

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

ABRIL 1932

NÚM. 4

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

COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. Andrés Bueno**, Profesor auxiliar de Medicina legal, de la Facultad de Medicina.
Dr. Bañuelos, Catedrático de Patología Médica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Cilleruelo, Oftalmólogo, de la Clínica del Profesor Lagrange (de Burdeos), de la Facultad de Medicina.
Dr. Gavilán, Laringólogo, Profesor de la Facultad de Medicina.
Dr. Ledo, Dermo-sifiliógrafo.
Dr. Morales, Catedrático de Patología Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villacián, del Manicomio Provincial.

REDACTOR JEFE

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

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Andreu Urra,
Prof. de la F. de Medicina.

CUERPO DE REDACCIÓN

- Dr. Argüelles**, Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Casas, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
Dr. Costero, Catedrático de Histología normal y patológica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Cuadrado, Cirujano, de la Facultad de Medicina.
Dr. G. Calvo (V.), Profesor de Patología general, de la Facultad de Medicina.
Dr. G. Calvo, del Servicio antivenéreo (Sevilla.)
Dr. Pardo, Radiólogo de la Facultad de Medicina.
Dr. Querol, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. Sáez, Inspector Municipal de Sanidad.
Dr. E. Salazar, de la Maternidad de Pamplona.
Dr. Suárez, Profesor auxiliar de Histoquímica, de la Facultad de Medicina.
Dr. Vidal Jordana, Catedrático de Clínica Pediátrica, de la Facultad de Medicina.
Dr. de la Villa, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de la Facultad de Medicina.
Dr. Villegas, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. Zapatero, Profesor auxiliar de Higiene Pública y Desinfección.

REDACTORES-DELEGADOS

- Barcelona.—**Dr. X. Vilanova**.
Burgos.—**Dr. C. Martín**, del Hospital Provincial.
León.—
Logroño.—**Dr. Azpeitia Iglesias**.
Madrid.—**Dr. Barrio de Medina**, del «Instituto Rubio», Profesor de Dermatología.
Palencia.—**Dr. Martín Escobar**, del Hospital Provincial.
Salamanca.—**Dr. Calama**, Publicista.
Santander.—**Dr. Díaz-Caneja**, Director de la Casa de Salud Valdecilla.
Soria.—**Dr. Calvo Melendo**, Director del Hospital Provincial.
Vitoria.—**Dr. A. Villacián**, del Hospital Provincial.
Zamora.—**Dr. Dacio Crespo**, del Hospital Provincial.

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

FÓRMULA { Quinina pura 0,21 grs.
{ Astenol 0,0135 »

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
{ Acido glicerosfosfórico 0,046 »
{ Acido cacodílico 0,030 »
{ Hierro asimilable 0,002 »
{ Glicerosfosfato estricnico. 14 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO

ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.YNA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

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

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Nuestros resultados terapéuticos en la parálisis general, por José María Villacián.

Diferencias entre líquido cisternal y lumbar, por J. Calvo Melendro.

El diagnóstico pielográfico en el cáncer del riñon, por José M.^a Martínez Sagarra.

IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, por el doctor Cuadrado.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por Casas, Andreu y Salazar.

Cirugía, por Cuadrado.

Neurología y Psiquiatría, por J. M. Villacián.

Obstetricia, por Villegas.

Otorinolaringología, por Berceruelo y Gavilán.

Dermatología, por Ledo.

Higiene, por Zapatero.

BIBLIOGRAFÍA

Por los doctores Horno, Orts y Ledo.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

El Seguro de Maternidad.

El pago de los titulares por el Estado.

La Asamblea de la Previsión.

Sección española de la Liga mundial para la reforma sexual.

CRÓNICA REGIONAL

CRÓNICA NACIONAL

CRÓNICA INTERNACIONAL

CURSOS Y CONGRESOS

NECROLOGÍA

DISPONIBLE

MANUEL ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Mayor, 76

MADRID

Nuestros resultados terapéuticos en la parálisis general

por José M.^a VILLACIÁN

Médico del Manicomio provincial de Valladolid

Es nuestra intención en el presente artículo dar a conocer los resultados que hemos obtenido en los paralíticos generales tratados en este Manicomio provincial. No mencionaremos los de la práctica privada porque su escaso número—nueve—no nos autoriza para obtener ninguna conclusión; sólo citaremos, como dato curioso que oponer a los que hoy publicamos, que hasta la fecha no contamos con ninguna defunción; una remisión completa; dos remisiones sociales; dos remisiones incompletas; un fracaso. Los otros tres datan de Noviembre último a la fecha.

Algunas otras enseñanzas, aparte del resultado, éxito o fracaso, se deducen también de nuestros casos hospitalizados, que comentaremos en lo que juzguemos de interés.

Cincuenta han sido los hombres que con el diagnóstico de parálisis general hemos estudiado en este Manicomio desde que ingresamos en 1927. Algunos han sido ya publicados por otros motivos, pero los incluimos hoy en este trabajo para que las consecuencias que de él pudieran derivarse, tengan más valor y fuerza demostrativa.

Para que el lector pueda darse rápida cuenta de nuestros propósitos y pueda juzgar en seguida con su propio criterio, acompañamos un cuadro en el que los enfermos son numerados por orden de su ingreso, anotando sucesivamente, la edad en años, (en la época de su ingreso), el motivo de la salida de los que en la actualidad no permanecen en el Manicomio, la forma clínica de la enfermedad, el tratamiento seguido y el resultado obtenido. Adelantaremos que todos han sido tratados: muchos con paludismo y medicación específica posterior, otros sólo con tratamiento específico, algunos con vacuna Dmelcos cuando en los primeros tiempos no disponíamos de semilla palúdica y tres que habían sido tratados con Dmelcos lo fueron posteriormente con paludismo y medicación específica.

Núm.	Edad	Ingresó	SALIDA		Forma clínica	Tratamiento	Resultado
			Defunción	Curación			
1	28	15-3-27	29-10-29		Expansiva	Dmelcos y pal.	Fracaso
2	37	11-6-27			Demencial	Dmelcos y pal.	Fracaso
3	63	13-12-27	27-4-28		Dem. final	Dmelcos	Fracaso
4	49	25-1-28	24-2-28		Dem. final	Específico	Fracaso
5	30	1-2-28	23-6-28		Demencial	Dmelcos y pal.	Fracaso
6	48	30-3-28	26-7-29		Expansiva	Dmelcos	Fracaso
7	30	29-1-29	26-5-29		Paranoide	Paludismo	Fracaso
8	49	14-3-29	28-12-30		Demencial	Paludismo	Fracaso
9	28	1-7-29	11-7-29		Agudísima		Fracaso
10	33	19-7-29		29-12-29	Demencial	Paludismo	Rem. completa
11	43	19-7-29	17-10-29		Expansiva	Paludismo	Fracaso
12	23	10-9-29			Juvenil	Paludismo	Fracaso
13	32	10-10-29			Demencial	Específico	Rem. con pleta
14	40	29-10-29	5-8-30		Expansiva	Paludismo	Fracaso
15	32	3-12-29	3-1-30		Dem. final	Específico	Fracaso
16	37	3-12-29	30-8-30		Depresiva	Paludismo	Fracaso
17	47	29-12-29	13-9-30		Demencial	Paludismo	Fracaso
18	52	10-1-30	25-8-31		Dem. final	Paludismo	Fracaso
19	27	10-1-30	8-1-32		Demencial	Específico	Fracaso
20	33	10-1-30	14-12-31		Demencial	Paludismo	Fracaso
21	31	31-1-30			Demencial	Paludismo	Rem. incompleta
22	33	7-3-30			Demencial	Paludismo	Fracaso
23	33	7-3-30			Expansiva	Paludismo	Rem. social
24	56	7-3-30			Demencial	Paludismo	Fracaso
25	38	7-3-30	28-4-30		Dem. final	Específico	Fracaso
26	36	17-3-30	15-5-30		Dem. final	Específico	Fracaso
27	32	25-4-30			Parapo de	Paludismo	Fracaso
28	39	6-6-30		recl.o 16-11-30	Expansiva	Paludismo	Rem. completa
29	37	6-6-30			Paranoide	Paludismo	Rem. incompleta
30	45	9-7-30	14-7-30		Dem. final	Específico	Fracaso
31	31	2-8-30	8-11-31		Demencial	Paludismo	Fracaso
32	36	22-10-30	27-12-30		Dem. final	Específico	Fracaso
33	67	22-10-30	8-11-30		Dem. final	Específico	Fracaso
34	38	22-10-30	28-1-31		Dem. final	Específico	Fracaso
35	46	22-10-30	15-1-31		Dem. final	Paludismo	Muerte
36	31	20-11-30	30-12-30		Dem. final	Paludismo	Muerte
37	33	20-12-30	20-1-31		Dem. final	Paludismo	
38	50	3-2-31	28-11-31		Dem. avanzada	Específico	Fracaso
39	56	3-2-31	23-12-31		Demencial	Paludismo	Fracaso
40	43	21-3-31			Demencial	Paludismo	Rem. incompleta
41	36	17-4-31	9-12-31		Demencial	Paludismo	Fracaso
42	22	22-5-31	7-8-31		Expansiva	Paludismo	Muerte
43	34	22-5-31	9-1-32		Demencial	Paludismo	Fracaso
44	33	25-5-31	7-1-32		Dem. final	Específico	Fracaso
45	40	25-5-31	2-9-31		Dem. final	Específico	Fracaso
46	53	2-9-31	1-10-31		Tabo-parálisis	Paludismo	Fracaso
47	36	9-10-31		recl.o 4-12-31	Demencial	Paludismo	
48	50	25-9-31			Dem. final	Paludismo	Fracaso
49	36	5-11-31			Demencial	Paludismo	
60	54	18-12-31			Demencial	Paludismo	

El primer hecho que resalta de la observación del adjunto cuadro es el número de muertos entre nuestros paralíticos: en el 68 por 100 no hemos podido evitar el desenlace fatal. Si esta cifra no fuera analizada inmediatamente, estaría en contradicción con todo lo que en la actualidad se publica sobre la cuestión.

Diez y seis de entre los cincuenta paralíticos han llegado en un estado tan avanzado de enfermedad, que han muerto al poco tiempo, sin que se haya podido hacer otro tratamiento, salvo algún que otro caso, que el específico. En uno, el de forma agudísima, porque nos encontramos ante una forma de «delirio agudo», que una pequeña dosis de neo le empeoró.

En otros, porque aparte el avanzado estado demencial, ingresaron con tal debilidad orgánica, que no fué posible más que comenzar con el tratamiento específico, y continuar con él hasta la defunción: corrobora lo dicho el que de entre los quince del cuadro que figuran como de «demencia final», ocho se han muerto antes de los dos meses siguientes a su ingreso. Hay otro también, el tabo-paralítico, que llegó en estado avanzadísimo de demencia y murió al mes de ingresar.

Los casos números 35 y 36 fueron paludizados a pesar de su estado avanzado de demencia, por no presentar a la auscultación, lesión del sistema cardio-vascular, ni otras contraindicaciones renales, hepáticas, etc.; la edad tampoco constituía contradicción, y sin embargo se nos murieron en pleno paludismo, el uno por una diarrea incoercible que en dos días acabó con él, y el otro con signos de insuficiencia aguda de miocardio.

El enfermo número 48, ingresó con el paludismo en actividad, trasladado del Hospital General de Madrid. El caso número 37 que también incluimos entre los de «demencia final», tratado con paludismo, cuyo resultado figura en blanco a pesar de haberse muerto al mes de su ingreso, exige la aclaración siguiente: a este enfermo le veníamos tratando desde 1926, primero en el Hospital Provincial en dos ocasiones diferentes, y sólo últimamente en el Manicomio. Al principio fué tratado con Dmelcos y dosis altas de estovarsol, consiguiendo una remisión social por la que pudo trabajar en su oficio de albañil durante año y medio; neurológicamente persistían incommovibles la rigidez pupilar a la luz y la disartria. Más tarde, recae, y es tratado con paludismo y específico posterior, consiguiéndose otra remisión social tan aceptable como la primera. Dos años después nueva recaída tan rápidamente progresiva que a su ingreso en el Manicomio sólo pudimos iniciar el tratamiento específico sin resultado alguno. El estudio de este caso nos sugiere una idea que expondremos después reforzada por otras observaciones análogas.

El tercer caso de muerte que tenemos a consecuencia del tratamiento palúdico, fué también por complicación cardíaca; rápidamente se desarrolló el cuadro de la insuficiencia aguda de corazón que abocó al colapso.

Antes de pasar adelante, diremos que en la calificación de los resultados, seguimos el criterio expuesto por Vallejo Nágera en 1927. «Remisión completa» llamamos a la que permite que el paciente se reintegre a su profesión gozando de la integridad absoluta, desde el punto de vista clínico de las capacidades mentales. Los sanos y los paralíticos «curados» en nada se distinguen cuando se trata del desempeño de sus profesiones.

«Remisión social» quiere decir que el enfermo puede circular libremente en sociedad, pero con capacidad profesional no recuperada del todo por quedar ligero déficit psíquico residual.

«Remisión incompleta» significa que aunque los enfermos mejoran psíquica y somáticamente, persisten evidentes y manifiestos síntomas de

demencia parálitica que impiden el reintegro al libre ejercicio de la anterior profesión.

Se consideran como «fracasos» del tratamiento a una mejoría insignificante, al estacionamiento o al progreso de la enfermedad en la forma habitual.

Por último, calificamos de «muertes» a las relacionadas directamente con el tratamiento.

De nuestros cuarenta y ocho enfermos (descontamos los dos últimos del cuadro por datar de poco tiempo su estudio y tratamiento), sólo hemos conseguido en tres una remisión completa: de los tres tenemos noticias recientes interesantes. El número 10 hace dos años que fué dado de alta y sabemos, por carta del mismo enfermo escrita hace pocos días, que «no ha vuelto a tener novedad»; nos dice también que los doctores S. Banús y Bejarano le han tratado muy intensamente por medios específicos, y que el primero comprobó a poco de salir de alta, la mejoría en el líquido céfalo-raquídeo. El número 28 también ha sido tratado posteriormente con arsénico y bismuto, y su carta revela normalidad absoluta.

El tercer caso es más interesante todavía: ingresó en un estado tan lamentable psíquica y orgánicamente, que no hicimos otro tratamiento que el específico; la mejoría fué evidente, hasta el punto que está propuesta su alta por curación desde Junio de 1930, no pudiéndose llevar a efecto la salida por encontrarse a disposición de uno de los Juzgados de Madrid. En la actualidad se dedica, con gran complacencia por parte de todos, a hacer algún trabajo en la vaquería del establecimiento.

Tenemos un caso de remisión social y tres de remisión incompleta. En conjunto, las remisiones suman en nuestra práctica manicomial, el 14 por 100, cifra muy baja al lado de las que de años ha vienen publicándose.

Los fracasos, en cambio, alcanzan la cifra de 36; (72 por 100). Quince en estado de demencia final, uno de la forma agudísima y el de tabo-parálisis, ya han sido comentados antes y encontrado su explicación en esa misma fase tan avanzada con que llegaban a nuestros cuidados. Quedan, pues, 19 enfermos en los que no se ha conseguido ninguna remisión.

Estudiando con detenimiento las historias clínicas a ellos pertenecientes, tal vez encontramos alguna particularidad digna de ser señalada. En efecto, aunque para la estadística de los resultados hemos seguido, ya lo hemos dicho, el parecer de Vallejo Nágera porque la uniformidad de criterio es condición indispensable para que las estadísticas tengan valor, algunos de los que no dudamos en calificar como fracasos del tratamiento, presentan detalles dignos de no ser ocultados. En cinco, se podría decir con toda propiedad, que aunque la enfermedad no deja de progresar, la evolución es sumamente lenta; estos casos son los números 2, 12, 22, 24 y 27.

El número 2 es el primer paráltico que vimos en el Manicomio; fué tratado al principio con Dmelcos y su nulo resultado publicado en «La Medicina Ibera» del 26 de Enero de 1929; después ha sido paludizado y con-

tinuado el tratamiento con neo y bismuto: se consiguió al principio hacer desaparecer los síntomas marginales (Hoche), pero, sin que éstos hayan vuelto, los axiales continúan, y lentamente el enfermo camina hacia el gatismo.

Los enfermos números 22 y 27 han sido paludizados dos veces, la primera en Madrid, antes de ingresar en este Manicomio. El 22, posteriormente a su segunda paludización, tuvo una pleuresía purulenta que estuvo a punto de terminar con él; fué más bien a raíz de este proceso supurativo cuando se marcó la lentitud de la evolución demencial; nosotros no hacemos ningún comentario a este caso, porque sabemos que los beneficiosos resultados suceden casi siempre no inmediatamente después de tener los accesos de fiebre palúdica; tan sólo citamos el hecho.

El número 24 es un chófer en el que la paludización detuvo la marcha de la enfermedad; últimamente, desde hace cuatro meses hace de vez en cuando ictus paralíticos o epilépticos de los que cada vez va quedando peor. Finalmente, el 12 pertenece a la forma juvenil de la parálisis.

Otro enfermo, el 47, salió reclamado a poco de ingresar y de ser paludizado; por eso su resultado figura en blanco.

Sólo en un caso pudimos con éxito cortar el paludismo en evolución al tercer acceso por la disnea y arritmia que presentaba; en los tres muertos no se pudo evitar el desenlace fatal a pesar que la fiebre cedió en dos; el otro murió en hiperpirexia.

Disponemos de semilla palúdica (*pl. vivax*) que hemos tenido que renovar dos veces; una por haberse agotado sin reinoculación durante una ausencia nuestra; la otra por no prender en ninguno de los dos a quien se lo inoculamos, inutilizando al dador por creer que estaba en incubación en los receptores. La semilla que en 1928 trajimos de Ciempozuelos prendió. Al perderla, otra enviada en pleno verano desde Medina del Campo no prendió. La que poseemos en la actualidad proviene de un enfermo de tercianas visto en el Hospital: de ésta hemos transmitido a mi hermano en Vitoria, al doctor Peña, del Manicomio de Santa Agueda, y al doctor C. Martínez, de la Clínica Médica de Santiago de Compostela, y de todos hemos tenido noticias de haber prendido; últimamente la hemos enviado a Palencia, para el doctor Nogales, ignorando si ha prendido o no.

La inoculación la hacemos siempre intravenosa, en tanto es el'a posible técnicamente; de lo contrario, subcutánea profunda en la región interescapular. Nos cercioramos previamente que hay parásitos en la sangre periférica (sabido es que a veces durante los primeros accesos febriles no se logran ver todavía formas parasitarias), enviando una «gota gruesa» al laboratorio de la Clínica Médica del doctor Bañuelos, porque en el Manicomio no disponemos todavía de un mal microscopio ni tan siquiera de un incipiente laboratorio.

Recogida la sangre por punción venosa en no importa qué momento de la evolución del paludismo, es decir, tanto en un momento accesional como en

otro no febril, evitamos su coagulación, echando una pequenísima cantidad de citrato sódico en substancia en el fondo de la jeringuilla; mezclamos bien, con unos movimientos de ascenso y descenso de la jeringa, la sangre con el citrato, e inmediatamente inoculamos 4-5 c. c. al receptor.

Nada tenemos que decir del período de incubación que no haya sido visto también por otros autores: como límites extremos contamos con diez horas y veintitrés días; lo ordinario de 6 a 10 días.

Sistemáticamente en todos los paludizados, se toma la temperatura cada cuatro horas, las pulsaciones dos veces al día y se recoge lo orina para ver la cantidad eliminada; cada dos o tres días se les toma la tensión arterial. Se vigila atentamente el estado de las funciones digestivas y desde que empieza la fiebre se les suprime el «cocido», sustituyéndolo por dos litros de leche, tres purés, dos huevos, verdura cocida y fruta dulce bien madura. Casi todos se anemian intensamente y pierden de peso, recuperando en poco tiempo, una vez cesados los accesos, el color de piel y mucosas y el peso. Diariamente les damos 10 gotas de la solución al milésimo de digitalina durante el proceso febril. La mayor parte—siete—de los paralíticos de la práctica privada, ni se anemian ni pierden de peso; hasta tenemos uno que engordó tres kilos después de 12 accesos. Esta marcada diferencia se explica, sin duda, porque los de la consulta particular son mejor alimentados que los hospitalizados.

