

REVISTA CLÍNICA CASTELLANA

publicada por

Andrés Bueno, V. / Bañuelos, M. / Cilleruelo, J.
Gavilán, M. / Ledo, E. / Morales, L. / Villacián, J.

y

Royo-Villanova, R.

Redactor-Jefe

Baena, V.

Secretario de Redacción

Redactores

Andreu Urra, J. / Argüelles, R. / Azpeitia, D. / Barrio de Medina / Calama / Calvo Melendro / Casas Sánchez / Costero / Crespo Alvarez, D. / Cuadrado, F. / Díaz-Caneja / García Lorenzana, F. / González Calvo, V. / Martín Escobar, M. / Martín, C. / Pardo, A. / Querol / Sáez, L. / Salazar, E. / Suárez, F. / Vidal Jordana / Vilanova, X. / Villa, I. de la / Villacián, A. / Villegas / Zapatero, E.

AÑO II / 1932



PUBLICACIÓN MENSUAL

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN:

NÚÑEZ DE ARCE, 4

VALLADOLID

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de 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

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 glicerosofórico 0.046 »
 { Acido cacodílico 0.030 »
 { Hierro asimilable 0.002 »
 { Glicerosofato estriánico 114 millg.

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

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

B. Nogales.— <i>El absceso de fijación en terapéutica mental.</i> —Pág.	5
P. Cabello y J. M. ^a Villacián.— <i>Los trastornos neuropsíquicos de los tuberculosos pulmonares en relación con su período evolutivo</i> (con tres grabados).—Pág.	14
J. Martínez Bruna.— <i>El símbolo pH, su concepto, determinación y fisiopatología</i> (con un grabado).—Pág.	26
V. Baena.—Casos clínicos. <i>Anemia perniciosa de Biermer</i> (con un grabado).—Pág.	44
J. J. G. Gómez Sigler.— <i>La lucha antivenérea; el abolicionismo de la prostitución y el certificado pre-nupcial.</i> —Pág.	51
L. Sáez.—Comentarios rurales. <i>La Asamblea de médicos titulares inspectores de Sanidad.</i> —Pág.	54
LIBROS RECIBIDOS.—Pág.	59
CRÓNICA REGIONAL.—Pág.	60

Myoston

"Henning"

