando nos hallemos delante de tales enfermos, es procurar de la manera más piadosa aliviar sus sufrimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- JOHN KENNETH.—«American Review of Tuberculosis». Septiembre, 1934.
 FISHBERG.—«Pulmonary Tuberculosis». 2.º tomo.
 MARIO PADOAN.—*Le forme acute della tubercolosi polmonare.*
 STEFANO MANCINI.—*La tubercolosi dei polmoni e delle pleure.*
 FERNANDO MICHELI.—*Tubercolosis pulmonar.*
 SIMON Y REDEKER.—*Manual práctico de tubercolosis infantil.*
 W. NEUMANN.—*Tubercolosis pulmonar del adulto.*
 ADOLFO BACMEISTER.—*Enfermedades del pulmón.*
 H. ULRICI.—*Diagnóstico y tratamiento de la tubercolosis pulmonar y laringea.*
 MANUEL TAPIA.—*Tubercolosis pulmonar.*
 CARLOS DIEZ.—*La tubercolosis en el niño y en el adulto.*
 DIE SOUTO BACHILLER.—*Contribución al estudio del comienzo clínico de la tubercolosis pulmonar del adulto.*
 ALBERT GIRAUD.—*Precis de Phitisiologie.*
 LETULLE H. HAMBRON.—«Nouveau Traité de Medecine». Tomo 12.

TOSFERINA

SANOFERINA en ampollas de 5 c. c.

Precio: 5 pesetas; por correo 5,50

Muestras y literatura: Farmacia de su autor

A. MARTÍN MATEO

Santiago, 41 - VALLADOLID - Tel. 1844

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

NEO
SPIROL
ESTEVE

PRIMER 914 NACIONAL
para el tratamiento de la
SÍFILIS
en todos sus períodos

INYECCIÓN
INTRAVENOSA

Esterosol. . . . } Vitamina D. cristalizada
Esterocol. . . . }

Vitalipol Vitaminas A. D.

LABORATORIO DEL **Dr. A. ESTEVE-MANRESA**

Representante en Valladolid: LUIS PLATÓN. González Peña, núm. 14

Conducta del médico ante las lesiones y enfermedades que no deben ser admitidas como accidentes del trabajo

por el doctor VICENTE DE ANDRÉS BUENO

En materia de accidentes del trabajo no todas las cuestiones en las que el médico tenga que exponer un juicio, respecto a las lesiones que padezca el obrero y la posibilidad de que dichas lesiones den lugar a incapacidad temporal o permanente, por ejemplo, se desenvuelven normalmente, ya que la víctima del accidente no está siempre conforme con nuestro modo de enjuiciar el caso y la discrepancia de opinión trae como consecuencia que se rompa la marcha normal y que, interrumpida la tramitación, pueda resultar perjudicado el obrero si al esperar resoluciones que son falladas en contra suya no trabaja y no percibe jornal, o el patrono o Compañía aseguradora que han de pagar cantidades superiores a las que debieron abonar en caso de que las cosas se hubieran desarrollado normalmente.

Por lo que se refiere a la certificación de alta, en la que se dan con mayor frecuencia los casos de disconformidad «Por no conceptuarse el obrero curado o por no estar conforme con la calificación de la inutilidad», nuestra legislación tiene perfectamente prevista la posibilidad de que esto ocurra y señala taxativamente las normas a seguir en los artículos 70 y 71 del Reglamento vigente; sin embargo no se encuentra en el mismo caso la disconformidad para la baja, cuando el médico opina que la lesión que se imputa a accidente en el parte del patrono es una enfermedad sin ninguna relación con el trabajo o un traumatismo que obedezca a otra causa, entonces habrá de ser denegatoria la resolución del médico en la forma que al final hablaremos, pero como el obrar así supone privar al obrero de todo derecho a indemnización y asistencia, es conveniente que el médico se asegure bien antes de dar su fallo; por esto vamos primeramente a describir los casos que se dan en la práctica.

* * *

El médico puede encontrar injustificado el accidente que se le envía para formalización y tratamiento, por alguna de las causas siguientes: Porque no existe lesión alguna, porque haya un traumatismo cuya causa descubrimos, por los caracteres de la lesión que no es debido a accidente del trabajo y, finalmente, porque se trate de una enfermedad que no guarda relación alguna con las labores que ejecuta el obrero.

El pretender pasar por accidente una lesión que no existe, no se observa con frecuencia, pero se dan en la práctica algunos casos que justifican el que nos ocupemos de ellos. La simulación se hace, por lo general, que-

riendo hacer ver que un esfuerzo ha provocado un dolor persistente incompatible con el trabajo; la lesión de esfuerzo de la que más se ha abusado es el lumbago; se elige, claro está, un padecimiento cuya inexistencia no pueda excluirse por síntomas objetivos, pero si el simulador no es muy perspicaz o no tiene la suficiente voluntad para sostenerse en situación equívoca, podrá ser fácilmente descubierto, valiéndonos de los muchos medios que poseemos para estos casos.

Nos encontramos a veces con lesiones traumáticas, las cuales descubrimos que no deben su origen a un accidente del trabajo; bien es verdad que no siempre podremos llegar en todos los casos que se pretenda la superchería a hacer una manifestación categórica, pero en muchas ocasiones, por no guardar relación la causa que explica el obrero con los efectos observados, o por no existir una exacta correspondencia cronológica entre la fecha del accidente y el estado de la herida, podremos afirmar de modo seguro que la lesión que se pretende hacer pasar por accidente del trabajo no lo es.

A este grupo, del que podríamos citar bastantes casos, pertenecen muchos accidentes deportivos; la bicicleta, como deporte o utilizada para trasladarse a los lugares de trabajo, los que habiten en sitios lejos, ocasiona bastantes víctimas, por fortuna con lesiones de poca importancia, entre los obreros; la práctica del juego de pelota, del fútbol y hasta del boxeo, es causa de lesiones que algunas veces se han hecho pasar como originadas en accidentes de trabajo. También se encuentran en el mismo caso muchas contusiones, heridas y distensiones originadas de modo casual por caídas, golpes, resbalones, etc., y aunque extraño parezca, las agresiones, las lesiones por riña, de las que he observado algunos casos en que se pretendió simular un accidente.

Hay enfermedades que no guardando relación alguna con el trabajo, ni directa ni indirectamente, por lo que no pueden serle imputadas, se pretende por los obreros que las padecen que les sean tratadas e indemnizadas como si fueran accidentes, unas veces maliciosamente, a sabiendas de que el derecho no les asiste y pretendiendo engañar al médico, pero otras, las más, ha existido un traumatismo, o el obrero cree que lo ha habido, traumatismo que no ha sido sino revelador de un proceso patológico en evolución, por lo general inflamatorio o tumoral.

Veamos cuáles son las enfermedades de esta clase que comúnmente se observan.

La adenitis inguinal es una de las más frecuentes. Muchos son los obreros que sintiendo dolor en una región inguinal lo atribuyen al trabajo y se presentan en la consulta del médico diciendo que al hacer un esfuerzo se hicieron daño o sintieron dolor muy agudo—algunos creen que se han herniado—o que recibieron un golpe que les provocó el dolor, por el que solicitan la baja. Por lo general, estos obreros creen de buena fe que lo que les ocurre depende del trabajo y pretenden ser asistidos e indemnizados; no resulta difícil en estos casos—en los que vemos unas veces un ganglio

un poco abultado y doloroso y otras una adenitis con tendencia a supurar—convencer al enfermo sobre la causa de aquello cuyo origen lo comprobaremos al encontrar alguna pequeña herida infectada y en ocasiones enfermedades venéreas que el obrero ignoraba padecer.