Quitamos la fiebre después de 8 a 12 accesos por encima de 39° con sulfato de quinina, un gramo en cuatro sellos cada día durante ocho y cincuenta centigramos en dos sellos otros ocho días más. A los cinco días de quedarse sin fiebre se comienza con neosalvarsán, cada cinco días las tres primeras dosis y cada siete las restantes hasta un total de 6 gramos sin pasar de 0,60 gramos cada vez; desde la tercera o cuarta de neo, se pone bismuto intramuscular, dos inyecciones por semana hasta diez o doce. Al cabo de este tratamiento se hace un detenido examen psiquiátrico con las pruebas y textos recomendados por Mira y un nuevo examen serológico en sangre y líquido cefalo-raquídeo. Este es repetido cada tres a cinco meses, sin dejar de tratar específicamente al enfermo durante los cuatro siguientes a la paludización; el yoduro potásico al 10 por 100 y el cianuro de mercurio intravenoso en tandas de veinte centigramos cada una, constituyen también medicación que no olvidamos.

Algunos datos importantes tenemos de otros extremos de palpitante interés, como por ejemplo, tiempo de incubación de la parálisis, duración clínica, tratamiento o no de la sífilis antes de la parálisis, etc.: no consignamos estos datos porque son muy escasos los enfermos en los que los poseemos con entera seguridad. Desde luego que no hacemos caso de lo que el enfermo nos dice sobre estos extremos, pero da la casualidad que las familias tampoco nos los aclaran, sin duda casi siempre por ignorancia, en el cuestionario que les enviamos a raíz del ingreso del paciente.

Tres de los paralíticos estudiados se nos han muerto de proceso inter-

currente. Uno, el 39, de edema agudo del pulmón (al último se hizo hipertenso y presentaba insuficiencia ventricular izquierda); el 18, de enterocolitis aguda; y el 41 de granulía pulmonar aguda. Los restantes fallecieron a consecuencia de los progresos de la caquexia o en algún ictus.

Naturalmente que el diagnóstico de parálisis general no puede ser puesto en duda en nuestros casos porque al cuadro clínico exigimos siempre la sintomatología humoral que corresponde a esa enfermedad; queremos decir, que no van incluidos en esta estadística los enfermos de pseudo-parálisis general sífilítica.

Llamará seguramente la atención el que tengamos 37 parálisis de forma demencial, o sea el 74 por 100. Posiblemente la explicación está en que la mayor parte llegan a nosotros en fase ya avanzada de enfermedad, puesto que en las historias clínicas de muchos consta que antes de ser vistos por nosotros tuvieron una fase en que las ideas delirantes y los trastornos psicomotores sobresalían en el cuadro clínico al lado de los puramente demenciales. Esto, como se sabe, es la regla en la evolución de la parálisis, que al avanzar quedan como amortiguados y hasta desaparecen los síntomas marginales, no subsistiendo más que los puramente demenciales cada vez más intensos. Los casos números 2 y 37 seguidos desde el principio, lo confirman; un par de años antes entrarían en la forma expansiva ante cualquiera que les hubiera visto por esa época.

De los cincuenta paralíticos, trece proceden de Valladolid y su provincia, dos de Avila, dos de León, uno de Santander, uno de Burgos, tres de Asturias, uno de Francia y veintisiete de Madrid; de estos últimos, cinco de Ciempozuelos y veintidós del Hospital General.

Como entre los llegados de Madrid, diez han permanecido más de seis meses en el Establecimiento de origen, circunstancia que ha ocurrido también en dos de los del Manicomio de Oviedo, tenemos derecho a suponer que habrán sido tratados por los colegas de los Centros citados. De tres de Madrid sabemos positivamente que han sido paludizados antes que por nosotros: probablemente lo han sido muchos más.

Por eso, a nuestro juicio sería muy conveniente para conocer exactamente el porvenir de nuestros paralíticos, un intercambio de datos terapéuticos que podrían acompañar al expediente o certificado facultativo, para que el médico a quien le llegaran supiera lo que había sido de su enfermo hasta ese momento; algunas familias contestan que «le pusieron unas fiebres», pero es evidente que haciendo lo que proponemos las cosas están mejor hechas. Naturalmente que por ser intercambio, tan obligado está el médico receptor a notificar de vez en cuando la evolución de su enfermo al médico del Establecimiento de donde éste proviene, como éste a aquél. Por nuestra parte, desde ahora, nos ponemos a disposición de cuantos, estando en esas circunstancias, quieran utilizar nuestros servicios.

En ninguna rama de la Medicina, y mucho menos en Psiquiatría, son despreciables cuantos datos conciernen al enfermo, y hasta tal punto nos

parece esto cierto, que creemos sinceramente que el tanto por ciento que se suele dar de curaciones, remisiones y fracasos en la P. G. tratada con paludismo, se separa bastante de la realidad. Hasta ahora, lo único que hemos visto es, en los casos más favorables, que son bien pocos, que se consigue una remisión en el 14-16 por 100 de los sujetos; de los restantes, 6 por 100 se mueren a consecuencia del paludismo, y el resto, en un tanto por ciento que no baja de 72, fracasa el método, en unos (no tenemos inconveniente en decir que en la mayoría) por no ser tratados precozmente, pero en otros (alrededor de un 30-35 por 100) a pesar del tratamiento mejor dirigido que se conoce en la actualidad.

RESUMEN

En una estadística de cincuenta enfermos de P. G. se da a conocer el resultado terapéutico, siguiendo para la nomenclatura el criterio expuesto por Vallejo Nágera. Dejando aparte tres en que por el escaso tiempo transcurrido no se menciona el resultado, se obtienen tres remisiones completas, una social y tres incompletas. En otros tres es la muerte lo que ha producido el paludismo. En los otros treinta y siete ha fracasado el tratamiento seguido: en diez y seis por el estado avanzadísimo de enfermedad, en uno por tratarse de una forma galopante, y en los otros veinte a pesar de tratarles intensamente.

De los cincuenta enfermos vistos en nuestro servicio del Manicomio de Valladolid en cinco años, se han muerto hasta la fecha treinta y cuatro; sólo seis de entre ellos ingresaron en 1927 y 1928, viviendo todavía uno ingresado en 1927. En un cuadro se detalla el tratamiento seguido: casi todos con paludismo; otros sólo antisifilítico cuando el paludismo estaba contraindicado o cuando no se disponía de semilla; algunos con vacuna Dmelcos y posteriormente con paludismo. Se ha empleado exclusivamente la variedad «*plasmodium vivax*».

Por trabajar en un Manicomio donde afluyen los enfermos de diversas regiones, algunos después de estar más de seis meses en otros Hospitales Psiquiátricos, se propone un intercambio técnico con los colegas de estos últimos para contribuir a conocer mejor la evolución de la P. G. y el porvenir de los enfermos.

Valladolid, Enero de 1932.



CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE SORIA

Diferencias entre líquido cisternal y lumbar

por J. CALVO MELENDRO

Director del Hospital provincial de Soria

La punción cisternal ofrece algunas ventajas sobre la lumbar, son estas principalmente las siguientes: falta de meningismo posterior, práctica ambulatoria, menor frecuencia de líquido hemorrágico; y además es indispensable en aquellos enfermos que por enfermedad de la columna vertebral no puede efectuarse la lumbar; por estas razones su empleo está justificado en algunos casos y parece ser que en los últimos años su uso se ha extendido bastante. Conocido ya que los accidentes benignos son menos frecuentes, convendría precisar también la frecuencia de los accidentes mortales en relación con la punción lumbar, por lo menos han sido publicados tres casos. (Nonne, Escuchen y Rulter) en los cuales tuvo lugar la muerte después de la punción cisternal, esto añadido a las mayores dificultades técnicas hacen que la punción lumbar no pueda ser sustituida por la cisternal y que tengamos que limitar su empleo ateniéndonos a sus indicaciones y contraindicaciones. Pero como de todas maneras en algunas ocasiones es útil efectuarla, nos es necesario conocer los datos que nos puede proporcionar para saberles valorar e interpretar. No nos ocupamos aquí de su empleo terapéutico.

Nosotros hemos empleado la punción cisternal en enfermos de la consulta gratuita del Hospital y en algunos hospitalizados con compresiones medulares en los cuales proporciona datos muy valiosos.

Parece comprobado de una manera definitiva que la composición del líquido céfalo-raquídeo varía según la altura a que se encuentre en el eje cerebro-espinal. Weigeldt es el que principalmente ha contribuido a la demostración de este hecho, habiendo llegado a las conclusiones siguientes: en los ventrículos hay menos células y albúmina que en los espacios meníngeos craneanos y raquídeos, el azúcar suele estar en mayor cantidad en los ventrículos pero puede ocurrir lo contrario. Cree Weigeldt que el reparto de las células depende de la sedimentación, de los desplazamientos por movimientos del cuerpo, de la formación del líquido y de su absorción.

En sujetos normales se considera que la cantidad de albúmina y células es algo más pequeña en el líquido cisternal que en el lumbar, en el primero se considera como normal de cero a tres células en c. c. por encima de cuatro células ya es patológico (cámara de Fuch-Rosenthal). La reacción de Nonne suele ser negativa en los dos líquidos, si se encuentra débilmente positiva en el cisternal hace pensar más en hecho patológico que el mismo hallazgo en el lumbar. Una reacción de Pandy dudosa o débilmente positiva no tiene significación patológica.

En casos patológicos las diferencias dependen del asiento y clase del proceso así como también del bloqueo parcial o total de las cavidades meníngeas. En general puede admitirse que la cantidad de células y las reacciones para la albúmina y globulinas y las coloidales y biológicas son más intensas en el líquido lumbar.

De las enfermedades del eje cerebro-espinal es quizá la sífilis la que más ocasiones nos presta para análisis de líquido céfalo-raquídeo y en esta enfermedad se cumplen las afirmaciones anteriormente expuestas. Schöfeld ha hecho un estudio comparativo en 35 casos de sífilis, con un total de 67 punciones dobles, encontrando por regla general que el contenido en células era menor en cisterna, pudiendo encontrarse resultados normales arriba y patológicos abajo. En la reacción de Nonne encuentra resultados concordantes mientras que la de Pandy es más frecuentemente negativa en la cisternal, en las reacciones coloidales las diferencias suelen ser inapreciables. Memmesheimer halla reacciones de Wassermann más fuertes en líquido lumbar. Mariano Gorris y Lorenzo R. de Arcaute que han publicado un trabajo amplio y bien documentado sobre punción cisternal, han examinado cien líquidos comparativamente en enfermos en su mayoría de parálisis general progresiva obteniendo resultados que concuerdan con los anteriormente citados, pues encuentran escaso número de casos en los que el valor analítico del líquido cisternal dominará sobre el correspondiente lumbar. Stewart logra encontrar bacilo de Koch en los diez casos de meningitis tuberculosa que hace punción cisternal mientras que en los mismos enfermos sólo lo logra en cuatro por punción lumbar.

Las diferencias de tensión pueden suministrarnos datos muy valiosos para el diagnóstico de ciertas afecciones del eje cerebro-espinal, sobre todo en los casos de bloqueo. Normalmente la presión tomada a la vez en ventrículo, fosa cerebro-bulbar y fondo de saco lumbar, suele ser la misma, sobre todo en los dos últimos espacios. De todas las fluencias que actúan sobre la tensión del líquido, la más importante bajo el punto de vista diagnóstico es la presión sobre las yugulares que provoca en seguida un aumento de la tensión del líquido a todas las alturas. Esta maniobra llamada de Queckenstedt es de gran valor para el diagnóstico de las compresiones medulares, pues en este caso la tensión sube en la cisterna y no en la región lumbar. Todo esto se refiere naturalmente a las punciones hechas estando el sujeto en posición echada, pues haciendo las punciones en individuos sentados en la región occipital no existe tensión y es necesario para extraer el líquido hacer aspiración.

Por todo lo expuesto vemos que existen indudables diferencias entre los datos que nos suministran ambos líquidos, diferencias que en algunas ocasiones se complementan y nos facilitan así un diagnóstico dudoso con el análisis de un solo líquido, como en el caso de las meningitis que parece encontrarse el bacilo de Koch con más frecuencia en cisterna que en espacio lumbar. También hemos visto que generalmente el líquido

cisternal da resultados menos intensos, por lo tanto, ante un examen parcial de este líquido en seguida se nos plantea este problema. ¿Siempre que las reacciones sean negativas en líquido cisternal serán también en el lumbar? Memmesheimer dice que casi todos los autores se deciden por la afirmación puesto que los casos en que ocurre lo contrario son tan raros, que prácticamente pueden desecharse, pero cuando los resultados sean dudosos debe practicarse una punción lumbar complementaria que nos resolverá las dudas, teniendo cuidado de distanciar la segunda punción ocho días por la menos de la primera para evitar la reacción meníngea inespecífica. Este problema es el que más frecuentemente se nos planteará, pero también cabe lo contrario o sea que un hallazgo normal lumbar coexistía con anomalías en líquido cisternal, hecho raro indudablemente pero que puede darse cuando la localización del proceso esté limitado a una zona próxima a cisterna, nosotros tenemos en nuestra experiencia un hecho de esta naturaleza. Se trataba de una mujer enferma desde hacía cinco años con un dolor continuo de cabeza y que en los últimos quince días había sufrido acentuada exacerbación. Sus aparatos: digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario, normales subjetivamente. La exploración sólo denotaba una reacción perezosa de las pupilas a la luz, el resto de los aparatos normales. La hicimos punción cisternal por ser enferma de la consulta pública que no podía hospitalizarse y con objeto de descubrir una sífilis quizá causante de aquel dolor de cabeza, de la reacción perezosa de las pupilas a la luz y de un feto muerto que había tenido la enferma en su primer embarazo.

El resultado fué el siguiente: Reacción de Pandy débilmente positiva, reacción de Wassermann positiva, albúmina: 0,022 por 100, células 68 por milímetro cúbico. Después de esto ponemos un tratamiento antisifilítico pero la enferma vuelve a los quince días manifestándonos la imposibilidad de efectuar el tratamiento por falta de recursos, la aconsejamos que ingrese en el Hospital a lo cual accede la enferma y entonces practicamos la punción lumbar con el resultado siguiente: reacción de Pandy positiva, Wassermann también positiva, albúmina: 0,022 por 100, células 5 por milímetro cúbico. Vemos pues la discordancia en este caso a favor del líquido cisternal en contra de lo que suele ser lo corriente y con una diferencia tan manifiesta en el contenido celular que nos hace pensar en un proceso patológico de localización más próxima a cisterna que a espacio lumbar. Por la observación de este hecho nos damos cuenta que también puede darse el caso de líquido lumbar normal y cisternal patológico, en esta enferma se dió por lo que se refiere al número de células.

Hemos tenido un enfermo de meningitis tuberculosa al cual hicimos además de la punción lumbar la cisternal, con objeto de inyectarle tuberculina por vía suboccipital como medio de tratamiento, y esta circunstancia nos permitió hacer un examen comparativo de los dos líquidos, encontrando solamente diferencias en la tensión, siendo los demás datos próximamente iguales. En ninguno de los dos líquidos pudimos encontrar bacilo

de Koch por examen del sedimento centrifugado y coloración con el método de Ziehl-Neelsen, y sin embargo el diagnóstico fué comprobado por autopsia.

En los restantes análisis que hemos podido hacer estudio comparativo los resultados han sido comparables a los obtenidos por los autores que han publicado sobre estos asuntos, es decir, toda las reacciones con una pequeña intensidad mayor en líquido lumbar.

El examen del líquido cisternal no puede sustituir al del líquido lumbar, más bien sirve en algunas ocasiones como complemento y viceversa, esto sin tener en cuenta la mayor dificultad técnica de la punción suboccipital e indudablemente sus mayores peligros.

Considerando el problema en todos sus aspectos nuestra experiencia nos permite coincidir con la conclusión que Memmesheimer hace en su libro: «Die Technik und Anwendung der Suboccipital oder Zisternenpunktion». Dice así: «La punción cisternal es un valioso procedimiento entre nuestros medios de ayuda para el diagnóstico y tratamiento, sobre todo cuando la técnica sea mejorada y los peligros evitados. Es difícil determinar en el estado actual de nuestros conocimientos, cuál de las dos punciones ofrece mayores ventajas. La punción cisternal es sin cuestión la más ventajosa para la investigación ambulatoria. En algunas enfermedades, sin duda ninguna, la cisternal es más peligrosa. Todos los investigadores experimentados en esta cuestión no se ciñen a una sola de las punciones sino que en cada caso eligen la más favorable. La contestación sobre la pregunta ¿punción lumbar o punción cisternal? tiene que estar concebida en estos términos: punción lumbar y punción cisternal. En el técnico experimentado quizá sea preferible la cisternal a la lumbar. Las indicaciones serán dadas según las necesidades diagnósticas y terapéuticas. Es necesario para el empleo un cuidadoso ensayo y aprendizaje de la técnica. Para el futuro se abre un amplio campo a la punción cisternal, no sólo para el diagnóstico y tratamiento sino para la investigación fisiológica del líquido céfalo-raquídeo tanto en sanos como enfermos; por esto todo el que quiera ocuparse de enfermedades del sistema nervioso, debe aprenderla y emplearla.»

Mariano Gorrioz y Lorenzo R. de Arcaute en su trabajo: «Técnica de la punción cisternal. Su valor diagnóstico y estudio comparativo de la composición de los líquidos cisternal y lumbar» llegan a las siguientes conclusiones: 1.º La técnica de la punción cisternal es más delicada y difícil de adquirir que la de la punción lumbar. 2.º La ausencia de síndrome de intolerancia postfuncional, que constituye su más preciada ventaja, permitiendo su realización cionambulatoria, tal vez no compense el mayor riesgo que ofrece. 3.º El valor analítico del líquido cisternal es cuando de neurosífilis se trata inferior al del líquido lumbar. 4.º La punción cisternal no puede por tanto sustituir en la práctica médica a la punción lumbar, siendo únicamente un valioso complemento de ella, cuando alteraciones anatómicas de

la columna vertebral u otras causas hacen imposible la realización de la punción lumbar. 5.º La introducción intracisternal de medicamentos, abre nuevas posibilidades terapéuticas, cuyo valor verdadero no puede deducirse todavía de la escasa experiencia existente aun cuando es presumible que el campo de sus indicaciones sea pequeño.

BIBLIOGRAFIA

- Puede encontrarse una amplia referencia bibliográfica en los siguientes trabajos:
- MEMMESHEIMER.—«Zentralblatt für Haut Geschlechtskr.», Página 633, 1927.
- ESKUCHEN.—«Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderhik.», Página 243, 1928.
- MEMMESHEIMER «Die Technik und Anwendung der Suboccipital-cder». Zisternenpunktion, 1929.
- MARIANO GORRIZ y LORENZO R. DE ARCAUTE.—«Técnica de la punción cisternal. Su valor diagnóstico y estudio comparativo de la composición de los líquidos cisternal y lumbar». Actas Dermo-Sifilicográficas, Octubre 1929.
- W. PIRES.—«Punción suboccipital». Presse Medicale, Núm. 6, 1930.
- W. SCHONFELD.—«Munchener Medizinische Wochenschrift», Núm. 22, 1928.
- «Deutsche Medizinische Wochenschrift», Núm. 5, 1929.
- J. JACOBS.—«Munchener Medizinische Wochenschrift», Núm. 31, 1929.
- REUTER.—«Wiener Klinische Wochenschrift», Octubre 1926.
- STEWART.—«Edinburgh Medical Journal», Enero 1928.
- W. PIRESY H. POVOA.—«Arch. Brasileiros de Medicina», 17-VII-927.
- CLEMENT SIMON.—«Bulletin Medical», Núm. 55, 1928.
- W. SHARPEY y C. A. PETERSON.—«Annals of Surgery», Diciembre 1927.



El diagnóstico pielográfico en el cáncer del riñón

por el doctor José María MARTÍNEZ SAGARRA

En el servicio de vías urinarias del doctor Boeckel, de Strasbourg, fuí encargado del siguiente enfermo que sugiere algunas consideraciones en cuanto al diagnóstico.

Enfermo P. A. de cincuenta años de edad, casado, y con tres hijos.

Sin antecedentes familiares ni personales de importancia.