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

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

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN

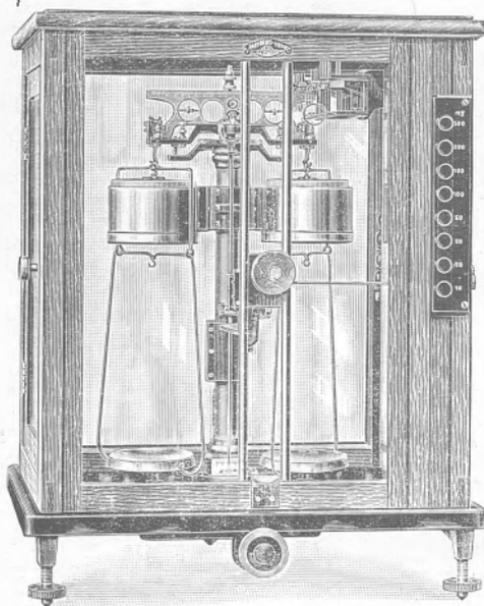
BARCELONA * APARTADO 712

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

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



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

: Instalaciones completas de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS
PUROS : MOBILIARIO CLÍ-
NICO : INSTRUMENTAL
QUIRÚRGICO

~~~~~  
MICROSCOPIOS LEITZ

MICRÓTOMOS LEITZ

COLORÍMETROS, NEFELÓ-  
METROS Y POLARÍMETROS  
LEITZ

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

Colorímetros Folien según Wulf
para el P. H.

BALANZAS de precisión SAR-
TORIUS.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

ALMACENES

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

Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

El absceso de fijación en terapéutica mental

por B. NOGALES, de Palencia

De entre todos los medios terapéuticos que empleamos hoy, con más o menos resultado en Psiquiatría, resalta con particular eficacia, dada su inocuidad y su fácil técnica, el *absceso de fijación*, procedimiento que como la malarioterapia, surgió del empirismo, pero que después, ante su reconocida eficacia, hemos hecho introducir en nuestro arsenal terapéutico.

Es interesante recordar que el absceso de fijación no es más que un perfeccionamiento moderno de la vieja medicación revulsiva, empleada en otros tiempos, bajo la forma de exutorios (cauterios, setón, sedal, pustulación estibiada) que se introducían y aplicaban sobre la piel, principalmente del cuello, para producir irritación primero, y un pus loable después, que se decía, obraba «como derivativo de los gérmenes desconocidos que atacaban al paciente», érase, pues, en los tiempos de Hipócrates y Galeno, que bajo el reinado de las teorías humorales, se pensaba desembarazar al organismo por este medio, de los «humores pecantes y mortíferos».

Claro es que a los fines de la práctica no importaba, fuera o no cierta esta teoría, ya que lo cierto es que los resultados eran satisfactorios, y que esto sobrevenía cuando empezaba a producirse el pus, al cual el pensamiento humano de entonces, otorgó esa función.

Y el absceso de fijación, procedimiento empírico, que ha conseguido y conseguido éxitos rotundos en el tratamiento de las enfermedades somáticas, fué llevado a la medicina mental por Jacobi, de Berlín, que tratando varios casos de manía y lipemanía, observó conseguía francas mejorías con la aplicación de una pomada estibiada sobre el «vertex».

Empezaba, pues, ya, a pensarse que la supuración, al igual que por otro lado, las enfermedades febriles, modificaban el curso de los trastornos mentales, y así surgió después del descubrimiento de la enfermedad de Bayle (parálisis general progresiva), las comunicaciones sobre remisiones consecutivas a enfermedades y procesos supurativos, como aquella primera de Schule en 1825, que nos refiere la curación de un paralítico, luego de haber sufrido un flemón en un pie y gangrena pulmonar.

Pero así como la literatura sobre malarioterapia y otros agentes piretógenos, se ha hecho abundantísima, la de los abscesos de fijación en terapéutica mental es un tanto pobre, siendo como es necesario divulgar este método, que tiene la ventaja sobre ningún otro, que no se necesitan conocimientos ni útiles especiales, por lo que se puede aplicar muy bien en el

medio rural, porque a más de ello no tiene peligros ni contraindicaciones, y en relación con esto, su acción, es en la mayoría de los casos muy favorable.

Esta es la razón de esta publicación, en la que detallo los resultados de mi experiencia, en la práctica manicomial, en 240 abscesos de fijación en los grupos más definidos de las enfermedades mentales, por lo que he podido precisar bien las modalidades de su técnica, su acción, indicaciones y contraindicaciones, todo lo cual paso a reseñar.

TECNICA.—Es bien sencilla y por todos conocida, por lo cual sólo voy a dar algún detalle, fruto de mi experiencia; se pondrá con aguja corta (de las de inyección subcutánea), cuando se quiera que la acción sea más inmediata (ya a las doce horas), la fiebre más alta (de 39 a 40°) y la reacción local también más intensa y todo esto se sostenga pocos días (máximo 3 a 4), para esto la inyección será en pleno tejido subcutáneo (a unos dos cm.), en la nalga, y por el contrario, cuando se desee los efectos opuestos, se pondrá bastante profunda, como se ponen las inyecciones de bismuto. El sitio de elección para nosotros ha sido siempre la región supero-externa de la nalga, y esto por varias ventajas; una muy principal, porque tratándose de enfermos que son tan rebeldes a toda intromisión terapéutica, ésta es la mejor posición para sujetarlos y para que no vean poner la inyección, a más es menos dolorosa, más rápida y más fácil en poner, que no en la región externa del muslo, que por tener una aponeurosis tan fuerte e inextensible, causa mucho dolor y es muy difícil la evacuación del pus, caso que llegue a supurar; única precaución en el momento de la punción, es poner primeramente la aguja sola, y observar si sale sangre, pues aquí las consecuencias serían terribles si se inyectara el líquido en un vaso sanguíneo.

Debe emplearse siempre *trementina vieja, limpia, pero no esterilizada*, primeramente porque no es necesario ya que en este medio no es posible se desarrolle ningún germen, y segundo porque los resultados en la práctica son menos favorables, ya que se rebaja mucho su acción leucógena como hemos podido comprobar con la trementina preparada por las farmacias, en ampollas y esterilizada, cuando hemos tenido que utilizarla en nuestra práctica privada.

DOSIS.—La que he empleado más frecuentemente ha sido la de 1 cc., y la experiencia me ha enseñado que sobre todo en el sexo masculino (en el femenino hay que aumentar las dosis) no se consigue nada con pasar de 1 y 1/2 cc., puesto que lo que no hacen estas dosis no lo hacen las superiores, expuestas además a demacrar y a molestar demasiado al enfermo, y a que si existe algún estado tuberculoso más o menos encubierto, o a que la indicación mental no está bien hecha, empeore mucho el cuadro orgánico o mental, sin que podamos dominar la acción del absceso, en este caso desfavorable.

El siguiente cuadro en este sentido, es muy expresivo, en el que se señalan también los abscesos que han supurado.

	Num. total de abscesos	ABSCESOS					
		NO ABIERTOS			ABIERTOS		
		Resultados favorables duraderos	Resultados favorables sólo inmediatos	Resultados nulos	Resultados favorables duraderos	Resultados favorables sólo inmediatos	Resultados nulos
1/2 c. c.	22	2	4	16			
3/4 c. c.	38	2	16	20			
1 c. c.	144	32	42	62	2	6	
1 y 1/2 c. c.	30	8	6	10		4	2
2 c. c.	6	2	2			2	
Totales.	240	46	70	108	2	12	2

Véase pues, qué pequeño es el número de abscesos que han llegado a la supuración, por lo que no hay razón a temer, como he visto a algunos principiantes, el que haya que abrir un absceso, en cuyo caso nosotros siempre hemos aplazado este momento, exclusivamente, porque la acción favorable se sostiene más o llega a presentarse si es que hasta entonces no se había producido, y además porque la herida se hace más limpia y más fácil de cerrar, lo cual ocurre aun con la poca asepsia que se puede tener en esta clase de enfermos.

El no ser frecuente, aun con dosis de 2 cc. de que llegue a supurar, creo puede ser debido a diferencia de lo que ocurre cuando se ponen en las enfermedades infecciosas, en que en nuestros casos, al no haber infección, no había estimulación previa de los órganos leucopoyéticos, no hay hiperfunción y por lo tanto no hay hiperleucocitosis, con ello no es fácil la arribada de los mismos en cantidad exagerada al punto de la inyección, como ocurre cuando presentes en la sangre se hace la inyección de trementina, que estimulante y derivativa, viene a añadirse a la análoga función de los agentes microbianos.

En resumen, se han abierto sólo 16 abscesos del total de 240, lo que arroja una proporción de un 6,66 por 100, en lo que al parecer más que las dosis ha influido el estado orgánico del sujeto, ya que se ha dado siempre en enfermos bien nutridos y bien constituidos desde el punto de vista somático; en cuanto a su acción sobre el estado mental, no he encontrado diferencias importantes, ya que depende todo de que la indicación esté bien hecha y del período en que se encuentra la enfermedad, apreciación muy sujeta a errores.

CURSO DEL ABSCESO.—El dolor, síntoma eminentemente subjetivo,

es por lo tanto muy diferentemente apreciado en esta clase de enfermos, pues entre la diferencia, por ejemplo, que muestran los esquizofrénicos, sobre todo los catatónicos y estuporosos, y aquellos otros que lo muestran muy exagerado como los angustiosos y depresivos o las protestas de los paranoicos, hay todas las variaciones, sólo hemos pues de señalar, que el dolor cuando se siente no exageradamente, actúa de un modo psicoterápico, es como «llamadas a la realidad de la vida», como un despertar a la vida real y a la reintegración al medio, el cual, si se tiene la habilidad de formarle con un ambiente dulce, comprensivo y muy «Sanatorial», habremos conseguido mucho por la curación del enfermo.

Ya descartada la modalidad de reacción psíquica y teniendo en cuenta sólo en relación con la dosis, diremos, que con la dosis máxima de 2 cc. no hemos observado ningún caso en que no haya podido ser soportado este dolor, y que en todo caso ha podido ser bien dominado sólo con fomentos calientes, con pequeñas dosis de analgésicos (compralgardán) bien asociado a hipnóticos (allonal y cibalgina), medios todos que actúan además psicoterápicamente, pues el enfermo ya en estas circunstancias, agradece mucho las atenciones del médico y personal auxiliar.