También hemos observado muchos casos de forúnculos de la mano o de los dedos, que se pretende hacer pasar por accidentes del trabajo o el que los padece cree que lo son; no suele ocurrírseles a estos enfermos que los forúnculos de la cara, del cuello o de las piernas, por ejemplo, puedan ser lesiones por accidente, pero los de la mano y dedos sí, y esto es debido, refiriéndonos a los que obran de buena fe, a que con facilidad el más ligero traumatismo en el sitio donde asienta el forúnculo provoca vivo dolor o sensación de punzada, y por ello algunos dicen que se pincharon con un alambre u otro objeto análogo.

El reumatismo es motivo también de observación de frecuentes casos de reclamaciones de baja inmotivada. Las mialgias y artralgias que se presentan durante el trabajo suelen ser atribuidas por los obreros a los esfuerzos que han tenido que realizar. La más frecuente de todas es el lumbago, del que podremos asegurar no es de esfuerzo cuando aparece, durante el trabajo, con motivo de un simple movimiento o cambio de posición del cuerpo.

Algunas tuberculosis externas se las cree por los enfermos motivadas por un golpe que recibieron durante el trabajo. Excluyendo todos aquellos casos en los que el traumatismo haya obrado como localizador o agravador, casos con derecho a la reparación, nos referiremos únicamente a aquellos otros en que el golpe no ha hecho otra cosa que despertar la atención del obrero en un proceso inflamatorio o en una tumoración que evolucionaba sin producir molestias. Solamente describiremos, como ejemplo, la epididimitis tuberculosa; esta enfermedad podrá algunas veces ser reparada como accidente del trabajo por haber existido un traumatismo localizador, si se dan las relaciones cronológica y topográfica, necesarias para ser calificada así, pero el caso de traumatismo revelador es tan evidente que no creemos difícil pueda ser demostrado incluso al obrero; quien teniendo una epididimitis tuberculosa recibe un golpe en el testículo enfermo o en sus inmediaciones, aprecia entonces que aquél le tiene inflamado, y creyendo que tal estado es debido al traumatismo, da cuenta del accidente y se presenta al médico, quien deberá descubrir que el estado local que aprecia no debe atribuirse a un accidente reciente, pues tal estado del testículo es muy distinto al que encontramos en dicho órgano cuando estando indemne ha recibido un fuerte traumatismo; tal caso puede observarse también sin haber existido ni el más ligero golpe, cuando el obrero, conociendo la existencia de la enfermedad, simula un accidente.

El individuo que padezca blenorragia aguda puede presentarse al médico con la pretensión de que se le reconozca como accidente una orquitis que tiene, producida, según él, por un golpe que ha recibido; este caso suele observarse alguna vez; yo he visto varios, pero debe resolverse siempre

—salvo rarísimas excepciones—no accediendo a la pretensión del obrero. Quien padece hemorragia, sabe por lo general a lo que se expone, pero hay algunos enfermos—sobre todo los que no están en tratamiento por un médico—que desconocen las complicaciones, y si un testículo comienza a doler durante el trabajo, nada más natural que coincida la aparición del dolor con un movimiento brusco, un esfuerzo, un ligero golpe, es decir, que se aprecia la primera vez cuando el testículo sufre compresión más o menos fuerte; esta es la razón por la que hay obreros que de buena fe piensen, antes de entrevistarse con el médico, que una orquitis gonocócica es debida al accidente y da derecho a la reparación.

Como en la tuberculosis, un traumatismo puede hacer recaer la atención sobre lesiones sifilíticas en evolución, que, de no existir aquél por el momento, hubieran pasado desapercibidas; son los casos frecuentes de lesiones del esqueleto, especialmente, que evolucionan sin dolor, y en las que un golpe es suficiente para llamar la atención del enfermo o del médico y encontrar la manifestación terciaria. Al traumatismo, que sólo actúa como revelador de la sífilis, no se le puede hacer responsable del accidente, y, por lo tanto, en estos casos, el obrero no tendrá derecho a asistencia médico-farmacéutica ni a ninguna clase de indemnización.

El traumatismo revelador puede descubrir al enfermo algún tumor cuya existencia era ignorada por él; pero estos casos, cuando se nos dice que la causa ha obrado poco tiempo antes, se resuelven con facilidad, puesto que los síntomas observados en el enfermo son lo suficientemente claros para diagnosticar la neoplasia y excluir la influencia traumática; sin embargo, si el enfermo refiere que recibió un golpe con mucha anterioridad, meses antes, en el sitio donde asienta la neoplasia, se presenta una interesante cuestión médico-legal sobre la que se ha discutido mucho y en cuyo estudio no vamos a entrar; ahora bien, sí que diremos que no es difícil negar la influencia traumática sin temor a equivocarnos cuando se nos dice que el accidente ocurrió horas o días antes, como he tenido ocasión de comprobar en varios casos de observación personal, especialmente en dos, uno de sarcoma de testículo y otro de tumor epitelial de conjuntiva.

* * *

Y pasemos ahora, para terminar, a tratar de la conducta del médico ante los casos descritos; la que nosotros hemos seguido, y de cuyos resultados estamos plenamente satisfechos, pues creemos haber logrado el convencimiento de los presuntos accidentados que obran de buena fe, y la gratitud de muchos de los simuladores.

Cuando solamente tengamos la sospecha de que la lesión o trastorno observado no es debida a accidente del trabajo, es decir, si no es pleno nuestro convencimiento, y además nos encontramos con un parte de accidente perfectamente normalizado, debemos proceder a extender la baja librando los correspondientes certificados y comenzar el tratamiento del herido. Sucede a

veces que se nos envía a reconocimiento por los patronos algún caso, para ellos sospechoso, en el que no existe otro testimonio que el del obrero; también entonces, si no encontramos los suficientes datos justificativos para denegarle el derecho a la reparación, si no podemos, de modo seguro, descubrir el origen de la lesión, y por otra parte, no hay alguna manifestación categórica de otro obrero por ejemplo, en contraposición con lo declarado por el reclamante, no debemos ser un obstáculo que entorpezca los cauces normales de la tramitación de la baja y justificaremos ésta extendiendo los certificados.

Cuando por el examen atento del caso tengamos el convencimiento pleno de que la lesión no es debida a accidente del trabajo, sino que obedece a otra causa, hemos de negarnos rotundamente a admitirlo con arreglo a los deseos del obrero y, por tanto, denegar la baja; ahora bien, no nos limitaremos a expresar secamente nuestra decisión, puesto que, sobre todo si el obrero falto de malicia cree que de su padecimiento es responsable el trabajo que realizaba, debemos procurar convencerle de su error con razonamientos que pueda entender, y si a pesar de nuestras explicaciones no se llega a convencer, se le indicará el camino que debe seguir, presentando la oportuna reclamación ante el Delegado Provincial del Trabajo o ante la Autoridad municipal en las localidades donde aquella Delegación no exista.

Si el obrero a quien negamos el derecho a la reparación simula un accidente padeciendo lesión debida a otra causa, no necesitaremos apelar a muchos argumentos para convencerle, pues suele ser suficiente que le hagamos una descripción del modo cómo creemos que la lesión se produjo, que bastará para que, con su silencio o expresando claramente la verdadera causa, dé su asentimiento a nuestro modo de pensar; pero esto no sucede siempre, algunos se obstinan en mantener su afirmación como cierta; con éstos deben agotarse los razonamientos persuasivos, y en caso de fracasar, se les instará a que reclamen, llevando su acción ante la autoridad que crean conveniente, cosa que, como es natural, no harán, ya que mantienen con tesón su criterio por no quedar en mal lugar ante nosotros. Lo mismo podemos decir de los simuladores de una lesión inexistente; de la misma manera se comportan y de igual modo debemos proceder con ellos.