Su historia urinaria data del mes de Septiembre último, en que el enfermo se vió sorprendido por una hematuria total apareciendo brusca-mente y aumentando por espacio de ocho días, al cabo de los cuales desapareció, de igual forma brusca. Esta hematuria fué acompañada de polaquuria y disuria y no influenciada por el movimiento. Al cabo de los ocho días en que la hematuria desapareció, persistieron la disuria y la frecuencia, habiendo ido aumentando y de nocturna que era se ha convertido igualmente en diurna, orinando el enfermo cada media hora. El enfermo hace notar que un mes antes de la aparición de su hematuria comenzó a adelgazar y así ha continuado hasta su ingreso en el hospital, a pesar de estar sometido a sobrealimentación. Igualmente acusa trastornos digesti-

vos de tipo hiperclorhídrico. Bronquitis crónica con expectoración abundante.

A la exploración, el enfermo acusa dolor a la palpación renal derecha no siendo perceptible dicho riñón.

Riñón izquierdo no palpable ni doloroso.

Tacto rectal, negativo.

Testículos, O: no varicocele.

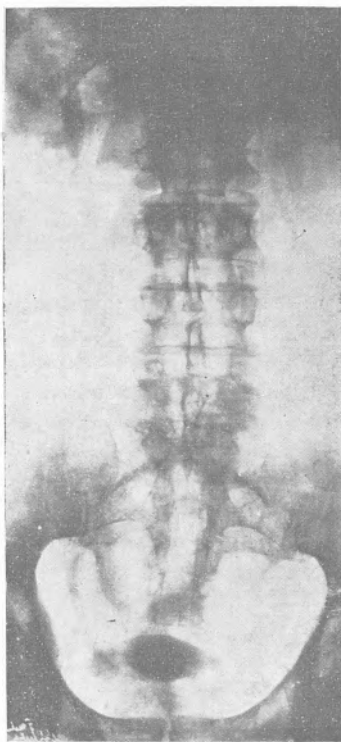


Fig. I

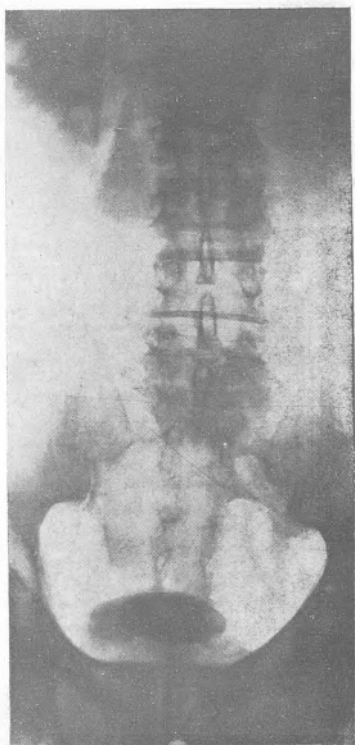


Fig. II

El examen global de las orinas denota pus abundante, no microbios y no bacilos de Koch.

Se intenta hacerle una primera división de orinas, para lo cual se realiza cistoscopia con 150 c. c. de capacidad vesical. Muestra una vejiga muy congestionada haciendo imposible el encuentro de los orificios ureterales. En vista de lo cual se desiste de la separación de orinas.

La radiografía simple, negativa de cálculos.

El día 2 de Noviembre, se le practica un abrodil intravenoso tomando la primera placa cinco minutos después de la inyección. La pelvis izquierda se dibuja perfectamente dando una imagen normal no dilatada. El uréter del mismo lado se dibuja netamente en su porción superior, continuándose hasta su desembocadura en la vejiga, siendo más marcado en su porción pélvica. En el lado derecho se ven solamente trazas de eliminación de la abrodil. La vejiga comienza a llenarse (fig. 1).

Placa segunda tomada quince minutos después de la inyección. La pelvis y porción superior del uréter izquierdo se dibujan claramente. Al lado derecho, se observan ligeras sombras de eliminación. La vejiga continúa llenándose (fig. 2).

La placa tercera tomada cuarenta y cinco minutos después de la inyección. Comienza a disminuir la eliminación del abrodil en el lado izquierdo, observándose aun las sombras de la pelvis y parte superior del uréter. Al lado derecho se observa una ligera e irregular sombra de la pelvis y cáliz superior, así como la primera porción del uréter. La vejiga completamente llena (fig. 3).

Conclusión.—Se observa una buena eliminación de abrodil en el lado izquierdo, contrastando con un retardo manifiesto en la eliminación del lado derecho. Con estos datos sin poder llegar al diagnóstico, podemos emitir con certeza que se trata de una afección renal del lado derecho.

Sometido el enfermo a los antisépticos vesicales y mejorada la vejiga por espacio de ocho días, se realiza el 10 de Noviembre una nueva cistoscopia con 250 c. c. de capacidad, mostrando una vejiga congestionada. Orificio uretral derecho, ligeramente entreabierto. Orificio uretral izquierdo, normal. Por ambos lados pasan sondas núm. 14 a 25 centímetros de profundidad.

Riñón derecho, leucocitos abundantísimos, se observan microbios abundantes de tipo coli.

Riñón izquierdo, algunos leucocitos y abundantes hematíes.

	R. I.	R. D.	Vejiga	
Volumen	30 c. c.	9,8	8	Urea sanguínea 0,40
Urea al litro	17 %	6 %	5 %	
Ptaleina	62 %	5 %	5 %	

El día 15 de Noviembre, pielografía ascendente al tenebril que muestra una imagen lacunar de la pelvis derecha (fig. 4). El cáliz medio del mismo lado falta completamente, el cáliz superior es retraído, y el inferior notablemente alargado. La pelvis izquierda y los cálices normales. Dilatación ligera de ambos uréteres.

Por la imagen pielográfica llegamos a la conclusión de que se trata de una neoplasia de riñón derecho que fué comprobada por la operación

llevada a cabo por el doctor Boeckel, consistente en nefrectomía derecha, con resección de la última costilla, dejando un clamp permanente sobre el pedículo debido a la dificultad a la ligadura por la infiltración de dicho pedículo.

Evolución postoperatoria normal, se le retiró el clamp permanente el quinto día de la operación, y al quince día la herida cicatrizó totalmente, siendo dado de alta por curación.

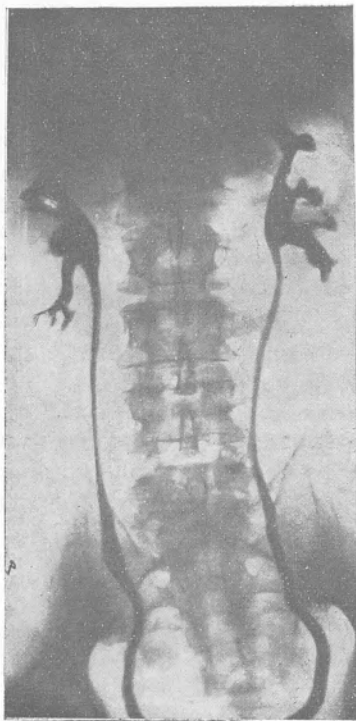


Fig. III

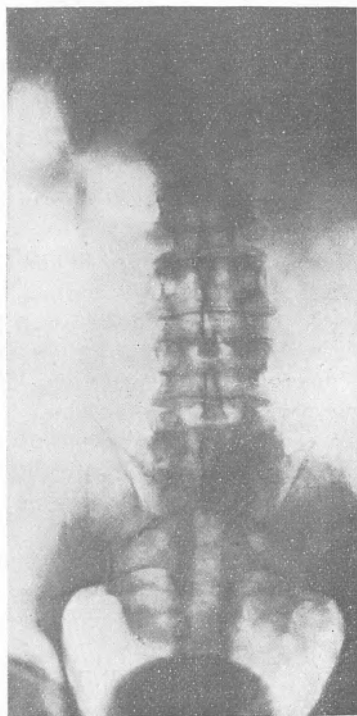


Fig. IV

El examen anatomopatológico de la pieza demostró tratarse de un epiteloma de células claras.

El presente enfermo como único síntoma revelador de su lesión, consistió en una hematuria de tipo renal. La probabilidad de una calculosis queda descartada ante la radiografía negativa. Sin embargo el carácter de ésta tanto por su aparición brusca indolora, y asimismo su rápida desaparición, abogan en pro de la neoplasia renal. Por otro lado, el primer

análisis global de orina mostrando pus abundante y no microbios, así como la reacción vesical, nos hace pensar en la posibilidad de una tuberculosis renal de tipo pseudo-neoplásico. En vista de la intolerancia vesical, y la imposibilidad de caracterizar los riñones; con objeto de tener una idea aproximada del lado enfermo, practicamos un abrodil intravenoso, que según su ritmo de eliminación nos mostró un estado normal aparente del lado izquierdo, con una deficiencia del lado derecho. Como digo esta pielografía intravenosa nos orienta de cuál es el lado enfermo, sin darnos el diagnóstico de la lesión, ya que esta deficiencia de eliminación del abrodil pueden darla las más variadas lesiones renales. Una pequeña hidronefrosis de tipo hemorrágico e infectada con disminución funcional de dicho riñón no es capaz muchas veces de hacerla manifiesta la pielografía intravenosa. Igualmente una tuberculosis o una neoplasia renal pueden dar una eliminación disminuida del lado afecto. Esto es; que con la pielografía intravenosa podemos llegar a orientarnos cual sea el lado afecto, pero sin llegar en muchas ocasiones como la presente, a emitir un diagnóstico cierto. Al mismo tiempo que la aparente buena o normal eliminación del lado izquierdo no nos autoriza a emitir la hipótesis de su integridad funcional.

Mejorada la vejiga, pudimos observar en efecto por cateterismo renal, una hiperfunción marcada del lado izquierdo y un déficit funcional del lado opuesto; al mismo tiempo que la aparición de microbios.

El hecho de sus antecedentes de bronquitis, expectoración, hiperclorhidria y adelgazamiento y habernos encontrado en el primer análisis de orinas purulentas asépticas, y en este segundo análisis orinas purulentas con microbios polimorfos de tipo coli, nos planteamos el problema diagnóstico de si se trata de una tuberculosis renal primitivamente aséptica y después infectada, o si se trata de una neoplasia renal también infectada. Igualmente como antes he dicho las pequeñas hidronefrosis infectadas, pueden dar origen a hemorragia y reacción vesical.

La única manera de descartar todas estas posibilidades diagnósticas, nos las da la pielografía con sonda ascendente. En este caso el tenebril nos mostró en el lado izquierdo una amputación meta del cáliz medio, así como una imagen lacunar de la pelvis del mismo lado con una ligera deformación de los otros cálices; llegando al diagnóstico de neoplasia renal.

Según Braasch la deformación de la pelvis y alargamiento y amputación de algunos de los cálices, así como la desaparición de los pequeños cálices, se observa sobre todo en el hipernefroma (nuestro caso) y esto sería debido a la extensión del cáncer hacia la periferia que destruyendo el tejido renal aumenta la longitud de los grandes cálices deformándoles y suprimiendo los cálices accesorios o secundarios.

Estas deformaciones típicas de la neoplasia renal son muy de tener en cuenta, siempre que la pielografía se haga fuera de toda hematuria, pues

en ocasiones los coágulos acumulados en un cáliz enmascaran los resultados, dando lugar a falsas imágenes lacunares.

Otro signo pielográfico muy típico de la neoplasia renal con infiltración piélica, es la pérdida de contornos de la pelvis renal.

La tuberculosis por el contrario, no da generalmente un pielograma característico (formas de comienzo de granulación en pleno parenquima); aunque en ocasiones puede llegarse a su diagnóstico, por interpretación pielográfica, siendo característico de aquélla la dilatación de los cálices con pelvis normal. Esto es debido sobre todo en las formas de infiltración por caverna papilar, al reflujo del líquido opaco de los cálices a las cavernas papilares; esto unido a lesiones ureterales constatables por la ureterografía. Pero como antes he dicho, existen muchos casos que por el contrario, la pielografía no nos muestra imagen típica alguna, siendo como dice el doctor Marion el diagnóstico pielográfico de la tuberculosis renal puramente un hecho de curiosidad.

Sin embargo, toda hematuria indolora no demostrada calculosa ni tuberculosa debe de ir seguida de pielografía ascendente, siendo hoy por hoy insustituible por la intravenosa, ya que aquélla dando imágenes perfectamente netas, nos permite llegar al diagnóstico muchas veces por una pequeña deformación típica del pielograma, que la falta de detalle de la pielografía intravenosa nos pasaría desapercibida.

Strasburg, Noviembre 1931.

OBRAS CONSULTADAS

- BRAASCH.—«Urography». 1917. W. B. Saunders et Comp. de Filadelfia.
J. DRAGONAS.—«La piélographie endoveineuse». Journal Belge d'Urologie.
LEGUEU FEY ET TROUCHOT.—«La piéloscopie». 1930.
LEGUEU TROUCHOT.—«La piélographie dans le cancer du rein». 1930. G. Doint, Editeurs.
MARION.—«Traité d'Urologie». 1929. Masson Comp., Editeurs.
MERCIER.—«Semeiologie urinaire». 1927.
PAPIN.—«La piélographie». 1921. Maloine. París.





Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

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

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

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS

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

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

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

Eficaz e inocuo

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

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en 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

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

DISPONIBLE

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía

por el doctor CUADRADO

Grande ha sido la importancia de este Congreso, celebrado en Madrid del 15 al 18 del mes de Marzo del presente año, al que han concurrido los más eminentes cirujanos de todo el mundo, incluso los alemanes, austriacos, turcos y búlgaros que por primera vez después de la gran guerra han acudido a estos certámenes internacionales.

La sesión inaugural, tuvo lugar el martes 15 de Marzo, a las once de la mañana, en el Palacio del Senado, bajo la presidencia del Excelentísimo señor Presidente de la República Española, que tenía a su lado a don Manuel Azaña, Presidente del Gobierno, a don Fernando de los Ríos, Ministro de Instrucción Pública, a don Pedro Rico, Alcalde de Madrid, a M. Verhoogen, Presidente del Comité Internacional de Cirugía, a Her. de Quervein, Presidente de este Congreso, y a otras numerosas y distinguidas personalidades nacionales y extranjeras.

Abierta la sesión, M. Verhoogen pronuncia frases de cariñoso saludo a España, elogiando la civilidad del pueblo español, que supo traer la República sin luchas sangrientas, sólo por el deseo manifestado por la gran mayoría de los españoles. Dedicar respetuoso recuerdo a los cuarenta y cuatro colegas muertos después del último Congreso y especialmente a Willens que fué Presidente del Comité Internacional desde su fundación y a M. Loithioir, que debía haber presidido este Congreso.

Después de saludar don Pedro Rico a los congresistas en nombre de Madrid, el Presidente del Congreso M. de Quervain saluda al Gobierno español y recuerda que Abulkasis en España, hizo la primera operación por bocio y preconizó la posición declive que más tarde se atribuyó a Trendelenburg. Todos fueron calurosamente aplaudidos.

Una nutrida salva de aplausos acoge al señor Alcalá Zamora que se levanta a hablar para saludar a los congresistas, entonando con su maravillosa elocuencia una oración de gloria a la Cirugía, de la que dice que mejor que a ninguna otra ciencia se la puede considerar de internacional. Termina dando a todos la bienvenida en nombre de España y declara abierto este Congreso. Una clamorosa y prolongada ovación cierra el discurso presidencial. A continuación queda abierta la exposición de material quirúrgico y productos farmacéuticos aneja al Congreso, se sirve un lunch y se da comienzo a las tareas científicas que vamos a resumir.

PRIMERA PONENCIA.—Estado actual de la Cirugía del esófago.—Son ponentes los profesores Gregoire, Jiano, Zaaiger, Bircher, Lusena, Gray-Tumer y Cardenal.

Gregoire (París), comienza su comunicación diciendo que todo progreso en Cirugía depende de tres condiciones: 1.ª De las adquisiciones nuevas en los

medios de exploración; 2.^a De las adquisiciones nuevas en Patología y 3.^a De las adquisiciones nuevas en Terapéutica. En los últimos treinta años la Cirugía del esófago ha hecho desde este triple punto de vista, progresos considerables. La radiología y la endoscopia han hecho entrar dentro del terreno de la clínica y de la cirugía, afecciones que aunque no eran del todo ignoradas, se consideraban como descubrimientos de autopsia y han permitido el tratamiento intraesofágico de ciertas afecciones que no necesitan del empleo del bisturí. Estos dos métodos exploratorios han suplantado completamente a los antiguos métodos de exploración del esófago y han permitido que la Patología del esófago se haya aumentado en tres capítulos nuevos: la úlcera del esófago, los divertículos del esófago y las dilataciones idiopáticas del esófago.

La úlcera péptica del esófago puede ser consecutiva a traumatismos, cuerpos extraños, quemaduras, tuberculosis o sífilis. En todos los puntos es idéntica a la úlcera de estómago y duodeno, con las que coincide muchas veces y como ellas evoluciona hacia la hemorragia y hacia la perforación. Esta afección es más frecuente de lo que se cree, lo que sucede es que sólo se suele diagnosticar en los casos graves y complicados, casi siempre coincide con una gastritis ulcerosa y probablemente el reflujo del jugo gástrico hiperácido produciría a nivel del esófago las mismas lesiones que a nivel de la pequeña curvatura del píloro y del duodeno.

La sintomatología es muy vaga, dolores sin caracteres precisos, por detrás del esternón, irradiados al dorso que se exageran con la deglución de los sólidos y que algunas veces son tan violentos que los enfermos se privan de comer, vómitos, hemorragias, algunas veces violentas, otras ocultas y en pocos casos perforación. Los datos amnésicos son insuficientes para hacer el diagnóstico y son indispensables la radiografía y la endoscopia para descubrir la lesión y la biopsia para conocer su naturaleza.

Suele curar sin producir graves complicaciones, pero a veces mata de modo brutal.

El tratamiento se hará directamente, cauterizando con nitrato de plata el fondo de la úlcera y recomendando al enfermo masticar cuidadosamente y deglutir fraccionadamente para activar la curación.

Los divertículos esofágicos no podían ser diagnosticados con los medios de exploración clínica corrientes más que en un período tardío de su evolución o en ciertas variedades de condiciones muy particulares. La radioscopia completada o no con la endoscopia permite el diagnóstico preciso, cualquiera que sea su situación y naturaleza. Existen dos variedades.

a) **Los divertículos del esófago torácico** que son los más raros y los de más difícil diagnóstico, se localizan a nivel de la bifurcación traqueal (divertículos epibrónquicos) que suelen ser pequeños y de origen inflamatorio, o un poco por encima del diafragma (divertículos epifrénicos) que frecuentemente alcanzan dimensiones considerables, que no se conoce su patogenia y que aunque el orificio de comunicación con el esófago asientan generalmente en la pared anterior, ellos ocupan uno u otro lado de este órgano.

b) **Los divertículos del esófago cervical** o faringo esofágicos tienen su orificio de comunicación en la pared posterior y son provocados por una hernia de la mucosa esofágica a través del hiatus formado por los últimos fascículos del constrictor inferior de la faringe y el músculo ericoesofágico. El orificio de

comunicación es grande, la bolsa de volumen variable, la pared es unas veces débil, otras espesa, y nunca tiene revestimiento muscular.

El divertículo desciende siempre entre el esófago y la columna vertebral en medio del tejido celular laxo que ocupa esta región y cuando el divertículo está lleno, a veces están alteradas la respiración y la deglución.

La disfagia, las regurgitaciones, la fetidez del aliento y el retorno a la boca de alimentos ingeridos muchas horas antes, deben orientar hacia el diagnóstico que la radiología y endoscopia resolverán.

Los métodos operatorios se pueden clasificar en cuatro variedades, de las cuales la «invaginación del divertículo» y la «diverticulopexia» son los más benignos, pero como no suprimen la lesión no evitan la recidiva.

Los métodos que suprimen la lesión son «la resección en dos tiempos», fundamentada en el peligro, hoy un poco quimérico de la infección periesofágica y mediastínica, pero que tarda mucho curar y «la resección en un tiempo» preconizada por la mayoría de los cirujanos y que permite la curación rápida de la lesión.

(Continuará).



OBRAS RECIBIDAS (*)

M. BAÑUELOS.—La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Ediciones Baldacci, Barcelona.

RECASENS.—Tratado de Obstetricia.—VI edición, 2 tomos, Salvat Editores, S. A., Barcelona.