La *fiebre*, que empieza con el dolor alrededor de las 12 a las 18 horas, y que es máxima del segundo al tercer día, no guarda una relación directa con la reacción local y sí con la dosis de trementina inyectada, alcanzando con la cantidad de 1 a 1 y 1/2, temperaturas de 39 a 40° (máxima de uno de nuestros casos con 1 cc.; 40,8°), por lo cual me afirmo en el criterio de no poner dosis superiores a 1 y 1/2 cc. que casi es la dosis óptima y ponerla algo superficial, como decía al comienzo de este artículo.

Correlación manifiesta también hemos encontrado entre el comienzo de la elevación de la temperatura y la sedación del estado mental, en aquellos casos en que el efecto total había de ser favorable.

ACCION SOBRE EL PESO.—De una manera general disminuyen de peso con este medio, los dementes orgánicos (parálisis general, demencias senil y estados muy avanzados de otras psicosis), y por el contrario le aumentan los esquizofrénicos, maníacos y epilépticos.

CUIDADOS GENERALES.—Durante el curso del absceso no hay más que tomar los cuidados pertinentes a un enfermo febril (prevenir mediante tónicos cardíacos la acción de las fuertes pirexias, calmar el dolor y vigilar el aparato cardio-pulmonar y el urinario, a más de la reacción local del mismo absceso), y junto a esto medidas psicoterápicas (aislamiento, prohibir visitas y lecturas hasta que empiece a mejorar), hipnóticos y rodearle, en suma, de un ambiente verdaderamente sanatorial o médico, factor de enorme importancia en el éxito de toda terapéutica mental.

De acuerdo con esto, he creído siempre que debe ser el mismo médico

el único que no sólo disponga, sino que también el que por sí mismo ponga la inyección de trementina y que haga ver a todo el personal auxiliar que estas inyecciones no se ponen en ningún caso como medio de castigo, como tienen que creer forzosamente algunos enfermos reclusos, cuando la autoridad del médico se ve coartada; inútil es decir que en estas circunstancias no es posible valorar ni éste ni ningún otro medio terapéutico, y así es como cunde el desaliento entre las familias y los médicos no especializados, por la curabilidad de las enfermedades mentales.

ACCION SOBRE EL ESTADO MENTAL.—Podemos decir con Pascal-Davesne que en principio todas las enfermedades mentales, cualquiera que sea su etiología son influenciadas y muchas veces mejoradas por el absceso de fijación.

Actúa, desde luego, muy diferentemente sobre los síntomas de fondo—los específicos y por ello los menos aparatosos—a diferencia de aquellos otros secundarios o periféricos en el sentido de Hoche—más aparatosos, más peligrosos y más urgentes a nuestros efectos de dominar—como son las impulsiones, la confusión, trastornos psico-sensoriales, crisis motoras, verborrea, que desaparecen a veces por largo tiempo, lo que equivale a una curación práctica o remisión social.

Y no nos ha de decepcionar el no haber podido conseguir más, el no haber llegado a la curación «verdad» como piden algunos exigentes y «espíritus del pasado», para determinarse a obrar en Psiquiatría; pensemos que cuando hay alteraciones profundas en las estructuras de los órganos o modificaciones congénitas del plasma, nada podemos hacer, ni en medicina mental, ni en medicina de los demás órganos, como por ejemplo ante una cirrosis de hígado, un cáncer de estómago o una hemofilia.

Pero es que en Psiquiatría no hay razón, porque presenciemos un cuadro muy aparatoso, a sentar ya un mal pronóstico y a pensar que existan esas lesiones, y con ello a cruzarnos de brazos, ya que por el contrario son estos los casos que muchas veces remiten más *francamente*, como ocurre en la esquizofrenia y en la psicosis maniaco-depresiva, en los que hoy no conocemos (no siendo en períodos finales) que existan esas lesiones irreparables, como así ocurre en la parálisis general y otras demencias orgánicas, que en todo caso, ante una agitación y siempre a modo de ensayo, debemos emplear.

Sentado esto, vamos a señalar a la vista del siguiente cuadro, nuestros resultados:

ACCION DEL ABSCESO SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES

	Núm. total de abscesos		Resultados favorables duraderos sobre								Resultados favorables solo inmediatos sobre								Resultados nulos							
	Núm. total...	Abiertos	No abiertos...	Abiertos.....	No abiertos...	Agitación.....	Negativismo..	Alucinaciones	Depresión	Ataques.....	Núm. total...	Abiertos.....	No abiertos...	Agitación....	Negativismo..	Alucinaciones	Depresión	Ataques.....	Núm. total...	Abiertos.....	No abiertos...	Agitación.....	Negativismo..	Alucinaciones	Depresión	Ataques.....
Esquizofrenia simple.....	14		14		2	2					2	5	5	2	3				7	7	7	2	1			
Esquizofrenia catatónica . . .	26	2	24	2	2	2					2	2	2	2	2				22	22	22	8	14			
Esquizofrenia agitada.....	14	2	14	6	6	6					6	6	6	6					2	2	2	2				
Manía crónica.....	16		16								4	4	4	4					12	12	12	12				
Psicosis manía depresiva for-																										
ma maniaca	32	2	30	2	12	12					6	2	14	16					4	4	4	4				
Psicosis forma depresiva	20	4	16	2	2			2			8	4	4	8					18	2	16	14				2
Epilepsia (agitación).....	18	4	14	8	8	8					8	4	4	8					2	2	2					2
Epilepsia (estado de mal).....	50	4	46	12	12						12	32	4	28					6	6	6	6				2
Parálisis general.....	14		14								12								14	14	14	12				6
Oligofrenia.....	14		14								2	2	2	2					2	2	2	6				6
Paranoia alucinatoria.....	12		12	2	2	2					2	2	2	2					8	8	8	6				8
Alucinosis confusional.....	6	6	6	2	2			2			3	3	3	3					1	1	1					1
Alucinosis esquizofrénica.....	4		4								2	2	2	2					2	2	2					2
	224	16	240	48	2	46	30	2	2	12	82	12	70	38	5	5	2	32	110	2	108	60	15	17	14	4

A la vista de esto deducimos lo siguiente: de 240 casos, han dado resultados favorables 130 (un 54 por 100). De entre estos, los resultados más favorables han sido observados, primero en la epilepsia (preferentemente en los estados de mal), esquizofrenia agitada, simple, estados maníacos de la psicosis circular, estados confusionales, consiguiéndose, sobre todo en las dos primeras psicosis, a veces una verdadera remisión, como nos ocurrió en dos casos de esquizofrenia agitada, que tras de los abscesos de fijación se consiguió espaciar por más de dos años, la explosión de otros nuevos brotes psicóticos.

Sobre los síntomas hemos visto que preferentemente han obrado sobre los ataques de epilepsia genuina, pues en los de tipo sintomático (parálisis general y lúes cerebri, los resultados han sido casi nulos), estados confusionales, agitación de tipo motor en los esquizofrénicos o maníacos no llegados a la cronicidad.

Los casos más sorprendentes han sido en el tratamiento de los estados de mal epiléptico, que acusa una proporción de éxitos de un 98 por 100, o sea de 44, todos han dado resultado menos 2, y presentaban (aquí puede estar el fracaso), uno un síndrome depresivo con mal estado general (fiebre, lengua saburral, diarrea), síndrome infeccioso que le determinó la muerte, y el otro era un epiléptico ya muy demenciado, que no obstante mejoró algo de estado orgánico; del total este hay un 28 por 100 en que la mejoría se ha sostenido largo tiempo, modificándose el curso de presentación de los ataques y pudiendo conseguir una mayor adaptación al régimen manicomial y a la vida de trabajo, aunque por la naturaleza misma de esta enfermedad, considerada hoy por hoy como incurable, y los escasos medios que contaba para proseguir el tratamiento con otras terapéuticas haya sido causa de no haber podido ser externado ninguno; de todos modos, vuelvo a insistir de que considero el absceso de fijación insustituible en el tratamiento de estos estados, y considerando que tarda en empezar a ejercer su acción de 12 a 18 horas, siempre será conveniente empezar el tratamiento de estos estados de «mal» con la inyección endovenosa de somnifeno o luminal sódico, al mismo tiempo que se hace la inyección de trementina en la nalga; por lo demás, aun fuera de estos estados, deberá ensayarse en toda epilepsia, cuando se muestre muy rebelde a la terapéutica de luminal, bromuros, preparados de calcio, etc.

Los casos desfavorables han sido dados principalmente en la paranoia alucinatoria, sobre todo en la de base endógena, en que no ha sido posible modificar en nada y aún se ha empeorado, así también en los estados endógenos depresivos, sobre todo si coincidían con la involución cerebral, lo mismo si se ha tratado de cuadros correspondientes a la psicosis circular, como a la epilepsia (distimias epilépticas), en todos los cuales exagera las ideas de humildad y cenestésicas, en la esquizofrenia depresiva y en la catafónica y estuporosa en la que lo creo formalmente contraindicado.

Por último ha sido totalmente indiferente en la oligofrenia y en la manía crónica, así como también en la parálisis general, aun cuando por los pocos casos que de esta última he ensayado, no pueden hacerse afirmaciones concretas.

En cuanto al síntoma, lo más rebelde a este tratamiento son las depresiones, alucinaciones, el negativismo y autismo, sobre todo si es estuporoso, ya que en los demás casos si se consigue por lo menos llamar la atención del enfermo a su dolor y con ello al mundo real que le circunda, que si está formado en un ambiente de comprensión y atención para esta clase de enfermos, los resultados favorables no se harán esperar.