En todos los casos, cuando lleguemos a conseguir el convencimiento del obrero, convencimiento de los que creían de buena fe su reclamación justa y de quienes reconozcan que no nos pudieron engañar, los aconsejaremos lo que han de hacer para conseguir la curación, que, como es natural, será indicarles sean asistidos por el médico que les haya tratado sus enfermedades u otro que crean conveniente. Una exagerada indignación y las admoniciones excesivas por nuestra parte, no las creemos de utilidad, pues en nada hará desmerecer nuestro prestigio el que se haya pretendido engañarnos; en todo caso, la reacción subida de tono podrá estar justificada cuando la actitud y expresiones del interlocutor lo requieran, pero, aun entonces, no debemos olvidar el cargo que ostentamos y la misión que se nos ha confiado.

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
L
E
Z

ZINCOL.—Específico de todas las enfermedades de la piel.

COMPOSICIÓN:	Ictiol.....	2	gs.
	Extracto Hamamelis....	250	>
	Borato sódico.....	0,25	>
	Oxido zinc.....	33	>
	Bálsamo del Perú.....	8	>
	Excipiente graso.....	100	>

CLORAMINOL.—Pomada antiséptica a la cloramina T, insustituible en toda clase de heridas.

COMPOSICIÓN:	Cloramina T.....	1,50	gs.
	Excipiente apropiado....	98,50	cs.

GUAYACOROL.—Solución oleosa antitóxica, inyectable, niños y adultos.

COMPOSICIÓN:	Colesterina.....	0,4	gs.
	Gomenol.....	0,12	>
	Cacodilato de Guayacol.	0,2	>
	Eucaliptol.....	0,3	>
	Alcanfor.....	0,10	>
	Eter sulfúrico.....	0,10	>
	Y aceite de olivas, lavado y esterilizado, hasta completar 1 c. c., en ampollas de 1 y 2 1/2 c. c.		

Muestras y literatura: JOSÉ VÉLEZ.-Oropesa (Toledo)

BIOPLASTINA SERONO ENDOVENOSA

Ha sido puesta a la venta

en cajas de 4 inyectables de 10 c. c.
y cajas de 8 inyectables de 5 c. c.

después de

ENSAYOS BRILLANTÍSIMOS

Los señores médicos pueden pedir detalles a las oficinas de propaganda de la Casa Lepori en España: Madrid: Plaza de Canalejas, 7.



Sesiones clínicas del Instituto Rubio

DOCTOR GERMAN BERITENS: Caso clínico.—Quiero presentarles esta enferma operada el viernes pasado, porque creo que tiene algún interés y nos permitirá hacer algunas consideraciones sobre diferentes cosas. Esta mujer se presentó en el Servicio de Oftalmología hace unos días. Nos cuenta que del ojo derecho nunca había visto bien, que se le presentó una catarata y que fué operada en otro hospital por un hábil operador, habiendo quedado de la operación muy bien en el momento; mas después de unos días, tuvo una complicación que no sabe cuál fué, algunos dolores y quedó como estaba cuando a nuestra consulta vino.

El ojo objeto del examen presenta una pupila supero-externa, cual si se hubiera producido, más que por una iridectomía, por un corrimiento del iris hacia esa parte. En este campo pupilar no se aprecia ninguna adherencia del iris a la cápsula cristaliniana, pero sí claramente que esta está opacificada. Tensión normal o casi normal y nada más que llamara nuestra atención, pues de visión sólo podíamos apreciar cómo era la proyección y era buena en todos los sectores. Con estos datos fué diagnosticada de catarata secundaria y le fué propuesta la operación, que aceptó desde el primer momento.

Preparado el ojo mediante un tratamiento, consistente en instilaciones de una solución de nitrato de plata al uno por ciento, durante los tres días anteriores a la operación, el viernes pasado la operamos.

Eran nuestros propósitos hacer una extracción de la cápsula; si no podíamos conseguirlo, hacer una irido-capsulectomía, bien con la pinza sacabocados de Vacher, bien con la pinza tijera, o como pudiéramos, pues la práctica nos enseña que toda operación por reglada que sea, se empieza como se debe y se termina como se puede.

Previa anestesia con una solución de cocaína en instilaciones, procedimos a la abertura de la cámara anterior con la pica de Sandolf, encontrando una gran resistencia, como pasa siempre en el tejido cicatricial de la herida hecha al operar la catarata y vencida ésta, penetramos en la cámara anterior consiguiendo una abertura lineal de unos siete a ocho milímetros. Al retirar la pica nos encontramos con que por la herida salía una gran cantidad de cuerpo vítreo degenerado, licuado, pues sólo así podía salir por una herida de esas dimensiones. Intentamos coger la cápsula con las pinzas capsulares y no lo conseguimos y el vítreo continuaba saliendo; pretendimos hacer la irido-capsulectomía con la pinza de Vacher y tampoco lo conseguimos y la salida de vítreo degenerado continuaba y el globo del ojo hundido, apenas si nos dejaba hacer nuevos intentos. Por fin y venciendo grandes dificultades, hicimos una irido-capsulectomía con la pinza tijera, quedando el ojo hundido en forma de embudo y casi vacío. En estas condiciones y a propuesta del doctor Leoz, inyectamos dentro del globo del ojo, centímetro cúbico y medio de suero fisiológico, colocando el apósito en cuanto nos percatamos que había recobrado alguna tensión.

A las veinticuatro horas levantamos el apósito y nos encontramos el ojo en perfectas condiciones, habiendo conseguido una tensión quizá mayor que la normal y creyendo haber desaparecido los peligros que acompañan siempre a la hipotensión.

Es interesante este caso, porque si bien anatómicamente hemos conseguido mucho, fisiológicamente es una incógnita que el tiempo despejará, pero que «a priori» se presta a hacer algunas consideraciones.

La enferma nos dice que siempre vió mal con ese ojo, tiene 63 años y nunca usó lentes, aunque en alguna ocasión cree, si bien no está segura, que se los recomendaron. Es evidente que con anterioridad a la operación existía una ambliopía; no otra cosa es lo que ella nos dice, pero esa ambliopía ¿era debida a un vicio de refracción o a una lesión de fondo de ojo? No hemos podido hacer ni la prueba del agujero estenoico, ni el examen de fondo de ojo, ni ninguna prueba subjetiva; la catarata secundaria es barrera infranqueable que no nos permite pasar para hacer estas pruebas. La prueba del agujero estenoico es interesante y quiero decir algo de ella, porque los que me escuchan en su mayor parte no son oftalmólogos y quizás la ignoran, y quizás también, en alguna ocasión la utilicen con éxito; se practica de la siguiente manera: se toma una tarjeta de visita, un naípe o un trozo de cartón y un alfiler. Con éste se hace un agujero en aquél del tamaño que lo dé el alfiler, un milímetro próximamente de diámetro. Se hace mirar al enfermo los titulares de un periódico por ejemplo, separándolos a tres, cuatro o más metros, hasta que los vea muy borrosos, tanto que no pueda leerlos. Cuando se ha llegado a este momento, sin acortar la distancia que media entre enfermo y periódico, se le hace mirar a través del agujero. Si la visión mejora, la ambliopía es debida a un vicio de refracción que se corrige con lentes, si no mejora es debida a otra lesión que requiere un tratamiento especial. Esta explicación es interesante para el médico general, pues con tan sencillo procedimiento puede decir a un enfermo si necesita lentes o no y puede sospechar si unas cefalalgias pertinaces pueden ser originadas por una ametropía. La razón de que las cosas sucedan de esta manera, es la siguiente: sabido es que los rayos luminosos que atraviesan un medio transparente sufren mayor desviación cuanto más oblicuamente lleguen a la superficie de incidencia y que los que atraviesan un medio transparente de cosas paralelas, salen del medio transparente en la misma dirección que llevaban antes de penetrar en él. El ojo miope lo es, porque sus medios transparentes son excesivamente refringentes con relación al diámetro antero-posterior de ese ojo; los rayos luminosos que inciden en la parte periférica sufren una desviación grande, motivo por el que antes de llegar a la retina forman foco; a esa membrana llegan los círculos de difusión que producen y no el foco, pero la parte central de esos medios transparentes, puede considerarse como un medio transparente de cosas paralelas y en ellos, los rayos luminosos, o no sufren desviación, o sufren muy poca, razón por la que forman el foco en la retina, imagen que es borrada por los rayos que pasan por la periferia, por los círculos de difusión que forman esos rayos. El agujero estenoico impide el paso de los rayos periféricos y sólo permite el de los centrales, y como éstos, como queda dicho, forman la imagen en la retina por sufrir muy poca desviación, por eso en ametropes, la visión mejora con el citado artificio. Perdonad esta digresión, pero he creído que sería interesante y de utilidad para el médico no oftalmólogo. En el hipermetrope, por ser los medios transparentes poco refringentes en relación con el diámetro antero-posterior, la imagen de los rayos centrales es borrada por los círculos de difusión que producen en la retina antes de formar el foco, y con el agujero estenoico mejora la visión por la supresión de esos rayos periféricos.