M. W. THEWLIS.—Geriatría.—Prevención y tratamiento de las enfermedades de la vejez. Salvat Editores, S. A., Barcelona.

M. KAUFMANN.—Amasamiento, Gimnasias, Terapéutica, Hidroterapia, con un estudio preliminar sobre la constitución y funciones del cuerpo humano. Editorial Plus Ultra, Madrid 1932.

(*) Véase Bibliografía, página 234.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

OXIDAL

es un poderoso activador de la oxidación celular; sus propiedades son por lo tanto las de la respiración interna, o sea: propiedades energéticas, de restauración y crecimiento celular, de desintoxicación

ES UN VERDADERO RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Iodarsolo Primer producto de yodo y arsénico.
Elixir, inyectables.

Zimema Hemostático fisiológico — todas las hemorragias. Ampollas de 1 1/2 y 3 cc.
Frascos con solución.

Aglicolo Diabetes y glicosurias.
En frascos.

Lejomalco Dextrina y maltosa en polvo — alimentación artificial y mixta — destete — trastornos gastro-entericos de los lactantes.
En botes.

Caseal Cálcico Caseinato de calcio para la proteíno terapia.
Ampollas de 5 cc. para adultos y de 2 cc. para niños.

Narcotal Extracto completo del opio.
Ampollas, comprimidos y solución.

Goneal Caseinato de calcio y plata — consecuencias gonocócicas.
Ampollas de 2 cc.

Ergal Extracto medular suprarrenal inyectable — simple, con estricnina, con atropina. Ampollas de 1 cc. Frascos con Ergal simple para vía oral.

Cortical Extracto inyectable de corteza suprarrenal.
Inyectable de 2 cc. y frascos para vía oral.

Luteal Extracto inyectable de cuerpo lúteo.
Ampollas de 2 cc.

Ovarial Juugo ovárico fisiológico y terapéuticamente activo. Inyectable (cajas de 12 ampollas de 1 cc.)
Frascos vía oral.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente: M. VIALE - Calle de Provenza, 427 - BARCELONA

MEDICINA INTERNA

WAGNER VON TAUREG.—La dosificación de la malarioterapia. «Wiener Klinische Wochenschrift». Núm. 3, 1932.

Los peligros y fracasos que en ocasiones se atribuyen al proceder, se evitan con una correcta dosificación, que sitúa bajo nuestro control, el número, la frecuencia y la intensidad de los accesos. Esto no se puede conseguir, como en interpretación errónea de un trabajo anterior ha hecho Matenia, modificando la cantidad de sangre a inocular, pues la cifra de parásitos inoculados, lo único que tendrá verdadero valor, tiene una amplitud de variación para la unidad de volumen, como 1 : 3.000, como han demostrado Ossenfeld y Korterveg. En cambio tenemos en la quinina y el salvarsán los medios ideales. La quinina se puede administrar al enfermo a dosis diarias, insuficientes para yugular el acceso (máxima 0'30 gramos, habitual 0'10 gramos) con lo que se cambia el tipo cotidiano, tan frecuente en la malaria intencional, por el terciano, mejor tolerado; y se consigue que el acceso febril no sea superior a 39'5. Excelentes resultados se obtienen con el esquema de Hom y Kanders: durante el período de incubación 0'05 gramos de quinina cada dos días; durante el período febril, la misma dosis en la declinación del acceso. Si fuese preciso, interrumpir estos pasajeramente con 0'15 a 0'30 gramos de Neosalvarsán; los accesos vuelven después, de por sí o con medio corriente de provocación (estricnina, adrenalina, etc.). Si el curso es grave, interrumpir definitivamente con 5 gramos de Neosalvarsán en 6 semanas. Eventualmente reinocular en mejores condiciones. El número óptimo de accesos es de ocho.

R. SICOGER.—Sobre el mecanismo y el tratamiento de la disnea central. «Wiener Klinische Wochenschrift». 1932. Núm. 7.

La respiración de Cheque-Stokes, no tiene la significación termical que antes se le atribuía, sino que aparte de algunas enfermedades del sistema nervioso (meningitis, etc), se presenta a título sintomático en insuficiencias separables de ventrículo izquierdo (Wassermann); la enfilina tiene una acción maravillosa, suprimiendo la disnea instantáneamente después de la inyección venosa de 0'24 a 0'48 gramos (Vogt); la acción de la enfilina es debida a la tesfilina, no a la dictilamina como cree Vogt; demuestra clínicamente este aserto. En casos ligeros, puede administrarse también por vía rectal unas horas antes, adicionándole 0'10 a 0'20 de anestesia, para evitar la proctitis. En casos terminales, recomienda la utilización de morfina, aunque produce respiración de Ch. S. aun en sujetos normales, para evitarles el tormento que acarrea esta disnea, adicionando enfilina a igual dosis, para contrastar sus efectos deletéreos. Siempre es, sin embargo, un tratamiento sintomático; el causal es la administración de digital, eventualmente estrofantina, que suprime la insuficiencia.

La apnea en la respiración de Ch. S. no es debida, como cree Vogt, fundado en una autoprueba con el Ch. S. de la morfina, o la incapacidad para accionar los músculos respiratorios voluntarios, sino, a una hipoeccitabilidad del centro respiratorio. Cree que la enfilina actúa a través del centro vasomotor, aun cuando no está en situación de demostrarlo.

DANIELOPOLU, DIMITRU Y BERENGUER.—El método alcalisalicilato a dosis masivas en el tratamiento del reumatismo articular agudo. «Wiener Archiv für innere Medizin». Tomo XXII, Cuadernó 1, 1931.

Han estudiado desde 1923, 130 enfermos tratados estacionariamente, y un gran número en la policlínica y práctica privadas, y 9 casos de control en sujetos sanos, para conocer el estado de su equilibrio ácido-básico, durante la fuerte alcalinización. Las dosis diariamente administradas han variado entre 12 y 30 gramos, con doble cantidad de bicarbonato, llegando a administrar hasta 900 gramos en el curso del tratamiento.

Las dosis de 4, 6 y 8 gramos diarios, las juzga insuficientes; la duración de la fiebre es mayor y la localización en el corazón más frecuente; como quiera que la lesión de corazón, continúa evolucionando luego de la desaparición de las manifestaciones articulares, es preciso administrar el salicilato, con pequeñas interrupciones, durante meses, y a la dosis de 4-6 gramos diarios, en los casos que llegan tarde y con lesión de corazón. De esta manera se pueden curar las lesiones de corazón, sobre todo las poco cuidadas de miocardio, exactamente igual que las articulares, siempre que sean recientes; sólo al pasar a la cronicidad, disminuye enormemente la sensibilidad al salicilato en las unas y en las otras.

Sus investigaciones sobre el equilibrio ácido base, en enfermos y sanos, (pH en sangre y en orina; reserva alcalina y cuerpos cetónicos en sangre) le permiten afirmar que la causa de la mayor parte de las manifestaciones de intolerancia, es la acidosis. Por eso la administración de iguales cantidades de bicarbonato las disminuye mucho, pero no desaparecen totalmente más que bajo la influencia de dobles cantidades. Así se puede administrar, no ya a enfermos con lesión de corazón, sino hasta los más graves descompensados; el único signo de intolerancia que queda eventualmente sin modificar, es la extrasistolia.

F. UMBER.—El porvenir del diabético. «Deutsche Medizinische Wochenschrift». 1932. Núm. 7 y 8.

Las diabetes inocens, en las que no admite la existencia de un factor renal sino simpaticotónico, en tanto permanecen puras, no perturban para nada el porvenir del enfermo.

Las formas de tránsito entre las diabetes insulares y extrainsulares, siguen siempre el curso que les marca el factor insular.

En las puramente insulares, el destino del paciente está condicionado por la corrección y disciplina con que se sigue el régimen dietético y cuando éste es insuficiente, el insulínico. De los medicamentos propuestos para sustituir al hormón pancreático inyectable, la Sytalina B, no vale más que para casos leves y no es capaz de hacer utilizar más de 30 gramos de hidratos de carbono; la Cholosulin Stephan, apenas tiene acción, el Buticornan es deletéreo por su nombre (historia casos en que el coma se produjo al sustituir el enfermo o algún médico, la insulina por él) y tiene la misma acción, aunque más débil, que la Sytalina. El Splenotrat de Marx (extracto de bazo) no modifica un solo síntoma y el dispensyl de Chabanier, que pretende crear un depósito de insulina, teóricamente muy bien fundado, no tiene ninguna ventaja

práctica, pues produce síndrome hipoflucémico, exactamente igual que la insulina: no se pueden prever sus defectos y es enormemente caro. Por consiguiente, insulina y varias inyecciones diarias.

Independientemente, puede ser amenazado su futuro por los siguientes motivos: la infección agrava casi siempre la intolerancia; hay que hiperinsulinizar y así ha conseguido, con 560 unidades de insulina en su día, salvar a un diabético con gripe, que ingresó moribundo. En los diabéticos tuberculosos, hoy más frecuentes a causa de la supervivencia mediante la insulinización, hay que tratar la diabetes en primer lugar; salvo contadísimos casos, en que, sin que hoy pueda hallarse una explicación plausible, mejora la tolerancia, casi siempre suele agravarse. El estado del hígado, interviene en algunos casos (diabetes bronceada) pero siempre por las lesiones de páncreas concomitantes: no hay diabetes hepáticas. Después de colangias se manifiesta o agrava en casos muy raros (13 entre muchos miles); no se puede hablar con Katsch de «Segunda enfermedad». Los trastornos vasculares, no se presentan con mayor frecuencia y precocidad en el diabético que en el no diabético; contra la opinión de Noorden y Joslin, la sífilis no tiene papel preponderante en la aparición de gangrenas. La esclerosis de riñón, disminuye la glucosuria sin mejorar la diabetes; de las enfermedades endocrinas, tiene sobre todo importancia la de Addison, por la susceptibilidad que provoca frente a la insulina (Marañón); sin embargo el diabético, está mejor protegido por su hiperflucemia. El embarazo y el parto, agravan la tolerancia y por su tendencia a la acidosis, pueden ser deletéreos. Luego del parto hay una rápida elevación de la tolerancia que es preciso conocer, pues en caso contrario puede dar lugar a hiperdosificaciones de insulina, incluso mortales. Las intervenciones quirúrgicas, discurren con hiperinsulinización, igual que en los diabéticos.

Entre 645 enfermos tratados en su servicio, desde 1-4-30 hasta 1-4-31, sólo murieron 28 o sea 4'3 por 100; la mayor parte de complicaciones totalmente independientes: apoplejía, esclerosis coronaria, etc.; sólo 8 (1'1 por 100) sucumbieron a la diabetes por haber ingresado en coma en estado desesperado; si hubieran entrado en las 8 horas primeras del coma, se hubieran salvado como todos los demás.

Con correctas dietas e insulino-terapia, hay que mirar con gran optimismo el porvenir del diabético; ningún enfermo debe hoy morir de su diabetes.

CASAS.

S. DE MEYER Y SLUYS.—Dos casos de enfermedad de Vaquez (volicitemia rubra) tratadas por radioterapia de la médula ósea. «Le Scalpel», 27 de Febrero de 1932. Página 250.

Los autores describen dos casos de esta enfermedad tratados con radioterapia de la médula ósea, proceder clásico después de los trabajos de Parkiusm y de Frudiu. La radioterapia de la médula ósea la consideran los autores muy superior a la del bazo o a la esplenectomía. La dificultad del tratamiento está en radiar toda la médula ósea que está dispersa por todo el esqueleto y radiarla sin destruir definitivamente su función leucopóretica. La radioterapia media penetrante aplicada rigurosamente en dosis suficiente y por un gran número de puntos de entrada provocó en algunos meses la desaparición.

J. B. DOYLE Y L. E. DANIELS.—Narcolepsia (resultados del tratamiento con sulfato de efedrina). «The Journal of the Am. Med. Ass.» 13 Febrero 1932. Página 542.

Los autores fueron los primeros que emplearon la efedrina en el tratamiento de la narcolepsia, junto con Jawota y Skala. La narcolepsia se caracteriza por tendencia irresistible al sueño sin causa aparente y otras veces por acción de cataplejía. Estos pacientes convenientemente ganam de peso, tienen alucinaciones hipnagógicas y ataques transitorios de diplopia. De 67 pacientes que trató antes de emplear la efedrina en Septiembre de 1930, ninguno curó completamente. La duración de la enfermedad osciló entre uno y cuarenta años. Treinta mejoraron; de ellos en 14 la mejoría fué ligera, 25 siguieron lo mismo, 8 peor y 4 murieron.

Desde Septiembre de 1930 han tratado 50. El tratamiento tuvo un fracaso total en dos, 8 pacientes han mejorado de sus síntomas de una manera moderada, 17 mejoraron francamente, y 20 han sido curados completamente. De estos curados, la desaparición de los síntomas persiste en 4 después de nueve meses, en 2 después de ocho, en otros 2 después de cinco, en 3 después de cuatro, en 6 después de tres meses y en 4 después de dos.

Como regla los pacientes recibían 25 mgr. de efedrina dos veces durante el día. Si no bastaba, cuatro dosis de 25 mgr.

J. ANDREU URRÁ.

ARNO NOHLEN.—Literatura en lengua alemana sobre la B. C. G. «Zentralblatt für die gesamte tuberkulose forschung», tomo 36, cuadernos 1 y 2, página 1.

La B. C. G. no ocupa el lugar especial que la han asignado Calmette y Guérin. No es avirulenta, sino que puede compararse en sus propiedades patógenas con otras razas de bacilos patógenos de virulencia atenuada y ocupa en este aspecto un lugar intermedio entre los bacilos muertos y razas de gérmenes con completa virulencia. Las alteraciones tuberculosas producidas por la B. C. G. son sin embargo, en general, de naturaleza benigna y capaces de retroceder, aunque en individuos especialmente sensibles conduce a graves alteraciones y hasta a la muerte. A la caseificación de las lesiones se llega con relativa rareza. Si se observan con exactitud las indicaciones dadas por Calmette para su cultivo, la B. C. G. es relativamente estable en sus propiedades, aunque como enseñan las investigaciones de Petroff y otros por manipulaciones apropiadas puede lograrse una elevación de la virulencia.

Por la administración parenteral puede lograrse con seguridad una cierta acción protectora pero no mayor que la que se consigue con otros bacilos tuberculosos de virulencia atenuada. De este modo se puede poner de manifiesto casi siempre una alergia tuberculínica positiva (a excepción de los monos), al contrario de lo que ocurre en la administración de la B. C. G. por la boca, en la que no se logra dicha alergia más que en la tercera parte de los casos. Esto último debiera considerarse como una prueba que, sólo en una escasa parte de los casos los bacilos introducidos por la boca son capaces de detenerse en el organismo y desarrollar su acción correspondiente, lo que explicaría los fracasos de la inmunización «per os» con la B. C. G. Faltan hasta ahora investigaciones exactas que confirmen la hipótesis de Calmette de una

simbiosis entre los bacilos B. C. G. y las células del organismo. Respecto a las estadísticas los autores alemanes, en general, consideran inexactas las de Calmette y sus colaboradores.

Al parecer el desgraciado accidente de Lübeck no debe considerarse como el resultado de una acción nociva de la B. C. G. y puede rechazarse una espontánea exaltación de la virulencia por el cultivo de la B. C. G. en otro medio nutritivo. La opinión de autores competentes se dirige más bien a admitir como causa de tal accidente a confusiones en los cultivos o a contaminaciones con otras razas de bacilos tuberculosos. En este aspecto y en consideración a que muchas cuestiones de la vacunación con la B. C. G. son de naturaleza poco clara y discutible y teniendo en cuenta además que las estadísticas alemanas demuestran un descenso paulatino de la tuberculosis y con un tanto por ciento de casos más bajo que el obtenido por Calmette con su vacuna, cree el autor debe prescindirse de ella y sólo utilizarse en todo caso en un medio contaminado de tuberculosis y bajo el severo control de un Instituto del Estado especializado en esta cuestión.

SCHADOW (Hamburg).—Metabolismo gaseoso de los niños prematuros. «Monat. f. Kinder». 17 Febrero 1932, tomo 51, cuadernos 5 y 6, página 419.

Se refiere el autor en su trabajo, primeramente a las distintas opiniones que existen al calcular las necesidades alimenticias en los prematuros, pues mientras Czeruy-Keller propone las cifras de 110-120 calorías por kilo de peso para otros deben ser más escasas y hay en cambio quien opina como Rohmer que debe recibir todo prematuro un promedio de 200 a 260 por kilogramo de peso, teniendo en cuenta la distinta utilización del alimento, la elevada intensidad del crecimiento y la mayor superficie corporal frente al niño a término.

Para fundamentar científicamente las necesidades alimenticias, el autor determina por medio del metabolismo gaseoso la producción total de calorías en 25 prematuros de siete a nueve meses, durante los tres primeros meses de la vida, durante varios días seguidos y con intervalos de dos a tres semanas. Obtiene los siguientes resultados: En el primer mes de la vida muestran los prematuros desviaciones de menos de 47 por 100 con arreglo a las tablas de Kestner-Knippling y además, respecto al kilogramo de peso corporal y a la unidad de superficie este descenso es respectivamente de menos 10 por 100 y menos 26 por 100. Esta particularidad se manifiesta aún más en la primera semana de la vida lo que hace pensar en que persisten en cierto modo las condiciones fetales del metabolismo.

En el curso de los tres primeros meses alcanzan estas cifras los valores normales de los lactantes a término.

La actividad muscular y la ingestión de alimento jamás hicieron elevar el metabolismo fundamental a los valores que alcanzan en el lactante normal.

De todo esto deduce el autor que el metabolismo energético total del prematuro, por lo menos en las primeras semanas de la vida, es con relación al lactante normal esencialmente más bajo y por lo tanto no pueden invocarse particularidades del metabolismo energético de aquél para justificar una elevada necesidad alimenticia en el prematuro.

CIRUGÍA

L. PUNSEPP.—El tratamiento operatorio de la siringobulbia y de la siringomielia.—«La Presse Medicale», 20 de Enero de 1932.

El autor describió en 1926 el tratamiento quirúrgico de la siringomielia y publicó en 1927 algunas observaciones que fueron seguidas por las de Oppel, Guleke, Zeno, Schmilden, Juzulevsk, Putnam, Frazier y otros.

Anuncia que, a esta cuestión dedicará una monografía y en este trabajo se limita a exponer los beneficiosos resultados del tratamiento operatorio en un enfermo de siringomielia y siringobulbia.

P. presenta la historia clínica de este enfermo que tiene trastornos en la deglución y respiración, imposibilidad de marchar, dolores en cuello, cabeza y brazo derecho, anestesia e hipoestesia al dolor y temperatura en cabeza y cuerpo según unos esquemas que van adjuntos y que por inyección endomedular de lipiodol, se le ha podido apreciar una cavidad medular que se extiende desde la 2.^a cervical hasta la 12.^a dorsal.

Con estos síntomas hace P. un diagnóstico de siringomielia con síntomas bulbares, es decir de siringobulbia.

El 3 de Diciembre de 1927, previa laminectomía a nivel de la 2.^a y 3.^a vértebras dorsales abre la médula en una extensión de 3 cm. dando salida a una cantidad considerable de líquido que había en la cavidad antes mencionada. Los bordes de la incisión son separados dulcemente y entonces ve la superficie interior de la cavidad cuyas paredes parecen completamente unidas y de un color amarillo grisáceo. Cierra la dura y las partes blandas, la herida cicatriza por primera intención y el 20 de Diciembre del mismo año, se nota una mejoría considerable del enfermo que continúa avanzando, tanto, que, en Febrero de 1928 está en condiciones de volver a su trabajo.

El 22 de Agosto de 1931, el enfermo sólo se queja de palpitaciones cardiacas y por exploración se le pueden apreciar pequeños trastornos motores en la extremidad superior derecha y de disociación de la sensibilidad en los territorios de la 3.^a rama del trigémino, de la mitad derecha del cuello y cintura escapular y de una faja a lo largo de la cara externa del brazo.

El autor se explica el porqué en unos casos, como el presentado, la mejoría es tan marcada y en otras no se consigue ninguna con la operación, porque los síntomas dependerían de la compresión del líquido que rellena la cavidad sobre los elementos nerviosos.