Ya deducidas por esto cuál son las contraindicaciones de orden psiquiátrico, hemos de establecer las de tipo somático, en lo cual casi ni es necesario tener en cuenta más que la presencia de una enfermedad bien manifiesta en el aparato cardio-pulmonar (sobre todo los estados tuberculosos) o renal, y en cuanto a la edad no es una contraindicación formal, inconveniente solo, si han de estar en cama algunos días, lo que puede acarrear la aparición de escaras sacras, como así ocurre también en la parálisis general y en los dementes finales, en los cuales de llegar a emplearlo será a dosis máxima de 1/2 cc. para que no se vean obligados a hacer cama.

REPETICION DEL NUMERO DE ABSCESOS.—Han sido repetidos en 36 enfermos en la siguiente proporción:

Han sido repetidos 7 veces en 2 enfermos.

»	»	6	»	en 2	»
»	»	5	»	en 2	»
»	»	4	»	en 2	»
»	»	3	»	en 8	»
»	»	2	»	en 20	»

Total núm. de abscesos: 108

Total núm. de enfermos: 36

Lugar que ocupan en relación con su resultado:

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Resultados favorables duraderos. . .	10	12	4	4	4	4		38
Resultados favorables sólo inmediatos	14	8	10	4	2		2	40
Resultados nulos	12	16	2					30
	36	36	16	8	6	4	2	108
	72							

de lo cual se deducen las siguientes conclusiones: que el 75 por 100 acusan mejoría repitiendo, y que tanto los nulos como los francos resultados se advierten ya en los primeros abscesos, por lo que si no se advierte mejoría

en los dos a tres, como máximo, abscesos, casi es seguro que nada se adelantará con repetir, ni aun cuando sean distanciados, que en todo caso siempre será conveniente dejar pasar unos 15 días desde que cesa toda señal de inflamación para repetir, ya que sí parece gastarse la potencia reactiva del organismo cuando se le somete reiteradamente y con frecuencia a la acción de estas sacudidas leucógenas.

En realidad la conveniencia de repetir o no está en relación con el diagnóstico del síndrome, como puede verse en el siguiente cuadro:

Relación entre el diagnóstico y el resultado

NÚMERO QUE SE REPITE	Resultados favorables duraderos							Resultados favorables sólo duraderos							Resultados nulos							TOTAL
	Resultados favorables duraderos							Resultados favorables sólo duraderos							Resultados nulos							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
Esquizofrenia (agitación)																						6
Esquizofrenia (depresión)	2																					2
Esquizofrenia (catatónica)																						2
Psicosis manía depresiva (forma maníaca)																						4
Psicosis manía depresiva (forma depresiva)																						2
Manía crónica																						6
Oligofrenia																						2
Paranoia																						2
Parálisis general																						2
Epilepsia (ataques)	8	6																				4
Epilepsia (agitación)																						2
Alucinosis tóxica																						2
	10	12	4	4	4	4	4	14	8	10	4	2	2	2	12	16	2					108

De ello se deduce que en la epilepsia (ataques, y algo menos en la agitación o furor epiléptico) da resultados siempre repetir, así también en los estados maníacos de la psicosis circular, y por el contrario, tenemos fracasos en la oligofrenia desde un principio, así también en la paranoia, en la esquizofrenia catatónica, estuporosa y depresiva, no así en la agitada, en la que también convendrá repetir, como también en la parálisis general.

En resumen, tenemos, pues, en el absceso de fijación un medio excelente en terapéutica psiquiátrica, que bien aplicado y ayudado en todo caso, cuando se trata de la práctica sanatorial, por los otros medios terapéuticos mejor estudiados, como la malarioterapia, la psicoterapia y la terapéutica, por el trabajo, y rodeados—vuelvo a insistir—de un ambiente favorable y adaptado a la particular psicología de estos enfermos, pueden darnos éxitos que equivalgan, como decía anteriormente, a una curación «práctica» que hoy por hoy es a lo menos que debemos aspirar en esta como en otras enfermedades o plagas sociales.



SANATORIO GREDOS (AVILA)

MÉDICO DIRECTOR: DR. VALDÉS LAMBEA

Los trastornos neuropsíquicos de los tuberculosos pulmonares en relación con su período evolutivo

por Pedro CABELLO, Médico, residente

y José M.^a VILLACIÁN, Médico del Manicomio provincial de Valladolid

Desde tiempos remotos vienen estudiándose las peculiaridades que en la vida mental de quienes la padecen, produce la tuberculosis pulmonar, hasta el punto que ha creído verse una particular psicología de la tuberculosis. Mucho menos ha llamado la atención de los clínicos, la relación que pudiera haber entre la frecuencia y naturaleza de los síntomas neuropsíquicos y el período evolutivo de la enfermedad. Quizás haya contribuido a ello lo continuamente cambiante que el criterio evolutivo de la misma ha sido en estos últimos años, bastando para corroborar este aserto, el considerar lo lejos que hoy estamos, más que en cuanto al tiempo en cuanto a las ideas, de aquellos períodos, que siguiendo la clasificación de Turban-Gerard, hace poco más de un decenio, constituían los últimos adelantos en el estudio clínico de la tuberculosis pulmonar.

Pero así como en el aspecto evolutivo nuestras ideas han cambiado fundamentalmente, no ha corrido una suerte paralela el criterio con que todavía se estudian los síntomas de índole neuropsíquica que acompañan con frecuencia inusitada a tan corriente enfermedad. Todavía en estudios bien modernos, como en la tesis que este mismo año Ronce ha dedicado a la psicología de los tuberculosos, aunque se hace un análisis minucioso del modo de ser mental de los mismos, y se sigue un criterio evolutivo en la descripción de los síntomas psíquicos, se refiere más bien al modo de cursar y a las modificaciones que en el tiempo experimenta la psiquis del tuberculoso, sin que trate de poner en relación esos mismos síntomas con el período evolutivo en que se encuentra la enfermedad, a la luz de lo hoy definitivamente probado por este concepto. Constituía, pues, una sugestión interesante el intentar estudiar así ese problema, y este trabajo quiere ser un fiel reflejo de nuestros hallazgos y meditaciones aprovechando la oportunidad del intercambio científico que una vida en común durante unos meses colocó a sus autores.

Bien conocido es de todos los médicos el modo de ser psíquico de la mayoría de los tuberculosos; no hemos, pues, de repetirlo aquí. Digamos, sin embargo, que ciertos enfermos exageran esos rasgos mentales en un sentido o en otro, llegando a adquirir tal preponderancia en el cuadro clínico, que en ocasiones pasan a ocupar el primer plano entre los síntomas de la enfermedad, influyendo por ese solo hecho en el pronóstico y exigiendo una terapéutica especial que tienda a restablecer equilibrio neuropsíquico tan perturbado.

Nuestro objeto no es, claro está, describir aquí todos estos trastornos, cuyo estudio sistemático y eminentemente clínico puede encontrarse en la obrita de Valdés Lambea que recordamos en la nota bibliográfica. Sólo queremos mencionar algunos hechos que corroboran lo encontrado por otros autores o nacen de nuestra experiencia particular.

En primer lugar, subrayemos que la tuberculosis, desde el punto de vista psíquico, salvo localización encefálica o meníngea, no crea nada nuevo; exagera lo poco intenso o pone de manifiesto lo latente; a esto se limita su acción. Quiérese decir, que el estudio del temperamento y de la constitución es indispensable si queremos hallar la razón de los trastornos; el ciclotímico reaccionará ante la tuberculosis de distinto modo que el esquizotímico, como se encontrarán síntomas de índole neurasténica, obsesiva, depresiva o histérica, según sea la constitución anterior del sujeto.

Al papel de la tuberculosis en la etiología de la esquizofrenia, merece que le dediquemos unas líneas. Admiten algunos autores, como Wolfer, Ciarla, Vallejo Nájera y Valdés Lambea, que la tuberculosis desempeña una acción, al menos indirecta, en la etiología de la esquizofrenia, fundándose en la frecuencia de la tuberculosis entre los esquizofrénicos, y de la esquizofrenia y constitución esquizoide entre los tuberculosos o sus familiares. Para Lafora y Fernández Sanz, no hay entre esas enfermedades otra relación que la de mera

coincidencia. Claude y Baruk sostienen que los trastornos mentales sólo se desenvuelven en los tuberculosos de marcha tórpidas, y para explicarlo hacen entrar en línea de cuenta la intoxicación lenta y moderada como causa de la demencia precoz. Opiniones contradictorias se sostuvieron a este respecto en el XXXIV Congreso de alienistas franceses, celebrado en Lille en Julio de 1930.

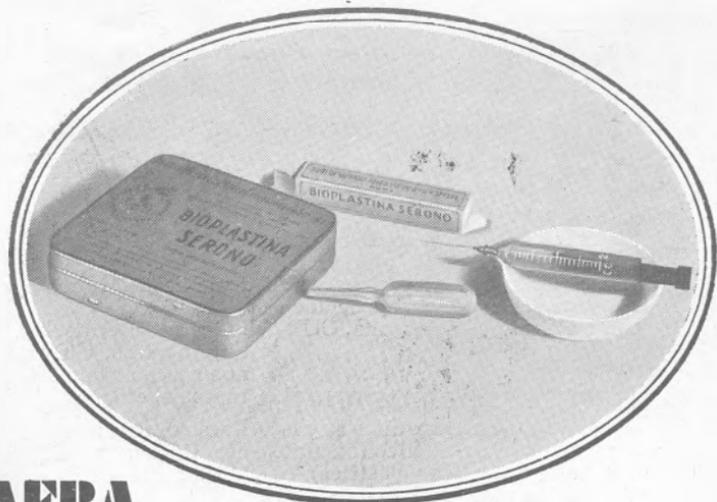
Del estudio de 580 individuos que han presentado diversas formas de trastornos mentales coincidiendo con la tuberculosis, concluye Tripi que no hay todavía posibilidad de decidirse por una opinión u otra sobre la relación entre tuberculosis y demencia precoz. Simpson estudia los cambios de la personalidad en los niños tuberculosos y afirma que esta enfermedad favorece la aparición de la esquizoidia.

Desde que Löwenstein llamó la atención sobre la frecuencia de la bacilemia tuberculosa en un gran número de procesos de etiología poco menos que no conocida, y entre ellos de la esquizofrenia, las investigaciones de los psiquiatras se han dirigido por ese camino con resultados no demostrativos por ahora. Ignoramos lo que el porvenir reserva a esta hipótesis, pero hoy ya podemos adelantar que otros investigadores no la han confirmado.