Volviendo a nuestra enferma, decíamos que era evidente que con anterioridad a la operación primera existía una ambliopía, que presumíamos era debida a un vicio de refracción. Pues bien, si esta mujer ha visto mal toda su vida, a esta edad es lógico pensar que no solo tendrá una ambliopía, sino dos, o si queréis, una sola producida por dos causas diferentes: por su ametropía una y por su falta de funcio-

namiento de los conos y bastones, otra; una verdadera ambliopía exanopsia. Es un hecho demostrado que conos y bastones entran en movimiento por la acción de la luz; cuando a ello llegan los rayos luminosos, se contraen, dilatándose cuando están en la oscuridad. Ahora bien, un movimiento de dilatación y otro de contracción, en este caso, es un movimiento vibratorio, pero ese movimiento de contracción, seguramente está condicionado por la clase de luz que dichas células reciben, y como ésta es en cada movimiento distinta, la célula en mi sentir está contrayéndose y dilatándose mientras es excitada por la luz. Pero la luz es una vibración del éter, engendrada por el movimiento que los electrones que integran los átomos del sol o del cuerpo luminoso, producen en su constante recorrido de las órbitas que tienen marcadas, si de esta manera puede decirse, no siendo los colores más que la diferenciación de esas vibraciones, es decir, el distinto número de vibraciones en un tiempo, dado en un segundo.

Es curiosa e ingeniosa la explicación que se nos da de cómo se engendra el color y es interesante para este caso, por lo que me vais a permitir que hagamos una rápida excursión por otros campos, en cierto modo ajenos a la clínica, pero que nos ayudarán a explicar los fenómenos que en ésta se presentan. Nos dicen que el movimiento de los electrones libres que integran los átomos que forman el sol, engendran vibraciones etéreas de toda clase de longitud de onda y mezclados llegan hasta nosotros y cuanto nos rodea. El cuerpo que recibe el choque, está también compuesto por átomos que tienen sus electrones libres, los cuales entran en movimiento, mejor diría, aceleran la velocidad al máximo y producen nuevas ondas etéreas que se dirigen desde el cuerpo que ha recibido la luz hasta nuestros ojos. Si la mayor parte de esos electrones están sintonizados, digámoslo de esta manera, o pueden responder a las excitaciones de las ondas etéreas que llamamos «rojo», tal nombre daremos al color del dicho cuerpo. Los demás electrones que no están sintonizados, que no pueden vibrar con esa velocidad, quedarán en reposo relativo, no engendrarán ondas que puedan ser causa de excitación de nuestro órgano visual, engendrarán otras que darán origen a calor, y tendremos el caso de lo que denominamos absorción de esa luz.

Teniendo presente todo esto que nos dicen de los colores, yo no veo inconveniente en aplicarlo a su percepción y así en mi sentir, la célula retiniana que es

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.**

herida por una clase de luz, entra en vibración condicionada por la luz que recibe y esta vibración produce una corriente nerviosa, que bien pudiéramos llamar, de acuerdo con la manera como nos explican la corriente eléctrica, una corriente de electrones en la misma dirección, que por las vías ópticas llegan al centro cortical, donde reside la facultad de ver, allí producen una perturbación a la que damos el nombre de color. Cuanto acabamos de decir, se refiere a un punto; un conjunto de puntos forma la imagen retiniana, estos puntos excitan diferentes células y en cada caso, yo creo que se produce el mismo fenómeno.

Pero si la ordenación de estos puntos es lo que constituye la imagen retiniana y cada uno se comporta como nosotros pensamos, en toda ametropía en que esa ordenación de la luz desaparece y por lo tanto no hay imagen retiniana, las células, al no vibrar en la forma debida, sufrirán también perturbaciones que yo compararía a entumecimiento, a falta de poder vibrar con la velocidad de la luz excitante, vibración defectuosa; la clínica, para contrarrestarla, manda que se corrija la ametropía para llevar la imagen a la retina, suprimir la visión del otro ojo por medio de un vendaje y ejercitar al amétrope en la visión corregida del ojo ambliope, es decir, someterlos a la máxima actividad.

Teóricamente estas cosas pueden pasar, pero ¿pasan en la realidad? Hemos de confesar que nos quedamos con el interrogante.

No quiero prolongar más la presentación de este caso con otras muchas consideraciones que pudieran hacerse; desde el punto de vista clínico, tiene interés el hecho de haber recuperado la tensión inmediatamente después de una tan considerable pérdida de cuerpo vítreo y el haber conseguido que esa tensión, quizás un poco aumentada, se sostuviera en días sucesivos, gracias a la inyección inmediata de centímetro cúbico y medio de suero fisiológico.

De la intervención está francamente bien; de visión ha mejorado bastante y suponemos mejorará más, siendo nuestros propósitos volverla a presentar dentro de una temporada, si la enferma no se ausenta de la consulta, como frecuentemente sucede.

DOCTOR YAGÜE: Tres son las observaciones con cuya aclaración agradecería fuera complementada la curiosa observación expuesta.

La primera se refiere al diagnóstico elemental de afección ocular por medio del agujero estenoico, para que el médico no especializado dirija sus enfermos al oculista cuando aquéllos no ven a través de él o al óptico si ven. Para que tal suceda, se precisa una condición: que los medios oculares sean transparentes, porque si no lo son, no hay visión a través del agujero, tal sucede como afección frecuente en la catarata, y en la cual, mirando por aquél, ven la mancha de su cristalino, con la forma y contornos que a ella correspondan.

La segunda observación se refiere al apellido secundario de su catarata. Porque al ser común llamar así a las dolencias que son consecuencia de otras anteriores, tal como ejemplo catarata diabética, etc., podría mover a confusión tal denominación, por lo que quizás fuera de mayor claridad el de post-operatoria, para las subsiguientes a la intervención, o alguna otra calificación informada en el mismo sentido aclaratorio.

Y la tercera observación se refiere a la luz y percepción de las imágenes, en las que el hecho más debe corresponder a la transmisión de vibraciones de distintas velocidades que a traslación de electrones, recordando en cierto modo de una parte, lo que sucede en el movimiento de las aguas en las olas, en que no existe traslación lejana, sino como ondulatoria y que semeja al de las espigas en los campos empuja-

das por el aire y de otra a lo que acontece con la transmisión de los sonidos en distinto tipo de onda, hoy tan apreciables por todos en los aparatos de radio.

DOCTOR BERITENS: He dicho que el agujero estenopeico sirve para diferenciar una lesión o mejor una ambliopía producida por una enfermedad de la producida por un vicio de refracción; por lo tanto si hay una catarata, la ambliopía no será producida por vicio de refracción y la visión a través del agujero estenopeico no mejorará y como consecuencia, tampoco mejorará con el uso de lentes.