En el caso presente, los síntomas bulbares desaparecieron en pocos días suponiendo que la compresión del líquido sobre los linfáticos, produciría un edema por encima del sitio de la lesión que daría lugar a tales síntomas los que no hubieran desaparecido si hubiera habido lesiones nerviosas permanentes.

De la misma manera se explica Punsepp que mejoran estos enfermos con la sola punción endomedular con evacuación de 4 o 5 centímetros del líquido que rellena la cavidad, aunque los resultados no son tan duraderos como los obtenidos con la operación.

Para Punsepp, la operación no es grave, pero todavía no se pueden precisar las indicaciones y los resultados son favorables cuando no hay lesiones permanentes.

BOTTIN.—**Ensayo de estudio crítico de la obstrucción intestinal.**—«Revue de Chirurgie». Enero de 1932, página 5.

Hasta la fecha, dice el autor, no se encuentra un estudio de conjunto de la oclusión intestinal, que dé una idea precisa de la cuestión.

Apoyándose en su experiencia personal y en 400 trabajos diferentes que ha analizado, estudia las diferentes teorías que tratan de explicar los fenómenos graves y la muerte de los enfermos de oclusión intestinal, y, afirma, que la infección, la intoxicación, la anhidremia y la hipocloruremia, bien pueden tener una cierta acción coadyuvante, nunca pueden alcanzar la gran importancia, que sus defensores las atribuyen. En cambio, concede gran valor a las lesiones que en el páncreas ha podido observar en 7 casos de obstrucción humana y en crecido número de animales en los que experimentalmente había producido una obstrucción intestinal, por lo que concluye que estas lesiones pancreáticas serían el factor más importante en la evolución clínica de una obstrucción accidental o experimental.

M. ANTONIE BASSET.—**La ablación temporal y la reposición del maleolo peroneal, en el tratamiento operatorio de ciertos callos viciosos del cuello del pie.**—«Journal de Chirurgie». Abril de 1932, página 487.

El autor da a conocer los buenos resultados obtenidos en tres casos de fracturas maleolares antiguas que primeramente fueron tratados como esquinces y que él ha curado, separando de su sitio el fragmento maleolar del peroné fracturado, colocando en el suyo el astragalo, extirpando las neoformaciones óseas existentes entre la tibia y el peroné que impedían la corrección de la diástasis, y atornillando a la tibia, después de haberle avivado convenientemente, el fragmento maleolar que antes había separado.

Este método en realidad no es más que una osteotomía modelante, con reconstrucción de la mortaja bimaleolar y tendrá ventajas para el tratamiento de los llamados callos viciosos del pie, sobre la osteotomía supramaleolar, que sólo corrige indirectamente el valgus del pie sin reparar las lesiones articulares, y sobre la astragalectomía, que en los mejores casos, queda un acortamiento del miembro junto con rigidez del cuello del pie.

F. CUADRADO.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

PH. PAGNIEZ, A. PLICHET ET PH. DECOURT.—**La epilepsia experimental del cobaya, según la técnica de Brown-Séquard.**—Société de Biologie de París, 20 de Febrero de 1932.

Brown-Séquard, demostró que en el cobaya, ciertas lesiones nerviosas y en particular la sección del ciático, tienen por efecto hacer aparecer, cierto tiempo después de la operación, una epilepsia refleja cuyas crisis pueden ser desencadenadas por excitación de una zona determinada situada a nivel de la cara o del cuello, del lado correspondiente a la lesión. Estas experiencias han sido repetidas y confirmadas por algunos experimentadores, criticadas por otros, pero desde hace 40 años la cuestión ha sido abandonada por completo.

Los autores han consagrado a este asunto una serie de investigaciones, que les han permitido controlar la rigurosa exactitud de los hechos descritos por Brown-Séquard. Una proporción de cobayas en los que se hace una resección del ciático, se tornan epilépticos. Las crisis que se provocan por picadura de la zona epileptógena, se aproximan mucho, por sus caracteres, a las manifestaciones de la epilepsia humana. La pérdida completa de la conciencia, las fases tónicas y clónicas, y un cierto estupor consecutivo, se encuentran aquí, mientras que en la mayor parte de las epilepsias experimentales, los fenómenos son muy diferentes.

La sección del ciático tiene por efecto crear una parálisis de la pata y producir a menudo lesiones tróficas. La epilepsia no es proporcional al grado de estas lesiones, y puede observarse aun en los animales cuya pata no presenta, o muy pocas, alteraciones.

La epilepsia no aparece más que un tiempo después—por término medio, quince días—de la sección; puede persistir o desaparecer después de algunas semanas o meses.

La frecuencia de estos accidentes epilépticos en las condiciones de experimentación mencionadas, es muy variable; los autores los han obtenido diez y siete veces en treinta y siete experiencias, y están realizando investigaciones complementarias para precisar la razón de los fracasos y despejar, si se puede, las condiciones muy completas que entran en juego en la producción de estos accidentes tan curiosos.

J. DECOURT y J. GREGOIRE.—Papel de los trastornos simpáticos en las artropatías de los hemipléjicos. «Annales de Médecine». Tomo XXXI, número 3, Marzo, 1932.

Bien estudiadas por los clínicos antiguos, aparecen algunos días o pocas semanas después del ictus, dolores e hinchazón articular que afecta a los tegumentos y a la sinovial con aparición de derrame seroso o hemorrágico. Pueden ser atacadas una o varias y hasta todas las articulaciones de lado afecto sin que en el sano haya ninguna alteración semejante. Tienen una evolución crónica, añaden una incapacidad más penosa a la de la hemiplejía, y a la larga disminuyen progresivamente para no quedar más que una cierta rigidez y algunos chasquidos articulares. Es preciso distinguir las de las anquilosis articulares tardías que complican a las hemiplejías antiguas, evolucionan sin dolores y sin fenómenos inflamatorios y que son consecutivas a la contractura de los miembros paralizados. Los problemas que plantean son muchos, no siendo el menos importante el de su origen.

La alteración de las funciones simpáticas como origen de las artropatías nerviosas, ha sido mencionada por muchos autores, no sólo de las posthemipléjicas, sino de las tabéticas, síringomiélicas, etc.

En cuatro observaciones en que los autores han estudiado detenidamente los trastornos simpáticos, han obtenido siempre los siguientes síntomas: hipertermialocal, vasodilatación cutánea, desaparición rápida de la mancha blanca provocada por la presión, aumento de la presión arterial y del índice oscilométrico en relación con el lado sano, edema, y algunas veces hiperhidrosis. En las articulaciones y huesos la radiografía demuestra una alteración de

las interlíneas articulares que pueden llegar hasta hacerlas invisibles, y un proceso de hiperostosis y hasta de calcificación ligamentosa.

Para apreciar el valor de estos hechos los autores recuerdan las nociones actualmente adquiridas sobre el estado de las funciones simpáticas en el curso de las hemiplejías. Hay dos síndromes que el estado térmico del lado paralizado permite oponer uno a otro. Cuando la hemiplejía acaba de constituirse, es habitual notar un síndrome que traduce una inhibición simpática y que está constituido por: hipertermia, hipertensión arterial, aumento del índice oscilométrico, mancha blanca de corta duración, y a veces, edema. Pero este síndrome es sustituido en la gran mayoría de los casos por otro exactamente inverso constituido por: hipotermia, hipotensión, disminución del índice oscilométrico y duración aumentada de la mancha blanca provocada por la presión. Este síndrome hipotérmico, es definitivo.

En ciertos casos el síndrome hipertérmico se prolonga anormalmente durante muchos meses, y es en este síndrome hipertérmico prolongado en que se observan las artropatías de los hemipléjicos, por lo que puede afirmarse que esa persistencia es la condición necesaria del desenvolvimiento de las artropatías precoces de los hemipléjicos. En consecuencia, admiten que la hiperpulsatibilidad vascular y la vasodilatación, son la causa de las lesiones osteo-articulares.

J. M.^a VILLACIÁN.

OBSTETRICIA

S. RECASENS.—**Algunas consideraciones sobre las dermatosis menstruales.** «Revista española de obstetricia y ginecología», tomo XV, núm. 172, Abril 1930.

Para considerar como menstrual una erupción cutánea, dice el autor que es necesario que esta erupción aparezca con la menstruación y desaparezca poco después.

Fundándose en esta definición refiere diversas observaciones de dermatosis menstruales: erisipela de la cara, urticaria, psoriasis, etc. La multiplicidad de estas formas de dermatosis y la coexistencia casi constante de oligomenorrea, amenorrea de dismenorrea y de hipoplasia genital es preciso pensar en semejantes cosas, que la eliminación de una sustancia tóxica se haga insuficientemente durante las reglas.

A veces la pululación de ciertos gérmenes microbianos es favorecida al nivel de la piel. Otras veces, al contrario, esta toxina constituye un factor determinante.

La terapéutica empleará, dice, los extractos ováricos o tiroideos o hipofisarios sin esperar gran cosa de ellos.

La autohemoterapia, la radioterapia del ovario e hipófisis a dosis excitantes, los injertos ováricos pueden igualmente ser empleados.

RAYMOND MAHON.—**El tono uterino y sus variaciones.** «Gynecologie et Obstetrique», tomo XXV, núm. 1, Enero 1932.

Después de definir el tono uterino y hacer su estudio de una manera gráfica, llega a las siguientes conclusiones:

El tono o contracción permanente del útero debe ser considerado como un simple reflejo a la distensión.

Sus variaciones fisiológicas están en relación con las variaciones de volumen del útero, no pudiéndose tomar más que después de la salida del feto y raramente también después de la ruptura de la bolsa de aguas.

Las hipótesis de las variaciones frecuentes del tono, poco conforme con su naturaleza de contracción permanente, son desmentidas por los datos de la histerografía.

Es necesario tener cuidado, desde el punto de vista teórico, de distinguir el tono, contracción permanente del músculo uterino, de la retractibilidad, manifestación de la elasticidad inherente a la fibra uterina y de la vaso-motricidad de orden vascular; en la práctica estas distinciones son casi siempre imposibles.

Los agentes farmacodinámicos usuales no tienen acción sobre el tono uterino; solo la morfina parece relajarle a veces, y para eso ligeramente.

Las variaciones patológicas del tono son una aplicación a priori e inexacta de los trastornos de la contractibilidad uterina; se confunde generalmente la hipestonia, elevación del tono, de una parte con la tetanización por fusión de contracción subintrante y, de otra parte, la retracción permanente por pérdida de la elasticidad debida a lesiones histológicas del músculo, consecutivas al surmenaje.

La supresión funcional de la inervación medular aumenta la consistencia del músculo uterino, luego es lógico admitir que el tono uterino depende del simpático abdomino-pelviano y que a nivel del sistema cerebro-espinal, al contrario, existen centros inhibidores.

CARL KAUFMANN UND O. MUHLBOCK.—Glicógeno del hígado y ciclo menstrual. «Klinische Wochenschrift», tomo IX, núm. 25, 21 Junio 1930.

Los autores de este trabajo, en 10 mujeres con metabolismo normal, les administraron insulina a la dosis de 1/2 unidad por kilogramo de peso en inyección intravenosa, comprobándose en 8 de ellas que la hiperglucemia insulínica inicial ha sido claramente más marcada durante la menstruación que en el intermenstruo. De sus resultados sacan la conclusión de que durante la menstruación, el hígado está empobrecido en glicógeno, siendo esto lo que explica que en este momento las mujeres sean más sensibles a las afecciones inflamatorias.

VILLEGAS.

OTORINOLARINGOLOGÍA

EMIL FROSCHELS, de Viena.—Orientaciones modernas en el dominio de la terapéutica de las alteraciones del lenguaje.—Revista Germano-Ibero-Americana, Febrero 1932.

La logopedia Médica clasifica las enfermedades de la voz y del lenguaje en alteraciones centrales, periféricas y psicógenas. Son del primer grupo las afasias, disartrias y dislalias, debidas a defectuosa audición. Los estudios de Broca y Wernike consideran el lenguaje interno como una suma de varios sumandos que determina el sonido articulado. La llamada mudéz auditiva sensorial (afasia infantil) no es, según Seemann, dice el autor de tal mudéz, se trata de una mudéz psíquica difícil de conocer bien por la falta de exploraciones exactas de oído. Por lo que afecta a la mudéz auditiva motora la achaca a la herencia, imbecilidad, traumas mentales, mostrando también su conformidad con Karger

en señalar el raquitismo. Entre las alteraciones periféricas incluye las displasias (tartamudeo) hipo o hiper-rinolalia (gangueo abierto y cerrado) pronunciación defectuosa de la g. k. l. r., el abuso de la s. las alteraciones de la voz de los cantantes y por último, las alteraciones por sordera o sordo-mudez. Sospecha el autor que los conductos nasales pudieran ser el asiento principal del gangueo y ha construido un obturador (meato-obturador) empleándole en cien casos con buenos resultados, citando también a Reichenbach, que asegura curaciones sin terapéutica de ejercicios. Entre las alteraciones psicógenas se cuenta la tartamudez, siendo aquí disparejas las teorías y su tratamiento.

Como el autor sostiene que la causa del mal está en la excesiva atención, su terapéutica persigue una distracción completa de los elementos del lenguaje. De acuerdo con Liebmann, el autor emplea sobre todo en los niños tartamudos su método «el prolongado hablar y leer» así como el libro de K. G. Rothe «Cambio de educación». También en las alteraciones psicógenas es inevitable, dice Fröschels, una especie de psicoanálisis por el maestro y el médico-especialista cuya constante colaboración será prometedora para el paciente. Termina mencionando algunas conferencias del Congreso de Leipzig 1931 (Viena) entre ellas la del doctor Dénes, que obtiene buenos resultados en la ronquera, gangueo y tartamudeo, descartando el oído con el ensordecedor de Barany, la del doctor Stein (Viena) sobre un tratamiento para conseguir la pronunciación de la r con la punta de la lengua, en fin, la de Gutzmann hijo (Berlín) que presentó una película de laringe durante el habla.

S. R. BERCERUELO.

JEAN GUISEZ.—Nota práctica del tratamiento de las supuraciones broncopulmonares por los métodos directos. «Les Annales d'Oto-laryngologie», Enero 1932.

El tratamiento de las supuraciones bronquiales e intrapulmonares por broncoscopia, parece estar a la orden del día y son numerosas las publicaciones, en América, principalmente, sobre este asunto.

El autor empleó en el primer período de sus observaciones (1904-1909) exclusivamente la vía broncoscópica. Pero es una técnica que no puede repetirse a diario por ser siempre algo traumatizante; este motivo hace que emplee, desde 1909, la broncoscopia asociada a las inyecciones masivas transglóticas. Se hacen estas con una jeringa de 25 c. c. de capacidad, cuya cánula curvada se introduce por vía oral a través de la glotis; con algunas reglas técnicas fáciles de seguir, se introduce el líquido modificador (aceite gomenolado al 1/40, con o sin iodoformo) en un bronquio con exclusión del otro.

Distingue entre las supuraciones bronquiales: 1.º las supuraciones consecutivas a los cuerpos extraños; 2.º los abscesos del pulmón de origen exclusivamente médico; 3.º las supuraciones bronquiales (dilataciones brónquicas) o pleurales interlobares abiertas secundariamente en los bronquios.

Entre los abscesos consecutivos a cuerpos extraños, de los cuales cita algunos casos, los que son recientes, de 8 o 10 días, curan sin ningún tratamiento una vez extraído el cuerpo extraño; los que son antiguos no hacen más que mejorar con el tratamiento local y la supuración continúa, a pesar de todas las maniobras endoscópicas; existe en ellos una bolsa organizada con infiltración y esclerosis periférica sobre la cual nada hacen los tratamientos por las vías

naturales. A estos abscesos se pueden añadir por su semejanza, los consecutivos a degluciones sépticas o a la caída en las vías aéreas de fragmentos sépticos después de las operaciones de amígdalas y vegetaciones.

Si se trata de abscesos de «orden médico», si son recientes y no hay reacción general acentuada, temperatura elevada como en los consecutivos a la gripe y a la neumonía franca aguda, la broncoscopia está indicada al comienzo del tratamiento para precisar el diagnóstico de la extensión y situación de la bolsa purulenta y efectuar algunas intervenciones endobronquiales para facilitar el acceso de los líquidos modificadores, pero después se continuará el tratamiento por las inyecciones transglóticas que son tan eficaces como las broncoscópicas y pueden repetirse a diario o cada dos días, siendo la duración la regla.

Si la supuración está extendida a una gran masa del parénquima pulmonar con estado general grave, como por ejemplo en la «gangrena pulmonar», la broncoscopia está contraindicada y sólo se deben hacer las inyecciones, que parecen eficaces.

En las supuraciones «antiguas» con bolsa organizada, el tratamiento broncoscópico es tan ineficaz como las inyecciones masivas.

Cuando se trata de supuraciones bronquiales antiguas (dilataciones bronquiales) o colecciones supuradas interlobares abiertas secundariamente en el bronquio, entonces el tratamiento por los métodos directos tendrá una débil acción, puramente paliativa.

M. GAVILÁN.

DERMATOLOGIA

CH. DU BOIS.—Contribución a la dermatitis de los adornos.—«Annales de Dermatologie et de Syphiliographie». Tomo III, número 3, Marzo 1932.

En 1930, Du Bois publicó en la misma revista un caso de dermatitis eczematiforme producida por un brazalete confeccionado con un falso cristal. En el mismo trabajo alude a lesiones análogas provocadas por un collar y una boquilla de fumar hechas de la misma substancia.

Vuelve a ocuparse de estas lesiones que ha descrito con el nombre de «dermite des parures», con motivo de un nuevo caso que ha tenido ocasión de observar.

Se trata de una dermatitis eczematiforme provocada por un pequeño reloj de pulsera, lanzado al mercado suizo como novedad al precio tentador de 4 francos suizos, lo cual quiere decir que se vende por centenares.

La hermana de la enferma y millares de mujeres usan sin contratiempo estos relojes, mientras que la enferma de Du Bois, ha sufrido idéntica reacción en la otra muñeca y más tarde con otro reloj igual.

Se trataba de idiosincrasia congénita al níquel, descubierta con motivo de usar este relojito y comprobada experimentalmente por la aplicación de plaquitas de níquel puro y monedas de veinte céntimos suizos.

Al finalizar esta nota que va acompañada de tres fotografías, añade un nuevo caso de dermatitis provocada por otro pequeño reloj comprado en el mismo almacén.

LEDO.

HIGIENE

BUNAU VARILLA.—La verdunización de las aguas. Comunicación al XI Congreso de Química Industrial. «Revue d'Hygiène». Enero, 1932, página 68. París.

Los rayos ultravioletas, además de una marcada acción microbicida, tienen la facultad de transformar en vitaminas la parte no saponificable de las grasas. Esta actividad de formación de vitaminas es particularmente acentuada para los rayos de 3.000 U. A. (Unidades Angström: 1/10 de millonésima de milímetro). La potencia microbicida de las radiaciones ultravioletas alcanza el máximo para una longitud de onda de 2.500 a 3.000 U. A., por lo tanto en la misma región del ultravioleta existen las radiaciones productoras de vitaminas y las destructoras de microbios.

El procedimiento llamado verdunización está basado en la producción de rayos ultravioletas, y otros de menor longitud de onda, al actuar el cloro sobre la materia orgánica, cuando éste es dispersado en infinitas partículas por una acción mecánica. Por esto son suficientes, según ha demostrado el autor, dosis de cloro 150 veces menores que las generalmente admitidas.

La propiedad de formación de vitaminas (la A principalmente) de las radiaciones ultravioletas explicaría el gran reservorio de ella que constituyen algunas especies de peces. Como resumen pueden sacarse del trabajo del autor las conclusiones siguientes:

1.^a La verdunización ejerce sobre las aguas un efecto saneante instantáneo por la destrucción de los gérmenes patógenos gracias a la emisión de rayos ultravioletas (4.000 a 1.000 U. A.), o de radiaciones de más débil longitud de onda, si el cloro es dispersado en una infinidad de partículas, desde su introducción en el agua, por un brusco y violento batido manifestándose este fenómeno con dosis de cloro considerablemente inferiores de las que corresponden a la absorción del cloro por la materia orgánica del agua.