Las observaciones recogidas en su servicio manicomial por uno de los autores de este trabajo, le autorizan a afirmar que un tanto por ciento muy elevado de sus esquizofrénicos mueren de tuberculosis. Seguramente que este hecho no tiene gran valor por darse con frecuencia inusitada en otros enfermos mentales, y por tener el firme convencimiento que la mayoría de sus enfermos presentan signos de actividad sólo después del ingreso en su servicio. Ha observado también que con el desarrollo de la tuberculosis, que casi siempre lleva una marcha rápida, muchos síntomas mentales, como la agitación, delirios y alucinaciones, mejoran o desaparecen; sujetos completamente inabordables antes de ser tuberculosos, se hacen muy tratables después; sin embargo otros síntomas, como las aquinesias o el estupor, empeoran hasta poco antes de morir, en que un delirio más de tipo infeccioso que esquizofrénico pone fin a tan miserable existencia.

Pero esta frecuencia de tuberculosis en sus esquizofrénicos, ha sido mayor en los de tipo asténico o displástico que en los de hábito atlético, y desde luego mucho menor en los púnicos, siendo este problema uno de los que constituían sus investigaciones que reanudará lo antes que pueda. Si tenemos ahora en cuenta que la forma corporal o figura depende de ciertas constelaciones endocrinas, podríamos aproximarnos, por el desenvolvimiento de esta hipótesis de trabajo, a la explicación de la frecuencia de la tuberculosis entre los esquizofrénicos y viceversa.

Volviendo ahora a nuestro asunto, surge preguntar: ¿se presentan los trastornos neuropsíquicos con más frecuencia o de un modo exclusivo en determinado período evolutivo de la infección tuberculosa, o por el contrario, se dan en igual proporción en todos sus períodos?



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

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



LABORATORIOS VIAN

Doctor B. Roig Perelló

San Pablo, 33 - BARCELONA

los FERMENTOS LÁCTICOS VIAN

(cada tubo de 2 cc. contiene 500 millones de B. lácticos y búlgaros, seleccionados, puros y vivos) a la dosis de 3-4 tubos por día, en ayunas y antes de las comidas, mezclados con leche o agua lactosada, CURAN:

Gastro enteritis. Diarrea verde infantil. Enterocolitis. Cirrosis hepática. Trastornos nerviosos de origen intestinal. Dermatitis, etc.

BACTERIOFAGOS VIAN

Antifético - Antiparafético A y B
Antidisentérico - Anticolibacilar
(vía hipodérmica y gástrica)

Anticolibacilar polivalente
(caja de 10 ampollas de 10 cc.)

Para combatir con éxito las enfermedades tíficas, paratíficas, colibacilares y antidisentéricas.

de intensa acción lítica sobre el B. coli, en las afecciones de los aparatos digestivo y urinario. Colitis, Sigmoiditis, Gastroenteritis, Colicistitis, Congestiones hepáticas, etcétera, Pielonefritis, Pielitis, Cistitis; Prostatitis, Uretritis, etcétera.

Antiestafilo-estreptocócico

Indicado en el tratamiento de Antrax - Forunculosis - Orzuelos - Pleuresia estreptocócica o estafilocócica - Salpingitis - Fiebre puerperal - Ulcera gastro-duodenal, etc.

¡ un acierto !
en dietética

como alimento normal

es el complemento preciso de la leche, asegurando su digestión y aportando calorías (maltosa, dextrina, albúmina), vitaminas, fosfatos, sales de hierro y calcio naturales y asimilables.

como tratamiento

de la dispepsia, colitis y enterocolitis, en los trastornos por putrefacción y en otros muchos que no responden a tratamientos clásicos y doctrinales este régimen, cómodo, agradable y económico, le proporcionará seguros éxitos y agradables sorpresas.



MALTARINA

El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - Reinoso -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos

Del estudio de cincuenta tuberculosos que han hecho o hacen cura sanatorial, resulta que diez presentaban trastornos psíquicos de un modo predominante. De estos diez, seis presentaban formas clínicas correspondientes al segundo período de Ranke, y cuatro al tercero. Del total de los enfermos, treinta y siete pertenecen al tercer período y trece al segundo. O sea:

Total de enfermos con trastornos psíquicos.....	20,00	por 100
Pertencientes al tercer período.....	14,00	»
Idem al segundo idem.....	46,15	»

En lo anterior incluimos también a dos moribundos terciarios que antes no les habían presentado. Excluyéndoles, queda la proporción general en 16 por 100 y la de enfermos de tercer período en 5,40 por 100 solamente. Resalta de esta estadística, primero la gran frecuencia de trastornos psíquicos y neuróticos en los tuberculosos secundarios, y además, la enorme desproporción de esta misma frecuencia entre los secundarios y terciarios.

Algunas de nuestras observaciones más típicas ilustrarán lo que decimos:

Observación I.—Un estudiante de medicina de 26 años tiene un hermano con trastornos mentales de naturaleza difícil de precisar. El ha sido preocupado y egocentrista, caprichoso y versátil, a los 23 años febrícula, anorexia, fatiga cerebral y palpitaciones. Se aconseja reposo absoluto dos meses. Lo hace, y en vista que sigue la febrícula, a pesar de haber engordado, se decide él solo a tratarse y sigue en cama, en reposo absoluto dos años más. No habla, no lee; permanece en decúbito dorsal, rígido, sin atreverse a mover. Ha engordado 25 kilos, y como la febrícula continúa, ingresa en el sanatorio.

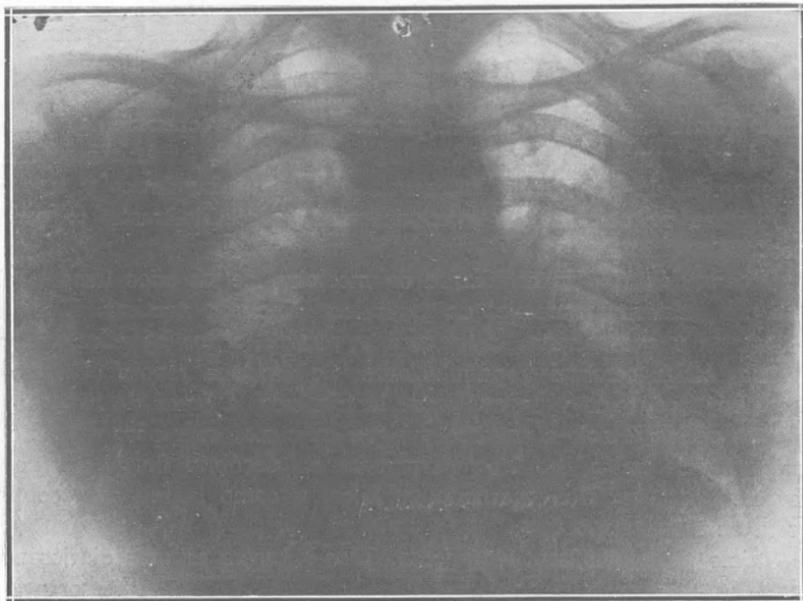
Sujeto pícnico, obeso, inteligente. Tres o cuatro esputos diarios mucopurulentos, dolores en el hemitórax derecho, 37,4°, dolores articulares y palpitaciones. Habla muy bajo, con voz cuchicheada para no perjudicar al pulmón. Cuando se le dice que puede hablar alto se asusta y no lo hace; tiene mucho miedo y asegura que no curará. Dice que está nervioso en la tumbona y se muerde las uñas y manos (éstas están llenas de cardenales). Se preocupa con el pulso y las décimas; a veces en vez de termómetro se pone el índice en el pliegue del codo, y dice que eso le basta para saber si tiene décimas. Al iniciar la cura de ejercicio progresivo, si le produce alguna reacción febril se asusta y descorazona.

Roces en base derecha; no se encuentran bacilos de Koch. *Radiografía*: adenopatía hiliar derecha y velo pleural en vértice derecho (v. r. 1.^a). Son, pues, lesiones que corresponden al segundo período de Ranke, y todo el cuadro encaja en la tuberculosis juvenil de Hollo (v. después).

Observación II.—Médico de 31 años. Ingresó en el sanatorio en Julio de 1932. Un tío paterno suyo a los 30 años padeció de tisiófobia; curó en unos años y ahora trabaja normalmente. La abuela paterna murió loca.

A. P.—A los 19 años varios procesos febriles que le duraban 15 días que

calificaban de empacho gástrico. Un año después dolores en fosa ilíaca derecha. Otro año después, en el cuartel, otro episodio febril de 15 días que interpretaron de tuberculosis pulmonar; no tenía síntomas respiratorios. Por entonces, un proceso psicótico caracterizado por agitación motora y odios familiares que obligó a internarle en un sanatorio psicopático, de donde se escapó al mes. Mejoró de esto, pero se le presentó un lupus tuberculoso en un pie. Siguió después bien, terminando la carrera.



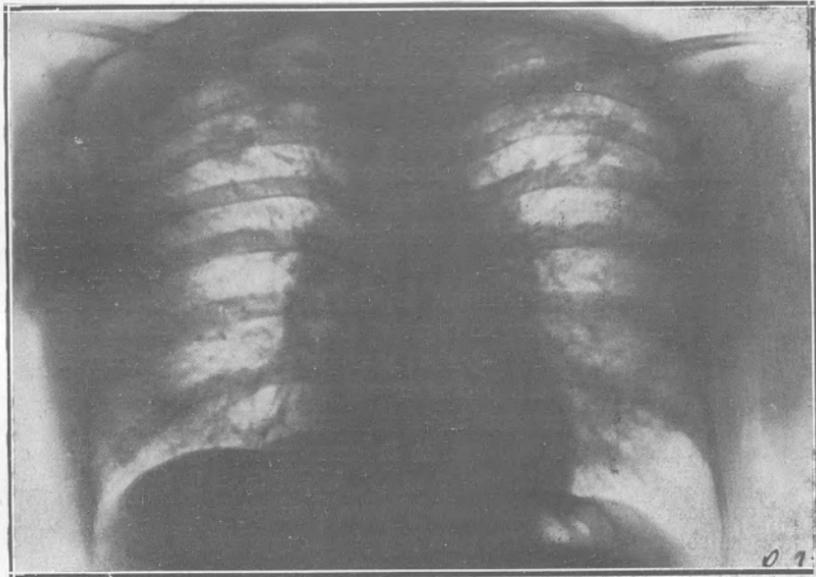
R. 1.º

E. A.—Hace dos años febrícula, taquicardia, temblores y mareos. Seis meses de reposo absoluto y el síndrome continúa. A su ingreso no tose, dolores torácicos bilaterales, décimas, temblores, mareos sudores y escalofríos—dice—en el vientre. Ha engordado desde que está enfermo 25 kilos, pesando 74, con talla de 1,68 metros. Percusión normal. Estertores en ambas bases de atelectasia. *Radiografía*: Sombras en forma de islotes formados por conglomerados de pequeños nódulos densos en ambas regiones infraclaviculares; vértices velados; diseño bronco-vascular acentuado (véase r. 2.º). La cuti-reacción es intensamente positiva a las diez horas, persistiendo durante tres días.

Por lo que hasta ahora hemos visto, se ve que ha padecido un proceso de tuberculosis diseminada hematógena, con localizaciones sucesivas en peritoneo, piel del pie y pulmón (granulía discreta emigrante). Estos nódulos miliares, cuya siembra repetida en pulmón ha tenido lugar siempre en los

vértices y regiones infraclaviculares, ha producido, al corresponderse los nódulos, el cuadro típico de una tuberculosis fibrosa densa de Bard, que pertenece al segundo período de Ranke. La enfermedad tiene aún manifestaciones de actividad.

El enfermo dice que no se cura, que se muere. Se le explica detenidamente la forma clínica y la patogenia de su enfermedad. Se le dice que el tratamiento tiene que hacerse a base de considerar la enfermedad como in-



R. 2.º

fección general, no local, no estando indicados ni el neumo ni el oro que pide, sino la cura específica. Parece convencerse, pero al día siguiente se niega a hacerlo. No hay quien le haga moverse de la cama; se echa seis mantas en pleno verano y se niega a mover; llora como un chiquillo y se empeña en que tiene un pulmón «como un ladrillo», hecho una masa compacta; ni su radiografía logra disuadirle de ese pensamiento. Sin auscultarse se oye un soplo, y nota divinamente—dice—que en cuanto anda algo se le hepatiza un pulmón. Tiene un miedo atroz y a pesar de él fuma. Se tapa la boca para no acatarrarse y cierra el balcón por la misma razón en la canícula de Agosto. Siempre está tomándose el pulso y percutiéndose. Es desaseado y descuidado. El hecho de haber sido uno de nosotros su compañero de mesa, nos ha revelado otros síntomas interesantes. Se sienta a la mesa con un apetito enorme, angustiado, pálido, midriático y tembloroso, o sea con un síndrome que recuerda en un todo al que produce la insulina