En cuanto a la segunda pregunta, diré que la catarata diabética lleva ya ese nombre. Llamamos catarata secundaria a la que se presenta después de la extracción del cristalino, por opacificación de la cristaloides, y yo creo que sería mejor llamarla de cristaloides.

Respecto al tercer punto en el que el doctor Yagüe ha querido comparar el movimiento de los electrones al movimiento de las aguas del mar, le diré que en la explicación de la construcción de la materia, que es a donde hemos de remontarnos en este asunto, se nos dice que el átomo está formado por electrones, unos fijos, situados dentro del núcleo central, que son inmutables, tanto en su número como en su distribución, pues de una y otra condición se hace depender la naturaleza del cuerpo que forman, y otros libres, que giran alrededor del núcleo central; que cada átomo no tiene un número determinado, sino lo que pudiéramos llamar un número de máxima y otro de mínima. Cuando el núcleo central no puede sujetar en sus dominios, si así lo puedo expresar, cuando su fuerza de atracción no llega a actuar sobre un electrón por estar el átomo saturado de electrones libres, ese se desprende y pasa a otro átomo del cual forma parte desde aquel momento. Si esta fuga de electrones está condicionada por las cualidades especiales de un cuerpo y marchan en una misma dirección, tendremos una corriente de electrones, que no serán los mismos los que pasen de un átomo a otro, evidente, pero que serán electrones que sobran a esos átomos.

El oleaje del mar a que ha comparado el doctor Yagüe esa fuga de electrones, en mi sentir sería más justa comparación con las vibraciones etéreas, que por producir una perturbación sobre nuestro órgano visual, llamamos luz. El oleaje del mar es un movimiento de las moléculas del agua; el color es un movimiento del éter; aquél está producido por el viento, éste por el movimiento rotatorio del electrón alrededor de su núcleo y de la misma manera que la molécula de agua no se desliza de su sitio para llegar en una ola a la orilla, tampoco el éter que vibra al sol se desliza para llegar hasta nosotros; llega el movimiento que en el éter se produce, y ese movimiento es al que damos el nombre de electricidad, calor, luz, rayos X, etc., según la rapidez con que vibre y dentro de las ondulaciones que afecten a nuestro órgano visual, según esa rapidez sea en un tiempo dado, así diremos es un valor u otro. Creo haber contestado a las preguntas formuladas por el doctor Yagüe, y des-

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO): Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUMINAL. (En pastillas de 4 a 13 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO

pués de darle las gracias por el honor que con ellas me ha hecho, no tengo más que decir.

DOCTOR VALLS MARIN: Presentación de enfermos.—Presenta una enferma con luxación de hombro; variedad inferior con fractura de troquíter, que se presentó en la consulta a los dos meses de producida, con la actitud típica del brazo y una parálisis completa de todo el miembro, por compresión del plexo en axila. Se intentó al día siguiente de ser vista, una reducción incruenta bajo anestesia, no consiguiendo la reposición, y en vista de ello, a los pocos días se la operó. Por el estado de la cápsula y de la fractura del troquíter, que impedía la reducción, se le hizo una resección de la cabeza del húmero, como mal menor. Espera que la movilidad que permitirá esta operación, será la útil para sus trabajos. A los doce días se le empezó la movilización.

Parálisis completa de ambas piernas.—Presenta otra enferma de trece años afecta de una parálisis por atrofia, por ataque que le dió cuando tenía un año; la muchacha no ha podido andar nunca y como ocurre en las paralíticas no tratadas, los miembros estaban en posiciones viciosas, que complicaban su problema operatorio. Presentaba los pies en fuerte equinismo y varus, con rodillas y caderas en flexión y adducción. El curso pasado se la practicaron artrodesis en pies y rodillas, que han corregido la mala posición y la han dejado unas piernas fijas, sobre las que la enferma va a poder sostenerse y andar. Se le va a practicar la rectificación de la posición de las caderas que se vencerán con simples tenotomías. Hay cirujanos que no son partidarios de hacer esta clase de operaciones y prefieren el uso de aparatos ortopédicos. El acepta el hacerlas cuando por la extensión de la parálisis no se puede hacer otra cosa. Los aparatos que fijan las articulaciones tienen pocas ventajas y muchos inconvenientes (en los que viven fuera de las poblaciones en donde los construyen, cualquier arreglo si se les rompe, el tenerlos que modificar a medida que crecen y lo caros que resultan a la larga, son las principales.). Esta enferma estará en condiciones de valerse por sí sola, aun a costa de dejarla con los pies y rodillas sin movimiento.

DOCTOR YAGÜE: ¿Afectará esta operación a las funciones propias de su sexo?

DOCTOR VALLS MARIN: Por la operación lo facilita, puesto que modifica la posición de las piernas que estaban en flexión y adducción. En cuanto a la parálisis, puede dar lugar a una disminución de los diámetros de la pelvis, por retardo del crecimiento de los huesos ilíacos.

Osteomielitis de fémur.—Enferma a quien habían intervenido dos veces en otra clínica. Después de la operación se le ha puesto un apósito vaselinado y vendaje de escayola, según la técnica de Ohrr. Este método tiene la ventaja, como ya hemos hecho constar otras veces, que con él se suprimen las curas y con ello el dolor. El procedimiento no lo contraindica la extensión del proceso y hay que inmovilizar la región, dejando incluidas en el vendaje, las articulaciones que están por encima y por debajo de la lesión. El éxito de todos modos depende de lo bien que se opere el proceso osteomielítico.

DR. B. DE M.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

MEDICINA INTERNA

KEEFER, MYERS, HOLMES.—Características del líquido sinovial en los diversos tipos de artritis.—«Archives of Internal Medicine», volumen 54, número 6, 1934.

Ya habían emprendido estos autores trabajos muy interesantes anteriormente sobre el estudio del líquido sinovial en las artritis gonocócicas. Pero actualmente publican sus investigaciones y estudios sobre las artritis reumáticas, reumatoideas, tuberculosas, sifilíticas, escorbúticas, traumáticas, estreptocócicas, degenerativas y varios tipos más que engloban en la designación de miscelánea. Siendo el total de los casos estudiados 120, habiendo obtenido los siguientes resultados:

Primero. Que el examen bacteriológico del líquido sinovial es de extraordinario valor para el diagnóstico de las artritis, debiéndose recurrir en los casos dudosos a la inyección de los cobayas, especialmente para el diagnóstico de la artritis tuberculosa.

Segundo. Que el líquido sinovial presenta aumento de células en todos los tipos de artritis, siendo mayor en las artritis infecciosas y menor en las traumáticas y degenerativas.

Tercero. Que en las artritis infecciosas el número de células polinucleares alcanza la cifra de 86 por 100 o más, mientras que en las artritis tuberculosas oscila desde el 46 por 100 hasta la cifra anterior, estando aumentados los linfocitos, observándose siempre que en las artritis no infecciosas, existe constantemente un porcentaje mayor de linfocitos, clasmotocitos y monocitos.

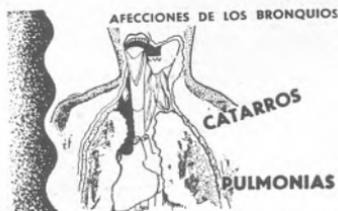
En cambio, hasta ahora, el análisis químico del líquido sinovial no ha proporcionado suficientes datos para establecer cifras que tengan valor diagnóstico.

SHABLEY y SPIES.—Acción de la vitamina A.—«The Journal of The American Medical Association», volumen 106, número 36, año 1934.

Los autores publican el resultado de sus investigaciones acerca de la acción que la vitamina A pudiera tener para evitar la enfermedad llamada resfriado común, con catarro más o menos intenso de las vías respiratorias altas, pues se venía admitiendo como eficaz preventivo contra esta enfermedad.