2.^a Debiendo la verdunización su acción purificadora a la emisión de rayos ultravioletas en la masa del agua que reaccionan sobre la materia orgánica, los rayos ultravioletas no sólo destruyen los gérmenes patógenos sino que deben determinar la formación de vitaminas fijándose sobre ciertos elementos de la parte no saponificable de las grasas existentes en el agua en estado coloidal y comprendidas bajo la rúbrica: materia orgánica.

Estos fenómenos caracterizan lo que se ha llamado Química Bio-Radiante, de la cual la verdunización no es más que la primera manifestación pero seguramente irá seguida de otras muchas de alta importancia.

E. ZAPATERO.

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Patología Quirúrgica, para médicos y estudiantes, por el profesor doctor Rafael Argüelles, Catedrático de Patología Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Valladolid. Tomo 1.º—Un volumen (16 X 22 centímetros) de 510 páginas, con 193 grabados y 7 láminas radiográficas. Precio: encuadernado en tela, 26 pesetas.—Editorial: «Científico-Médica», Barcelona, 1932.

Nuestro querido compañero de Relación, el profesor Rafael Argüelles, ha publicado el primer tomo de su Manual de Patología Quirúrgica. Unidos a él por vínculos de compañerismo y amistad, son nuestras sus alegrías y por ello buscamos hoy el comentario que sugiere la lectura de su obra, en plumas ajenas a nuestra Revista.

Lo que en nosotros pudiera parecer comentario apasionado a los ojos de quienes no conociesen aún la labor desarrollada por Argüelles desde la Cátedra y en la prensa profesional, así como sus obras didácticas anteriores, tiene en esta reseña—la primera que se ha publicado—la sinceridad de un análisis minucioso y rinde debido tributo a quien eficazmente enaltece la Cirugía española.

Del doctor Horno, de Zaragoza, es la crítica que sigue:

«Durante largos años la patología quirúrgica carecía de fisonomía nacional: vivíamos nutriéndonos en libros extranjeros y sólo parciales aportamientos, casi monográficos, señalaban nuestra contribución científica. Pero en esta última época la bibliografía nacional se ha visto enriquecida brillantemente con obras originales. Una de éstas es la que el doctor Argüelles, Catedrático de Patología quirúrgica en la Facultad de Valladolid, acaba de publicar.

De los tres tomos que han de formar la obra, hemos leído con delectación el primero.

Comencemos por decir que el autor ha cumplido fielmente su propósito de guiar, de orientar a los médicos y estudiantes en la Cirugía actual. Su Manual llenará cumplidamente su finalidad, pues está trazado científicamente, está escrito con claridad y está desprovisto de todo lo que, si bien es interesante como histórico, es ya inaceptable por caduco. Por otra parte, en la exposición de las modernas doctrinas campea el hecho personal de la experiencia.

Sólo así puede encerrarse en un limitado número de páginas todo el inmenso caudal de la moderna cirugía, prescindiendo de historia, de doctrinas respetables pero anticuadas, reseñando sobriamente y sólo sobre lo útil, sobre lo interesante. En este aspecto el libro de Argüelles cumple su cometido a maravilla.

Este primer tomo publicado, va dedicado a la parte general. En capítulos sucesivos estudia la constitución y herencia en Cirugía y la físico-química de aplicación quirúrgica; nociones indispensables para abordar más tarde problemas muy interesantes. La infección no específica, local (inflamación, flemón, absceso) y general (septicemias) forman otro bello capítulo, al que sigue el de la infección específica, carbunco, tétanos, gangrena gaseosa, tuberculosis, micosis, etc.; en todo este estudio campea la orientación moderna.

Los tratamientos mecánicos, térmicos, químicos, así como sus complicaciones, lipotimia, síncope, colapso, shock, forman un capítulo breve y de gran valor.

El de los tumores, en general y particularmente, con su patogenia y tratamiento, prescindiendo de su estudio histológico, es un modelo de claridad.

En capítulos sucesivos va exponiendo las afecciones quirúrgicas de la piel, de los vasos y ganglios linfáticos, de los vasos sanguíneos, de los músculos, tendones, sinoviales, huesos, articulaciones y nervios. En cada uno de estos capítulos comienza haciendo un bosquejo anatómico y fisiopatológico que tienen positivo valor y cautivan por su claridad.

Este es, en síntesis, el contenido del primer tomo del libro de Argüelles; escrito con honradez, con sano criterio científico, sin enojosas disquisiciones, con claridad y brevedad, y con método didáctico excelente. Unase a ello que va primorosamente ilustrado con material de personal observación y que está muy bien editado. Y con tales condiciones no será aventurado predecir un éxito, especialmente entre la clase escolar y los médicos generales; nosotros así lo esperamos.—**Doctor Horno.** («Clínica y Laboratorio»).

Réstanos felicitarlos de que estas frases se tributen a un compañero de Redacción. REVISTA CLINICA CASTELLANA, felicita a la Editorial Científico-Médica, por el acierto con que ha realizado su cometido.

H. ROUVIERE.—*Anatomie des Sympathiques de l'homme.*—Un volumen de 468 páginas, con 129 figuras.—Masson et Compagnie, editores.

Este libro magníficamente editado, resume los trabajos de investigación realizados en el Laboratorio del Profesor Rouvière durante un período de siete años.

Va dirigido tanto al Médico práctico como al investigador.

El primero encontrará, v. g., el estudio detallado de los ganglios traqueo-bronquiales y de las conexiones linfáticas de los pulmones, de gran interés para el práctico y sobre todo para el Radiólogo.

La descripción de grupos ganglionares anormales es tratada con gran detalle, dado su posible interés clínico, así v. g. la posible existencia de ganglios en el espesor del tabique recto-vaginal, esclarece la etiología de algunas de las supuraciones de esta región, y hace de ellas simples adeno-flegmones.

El investigador encontrará en este libro una lista bibliográfica completa, así como los puntos aún en litigio, o aquellos aún poco conocidos, por los cuales pueda tal vez iniciarse y aportar a la ciencia algún conocimiento útil.

F. ORTS.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA BACTERIOLOGIA DE LA LECHE, por

E. Zapatero.—Valladolid 1932.

Esta Tesis doctoral que ha sido premiada con la calificación de Sobresaliente, es doblemente interesante por estudiar tema de tanta trascendencia en la Higiene pública como es la bacteriología de la leche y ser precisamente en esta Capital en donde se han proseguido estos trabajos que acreditan una vez más la competencia del doctor Zapatero.

El colibacilo puede descubrirse con seguridad en la leche cuando existe. El autor se ha dirigido al caldo-Liebig-peptona, lactosado al rojo del fenol.

Partiendo de diluciones progresivamente dispuestas (1/10, 1/20, 1/50..., 1/5.000, 1/10.000) utiliza un cc. de estas diluciones, usando generalmente una serie de 11 tubos. Como comprobante de cada dilución, dispuso para cada

muestra una placa de Endo por tubo, permitiéndole este doble dispositivo adquirir la certeza de que el germen que pululaba reunía las características bacteriológicas del colibacilo.

A diferencia de lo hecho hasta aquí por los autores italianos y otros, llega a diferenciar el germen obtenido del bacilo lactis aerogenes y del bacilo acidi lactici.

Así ha podido demostrar la existencia constante del colibacilo en la leche del mercado. Siendo esta existencia dependiente de una contaminación externa, fecal, demuestra un ordeñado práctico en las más ínfimas condiciones de limpieza, por lo menos. Falta fijar el colitítulo tolerable.

Concluye que pudiéndose aplicar la colimetría para apreciar el índice de contaminación de la leche, el método preconizado por el autor es susceptible de emplearse en la práctica corriente para la vigilancia sanitaria de la leche.

Muy cordialmente felicitamos al doctor Zapatero, profesor auxiliar de esta Facultad de Medicina, por esta nueva muestra de su sólida preparación.

R. SABOURAUD.—Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu.

—Un volumen de 579 páginas, con 200 figuras. Masson et Cie, Edit., París.

En el prefacio de su quinto volumen sobre las afecciones del cuero cabelludo «*Les maladies séborrhéiques. Les maladies desquamatives. Les teignes. Pyodermites et eczemas. Pelades et alopecias en aires*» decía S. que eran los jalones plantados en el camino y los testigos de treinta años de estudios consagrados a un solo capítulo de la dermatología.

Al terminar su Tratado de enfermedades del cuero cabelludo pensaba Sabouraud, era tiempo de hacer un libro simple y práctico, resumen y complemento de los libros anteriores, en el que presentara aquellos tipos morbosos secundarios que no había estudiado allí.

Es evidente que no era posible tratar en las dimensiones de un manual, con el detenimiento necesario, ciertos capítulos ya estudiados en los volúmenes precedentes.

Sabouraud, no ha pretendido hacer una obra para especialistas, es a los médicos generales a quienes va dirigida principalmente y los que encontrarán un resumen de las admirables investigaciones del venerado maestro.

Desconcierta a primera vista la división que hace de los temas a tratar. Sigue las vicisitudes del cuero cabelludo a través de las distintas edades. Comienza por el estudio de la «costra láctea», pasa luego a considerar la depilación de la nuca del niño en la cuna y así sucesivamente estudia, con su impecable estilo y admirable precisión de lenguaje, las varias afecciones—nevis, «eczemas», etc.—de esta primera edad.

Pasa luego a la edad escolar y en atrayentes capítulos estudia, primero la pediculosis, luego las afecciones exudativas y supurativas, desarrollando el paralelo y oposición de aquellas lesiones producidas por estafilococos y las otras que derivan del estreptococo. Las tiñas merecen un capítulo especial. No buscará el lector la amplitud monográfica de los capítulos escritos en su Tratado, sino una síntesis perfectamente realizada de sus investigaciones.

El capítulo consagrado a la terapéutica de estas afecciones es muy interesante. Después de estudiar la pelada, pasa a estudiar las enfermedades que se pueden padecer desde la pubertad.

Estudia «la cuestión de las pitiriasis; la seborrea y su tratamiento, vuelve a tratar de las infecciones estafilocócicas y estreptocócicas y después de explorar las tricoficias en el hombre y resumir la cuestión de los parásitos criptogámicos y tratar de verrugas, papilomas, sífilis, dermatitis, psoriasis, de nuevo se ocupa de la pelada.

Decíamos antes que el plan de exposición de S. desconcertaba. Efectivamente, es preciso repetir a veces los mismos conceptos. El lector a quien interese un tema concreto, debe recorrer varios capítulos. Estos inconvenientes nos son advertidos por el autor, quien estima son compensados con creces, ya que el médico general puede documentarse fácilmente ante un caso determinado.

Las afecciones del cuero cabelludo en la edad adulta, son cuidadosamente expuestas al igual que las de la vejez.

La sexta parte de su obra, está consagrada a las diversas afecciones de las cejas, pestañas, bigote y barba, de las axilas, de la región pubiana y de las uñas.

El estilo elegantísimo del autor de «Entretiens Dermatologiques a l'Ecole Lailler», se impone y hace leer, casi sin reposo, este nuevo volumen que los señores Masson y Compañía han editado con todo esmero.

LEDO.

TRAITE DE LA SYPHILIS, publicado bajo la dirección de Ed. Jeanselme.—

Tomo III. Syphilis adquire, por Jeanselme Bureau, M. Pinard, A. Sésary, P. Lefèvre, Burnier, Rimé, P. Chevalier, G. Garnier, G. Milian, Schulmann, Cleinéz, Desnoyers y A. Fouet. I vol. de 1.015 págs. con 349 figuras y VIII láminas en color. G. Doin, Edit. París, 1932.

Los inmensos progresos realizados en los últimos treinta años, desde la aparición del *Traité de la Syphilis*, de Alfred Fournier, justifican el trabajo que el profesor Jeanselme y sus colaboradores se han impuesto con la redacción de un nuevo Tratado, ya que el acoplamiento del clásico Fournier a los conocimientos actuales haría penosísima la labor y perdería su fisonomía tan peculiar.

Hizo bien por lo tanto Jeanselme el rodearse de elementos tan valiosos para dotar a los lectores de lengua francesa, de una obra puesta al día, enteramente original.

Los dos primeros volúmenes del Tratado de la Sífilis que hoy nos ocupa, aparecieron el pasado año y se estudiaban en ellos: Historia de la sífilis, Etiología y Estudio experimental, en el primero. La Bacteriología, Serología y Anatomía patológica, en el segundo.

En este tercer volumen y en capítulos muy nutridos se estudia la Sífilis adquirida. Precede al estudio del chancro capítulos consagrados al contagio, a la inmunidad clínica, a la septicemia sífilítica primo-secundaria, a la incubación primaria. Luego, Jeanselme y Lefèvre minuciosamente consideran la lesión primaria y luego su localización genital. Con Burnier y con Rimé, respectivamente, hace una exposición del chancro extragenital y del chancro mixto. Chevalier y G. Garnier se ocupan de la sífilis secundaria y de la reacción de Herxheimer. El estudio de la sífilis maligna corresponde a Milian, que también escribe más adelante los capítulos de sífilis latente y S. sin chancro. Burnier es el autor del capítulo de S. terciaria. Muy numerosas figuras, excelentes fotografías, muestran estos capítulos,

Mencionaremos también aquellos capítulos consagrados al estudio de las nudosidades yusta-articulares (Jeanselme) a la S. febril (Schulmann) S. de la mujer embarazada (Cleinez y Desnoyers) y los tres capítulos finales. S. según la edad; S. según los climas y Biotropismo y S. escritos respectivamente, por Fouet, Jeanselme y Milian.

El elogio de esta obra esta hecho sólo con enumerar la calidad de los colaboradores, quienes bajo la inspiración del profesor Jeanselme, y naturalmente dentro de una amplia libertad, tratan con gran competencia todos los capítulos.

A la Editorial G. Doin, de París, corresponde el mérito de haber sabido llevar a cabo, una edición esmeradísima, de modo difícilmente superable.

Para el próximo mes de Octubre, nos anuncian la aparición del IV tomo, que estará dedicado al estudio de «La sífilis hereditaria».

LEDO.

ED. LESSER.—Tratado de las enfermedades de la piel y venéreas, por J. Jadassohn.—Tomo II, Enfermedades venéreas.—Salvat Editores, S. A. Barcelona 1932. (Traducido por el profesor Peiry Rocámora, Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona).

El profesor Jadassohn ha debido vencer mil dificultades para poner al día la famosa obra de Lesser. De un lado, las adquisiciones realizadas en los últimos años que tan profundamente han modificado tantos capítulos de nuestra especialidad, de otra parte, la disparidad de criterio de ambos eximios dermatólogos en muchos puntos. Con acierto singular lo ha resuelto el profesor de Breslau, conservando el plan general de la obra y si se vió obligado a modificar numerosos capítulos, supo respetar cuanto de notable tenía el libro primitivo que así modificado compendía la experiencia de los dos grandes maestros alemanes.

El segundo tomo de la obra que nos ocupa, comprende en la 1.^a y 2.^a sección, las enfermedades gonocócicas, el chancro blando y sus complicaciones; en la sección tercera trata de la Sífilis; otras enfermedades sexuales infecciosas (linfogranuloma, balanitis y condilomas), integran la cuarta sección. Los capítulos del clásico Lesser, son desarrollados con gran extensión; capítulos enteros son nuevos (manifestaciones patológicas de los períodos prodrómico y eruptivo; afecciones sífilíticas del sistema nervioso, por ejemplo); en la parte terapéutica se describen las nuevas adquisiciones y sus aplicaciones. A las numerosas y excelentes figuras del libro primitivo han sido añadidas otras nuevas y todo forma un volumen que excede de unas 250 páginas a la parte consagrada a estas materias en la edición anterior.

La legislación alemana sobre enfermedades venéreas y profilaxis de las mismas, ha hecho que el autor preste atención especial a este aspecto y procure hacer un libro para estudiantes, en forma que en todo momento será consultado con fruto por el médico general.

Termina la obra con un formulario y los índices.

El profesor Peiry, de la Facultad de Medicina de Barcelona, ha hecho una traducción esmeradísima y la editorial Salvat ha realizado un trabajo meritorio, presentando de modo irreprochable la obra de Lesser-Jadassohn, que ha de merecer aún mejor acogida que las ediciones anteriores.

LEDO.

El Seguro de Maternidad

En el salón de actos de la Caja de Previsión Social, pronunció una conferencia sobre este tema, el Decano de la Beneficencia provincial, doctor Gómez Salvo.

Enumera documentalmente, apelando a una estadística, como prematura incompleta, el fruto de cuatro meses de experiencia del Seguro de Maternidad.

«Lo primero, por su valor ético, que nos dicen estos documentos es, lo que puede hacer un grupo de hombres de corazón, conscientes de su deber y de su responsabilidad, cuando toman en sus manos una obra benéfica. «El Instituto Nacional de Previsión», integrado por sociólogos de fama mundial, respetado por todos los Gobiernos, es decir, «reestructurado» en armonía con la función, y «estable» para que pueda cumplir la ley de continuidad, planea, reglamenta e implanta el Seguro, buscando toda clase de asesoramientos para el mejor acierto; no está seguro de lograrlo, anuncia y señala plazo para la revisión; la impaciencia lo espolea y ved que, no al año, sino a los cuatro meses, después de haber circulado hojas resolviendo al día las dificultades denunciadas, celebra una asamblea el 22 de Febrero, de cuya labor son compendio esta estadística y este trabajo».

Habla de las hostilidades que la implantación del seguro ha encontrado en las zonas obreras, y significadamente en Zaragoza, donde la protesta fué motivo para una huelga revolucionaria con muertos y heridos.

Se comprenderá que rechacen el Seguro de Maternidad las regiones obreras en donde existen mutualidades que dan asistencia facultativa y doscientas pesetas por chico, siquiera sea a costa de las obreras mismas; pero aquí, en donde ni una de las afiliadas esta inscrita en la Beneficencia municipal, y en donde se cuentan con los dedos de las manos las que reciben de una Mutualidad una asistencia médico-farmacéutica, cuya tacañería conocéis mejor que yo; aquí en donde la casi totalidad de las trabajadoras están desamparadas, sin más recursos que los propios, es decir, sin recursos, sin ahorros, que el jornal escaso, el paro frecuente y la vida cara, no permiten tener, rechazar los beneficios del Seguro es la mayor de las locuras.

La protesta pasó—añade el conferenciante—y pienso que para no volver.

A continuación hace el doctor Gómez Salvo, razonamientos acertadísimos sobre distocias, para decir que Aragón en esto ha batido también el record, ya que es cuatro o cinco veces mayor la cantidad que en otras regiones.

Pide a las matronas que den cuenta de los casos que se presenten a la Caja en las primeras veinticuatro horas.

Estudia luego el conferenciante el abuso que se comete con las radiografías como medio de diagnóstico.

«Veinte mil embarazadas habré yo visto en mi servicio de la Maternidad y en mi clientela privada, y no pasan de media docena las en que he necesitado de este medio para hacer un diagnóstico circunstanciado del embarazo».

Aconseja a las matronas cómo se debe diagnosticar el embarazo, y lo que deben hacer para aquellos casos que ofrezcan peligro y sean precisas reacciones o radiografías.

Explica luego lo que la ponencia dice respecto a recetas, y cómo hay en esto un barullo que no permite a la Caja, médicos, farmacéuticos y comadronas, saber la forma de resolver los conflictos.

Habla seguidamente de lo que es el Seguro de Maternidad en el orden sanitario.

El seguro será, en el orden sanitario, lo que vosotras lo hagáis. Por vuestras manos han de pasar «todas» las aseguradas. Vosotras habéis de desterrar rutinas, ignorancias, indiferencias, hábitos morbosos, preocupaciones y abandonos. Vosotras habéis de advertir peligros, que conocidos a tiempo, no lo son y, desconocidos, no tienen remedio posible. Vosotras sois las llamadas a hacer en la población asegurada una realidad de un precepto acaso un poco absoluto. «En el estado actual de la Ciencia, ninguna mujer debe morir de infección puerperal».

El sujeto de vuestro oficio, la madre y, si es obrera, la mujer que trabaja para la Humanidad con sus manos y con sus entrañas: el «máximo merecimiento». El niño, que, si es el de la obrera, está muy cerca de la máxima necesidad. La familia, el hogar, hoy en ruinas, quebrantado uno de sus cimientos, la sacramentalidad e indisolubilidad del vínculo y agrietado en el cimiento, la prole, voluntariamente limitada o extinguida.

Pensad, en fin, que el terreno en que laboráis es el más fecundo, el más agradecido.