cuando se da para despertar el apetito. Comiendo se le quita casi del todo, excepto la preocupación y cierta angustia. Se pone también de manifiesto un indudable efecto psicógeno en la aparición de algunos síntomas, por ejemplo, notándosele en la temporal un ritmo que no pasaría de 70 pulsaciones, bastaba que nos pidiera que le pulsáramos para que pasara a los alrededores de 90. y todavía se hacía aún mayor si a continuación se pulsaba él. La exploración del sistema nervioso vegetativo con la prueba de la atropina y ortostatismo de Danielópolu, da hiperanfotonia con hipersimpático-tonía.

Observación III.—Maestro nacional de 21 años. Débil en la niñez, después se vigorizó. Con el estudio de finales de curso y durante los exámenes, se sentía muy decaído.

A los 19 años pequeña hemoptisis y febrícula. Empieza a preocuparse extraordinariamente, hace reposo absoluto y engorda 12 kilos. No se le quita la febrícula. A su ingreso escasa expectoración ligera disnea de esfuerzo, dolores torácicos vagos, febrícula, palpitations, nerviosismo y calor constante en la cabeza.

Cuenta su historia con infinitos detalles de un modo dramático. Está lleno de preocupaciones y teme no curarse. Antes los esputos—dice—le salían del lado derecho, de la parte superior, y ahora del mismo lado pero de la parte postero-inferior. El nota perfectamente el trayecto que el esputo recorre hasta expulsarlo. El camino hacia la tumbona le recorre de un modo típico: tarda mucho en levantarse de la cama para ponerse de pie, coge un paraguas grande y unos hierros y se va, despacito, a la tumbona; forma un atril con los hierros para colocar papeles o libros y con el paraguas se preserva del sol aunque sea tibio; no le gusta la sombra de los pinos.

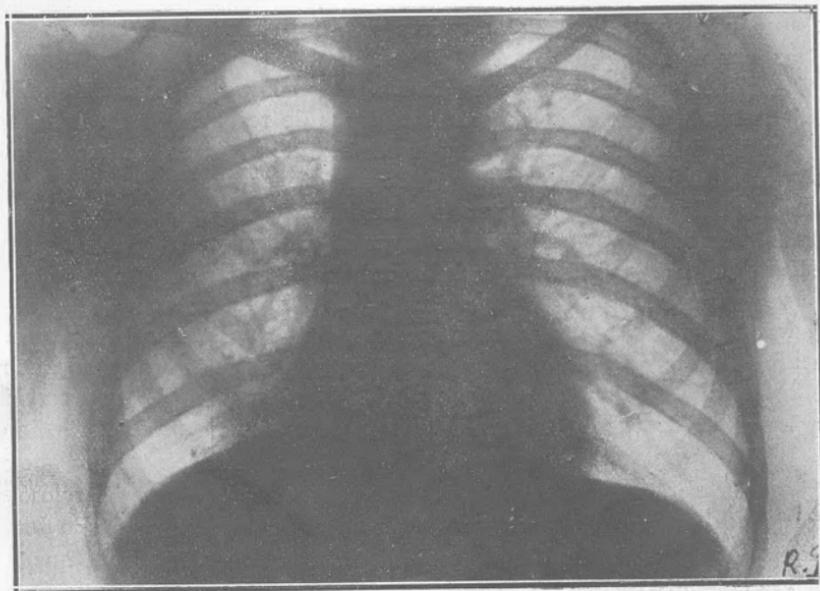
No se ven bacilos de Koch. En la radiografía, sombra de pleuritis mediastínica derecha con ligera desviación de la tráquea. Campo indurado en base derecha, prolongándose hacia hilio (v. r. 3.^a). En radiografías anteriores se nota que este campo fué asiento de una infiltración pegada al hilio, de tipo secundario. En resumen: lesiones residuales de segundo período de Ranke.

Del estudio de estos casos y de otros análogos que no historiamos, se deduce un conjunto de consecuencias que creemos oportuno puntualizar y desenvolver con alguna extensión. Es la primera el hecho, como antes dijimos, del predominio de ese tipo de trastornos durante el segundo período de los en que Ranke divide la evolución de la tuberculosis y otra no menos importante, en que son formas largas y leves en cuanto a la malignidad del proceso, aquellas en que se desarrollan esos cuadros neuropsíquicos de un modo tan manifiesto, que predominan en el conjunto sindrómico que el enfermo presenta. ¿A qué puede ser ello debido?

Para contestar a la primera cuestión, forzoso es que resumamos brevemente la clasificación que adopta Ranke para estudiar la evolución del pro-

ceso tuberculoso, teniendo en cuenta fundamentalmente las reacciones alérgicas e inmunológicas que se desenvuelven en el organismo infectado.

El comienzo de la infección, que tiene lugar casi siempre en la infancia, está representado por el «complejo primario», o sea la lesión de entrada del bacilo y sus metástasis linfáticas eferentes; la lesión anatómica no es de tipo tubérculo, sino inflamatorio, y corresponde al desarrollo de la sensibilidad por las toxinas tuberculosas.



R. 3.º

La segunda fase o período está representada por la generalización del proceso tuberculoso y por una gran sensibilidad de los tejidos a las toxinas. Se manifiestan dos tendencias: las metástasis y generalizaciones y los fenómenos exudativos perifocales. La difusión se efectúa por todas las vías: linfática, hemática e intracanalicular, pudiendo ser sus manifestaciones generalizadas o localizadas. Sus formas extremas son la neumonía caseosa y la granulía. A esta fase corresponden las meningitis, las tuberculosis de la pleura, pericardio, peritoneo, artritis, osteitis, escrofulosis, la tuberculosis miliar discreta (diseminaciones), la tifobacilosis, las poliserositis, la micropoliadenitis, algunos eritemas nudosos y ciertos síndromes que entran en la llamada «tuberculosis juvenil de Hollo».

La tercera fase o período está representada por la tuberculosis aislada de los órganos, especialmente del pulmón. No existe apenas sensibilidad a las toxinas. Disminuyen gradualmente las metástasis humorales y la reac-

ción exudativa perifocal, aumentando los focos por contigüidad e intracanalicularmente. Es el cuadro de la tisis crónica.

Esta esquematización en períodos no debe entenderse de un modo rígido, porque existen transiciones entre uno y otro y recidivas de uno sin parar al siguiente, o de uno al inmediato anterior. Todo depende del estado de inmunidad y de alergia en que se encuentra el organismo.

La mayoría de los que han sufrido la infección no llegan al tercer estadio, porque curan o mueren antes. Muchas veces únicamente se observa el tercer período porque los dos anteriores pasaron desapercibidos por su nula o escasa sintomatología.

Es sabido que las reacciones de los tuberculosos pulmonares crónicos son de naturaleza alérgica, es decir, son signos de reacción de un organismo previamente infectado frente a una super-infección. La infección primaria impregnó el organismo, y por ello todas sus células reaccionan a la nueva infección en forma distinta a como lo hicieron al principio: anatómicamente, como ha demostrado Aschoff, dando lugar al tubérculo con su tendencia, a la vez, hacia la caseificación y a la organización esclerosa; y clínicamente, unas veces con reacciones de inmunidad y otras con reacciones de hipersensibilidad. A nadie puede extrañar ahora, que siendo estas últimas mucho más marcadas en el segundo período que en cualquier otro, y caracterizándose éste, como dijimos, por una gran sensibilidad a las toxinas, el sistema nervioso reaccione con mayor violencia durante el mismo, y las manifestaciones de su desequilibrio sean en él más frecuentes. Una sola cosa se necesita para que así suceda: que por motivos constitucionales se encuentre el sistema nervioso en condiciones de menor resistencia, para que la tuberculosis, como por lo demás cualquier otro proceso crónico, dé ocasión para que los fenómenos que traducen ese disturbio se manifiesten. La tuberculosis, repetimos, no crea nada; se limita a poner de manifiesto lo oculto.

Si se analiza con detenimiento la índole de trastornos que estamos estudiando, se echa de ver inmediatamente que todos ellos revelan una perturbación del funcionamiento del sistema nervioso vegetativo, y es, precisamente, en esa clase de sujetos llamados «estigmatizados vegetativos», que los fenómenos surgen con sin igual violencia. Ha sido Bauer el que ha visto bien esta coincidencia al describir su grupo de la «tubérculo-neurosis», que corresponde en un todo a lo que nosotros estamos estudiando.

Hemos visto que son muy diversas las formas clínicas de la tuberculosis en período secundario. En cuanto a su duración, pueden ser muy cortas, desapareciendo prontamente por curación o pasando en seguida hacia la tisis, o por el contrario, ser muy largas, con mejorías y recidivas durante muchos años sin salir del período secundario. En estos casos de larga duración, las toxinas, actuando en este ambiente de hipersensibilidad, de alergia secundaria, es lógico que ataquen al sistema nervioso. En el primer período,

aunque su evolución sea larga, no le atacan con tanta facilidad por no existir la hipersensibilidad del tejido nervioso, como la del resto del organismo.

Este factor de «larga evolución» lo creemos de importancia decisiva. Además de él, otro factor representado por la «levedad o evolución atenuada» de la enfermedad, es también fundamental. En una palabra, cronicidad y benignidad de la enfermedad.

Si el papel de la cronicidad puede ser comprendido por lo que dejamos dicho, esa explicación no nos aclara nada el mecanismo de acción de la levedad de la infección. Es preciso, pues, que discurramos por otro camino. Pero si tenemos en cuenta cómo obra la tuberculosis en el determinismo de la personalidad de quien la sufre, podríamos aventurar la explicación siguiente: una enfermedad con gran aparato clínico que ponga en conmoción, en tanto el sujeto no pierda la autocrítica, hasta las raíces más hondas de la personalidad por los reales sufrimientos físicos o simplemente por el moral de verse o creerse terminar y de contemplar el derrumbamiento de la existencia, sólo puede desenvolverse, psíquicamente considerada, en el dilema «ser o no ser»; es, pues, el instinto de conservación el que pugna por prevalecer, haciendo ahorrar al individuo todo rastro de gasto superfluo. El organismo no tiene tiempo para perderle en fabricar lo que, como todo neu-rósico, puede considerarse de lujo.

Per cuando el individuo no se considera en peligro de perder la vida, entre este extremo y el vivir en completa hígidez, está todo el camino que recorren los mecanismos inconscientes para dar lugar a la neurosis, y los que surgen con imperativo primario, son aquellos que se derivan del principio de la inferioridad orgánica y funcional que constituye la base de toda una escuela de explicación de las neurosis y psicosis funcionales: de la psicología individual de Adler, que como es natural no podemos desarrollar aquí más que en sus elementales proporciones. La existencia no queda ahora encerrada en el dilema «ser o no ser», sino que aspira a vivir «en ventaja» creando los síntomas neuróticos que, como se ha dicho muchas veces, son el lenguaje que hablan los deseos inconscientes no satisfechos.