Los resultados obtenidos por los autores han sido contrarios a la creencia actual, pues la vitamina A careció de todo poder preventivo en los enfermos por ellos estudiados.

Leído este trabajo en la sección de Farmacología y Terapéutica del mitin anual,



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÑO
FORMULA

Sulfoguyacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálamo de lulu	
en equivalencias aa.	50 -
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 -
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus.	10
Hepatorradil C S. para	f50 -

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

número 58, celebrado por la Asociación Médica Americana en Cleveland, varios congresistas aportaron pruebas acerca del escaso valor que la vitamina A tiene como profiláctica y preventiva frente al resfriado común.

MASTEN y BUNTS.—Erosiones y perforaciones de carácter neurológico de estómago y esófago en casos de lesiones cerebrales.—«Archives of Internal Medicine», volumen 54, número 6, año 1934.

Desde que en el año de 1932 el famoso cirujano de sistema nervioso norteamericano Cushing, publicó el resultado de sus observaciones acerca del origen neurológico de la úlcera gástrica, por lesiones en el diencéfalo, atrayendo la atención de los clínicos, varios autores han aportado el fruto de sus observaciones y experimentos sobre esta cuestión, debiéndose mencionar Beattie, que también en el mismo año de 1932 publicó interesante trabajo sobre la relación existente entre tuber cinereum y las funciones gástrica y cardíaca. Y Kendall, Bishoph y Little, que lograron producir lesiones gástricas en los conejos por inyección de pilocarpina en el líquido cefalo-raquídeo, trabajando en el laboratorio de Cushing.

Los autores del trabajo que comentamos publican ocho casos de lesiones del cerebro, asociadas a lesiones ulcerosas y perforaciones de la parte alta del aparato digestivo, lo que representa una contribución más para fundamentar la etiología neurológica de la úlcera de estómago.

FRIED.—Inflamaciones alérgicas en los pulmones con alteraciones histopatológicas en todo semejantes a las de la pulmonía lobar.—«Archives of Pathologie», volumen 18, número 6.

El autor ha logrado provocar de modo sistemático, en los conejos que le han servido como animales de experimentación, una vez sensibilizados previamente para el suero de caballo, un cuadro clínico del todo semejante al de la pulmonía, mediante la inyección en la tráquea del alérgeno desencadenante, produciendo una inflamación rápida de carácter exudativo en los pulmones que se extendía con gran prontitud a todo un lóbulo del pulmón. En algunas ocasiones la inflamación fué bilateral, y el aspecto histopatológico de la lesión, en un todo semejante al de la pulmonía lobar. Y explicándose únicamente el cuadro clínico por el estado de hiperergia en que se encontraban los animales frente al suero de caballo, para el cual estaban sensibilizados.

SCHLIEPHAKE.—Influjo que los extractos de bazo tienen sobre la coagulación de la sangre y sobre las plaquetas y los glóbulos rojos.—«Klinische Wochenschrift», número 3, año 1935.

El resultado de sus investigaciones, realizadas con el extracto de bazo, conocido con el nombre de «Prosplen», las resume de la siguiente manera: el bazo ejerce un influjo regulador sobre la coagulación de la sangre, y aumenta el número de glóbulos rojos y de trombocitos en el hombre sano, y en cambio no es muy clara la acción que ejerza sobre los leucocitos. Y desde luego, los reticulocitos no son influidos por el extracto de bazo mencionado.

Y como final de sus investigaciones, concluyen afirmando que es seguro que el bazo produce sustancias de carácter hormonal, que intervienen regulando la composición morfológica y química de la sangre.

KONSCHEGG.—Sobre el influjo vaso constrictor de la sangre, especialmente de la sustancia llamada «constrictina».—«Wiener Klinische Wochenschrift», número 3, año 1935.

Partiendo principalmente de los estudios de Hartwich y Hessel, el autor llega a las conclusiones siguientes:

Que probada la sangre de un conejo normal en su fuerza constrictora, en las arterias del hombre mantenidas con vida después de la muerte del sujeto, la sangre del conejo mostró una capacidad de vasoconstricción aun diluida en 1.400 volúmenes, y en algunos experimentos aun en 1.700 volúmenes.

Cuando el conejo era hipertónico, su sangre resultó activa aun a diluciones de 4.000. Estas mismas acciones se observaron cuando en lugar de emplear sangre se empleaba el suero de la sangre del animal. Y esta vasoconstricción es indudable que no era debida a la adrenalina, que tiene acción vasoconstrictora más enérgica, sino simplemente a la sustancia o sustancias que se engloban bajo la designación de «constrictina».

FRIEDRICH, del Instituto de la investigación de rayos, de la Universidad de Berlín.—¿Existen rayos terrestres perniciosos?—«Deutsche Medizinische Wochenschrift», número 3, año 1935.

Es evidente que la tierra radia rayos corpusculares producidos por toda clase de procesos radiactivos y a los que probablemente pertenecen las llamadas radiaciones cósmicas, pero sobre todo son los rayos electromagnéticos de longitud de onda muy variada, los que en gran cantidad produce la tierra, y más en unas partes del globo terráqueo que en otras.

En relación con estos rayos están los campos de fuerza, determinados indudablemente por los rayos terrestres.

No se han investigado hasta hoy las acciones biológicas que las radiaciones de estas fuerzas magnéticas ejercen, bien aisladamente o ya en relación con las radiaciones luminosas y eléctricas.

El autor del curioso y raro trabajo mencionado, termina con las siguientes conclusiones:

Todavía no se ha demostrado que los rayos naturales de la tierra ejerzan una acción deletérea sobre el hombre, y las creencias del público hasta hoy son completamente fantásticas y sin fundamento científico. No obstante, existe en esta cuestión un amplio campo para la investigación exacta en lo porvenir, juntamente para los estudios de la investigación de las radiaciones y de las ciencias naturales biológicas. Pero en todo caso la investigación se hará por una crítica severa y entonces podrá llegarse a alguna conclusión acerca del secreto que encierran las radiaciones terrestres, y del papel que las han asignado los viajeros sobre la salud, ya que han sido los grandes viajeros a través del globo y los grandes exploradores los que han hablado primero y mejor sobre las radiaciones terrestres cuando éstas no se conocían.

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

GRAFF.—**Sobre la patogenia de la linfogranulomatosis.**—«Deutsche Medizinische Wochenschrift».

El autor llega a las siguientes conclusiones:

Que la linfogranulomatosis de las vías aéreas superiores y del esófago es un hecho bastante frecuente, y que puede transcurrir sin sintomatología, o con síntomas de distinta clase, según la localización.

Por esto, estas localizaciones de la linfogranulomatosis, que constituyen a veces el punto de partida de la enfermedad, son de gran importancia para el tratamiento radioterápico precoz.

El autor considera la enfermedad como un proceso infeccioso, debido posiblemente a un virus específico.

TEUTSCHLAENDER.—**Sobre la lipogranulomatosis progresiva de la musculatura.**—«Klinische Wochenschrift», número 13, año 1935.

El autor resume este trabajo del siguiente modo:

El estado conocido actualmente con el nombre de miositis osificante progresiva no es probablemente una enfermedad de la musculatura propiamente dicha, sino una enfermedad del tejido conjuntivo intramuscular, o mejor del perimio interno linfomatoso.

Sobre el terreno de una anomalía constitucional se desarrolla la lipomatosis, y como consecuencia de una endoarteritis obliterante local, se crean los trastornos tróficos de carácter necrótico, y la formación de granulomas, que al incrustarse de sales de calcio, originan el necrocalcinogranuloma.

El autor llega a esas conclusiones después de haber estudiado varios casos durante cinco años.

El proceso puede terminar por el reblandecimiento de esta última lesión, la formación de fístula y vaciamiento de la emulsión calcárea, dejando como residuo una cicatriz. Y en otras ocasiones por formación metaplásica de los huesos, se da lugar a una miopatía osteoplástica progresiva.