Se refiere luego a la conferencia que dió en la Academia de Medicina sobre «La mortalidad maternal en Zaragoza. En ella hallaréis: Mortalidad materna en la población vigilada, X. En la no vigilada, catorce veces mayor».

Otro folleto, editado por nuestra Diputación provincial, «La Diputación provincial de Zaragoza y su servicio benéfico-infantil», nos dice con la elocuencia de los números, que los pequeños sin madre se mueren en una proporción del cincuenta por ciento en sólo el primer año de la vida: y que los pequeños con madre (ahí tenéis treinta y dos fotos y en mi despacho tengo hasta 100), el dos.

Y por último, y todos para vuestra biblioteca, ved aquí una «Historia Sanitaria de Zaragoza», y en ella a nuestra ciudad, con 75.000 habitantes, pagando a la septicemia puerperal, un tributo mucho mayor que el que paga hoy con 170.000 almas. Es obra, si no exclusiva, principalmente vuestra.

Termina rogando a todos, que no vean en él al fiscal, ni al censor, sino al compañero de profesión, viejo, experimentado, y por tanto comprensivo e indulgente, dispuesto a ayudar a las matronas con su consejo o colaboración y pronto a defenderlas de acusaciones injustas y propicio a apoyar sus legítimas aspiraciones.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

El pago de las titulares por el Estado

El Comité encargado de resolver esta cuestión, prosiguiendo las gestiones iniciadas cerca de los Poderes públicos para conseguir la aceptación de las aspiraciones mínimas aprobadas por las Asambleas de Enero, ha gestionado de un técnico de Hacienda, informe sobre cada una de las fórmulas de pago por el Estado.

Las fórmulas sometidas a informe del aludido técnico, fueron las cuatro siguientes:

1.^a Incautación por la Hacienda de las centésimas del importe total del presupuesto de los Ayuntamientos en la cuantía necesaria para el pago de las dotaciones. Fórmula integral en virtud de la cual las cantidades incautadas figurarían entre los ingresos del Estado y en el capítulo de gastos del presupuesto general del mismo figurarían las dotaciones de los médicos titulares.

2.^a Incautación por las Delegaciones de Hacienda de las actuales dotaciones de los médicos titulares y abono a éstos por las citadas Delegaciones.

Variante A.—Descuento del importe de las dotaciones en las liquidaciones que de determinados recargos municipales se realizan entre las Delegaciones y los Ayuntamientos.

Variante B.—Ingreso directo por los Ayuntamientos de las dotaciones en las Delegaciones de Hacienda, empleando el apremio en los casos de morosidad.

3.^a Ingreso, por parte de los Ayuntamientos, de las dotaciones en las Inspecciones provinciales de Sanidad, que se encargarían del pago de las mismas a los médicos titulares, facultando a las citadas Inspecciones para que, en los casos de morosidad, recabasen de las Delegaciones la retención o cobro por vía de apremio de las cantidades correspondientes.

Del informe se deduce lo siguiente:

Primera fórmula.—Es la fórmula integral del pago por el Estado, con la ventaja de su simplicidad y con el inconveniente de requerir una ley votada en Cortes, la dificultad por parte de Hacienda de resarcirse de lo abonado por dotaciones y el peligro de que, por aumento del número de plazas o de las dotaciones represente un quebranto para el Tesoro.

Segunda y tercera fórmulas.—Sin resolver íntegramente el problema, representan una complicación burocrática para las Delegaciones de Hacienda, sobrecargadas ya con las funciones que les encomienda el Estatuto municipal. Asimismo requiere la aprobación de las Cortes y la tercera dejaría al descubierto al Tesoro público o a los titulares en los casos de morosidad en el ingreso.

Cuarta fórmula.—Los mismos defectos que la segunda y tercera, con la complicación consiguiente a la intervención de dos centros en cada provincia.

De las conversaciones y gestiones ha surgido una quinta fórmula, la siguiente: Cuando los Ayuntamientos no abonen sus dotaciones a los médicos titulares y la morosidad en el pago sea reiterada, se procederá por las Delegaciones de Hacienda a la retención o apremio de las cantidades necesarias para el abono de las mismas a los titulares.

El Comité cree un deber declarar que la quinta fórmula, que tiene la ventaja de poder ser implantada por Decreto, no nos acerca al pago por el

Estado y sólo puede resolver el problema, hoy acuciante en algunas provincias, de seguridad en el percibo de los haberes.

Las cuatro fórmulas requieren la aprobación de las Cortes por Decreto-ley o mediante la Ley orgánica de Sanidad.

La Ley orgánica de Sanidad se está confeccionando, y el presidente de la Asociación, vocal del Consejo Nacional de Sanidad, es miembro de varias de las ponencias en que se ha repartido la confección, a las que se propone llevar íntegramente la aspiración de los médicos titulares.

En cuanto a la efectividad real de los Reglamentos de 2 de Agosto y 11 de Noviembre de 1930, que se aseguraría con la tramitación y resolución de cuanto se relaciona con las vacantes y su provisión por la Dirección General de Sanidad y organismos dependientes de la misma, el Comité tiene solicitado que se le permita emitir informe sobre las proyectadas modificaciones para defender cuanto represente dependencia de la Dirección, conservando las posiciones de reglamentación y automatismo conseguidas en las normas de 11 de Noviembre.

Cumplidas las gestiones encomendadas por la Asamblea cerca de los Poderes Públicos con la presentación de las peticiones concretas y de las fórmulas más asequibles y en espera de las resoluciones que, favorables o adversas, serán comunicadas a los médicos titulares, el Comité realiza los trabajos conducentes a desarrollar las conclusiones de las Asambleas, cuya realización depende exclusivamente de la Asociación, estableciendo las bases para la armónica actuación de los organismos provinciales y distritales en unos casos y las encuestas indispensables en otros.

Madrid, Marzo de 1932.



La Asamblea de la Previsión

Ha sido publicada una disposición que dice así:

1.º El Consejo general de los Colegios Médicos, en funciones de Consejos de Administración de la Previsión Médica Nacional, se atenderá en su actuación al contenido del artículo 86 del Reglamento de dicha Institución que queda en pleno vigor y no condicionado a ninguna disposición transitoria.

2.º Se autoriza igualmente al Consejo para que convoque una Asamblea especial de delegados, cuya organización, también especial, garantice la intervención activa de todos los asociados por sus Juntas provinciales, la que resolverá sobre todos sus problemas presentes de la Institución.

3.º Ante dicha Asamblea rendirá el Consejo amplia cuenta de su gestión administrativa y ofrecerá un estudio completo sobre el estado económico actual que permita a los asociados conocerlos en detalle.

4.º El Consejo someterá igualmente a la deliberación de dicha Asamblea las instancias presentadas por la Unión Farmacéutica Nacional, Asociación Española de Veterinarios y Consejo de Colegios de Odontólogos, solicitando para sus asociados el derecho a ingreso en la Previsión Médica Nacional; y

5.º Esta Asamblea tendrá plena soberanía para resolver sobre los asuntos anteriormente expresados y para proponer a este Ministerio aquellas modificaciones reglamentarias que se estimen precisas para dar eficacia a sus acuerdos, y adaptar el régimen administrativo de la Institución a las exigencias nacidas de su extraordinario número de asociados.

* * *

La Asamblea de delegados de la Previsión Médica se celebrará simultáneamente con la de Colegios en Coruña, Santiago y La Toja, en los días 22 al 27 de Junio.

Sección española de la liga mundial para la reforma sexual

Acaba de constituirse en la Academia Nacional de Medicina. Los principales postulados son: Igualdad política, económica y sexual de hombres y mujeres. Separar el matrimonio de la tiranía de la iglesia.

Control de la concepción con el fin de que la procreación sea un acto deliberado y con pleno sentido de la responsabilidad.

Mejora progresiva de la raza, mediante la aplicación práctica de las doctrinas eugénicas.

Protección para la madre soltera y el hijo ilegítimo.

Prevención de la prostitución y de las enfermedades venéreas.

Juzgar las actitudes anormales del impulso sexual con un criterio biológico.

Juzgar simplemente como actos criminales los que infrinjan los derechos sexuales de otra persona. Los actos sexuales entre adultos responsables y realizados con mutuo consentimiento serán estimados como actos de la vida privada de esos adultos.

Y finalmente, el que la enseñanza sexual en la escuela sea sistemática y, a petición del maestro, obligatoria.

En su constitución han intervenido de manera primordial los doctores Recasens, Juarros, Covisa, Novoa Santos y el catedrático de Derecho don Quintiliano Saldaña.

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

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

Pídanse MUESTRAS Y LITERATURA a A. Gámir.-VALENCIA

CRÓNICA REGIONAL

LEON

El Colegio Oficial de Médicos y el procedimiento Asuero.—Para que en ningún caso pueda ser sorprendida la buena fe de los enfermos, el Colegio Oficial de Médicos de la provincia, se cree en el deber de hacer público que desautoriza los anuncios de marcado tipo mercantil que en la prensa local se insertan sobre el tratamiento de enfermedades por el procedimiento de Asuero.

LOGROÑO

Triunfo de un médico logroñés en Norteamérica.—El doctor don Ramón Castroviejo, de quien tanto se vino ocupando la prensa estos últimos años en los Estados Unidos, consiguió hace pocos días un éxito resonante en la Universidad de Columbia, o sea la primera de Norteamérica, y en un concurso al que concurrieron oculistas de todo el mundo, al ser elegido profesor de Oftalmología en dicha Universidad, de cuya cátedra se encargará en Octubre próximo y al ser inaugurada la Sala de Oftalmología en el Hospital anexo a dicha Universidad, que será la mejor de cuantas se conozcan.

Este ilustre médico español, nacido en Logroño, es hijo del reputado oculista don Ramón Castroviejo.

SALAMANCA

Hormonas hipofisarias y genitales en Obstetricia.—Sobre este tema disertó en la Facultad de Medicina el doctor J. Laporta Girón. Estudia las incretas del lóbulo anterior de la hipófisis—Prolan A y Prolan B—y la importancia que juegan en la moderna Obstetricia, así como las relaciones que tienen con las hormonas ováricas y la aplicación práctica que se obtiene de la excesiva eliminación de estas increciones antehipofisarias por la orina de embarazada (reacción de Aschein-Zondek). Con todo detalle expone la manera de hacer las inyecciones de orina en las ratas, para llevar a cabo esta interesante reacción biológica de la gestación, así como los resultados obtenidos por Zondek en sus investigaciones, etc.

Habla después de las variantes introducidas a la primitiva reacción, como es el proceder de Broucha-Simonet, el de Friedman, etc., pasando en seguida a hacer un estudio comparado de todas ellas y las ventajas de unas y otras.

Continúa exponiendo otros métodos diagnósticos de la gestación, principalmente el de Mainoloff, con sangre de embarazada, a la que se añade diuretina y azul Nilo.

Pasa revista a las objeciones hechas a las reacciones del grupo de la de Aschein-Zondek, y relata las opiniones de diferentes autores.

Dice que de sumo interés son las modernas adquisiciones que tienden a encontrar una dependencia entre ciertas vitaminas y estas hormonas, siendo muy curioso el hecho de que ratas alimentadas con trigo privado de vitaminas, pierden el poder de la maternidad.

Indica los resultados obtenidos experimentalmente con ratas, injertán-

dolas hipófisis de animales machos o recién muertos y de embarazadas; siendo a primera vista paradójico que sólo con las hipófisis de embarazadas no se obtiene la acción sobre el ovario, que es posible demostrar con hipófisis de machos o animales recién muertos. Esto lo explica Zondek, pensando que por un exceso de secreción vertida en la sangre, el órgano hormonal queda sin su correspondiente inercia durante el estado de gestación; y a esta manera de pensar se une con gran entusiasmo el orador.

A continuación diserta sobre la foliculina, la luteína y la placenta, como órgano de secreción interna.

Indica que para el diagnóstico de corioepitelioma puede ser de gran interés la reacción de Ascheim-Zondek, y termina diciendo que el prolan es un excelente tratamiento en las anexitis, si bien hace notar el excesivo precio que actualmente tienen todos los preparados antehipofisarios.

SANTANDER

Mecanismos de curación por el psicoanálisis.—Sobre este tema, pronunció una conferencia en la «Casa de Salud Valdecilla», el 16 de Marzo, el psicoanalista de Madrid, doctor Garma.

Hizo primeramente unas breves consideraciones históricas, para explicar después con todo detalle el análisis de un caso de masoquismo femenino. Subrayó los datos de técnica y las distintas fases del tratamiento, estudiando la transferencia positiva y negativa y las distintas actitudes del enfermo frente al psicoanalista en el curso del tratamiento. Mediante una fina valoración de las vivencias y examen de los sueños, expuso con toda claridad la marcha hacia la curación completa del caso citado.



CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

Influencia de las secreciones internas en la psicología de los individuos.—Sobre este tema disertó el día 15 de Marzo, el doctor Marañón en el Instituto Psicotuáico.

Dijo que no exagera al conceder la importancia que concede a la endocrinología, ya que es evidente que los cambios que se producen en las secreciones internas determinan modificaciones importantes en los individuos, hasta el punto que numerosos fenómenos de la vida de éstos no se pueden explicar más que por aquéllos cambios.

Determinadas faltas o superabundancias de ciertas secreciones determinan con precisión el carácter de los individuos. Cierta gente huraña lo es por insuficiencias paratiroides. La insuficiencia de cal que presentan muchos niños, determina un carácter irascible, que preocupa a veces grandemente a la familia y a los educadores y que se puede corregir corrigiendo la falta de cal.

La regulación del apetito está también intervenida por los humores producidos por las secreciones. El cambio físico-químico en los humores, determina aumento o disminución en el apetito, cosa que se nota en muchos niños, en los cuales ha observado deficiencia hipofisaria.

Las crisis sexuales, especialmente la pubertad, están influidas grandemente por las secreciones. La pubertad tiene más importancia en los niños que en las muchachas, a pesar de que se ha prestado mucha más atención a la pubertad femenina. Por el contrario, en la mujer tiene más importancia el climaterio.

El doctor Marañón dedicó el final de su conferencia a explicar la lucha intersexual y los fenómenos químicos que la acompañan.

Los contactos inesperados en tuberculosis.—Sobre este tema disertó el 1.º de abril en el Dispensario municipal antituberculoso, el doctor Codina Castelli.

Comenzó haciendo resaltar que el problema del contagio en la tuberculosis es, en el fondo, un problema de contactos, generalmente inesperados.

Para demostrar la contagiosidad de esta clase de contactos, estudió los productos contagiosos de los enfermos que padecen tuberculosis. Pasó revista a todas las secreciones del cuerpo humano (saliva, esputos, lágrimas, orina, excrementos, sangre, etc.), y después a los objetos que suelen rodear a estos enfermos (pañuelo, toalla, almohada, la misma cama, el aire de las habitaciones, las paredes, el suelo, etc.).

Después de puntualizar todo lo que la observación y la experimentación ha demostrado como contagioso por haberse encontrado el bacilo de Koch o por haber dado resultado positivo la inoculación de determinados productos, expuso una serie de ejemplos de contactos inesperados, como son: los de saludarse con un apretón de manos, el besarse, el tocar el botón del timbre para llamar en las habitaciones, el agarrarse a los pasamanos de las escaleras y tantos otros que la vida social encamina a presumir.

Confirmó cuanto acabó de decir, proyectando una serie de cuadros en los que se veía la diferencia de cantidad de microbios en el aire de una calle,

según la estación, las horas del día, el haber regado o no; en sitios cerrados o en jardines.

Completó la información con los datos referentes a la frecuencia de la tuberculosis de cero a quince años en la especie humana; la frecuencia del contagio entre los médicos, enfermeros, amas de cría y personal de los hospitales de tuberculosos y las cifras referentes a la frecuencia del contagio entre los enfermos que habían tenido contacto duradero con tuberculosos en relación con el tanto por ciento, muy inferior, de los que no habían tenido ningún contacto conocido de esta clase.

Por fin dedujo que, dada la imposibilidad de evitar a sabiendas los contactos inesperados contagiosos, es indispensable que la Humanidad se defienda contra la tuberculosis buscando la inmunidad específica por medio de la vacunación, y la general por medio de una vida higiénica exenta de toda clase de vicios.

Asamblea de médicos provinciales.—Se ha reunido en Madrid la Asamblea de médicos de las Beneficencias provinciales, que ha constituido un éxito pleno, por el elevado espíritu que en todo momento la ha inspirado, anteponiendo a las conveniencias corporativas de carácter personal las aspiraciones de organización, que han de redundar en beneficio de los enfermos pobres que acudan solicitando remedio a los Hospitales provinciales.

La Asamblea, por aclamación, ha designado el Comité directivo de la Asociación de Médicos de las Beneficencias provinciales de España a los siguientes doctores:

Presidente, doctor Hinojar (Madrid); vicepresidente, doctor Quintana (Santander); tesorero-contador, doctor Vinader (Murcia); secretario, doctor Senis (Castellón); vocal primero, doctor Durán (Málaga), y vocal segundo, doctor Pardo (Guadalajara).

ZARAGOZA

Cirugía conservadora de los huesos.—En el salón de actos de la Facultad de Medicina, pronunció una conferencia sobre este tema el doctor Goyanes.

En Cirugía... ¿cuándo se debe ser conservador?... ¿cuándo se debe ser radical?

En esto, como en política, hay muchas cosas que destruir, pero hay muchas que conviene conservar.

Para los cirujanos la vida es el máximo valor, y ese es el que debemos mantener, aunque sea por métodos radicales.

En Cirugía ese máximo valor—desde el punto de vista objetivo—, hace que nosotros prescindamos de otros valores secundarios.

Recordó que la plástica quirúrgica, o sea la separación material de una pérdida orgánica puede hacerse con material «vivo» o con material «muerto».

Cuando la reparación se hace con material vivo se trata de una «bioplastia». Si se realiza con material muerto es una «aloplastia».

Según la procedencia de los injertos, estudia tres clases de trasplantaciones:

1.º Trasplantación autoplástica. (Injerto de un segmento orgánico del propio sujeto).

2.º Trasplatación homoioplástica. (Injerto de un individuo de la misma especie).

3.º Trasplatación heteroioplástica. (Injerto de un individuo de distinta especie).

Los injertos autoplásticos prenden muy bien; con dificultad los homoioplásticos y de ningún modo (en las especies elevadas) los heteroioplásticos.

Las condiciones para que un injerto prenda, pero que además persista con vitalidad, son las siguientes:

- 1.º Que al separarle de su organismo esté vivo.
- 2.º Que en el nuevo medio encuentre su apropiado estímulo funcional.
- 3.º Que en cantidad y calidad reciba alimento adecuado.

Los trabajos de Bergemann han demostrado que en los cadáveres los huesos «viven» cierto tiempo. Si pasadas 18 horas no sirven los huesos, es debido a los gérmenes de la putrefacción cadavérica.

Estudió las metamorfosis de los injertos una vez trasplantados. Según las ideas de W. Roux pasan por varias fases: Fases de crecimiento y desarrollo, por obra del impulso germinal; según Goyanes debido a los factores «determinantes» contenidos en el plasma germinativo. Fase en la que no se halla aún extinguido el impulso germinal, pero comienza a actuar el estímulo funcional. Período de desarrollo y crecimiento, por la influencia morfogenética del estímulo funcional.

El material óseo injertado por regla general, es reabsorbido lentamente y reemplazado por tejido de nueva formación.

Pasó después el doctor Goyanes a la descripción de amputaciones osteoplásticas. Cita los estudios de San Martín y de Bier, para perfeccionar la técnica de las amputaciones. San Martín obtenía del extremo del muñón óseo un fragmento osteoplástico para cubrir la sección del hueso. Bier amputaba la pierna tallando después en el muñón un segmento óseo largo, rodeado de partes blandas y formando una especie de pie artificial.

Un día, operando San Martín, ayudado por Goyanes, se desprendió un fragmento osteoplástico y cayó fuera del campo operatorio. A pesar de ello, una vez limpio, se fijó, por unos puntos de cagut, al periostio... y con gran sorpresa, por parte de todos, se vió que «prendía» bien, lo que estaba en oposición con las ideas de Barth, que negaba, por pruebas experimentales, este hecho y proclamaba que los fragmentos, óseos trasplantados se reabsorbían.