La tuberculosis, al colocar al sujeto en inferioridad orgánica y funcional ante el ambiente circundante y ante la lucha por la existencia, actúa, desde el punto de vista psíquico, como un trauma psíquico, dicho de otro modo, psicogenéticamente. Al devenir el individuo más o menos consciente de su defecto, adquiere un sentimiento de inferioridad («complejo de inferioridad»), y desde entonces el móvil fundamental de su existencia se orienta en el sentido de la compensación del defecto para triunfar así del sentimiento de inferioridad. El enfermo ha de estar continuamente en guardia, se siente necesitado de ayuda, de cuidados y de mimos; su «tendencia al valimiento» o «impulsión de poderío», que Adler supone ser la fuerza im-pulente de la naturaleza humana, queda frustrada y se refugia en la neurosis,

que no es más que «un modo de expresión del sér humano que ha perdido valor» (Adler).

Así quedan comprendidas perfectamente, creemos nosotros, las condiciones necesarias o favorecedoras del desarrollo de la neurosis. La tuberculosis actúa de causa ocasional facilitando la aparición del complejo de inferioridad. Pero tiene que ser una infección que, afectando a todo el organismo y estando éste en condiciones de hipersensibilidad para las toxinas—período secundario de Ranke—, lleve una marcha crónica, para que las ocasiones de respuesta se multipliquen, y de evolución benigna o al menos que no ponga en conmoción al instinto de conservación, para que la derivación hacia el afán de superación siga el derrotero del síntoma neurótico.

Para terminar queremos dedicar unas palabras finales a la que en el transcurso de esta exposición hemos llamado «forma juvenil de la tuberculosis o de Hollo».

Esta importante forma clínica de la tuberculosis secundaria abarca a toda tuberculosis «generalizada» de evolución benigna, que corresponde a las antiguas denominaciones de «tuberculosis oculta», «latente», «larvada», «abortiva» y «atenuada», y que eran desconocidas en su esencia íntima. El mérito de Hollo está en que da un significado clínico preciso a todas estas imprecisas denominaciones.

Se produce por levisimas infecciones ocurridas en la infancia; la cantidad de virus sería escasa por lo que las reacciones orgánicas positivas se manifiestan muy tarde. Tal concepto patogénico encuentra su explicación en el «fenómeno de Römer», según el cual los animales infectados con dosis levisimas de bacilo tuberculoso, presentan manifestaciones específicas atípicas, tanto más tarde cuanto más pequeña—pero activa—haya sido la dosis de virus infectante.

La importancia de esta forma de Hollo está dada por el hecho de que su conocimiento evita el confundirse con la tisis incipiente—de tercer período—, que también se manifiesta en esta edad, pero que tiene un pronóstico más reservado, en frente de la forma de Hollo, cuyo pronóstico, en general, es favorable.

Clínicamente llama la atención la escasez de signos físicos que están, a lo sumo, constituidos por discretos signos auscultatorios en alguna que otra región. Radiológicamente sólo se encuentra una sombra hiliar más densa que lo normal, vértices velados, ganglios calcificantes, refuerzo del diseño bronco-vascular, etc. El examen de los esputos es siempre negativo frente al bacilo de Koch. En resumen; que parece excluirse la hipótesis de tuberculosis evolutiva, por la fijeza de aquellos signos, por su carácter incierto y leve, y por la ausencia de disturbios subjetivos netos por parte del aparato respiratorio.

En cambio los disturbios generales son variadísimos: la febrícula es muy frecuente y tenaz, no influyéndose apenas por el reposo, ejercicio, ni por los

antitérmicos. Pueden existir todos aquellos signos de la toxemia alérgica, pero predominan aquellos a cargo del sistema nervioso: vahídos, insomnios, alteraciones vasomotoras, cansancio fácil, rápida excitabilidad, disturbios digestivos de tipo nervioso y en forma de crisis, síndromes hipertiroideos, dolores articulares, etc. Son tan destacados los síntomas nerviosos que muchas veces se diagnostica a estos enfermos de neurasténicos.

Este tipo de enfermo abunda más en los Sanatorios y clientela particular que en los hospitales, por ser más probable que ocurran entre las clases acomodadas las pequeñas dosis de agente infectante que producen este síndrome, de conocimiento tan interesante a todo médico para la exacta interpretación de enfermos que discurren de consulta en consulta con los más extraños diagnósticos, sin llegar a vislumbrarse siquiera la naturaleza de tan complejas manifestaciones.

CONCLUSIONES

1.^a La tuberculosis actúa como causa psicogenética para dar origen a disturbios de índole neurósica. No crea nada nuevo bajo este concepto; se limita a exagerar lo poco intenso o a poner de manifiesto lo latente.

2.^a Estos trastornos se dan con marcada preferencia en el segundo período de Ranke.

3.^a La causa de ello radica en la hipersensibilidad del sistema nervioso a las toxinas que existe en este período, como en el resto del organismo.

4.^a Es en las formas *leves* y *prolongadas* en las que se dan con inusitada frecuencia los trastornos neuropsíquicos.

5.^a La relativa inmunidad en que se coloca el organismo durante el tercer período de Ranke, explica la escasa frecuencia de los mismos en las formas tan variadas y frecuentes de tisis crónica.

BIBLIOGRAFIA

- Adler.—*Le tempérament nerveux*. Payot, 1926. Paris.
- Adler.—*Conocimiento del hombre*. Espasa-Calpe, 1931. Madrid.
- Callewaert.—*Réactions néuropathiques et tuberculose*. «Journ. de Neur. et de Psych». Mayo, 1928.
- Claude et Baruk.—*Tuberculose et démence precoce: les troubles psychiques dans les phases torpides et les phases prémonitoires de la tuberculose*. «Paris Médical», 27 de Diciembre de 1930.
- Carrillos Laredo y G. de Vega.—*Estudios sobre el sistema nervioso vegetativo en la tuberculosis pulmonar*. Arch. de Med. Cirug. y Esp., 1931.
- Devine.—*Recent advances in psychiatry*. Hay traducción española por Alberca Lorente.
- Devine.—*Tuberculose, confusion mental et démence precoce*. XXXIV Congreso de alienistas franceses, Lille, 1930.
- Filippini.—*La bacilemia tuberculosa*. «Annali d'Igiene». Marzo, 1932.
- González Deleito.—*Tuberculosis y sistema neurovegetativo*. «Revista Española de Tuberculosis», t. I, núm. 4, Octubre, 1930.
- Löwenstein.—*Das Vorkommen der Tuberkelbazillie bei verschiedenen Krankheiten*. «Mund. Med.» Wochensch, 13 Febrero 1931.
- Mancini.—*La tubercolosi pulmonare sotto l'aspetto clinico ed immunitario*.
- Melzer.—*Die Psyche des Tuberculosen in der individual psychologischen Analyse*. «Zeitschrif für Tuberculose», t. LIX, núm. 6, 1931.

Nóvoa Santos.—*Tuberculosis y sistema nervioso vegetativo*. «Revista Española de Tuberculosis», t. I, núm. 4. Octubre, 1930.

Ronce.—*Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires*. «Le Francois». París, 1932.

Ronce.—*La psychologie des tuberculeux pulmonaires*, «Revue de Phtisiologie médico -sociale». A. 13, núm. 5. Septiembre-Octubre, 1932.

Schneider.—*Zur Frage Tuberculose und Psyche*. «Zeitschrift für Tuberculose», t. LVII, f. 3, 1930.

Simon y Redeker.—*Manual práctico de tuberculosis infantil*. Morata, 1932.

Simpson.—*Psyche changes in tuberculous Children*. Psychiatric clinic of the first Moscow state University, in «Arch. of Neur. and. Psych», 1929.

Steffko.—*Pathologie changes in the cortex in tuberculosis and early psychic invadism*. Psch. clinic of the first Moscow state University, in «Arch. of Neur. and. Psych», 1930.

Tapia Orensanz y Navarro.—*Patogenia y evolución de la tuberculosis pulmonar*. Ruiz Hermanos, 1932.

Tripi.—*La tuberculosis nei malati di mente e i disturbi mentali de tuberculotici*. «Pisani», vol. LI, fasc. II, 1930.

Valdés Lambea.—*Síndromes mentales de los tuberculosos*. Morata, 1929.

Vallejo Nágera.—*La demencia precoz y sus manifestaciones clínicas*. Monografías de «El Siglo Médico», 1929.

Vallejo Nágera y Valdés Lambea.—*Relaciones entre la esquizofrenia y la tuberculosis*. «La Medicina Ibera», 2 de Marzo, 1929.

Verdes Montenegro.—*Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el niño y en el adulto*. 1929.

Wexberg.—*La psicología individual en los métodos curativos psíquicos de Birnbaum*. Manuel Marín, 1928.



CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

DIRECTOR: PROFESOR DOCTOR JOSÉ CASAS

El símbolo pH, su concepto, determinación y fisiopatología

por J. MARTÍNEZ BRUNA, Ayudante de clases prácticas

La importancia alcanzada por la notación exponencial del pH es hoy tan grande, que existen un gran número de obras a él dedicadas en donde se realiza de manera magistral la exposición de su concepto, las obras de Michaelis, Verain, Douis, Labbe y Corral, son buena prueba de ello. No adolecen, si acaso, más que del defecto, si defecto puede llamársele, de una exposición matemática, no difícil en modo alguno, pero sí embarazosa para el médico, por regla general poco familiarizado con las matemáticas.

En el tiempo que de estas cuestiones vengo ocupándome, he tenido repetidas veces ocasión de convencerme de la resistencia que a abordar estos problemas presentan el médico y el estudiante, por considerarlos incomprensibles sin una cultura matemática que creen no poseer; he podido conven-

cer a algunos de lo infundado de sus sospechas y de que es muy posible llegar a la comprensión completa de todo este capítulo, con el arsenal matemático que todos poseen, aun sin haber repasado las matemáticas.

He sido animado por ellos a extender esta exposición y publicarla; y este es el objeto de este modesto trabajo en el que no ha de pretender encontrarse otra cosa que una exposición simple amatemática (si se me permite la frase) del símbolo pH y problemas con él relacionados.