M. BAÑUELOS

DOCTORES MOIR y DUDLEY.—**Un nuevo alcaloide del cornezuelo (Ergometrina).**—«Brit. Med. Journal», págs. 520-523. 16 Marzo, 1935.

Según los autores se trata de un nuevo alcaloide que difiere considerablemente de los ya conocidos (Ergotamina y Ergotoxina), tanto desde el punto de vista químico como desde el fisiológico y terapéutico. La Ergometrina tiene administrada por vía oral, acción más rápida y completa, y más parecida a la de los extractos totales del cornezuelo de centeno (Secacornine, Ergotina), sin la acción tetanizante de la ergotamina ni efectos secundarios. Creyendo que por dichas propiedades se trata del principio esencial del cornezuelo y el único que debe administrarse terapéuticamente.

Sir Henry Dale, en una publicación reciente, «Thompson Jour. of Amer. Pharm. Assoc.», 1935, núm. 1, pág. 24, corroboran los anteriores conceptos diciendo que al lado de los alcaloides hasta el presente conocidos del cornezuelo, se encuentra todavía un principio activo de naturaleza alcalóidica.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

HARTHER L. KEINR (Detroit).—**Eritema del noveno día después de la administración de arsphenamina.**—«Arch. of Dermatology and Syphilology», vol. 31, pág. 291. March, 1935.

Keinr presenta 10 casos de eritema del noveno día, definiéndolo como reacción benigna autolimitada a la arsphenamina, y el conocimiento de esta reacción hace posible el diagnóstico diferencial con la verdadera dermatitis arsenical, pudiendo recomendarse la continuación de la terapéutica arsenical sin peligro, después del eritema del noveno día no complicado.

Los tratamientos desintoxicantes (hiposulfito, calcio), no alteran el curso del eritema del noveno día, que debe de ser distinguido de la rubeola y de la escarlatina.

H. H. HAZEU (Washington).—**La sífilis y las enfermedades de la piel en el negro americano.**—«Arch. of Dermatology and Siphilology», vol. 31, pág. 316, March., 1935.

Larga es la práctica del autor. Su trabajo está basado en el estudio de 17.878 pacientes, 6.149 sifilíticos y 11.729 cutáneos; las peculiaridades que hace resaltar en la patología del negro son la abundancia de sífilides anulares, foliculares y pustulosas, así como de queloides dermatitis papillaris capillitii, dermatitis papulosa nigra, granuloma inguinal, pitiriasis faciei y pelada, y también señala el menor número de cánceres baso-celulares, de neurodermitis, erisipeloides, pediculosis, dermatomicosis, eczema marginado de Hebra, micosis ungueales, vevi y verrugas, xatomas. Hace constar de modo especial la rareza de chancros extragenitales.

M. T. VAN STUDDIFORD (New Orleans).—**Efecto de las hormonas sexuales sobre el acné.**—«Arch. of Dermatology and Siphilology», vol. 31, pág. 133. March. 1935.

Después de una breve revista sobre la frecuencia del acné, de las opiniones existentes sobre los posibles factores etiológicos y las más recientes teorías sobre la relación de las hormonas sexuales sobre el acné, expone el autor sus investigaciones clínicas, confiando en que del estudio más adelantado de la hormonoterapia sexual ha de beneficiarse el tratamiento del acné, y si hoy la terapéutica glandular está lejos de ofrecer un tratamiento específico del acné, los resultados logrados sobre algunos pacientes hacen esperar que de aquellos estudios pueda llegarse a beneficiar el conocimiento de la etiología y patogenia del acné.

G. MARICONDA.—**Un caso de sarcomatosis cutánea primitiva generalizada.**—«Giornale Ital. de Dermatologie e Sifilologia», vol. LXXXV, fasc. VI, pág. 1.945. Diciembre, 1934.

En la exposición de este caso, el autor pone en relieve la dificultad de encasillarle en la clasificación actual. Clínicamente puede considerarse como de sarcomatosis tipo Perrin, pero histológicamente muestra una estructura fusocelular.

La muerte ha dado fin a la evolución de curso rapidísimo (tres meses desde la aparición de los primeros síntomas). Esto no es habitual ni en las sarcomatosis descritas como malignas. Otro carácter notable es el cuadro histológico que contrasta también con la malignidad del proceso.

G. BELGODERE.—**Suplemento a la historia del erisipeloide (inoculación del bacilo del mal rojo del cerdo al hombre).**—«Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie». Tomo 6, núm. 3, pág. 193. Mars, 1935.

Sobre una nueva observación personal, Belgodere escribe una extensa Memoria, complemento de la que en Diciembre de 1931 y en la misma revista publicara.

Aquella Memoria fué analizada en su día en estas páginas. Justifica el autor la latitud de su estudio y nosotros al dar noticia de su publicación, en el interés que esta enfermedad, no siempre benigna y trivial, tiene por cuanto que es una más entre las comunes al hombre y a los animales del desconocimiento que de su existencia tienen la mayor parte de los médicos y de que desbordando el campo de la dermatología abre horizontes en el de la patología general. Una bella acuarela reproduce fielmente el aspecto de la enfermedad y la nota bibliográfica pone al día el asunto.

FRANCESCO TAZZARI.—**El alcohol en la etiopatogénesis de la pelagra y la pseudo-pelagra alcohólica.**—«Arch. Italiano de Dermatologia, Sifilologia e Venereologia», vol. XI. Fasc. II. Febbraio 1935, pág. 121.

En un extenso trabajo considera el autor diez observaciones, llevándole a estas conclusiones. existe un cierto número de enfermos que presentan en forma incompleta o frustrada y también completo el síndrome pelagroso; de la forma más leve a la más grave, todos los fenómenos de la triada sintomática clásica se presentan. En tales síndromes no faltan las lesiones cutáneas, y casi siempre, aunque en grado variable, existen disturbios nerviosos que son semejantes, los más, a los del etilismo. Menos constantes y más leves, son las manifestaciones digestivas.

De modo constante, el alcoholismo en grado diverso, antiguo o reciente se hace patente, no poniéndose en evidencia otros factores etiológicos descritos en la pelagra verdadera. Además, casi siempre se pudo demostrar el influjo patogénico de los rayos solares, siendo su acción seguida de la explosión de los síntomas pelagroideos en los individuos evidentemente sensibles o sensibilizados.

El criterio diferencial de Mayocchi duda el autor tenga un valor constante y absoluto. Por sus observaciones todas las transiciones se marcan, siendo casi imposible diferenciar estas formas de la pelagra verdadera.

Se viene a la conclusión que el complejo de síntomas observado clínicamente semejante o idéntico al de la pelagra verdadera, constituye un síndrome que puede parecer determinado como factor etiopatogénico más importante por el alcohol.

Una conclusión definitiva no es posible; reténgase, dice el autor, que el síndrome pelagra o pelagroideo (cutáneo-nervioso-intestinal) puede aparecer como consecuencia de factores diversos en la forma clásica, grave, o en las otras más atenuadas, frustradas o incompletas, mono o poli-sintomáticas, sobre individuo predispuesto, idiosincrásico o alérgico, en el cual un factor predisponente muestra una frecuencia notable y sobresaliente: el alcoholismo crónico, y otra determinante manifiesta: el influjo de los rayos solares que pone de manifiesto su acción provocadora.

BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico y tratamiento de los estados endócrinos.—DOCTOR L. PASCAULT, traducido al español por el doctor D. S. Gómez Acebo, del Instituto de Patología Médica del Hospital Provincial de Madrid. Casa Editorial Bailly-Baillière, S. A., Núñez de Balboa, 25, Madrid. Un tomito en 12.º (18 X 12), de 134 páginas, 5 pesetas (por correo, 0,50 pesetas más).