El doctor Goyanes, pasa después a presentar multitud de hemomas radio-grafías de fracturas e injertos óseos. (Un caso curioso de refractura del fémur con falta absoluta de consolidación y formación ulterior de pseudoartrosis, y una grave fractura conminuta de la tibia y peroné).

En ambos los injertos dieron excelentes resultados.

Trata después, también presentando casos de curación, de opérculos óseos en las fracturas craneales, injertos óseos y artrodesis, grandes injertos óseos en las pérdidas extensas diafisarias de los huesos, reparación plástica de la tibia después de la extirpación de sarcomas tibiales, el caso de un enfermo operado según el proceder de Ham-Huntington, el injerto libre en los sarcomas tibiales, extirpación del calcáneo, convertido en un quiste, y su reparación plástica, etc.

LEEDS (Inglaterra)

UNA INTERESANTE SENTENCIA SOBRE EL ABORTO

Mr. Mac-Cardie, juez de Leeds, encargado de juzgar a una mujer acusada de aborto, ha dictado una interesante sentencia. He aquí los párrafos más importantes:

«Ya en varios casos han comparecido en este Tribunal mujeres acusadas de aborto. Estos casos rozan un importante problema social. La acusación dimana de una ley que cuenta más de setenta años. Pero desde entonces han variado radicalmente las circunstancias en nuestro país. Me complace observar la difusión de ideas más nuevas y amplias. Cuantos más casos de aborto conozco, tanto más me persuado de la necesidad de limitar la natalidad entre las clases pobres. Una décima parte de la población inglesa está depauperada corporalmente o perturbada espiritualmente. Yo llamo las cosas por su verdadero nombre. Por tanto, creo que es preciso mejorar la ley. En su concepción actual produce más perjuicios que utilidad, porque permite el nacimiento de niños defectuosos en lo espiritual y lo físico. Cualquiera que conceda que tales niños deben nacer, se hace culpable de un grave crimen moral. Con ello, un niño, un niño inocente es condenado inexorablemente a la miseria y al raquitismo. Tenemos en Inglaterra 300.000 mujeres depauperadas espiritual y físicamente que, sin embargo, pueden concebir. Yo hablo francamente: en tales casos el aborto debiera ser obligatorio. ¿No llegan ante el juez mujeres que han sido violentadas por su padre? Afirmando que ese niño no debe nacer. Y precisamente en este Tribunal hemos visto un caso terrible. Un hermano que ha abusado de su hermana. ¿Cuál es el porvenir reservado al hijo?»

«Describo una cruel realidad, esa cruel realidad que se llama la vida. Hemos visto también el caso de una muchacha maravillosamente bella, hija de un honrado campesino; fué violada por un vagabundo alcohólico, y concibió de él. ¿Que hacer con el hijo de esta unión monstruosa?»

«Hoy tenemos aquí el caso de una mujer agotada completamente, desagrada por numerosos partos anteriores, que ha dado a luz ocho hijos enfermos. Todas estas cosas me conmueven profundamente.»

Y termina pidiendo la reforma de la ley, que califica de cruel. Sólo la inconsciencia puede defender la ley actual. Tenía que llegar un día en que se denunciara la ley actual, y «yo la denuncio hoy».

HUNGRIA

¿SE HA IDENTIFICADO LA VITAMINA C?

El joven médico húngaro, Alberto Szentgyorgyi, profesor en la Universidad de Seghedino, declara haber identificado, en un ácido que él mismo descubrió en el riñón humano hace un año aproximadamente, la vitamina C. Este ácido, que el médico húngaro designó con el nombre de Hexuron, es un catalizador potente, que acelera el proceso de oxidación de las materias neutralizadas en el organismo.

Prosiguiendo sus investigaciones, el mismo doctor ha descubierto en las glándulas suprarrenales una segunda substancia que ha llamado novadrenalina. Sus efectos son más lentos, pero más durables que los de la adrenalina. Esta nueva substancia abre a la terapéutica, nuevos campos y nuevas posibilidades.

CURSOS Y CONGRESOS

BARCELONA

En la Clínica de Dermatología y Sifiliografía del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, tendrá lugar bajo la dirección del doctor Noguer-Moré el curso práctico anual de ampliación y especialización.

Consiste en lecciones prácticas de la especialidad, de aplicación inmediata a la medicina general. En diez lecciones que tendrán lugar los jueves de cada semana hasta el 4 del próximo Junio, expondrán los temas más atrayentes de clínica terapéutica dermo-sifiligráfica, siendo la matrícula gratuita. Anexo a este curso, se desarrollarán prácticas de Clínica y Laboratorio para cuya inscripción se abonarán veinticinco pesetas en la Depositaria de dicho Hospital.

CURSO SOBRE MEDICINA DEL TRABAJO

En el próximo mes de Mayo, tendrá lugar en el Instituto de Reeducción Profesional, un curso eminentemente práctico de Medicina del trabajo, reservado exclusivamente para médicos y en número de quince como máximo. Los alumnos se encargarán desde el primer día de hacer por sí mismos historias clínicas, valoraciones e informes; asistirán a todas las secciones del Instituto, y cuatro horas, por lo menos, semanales se destinarán a temas clínicos. Los jueves habrá una sesión operatoria a cargo del personal del Instituto.

Los médicos alumnos que lo deseen, podrán solicitar de la Dirección temas especiales de investigación para la tesis del doctorado.

Al final del curso, se dará un certificado a todos los señores que hayan acreditado una asistencia regular.

El curso será completado con una serie de conferencias sobre diversos temas de Medicina del trabajo.

CURSILLO RESUMIDO DE FISIOTERAPIA, RADIUMTERAPIA, ROENTGENERAPIA, ELECTROTERAPIA Y ACTINOTERAPIA

Este Cursillo, compuesto de veinticuatro lecciones, tendrá lugar desde el 29 de Marzo al 20 de Mayo de 1932 en el Departamento de Terapéutica Física del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Las lecciones serán explicadas por el doctor V. Carulla Riera, profesor de Fisioterapia en dicha Facultad, y colaborarán en su práctica los doctores J. Pellicer Sañu, A. Sánchez, A. Llorens, profesores ayudantes del Departamento y el técnico físico del Servicio, A. Moll.

Durante el curso se darán dos lecciones extraordinarias por el Profesor Gunzert, director del Centro Anticanceroso de la Facultad de Estrasburgo. Hablará de la fisioterapia del cáncer del cuello uterino.

Para matricularse dirigirse a la Secretaría de la Facultad de Medicina de Barcelona.

VALLADOLID

Cursillo sobre aplicación a la agricultura de la ley de accidentes del trabajo.—En la segunda quincena del mes actual, se dará en nuestra Facultad de Medicina un cursillo, para médicos y alumnos del último año de Medicina, sobre la «Aplicación a la agricultura de la ley de accidentes del trabajo».

El programa es el siguiente:

Concepto del accidente del trabajo.—Derecho a la reparación.—Legislación española.

Obreros y trabajos comprendidos en la legislación de accidentes del trabajo agrícola; lesiones a que éstos pueden dar lugar.

El estado anterior y el estado posterior al accidente. Tuberculosis, sífilis, diabétes y tumores en sus relaciones con los traumatismos.—La muerte y la prolongación de la incapacidad temporal, independientes del accidente.—Responsabilidad y derecho a la reparación en estos casos.

Incapacidad temporal.—Consolidación o curación de las lesiones.

Incapacidades permanentes.—Estudio crítico de las definidas en nuestra legislación y de otras que pueden observarse.—Valoración.

La actuación del médico.—Asistencia de los lesionados en accidentes del trabajo.—Certificados que el médico debe expedir; su redacción.—Informes escritos.—Peritaje ante los Tribunales; informes verbales.—Prevención de accidentes.

La matrícula, que podrá hacerse en la secretaría de la Facultad, a partir del 15 de Abril, es gratuita, y únicamente tendrán que acreditar los solicitantes el haber terminado los estudios de la carrera o hallarse cursando el último año.

Un certificado de asistencia será expedido a la terminación del cursillo, a quienes por su asiduidad se hagan acreedores al citado documento.

Las lecciones del programa mencionado, serán explicadas por el profesor auxiliar de la cátedra, doctor don Vicente de Andrés Bueno, y la inaugural estará a cargo del catedrático doctor don Ricardo Royo-Villanova y Morales.

Se harán ejercicios prácticos sobre las materias que se hayan explicado, y se gestionará la visita a importantes explotaciones agrícolas.

La lección inaugural se dará el lunes 25 de Abril, a las siete de la tarde.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORINOLARINGOLOGIA

Madrid, 1932

Comité Nacional para el estudio de la Otoesclerosis.—Como se ha comunicado oportunamente, por el Comité de organización, para el próximo II Congreso internacional de Otorinolaringología que se reunirá en Madrid del 17 al 30 de Septiembre de 1932, han sido nombradas Comisiones internacionales para el estudio de las ponencias oficiales: Otoesclerosis, Ozena y Escleroma. Todos los países contribuirán a la cruzada científica, aportando los resultados de sus encuestas encaminadas al esclarecimiento de estos grandes problemas de la especialidad. España debe sumarse al movimiento y, por ello, el Comité Nacional para el estudio de la Otoesclerosis tiene el honor de dirigirse a los especialistas compatriotas, rogándoles que se sirvan comunicarle el resultado de sus observaciones, ateniéndose al cuestionario adjunto. No se le oculta al Comité que, siendo el cuestionario un tanto extenso y prolijo, no será fácil responder a todos los extremos; sin embargo encarece a sus colegas que aun incompletamente o anotando datos de observación personal que no figuren en él, no dejen de contestar al mayor número posible de preguntas.

COMITE ESPAÑOL DE LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA EL REUMATISMO

Se ha constituido en España un Comité encargado de llevar a la práctica todos los acuerdos de la Liga internacional contra el reumatismo.

Es presidente honorario el doctor Pascua, director de Sanidad, y los restantes cargos los ostentan los señores siguientes:

Presidente, doctor H. Rodríguez Pinilla; vicepresidentes: doctor Gregorio Marañón y doctor J. F. Tello; secretarios: doctor J. Pardo Urdapilleta y doctor J. Grinda y López-Dóriga; vocales: doctor Codina Castellví, doctor Sanchis Banús, doctor Calandré, doctor G. Pittaluga, doctor A. del Cañizo, doctor C. Jiménez Díaz, doctor J. Negrín y doctor J. Blanco Soler; representantes nacionales: profesor E. Hervada (La Coruña), profesor Díaz Emparanza (Bilbao), profesor J. Rodríguez Fonos (Valencia), profesor A. P. Pi Suñer (Barcelona), profesor J. Cirera Voltá (Barcelona), profesor R. Royo Villanova (Zaragoza) y profesor González del Campo (Sevilla).

Para atender a los enfermos pobres que presenten algunas de las modalidades del reumatismo, se van a poner en marcha algunos consultorios especiales. Esto se ha hecho en Barcelona por algunos colegas, y se ha empezado a realizar en Madrid.

En la Casa de Socorro del distrito de Palacio, de Madrid, queda abierto el dispensario público y gratuito para enfermos reumáticos, bajo la dirección del doctor Blanco Soler, del Comité español de la Liga contra el reumatismo. En el Servicio del Hospital General, a cargo del doctor Marañón, queda instalada otra consulta especial. Y, en fin, en el Hospital de la Encarnación tiene el doctor Grinda otro consultorio.

Este Comité ha hecho suya la iniciativa del Comité español de la Liga contra el reumatismo, y en breve pondrán los medios para organizar una encuesta por toda España, en averiguación de la extensión de esta plaga social y en pesquisas de sus causas y de sus modalidades.

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA LITIASIS BILIAR

El Congreso Internacional de la Litiasis biliar, se reunirá en Vichy del 19 al 22 de Septiembre de 1932, bajo la presidencia del profesor doctor Carnot, miembro de la Academia de Medicina.

Comprenderá cuatro secciones:

- 1.ª Medicina.
- 2.ª Cirugía.
- 3.ª Terapéutica e hidrología.
- 4.ª Electrorradiología y fisioterapia.

El título de los trabajos que se presentarán deberán anunciarse por escrito al Secretario general, antes de 1.º de Junio de 1932.

Para los miembros titulares los derechos de inscripción al Congreso, incluido el envío del volumen con el extracto de las secciones, han sido fijados en 50 francos franceses.

Ruégase a los señores médicos que deseen tomar parte en el Congreso, dirijan su adhesión y toda la correspondencia al Secretariado general del Congreso, 24, Boulevard des Capucines, París, IX.º

CONGRESO INTERNACIONAL DE MUJERES MEDICOS

La Asociación internacional de mujeres médicos, celebró su sexto congreso en Viena, del 15 al 20 de Septiembre de 1931, bajo la presidencia de Mme. Thullier-Lndry.

En la orden del día figuraron principalmente las siguientes cuestiones: Actuación de las mujeres-médicos en los países exóticos y Legislación protectora de las obreras desde el punto de vista social e higiénico.

A la primera cuestión fueron presentadas comunicaciones por Mme. Balfour, médico anglo-indio y Mme. Poli-Garnier, de Argelia. El congreso decidió instituir un comité de estudios encargado de proponer medidas para remediar la pésima situación sanitaria de las mujeres indígenas. Tres mujeres médicos, las doctoras Adler-Herzmark (Austria), Bang (Noruega) y Sorrentini (Italia), presentaron comunicaciones sobre la protección legal de las obreras, que fueron objeto de animada discusión. Mientras las representantes de los países del Norte, se pronunciaron contra una legislación especial para las mujeres, las demás sobre todo las delegadas de Alemania, Austria e Italia, solicitaron la aplicación internacional de los acuerdos de Washington referentes a la protección de la maternidad y a la abolición del trabajo de las mujeres durante la noche.

El Congreso aprobó por unanimidad las siguientes conclusiones: Mejoramiento de la profilaxia de obreros y obreras e inspección regular de las fábricas por médicos de los dos sexos. Enseñanza obligatoria de la higiene industrial a los estudiantes de Medicina. «Control» médico del trabajo a domicilio. Aplicación del principio «salario igual a trabajo igual». Protección de las mujeres, antes y después del parto, tanto en su interés como en el de la raza.

VII CONGRESO DE MEDICOS DE LA LENGUA CATALANA

La segunda quincena de Junio se celebrará en Palma de Mallorca este Congreso, que es el primero que sale de las cuatro provincias catalanas.

CHECOSLOVAQUIA

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICOS SOCIALISTAS

En Karlovy Vary, se ha reunido el primer Congreso Internacional de Médicos socialistas. Las discusiones se resumieron en la opinión unánime de que el médico moderno, debe tener no solamente una comprensión social, sino también una convicción socialista. La asamblea acordó crear la Unión Internacional de médicos socialistas.

En el curso de la reunión se insistió una vez más sobre la interdependencia de los fenómenos económicos y las condiciones de higiene y de salud. El médico debe tener como ideal supremo la salud del trabajador y de su familia.

El congreso acordó las siguientes conclusiones: Mantener y extender los derechos adquiridos por los obreros en la esfera de la política social. Implantar y ampliar medidas comunales de higiene pública. Aumento del salario real. Reducción de la duración del trabajo; jornada de seis horas sin reducción del salario. Construcción de alojamientos higiénicos y económicos. Prolongación del período escolar hasta la edad de 16 años.

VACANTES

ALBACETE.—Peñascosa (partido judicial de Alcaraz), con 2.200 pesetas, tercera categoría. 1.705 habitantes, a ocho kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Albacete. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo próximo.

AVILA.—Navas de Arévalo (partido judicial de Arévalo), con 2.220 pesetas, tercera categoría. 1.036 habitantes. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

CASTELLON.—Onda (partido judicial de Nules), con 2.750 pesetas, segunda categoría. 7.722 habitantes, a 18 kilómetros de la cabeza de partido. Concurso de méritos. Solicitudes al 10 de Mayo.

CASTELLON.—Villarreal (partido judicial de Castellón), con 3.000 pesetas, primera categoría. 16.770 habitantes, a siete kilómetros de la capital. Estación férrea de la línea Valencia-Tarragona. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

CASTELLON.—Villafames (partido judicial de Castellón), con 2.200 pesetas, tercera categoría. 4.427 habitantes, a veinticuatro kilómetros de la capital. La estación más próxima, Castellón. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo. Hay otra titular.

CORDOBA.—Baena (partido judicial de Baena), con 3.300 pesetas, primera categoría. 18.361 habitantes. Estación férrea de la línea Linares Puente-Genil. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo. La residencia, en la barriada de Alhendín. Hay cuatro titulares más.

CORDOBA.—Bujalance (partido judicial de Bujalance), con 3.000 pesetas, primera categoría. 5.101 habitantes. La estación más próxima, El Carpio, a doce kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

CUENCA.—Priego (partido judicial de Priego), con 2.750 pesetas, segunda categoría. 2.445 habitantes. La estación más próxima, Chillarón de Cuenca, a cincuenta kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

GERONA.—Las Llasas (partido judicial de Puigcerdá), con 1.700 pesetas, quinta categoría. 1.203 habitantes, a cincuenta y nueve kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Ripoll, a trece kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

GRANADA.—Castarás (partido judicial de Albuñol), con 3.300 pesetas, primera categoría. 2.870 habitantes, a treinta kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Granada, a ochenta kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

GRANADA.—Moclín (partido judicial de Iznalloz), con 2.750 pesetas, segunda categoría. 4.972 habitantes, a treinta kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Pinos Puente, a 12 kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo. Hay otra titular.

GRANADA.—Piñar (partido judicial de Iznalloz), con 2.750 pesetas, segunda categoría. 2.217 habitantes, a once kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea de la línea Baza-Granada. Concurso de méritos. Solicitudes al 10 de Mayo.

HUELVA.—Castaña del Robledo (partido judicial de Aracena), con 2.475 habitantes, cuarta categoría, 439 habitantes, a catorce kilómetros de la cabeza

de partido. La estación más próxima, Jabugo, a ocho kilómetros. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo. 2.275 pesetas de gratificación.

MADRID.—Humanes de Madrid (partido judicial de Getafe), con 1.650 pesetas, cuarta categoría. 490 habitantes, a diez kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea de la línea M. C. P. Solicitudes al 10 de Mayo.

PALENCIA.—Vañes (Partido judicial de Cervera de Pisuerga). 2.200 pesetas, tercera categoría. 1.108 habitantes, a ocho kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Cervera de Pisuerga. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

SEGOVIA.—Carbonero el Mayor (partido judicial de Segovia), 2.200 pesetas, tercera categoría. 2.202 habitantes, a veinticinco kilómetros de la capital. La estación más próxima, Yanguas de Eresma. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo. Hay otra titular.

ZARAGOZA.—Morés (partido judicial de Calatayud), con 2.200 pesetas, tercera categoría. 1.262 habitantes, a veintinueve kilómetros de la cabeza de partido. Estación férrea de la línea Madrid-Barcelona. Concurso de antigüedad. Solicitudes al 10 de Mayo.

Nuestro querido compañero de Redacción, Delegado de REVISTA CLINICA CASTELLANA en Salamanca, doctor Antonio Calama, pasa en estos momentos por el dolor de haber perdido, víctima de rápida dolencia, a su esposa doña María Luisa Bellido Escudero, dama muy querida en la región salmantina por sus bondades.

Al asociarnos a esta desgracia que así trunca el hogar de nuestro compañero, le expresamos una vez más nuestro cariño, deseándole así como al resto de la familia, la entereza necesaria para soportar tan rudo golpe.

En esta capital falleció don Pedro León Pernia, padre de nuestro distinguido compañero y amigo el doctor Luis León, de la Beneficencia Municipal de Medina del Campo. Desde aquí le hacemos presente nuestro sentimiento, que hacemos extensivo a toda la familia del finado.

En Valencia falleció el día 6 del actual, el ilustre dermatólogo doctor Mauro Guillén, director de la Leprosaría de Fontilles (Alicante) y personalidad muy destacada en la medicina valenciana.

Su labor al frente del establecimiento de Fontilles, fué notable, mereciendo plácemes de cuantos leprólogos extranjeros le visitaron. Descanse en paz el ilustre compañero y reciba su familia la expresión de nuestro sentimiento.

El ilustre filántropo, marqués de Valdecilla, fundador de la Casa de Salud de su nombre, falleció en su pueblo natal. Descanse en paz el benemérito señor que tan bien supo emplear su caudal en beneficio de tantas instituciones.