La colección de los «Compendios de Medicina y Cirugía», de A. Cantonnet, que tanta utilidad viene proporcionando a los médicos, por su carácter esencialmente práctico, acaba de enriquecerse con el nuevo volumen del «Diagnóstico y tratamiento de los estados endócrinos». En éste, con la misma sencillez y claridad de concepto que en los anteriores, difunde los modernos conocimientos de la endocrinología.

Para no desvirtuar la naturaleza de estos Compendios, el autor prescinde de los grandes síndromes endócrinos, describiendo no más, que los signos y síntomas de pequeñas hipofunciones e hiperfunciones endócrinas; es decir, los llamados estados endócrinos, estados mal conocidos y, no obstante, extraordinariamente extendidos.

Así pues, entre las endocrinopatías hace una selección. Desechando las que, como el bazo, los riñones, la próstata, la glándula mamaria, etc., no tienen más que una acción restringida y localizada a un órgano, estudia únicamente las glándulas que tienen una influencia reguladora o perturbadora sobre nuestras grandes funciones, o sea sobre el conjunto del organismo. Entre éstas cita el hígado, cuyo estudio lo efectúa con arreglo a los trabajos de Frantz Glenard, y el tiroides, la hipofísis, las suprarrenales, las glándulas genitales (testículo y ovario), las paratiroides y el timo, en las que sigue los trabajos de M. Leopold-Levi.

Encerrado en estos límites, el compendio pierde, sin duda, un tanto de su rigor científico, pero adquiere el carácter práctico que conviene al médico de la ciudad o rural, llamado a ver todos los días el enfermo «medio», cuyos trastornos, calificados de artríticos, digestivos o nerviosos, son tan frecuentes debidos a un desequilibrio de función de las glándulas endócrinas.

El tomito está dividido en dos partes: la primera trata del diagnóstico de los estados endócrinos: inspección general y examen funcional, y la segunda del tratamiento de los estados endócrinos. Obrita muy recomendable a todos los médicos en general.



EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

(Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAINO)

COMPOSICIÓN: MALTA IRRADIADA con longitud de onda precisa — Exito de hígados frescos de ternera — Iodo naciente (metodo BEAUDIN y COURTOT) — FOSFORO CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado — VITAMINAS A y D, mas elementos sales asimilables.

Precio: 4,15 Pesetas el frasco
PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAINO

HEPATORRADIL

BARDANOL

**Elixir de Bardana
y estaño eléctrico**

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA



**TONICO
CARDIACO**



LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M.^a BALASCH**

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

LIBROS RECIBIDOS

Manual de Patología Médica, publicado bajo la dirección del profesor doctor Misael Bañuelos, con la colaboración de los profesores Andreu, Urra, Beltrán, Báguena, J. Casas, L. Gironés, A. Pedro Pons, F. Monterde, Rodrigo Sabalette, J. M.^a Villacián y F. Querol. Tomos I y II. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1935.

Diagnóstico y tratamiento de los estados endócrinos.—Doctor L. Pascault, traducido al español por el doctor D. S. Gómez Acebo, del Instituto de Patología Médica del Hospital Provincial de Madrid. Casa Editorial Bailly-Baillière, S. A., Núñez de Balboa, 25, Madrid. Un tomito en 12.^o (18 X 12), de 134 páginas, 5 pesetas (por correo, 0,50 pesetas más).

Tratamientos modernos, por los doctores Grinda, Enríquez de Salamanca, Piñero, Sánchez Arcos, Bartolomé Froata, Coullaut Medigutia, d'Harcourt, Anisúa, Serrano, Quemada, Frade, Gil de Avale, Blanco Rodríguez, Vallejo Nájera, Sanz de Frutos, Bermejillo, Cañadas. Prólogo del profesor F. Enríquez, de Salamanca. Un volumen en cuarto, de 384 páginas, ilustrado; precio: 20 pesetas. Ediciones «Medicina». Madrid, 1934.

Fisiología aplicada, por el profesor doctor Samson Wright, catedrático de la Universidad de Londres. 5.^a edición inglesa y 1.^a española, traducida por los doctores Santiago Pi Suñer, catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Zaragoza y Jorge Folch Pi, médico interno de la Facultad de Medicina de Barcelona. Volumen en cuarto mayor, de XXIV-678 páginas, ilustradas con 195 grabados y una lámina en color, rica encuadernación en tela, planchas especiales y rotulados en oro. En rústica, 24 pesetas. En tela y planchas, 27. Editorial Manuel Marín. Barcelona.

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.

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

NOTICIAS

El pasado día 24 de Marzo, y con la asistencia de un público muy numeroso y selecto, se celebró el acto inaugural de la Academia Deontológica, creada por la Hermandad médico-farmacéutica de San Cosme y San Damián.

Presidía el acto el Excelentísimo señor Arzobispo, doctor Gandásegui, con el Subsecretario de Sanidad, doctor Bermejillo, el Director general de Beneficencia, doctor Sanz de Grado, el Rector de nuestra Universidad, doctor Isidoro de la Villa, el Decano de la Facultad de Medicina, doctor Torremocha, el Hermano Mayor de la Hermandad de Madrid, doctor Soler, y el de la de Valladolid, doctor Laguna, quien pronunció un discurso de presentación.

El discurso inaugural, encomendado al profesor doctor Leopoldo Morales Aparicio, de la Hermandad de Valladolid, constituyó una magnífica exposición del aspecto deontológico de la cirugía estética, tratando con una gran competencia y con certera delicadeza la posición del médico ante las exigencias que la vida social actual tiene para los individuos. De modo prolijo y ameno comentó las operaciones plásticas que en los hospitales de las naciones beligerantes de la Gran Guerra tuvieron su máximo desarrollo; luego se refirió a la cirugía estética propiamente tal, y acertadamente fundamentó cuál había de ser la conducta del cirujano.

El discurso del profesor Morales fué aplaudidísimo y mereció unánimes elogios.

Días más tarde, fué sometido a discusión el mismo tema, haciendo uso de la palabra los doctores del Hoyo, quien hizo un estudio detallado de las múltiples operaciones que durante la infancia es preciso realizar en evitación de una deformidad o para corregir otra ya constituida, congénita o adquirida; Gavilán, comentando las operaciones plásticas realizables sobre la nariz, mostrando los resultados de su casuística personal y proyectando fotografías de múltiples enfermos por él tratados; Ledo, quien ciñéndose al tema propuesto, marcó cuáles son los deberes del médico para con el enfermo y las responsabilidades en que aquél incurrirá al no prestar la debida atención al estudio de procesos de aspecto banal en sus comienzos, y que por su desarrollo rápido y devastador pueden mutilar terriblemente la fisonomía del enfermo, y en casos determinados, como en los nevocarcinomas, poner fin a la vida del sujeto en su evolución; Francia, quien en atinadísima observación hacía resaltar la influencia que determinadas intervenciones sobre la mama pueden tener en lo sucesivo sobre el ciclo menstrual e incluso sobre la función reproductora, pudiendo acarrear la esterilidad. Vaca, habló de cómo las mujeres engordan o adelgazan, siguiendo el imperativo de la moda; las curas de adelgazamiento suelen ser arbitrarias y casi siempre nocivas, tal y como las realizan hoy, ya que se hacen a espaldas del médico, y lo mismo puede decirse del abuso de los baños de sol, los que pueden exaltar un proceso latente o lánguido; al final el doctor Morales hizo el resumen y contestó a los señores que habían intervenido, finalizando el acto el doctor Hinojosa, Consiliario de la Hermandad, que en notable disertación puso en relieve el acuerdo en que estaban los que habían tratado de la corrección estética y cirugía reparadora, con las normas cristianas. El médico está autorizado a realizar todas aquellas intervenciones, siempre que no comprometa la salud o la integridad del sujeto operado.