Define la química el ácido como un cuerpo que posee hidrógeno, sustituable por un metal para formar sales. Las bases, como cuerpos que reaccionan con los ácidos formando sales, y eliminándose en esta reacción agua. Las sales, como fruto de la sustitución del hidrógeno de un ácido por un metal.

Si se piensa, como dice Corral, que en cada una de estas definiciones se emplea un concepto aún no definido, y que para serlo necesita del mismo que precisamente se está definiendo, se comprende lo confuso que este punto resulta para la química.

La físico-química da, por el contrario, definiciones mucho más concretas. Para ella, ácido es el cuerpo que al disociarse pone en libertad hidrogeniones; base, el que al disociarse pone en libertad oxidriliones. El hidrogenión, átomo de hidrógeno con carga eléctrica positiva, que se expresa $[H]^+$ y el oxidrilión $[OH]^-$ tienen, hoy podemos decirlo sin temor, una existencia real. Cabe, por tanto, la posibilidad de que un ácido no manifieste este carácter si no está disociado; quien quiera cerciorarse de ello, bastará que realice el siguiente sencillo experimento: En un tubo de ensayo se colocan unos centímetros de ácido sulfúrico puro y unos trozos de cinc, la reacción no se realiza o lo hace muy lentamente, y aún debe recordarse que el ácido sulfúrico es muy higroscópico y es muy difícil prepararlo y conservarlo exento de agua (recuérdese que la especie química, ácido sulfúrico, es sólida a la temperatura del laboratorio), y que por lo tanto el ácido empleado tendrá algo de agua y por tanto estará algo disociado. Añádase ahora agua destilada en proporción de cuatro volúmenes de ácido y el ataque será tumultuoso.

Por otra parte, la química considera a un ácido como más enérgico que otro, cuando el primero es capaz de desalojar al segundo de sus combinaciones salinas anoderándose del metal unido a él y dejando a este ácido en libertad; pues bien, podía darse el caso, paradójico en apariencia, de que en ciertas condiciones un ácido débil, por ejemplo el acético, desaloje de sus combinaciones a uno que lo es mucho, por ejemplo el sulfúrico, por el llamado efecto de masa.

También aquí la físico-química se muestra mucho más clara, llama ácido fuerte a aquel que en sus soluciones se disocia mucho, esto es, pone en forma iónica todo o casi todo el hidrógeno que posee; débil al que se disocia poco, esto es, hay una gran diferencia entre la cantidad de hidrógeno que posee y la que existe disociada. En otras palabras, en un ácido fuerte la

acidez potencia: (acidez obtenida por la disociación completa del ácido) y la *acidez real o actual* (acidez dependiente del número de hidrogeniones que en un momento dado existen en el líquido), o son idénticas o están muy próximas, mientras existe gran diferencia entre estas dos clases de acidez en los ácidos débiles.

Comprendidos los precedentes puntos, resulta lógico que para darnos cuenta del carácter más o menos ácido de una solución, la manera más racional es expresar la cantidad de hidrogeniones que contiene.

El agua es el cuerpo neutro por excelencia; lo será, tanto porque no se disocie, como porque disociada, pone en libertad el mismo número de hidrogeniones que de oxidriliones. Enseña la físico-química que el agua más pura que se conoce, la llamada agua de conductibilidad, tridestilada en alambique de platino y conservada en vasijas parafinadas interiormente, conduce la corriente eléctrica, si bien debilísimamente; esto prueba que está disociada, por ser, como es sabido, la conductibilidad en los líquidos función de los iones. Pero no esto sólo, sino que por estas medidas de conductibilidad y por otros métodos, han llegado Ostwald, Nernst, Sörensen y otros, a calcular la parte disociada, que resulta ser a 18° una molécula gramo, esto es, 18 gramos en 11.764.705 litros de agua.

Esta disociación del agua es un caso particular de los equilibrios químicos, y este es el punto del que ha de tenerse una idea más clara y voy a exponerla por ello detalladamente, sirviéndome de un ejemplo clásico.

El carbonato cálcico, por la acción del calor, es capaz de descomponerse según la siguiente ecuación



por otra parte, si ponemos en contacto en una vasija anhídrido carbónico y óxido cálcico, podremos cerciorarnos al cabo de cierto tiempo, de la presencia de carbonato cálcico formado a expensas de los elementos puestos en presencia. Se trata, por tanto, de una de las reacciones que la química llama reversibles y que expresa en esta forma:



Si estudiamos la descomposición del carbonato cálcico por la acción del calor en vasija cerrada, para que queden en presencia el anhídrido carbónico y el óxido cálcico que se van formando, encontraremos que al cabo de algún tiempo la reacción parece terminada y que por mucho que se prolongue la calefacción, como no se varíe la temperatura, no varían las proporciones de anhídrido carbónico, óxido cálcico ni carbonato cálcico, sin que este último haya sido descompuesto por completo. Pero basta elevar la temperatura para que la reacción se ponga en marcha de izquierda a derecha, disminuyendo la cantidad de carbonato e incrementándose las de anhídrido y óxido hasta alcanzar un determinado valor, y por tanto una determinada relación entre estos cuerpos, nuevamente constante mientras

no se varíe la nueva temperatura alcanzada; el fenómeno opuesto se realiza cuando la temperatura desciende.

Con todos estos datos la explicación salta a la vista, no es que la reacción se paralice al llegar a un determinado valor, es que se dan las dos reacciones de direcciones opuestas y con la misma velocidad en este instante, si con anterioridad la reacción parecía marchar en una dirección, izquierda a derecha por ejemplo, era por ser mayor la velocidad en esta dirección que en la opuesta, pero la velocidad en dirección derecha a izquierda ha ido incrementándose por irlo haciendo las cantidades de cuerpos reaccionantes, hasta igualar a la otra, y a partir de este momento se dan las dos reacciones, pero sin modificar las cantidades de los cuerpos, que es lo que prestaba al fenómeno de la descomposición el aspecto de haber sido terminado.

Estas reacciones reversibles en equilibrio químico, que tienen su expresión matemática en la ley de acción de masas de Guldberg y Waage, tienen una gran importancia en físico-química y en biología.

Aplicando estas consideraciones al caso particular del agua, tendremos



Como los dos términos de esta reacción son constantes mientras no varíe la temperatura, también lo será la relación entre ellos, y podremos escribir

$$\frac{[\text{OH}]^- [\text{H}]^+}{\text{H}_2\text{O}} = K$$

El numerador es un producto y no una suma; esto modificará el valor de la constante, pero no su naturaleza. La fórmula podemos escribirla así

$$[\text{OH}]^- [\text{H}]^+ = K \times \text{H}_2\text{O}$$

K es constante por definición, en cuanto a H_2O representa el agua no disociada. Si pensamos que la cantidad de agua que se disocia es extraordinariamente pequeña, sólo 18 gr. en 11.764.705 litros, o sea, 0,000001445 gramos en un litro a 18°, con facilidad podremos confundirla con el agua total, esto es, la suma de la disociada y de la no disociada, pues todo se reduce a tomar 0,99999855 por 1,0000000.

Sé por experiencia que este es el punto que más confunde al no habituado a los conceptos matemáticos, y por esto indicaré que se puede decir que las matemáticas, si son ciencias exactas, no lo son tanto por no tener errores como por saberlos valorar, la concepción anterior es, desde luego, un error, pero de tan pequeña magnitud que puede perfectamente despreciarse sin que por ello resulten falsas las deducciones que de ello se saquen.

Tenemos, por consiguiente

$$[\text{OH}]^- [\text{H}]^+ = K \times 1$$

o sea

$$[\text{OH}]^- [\text{H}]^+ = \text{constante.}$$

Partiendo de la anterior ecuación, fundamental de todo el concepto, deduciremos, que al tornarse ácida una solución por adición de un ácido, prácticamente de hidrogeniones, para que el producto de éstos por los oxidriliones no varíe, es preciso que disminuya el número de los oxidriliones y recíprocamente.

Matemáticamente esto queda demostrado con la anterior igualdad, pero para el no habituado quizás resulte más clara la siguiente exposición:

Al añadir estos hidrogeniones se rompe el equilibrio por combinarse éstos con los oxidriliones del agua, para restablecerlo se disocian nuevas moléculas de agua que ponen, como es natural, en libertad tantos hidrogeniones como oxidriliones; al restablecerse de nuevo el equilibrio, existe un abundante predominio de hidrogeniones, ya que hay que sumar a los ahora puestos en libertad, los con anterioridad presentes en el líquido que no han sufrido modificación.

Comprendido lo que antecede, llegamos a la importante conclusión de que un líquido será ácido por tener más hidrogeniones que el agua, y básico, por poseer menos, ya que si han de poseer más oxidriliones es necesario que la cantidad de hidrogeniones sea menor para que se cumpla la constante de disociación del agua. Podemos, por lo tanto, de la determinación del número de hidrogeniones existentes en un líquido, deducir si es ácido, neutro o alcalino.

Por las técnicas que luego indicaré, se puede llegar a contar (por decirlo así) el número de hidrogeniones que resulta ser para el agua destilada a 18°

0,000000085 gr. por litro.

Según esto, un líquido que tuviera a 18°

0,085 gr. por litro

sería ácido, y otro que tuviera a esta misma temperatura

0,000000000085 gr. por litro

alcalino. Esta notación, como fácilmente se ve, no sería práctica. Puede ser sustituida por otra que se encuentra en algunos libros antiguos, que es la siguiente:

Agua a 18°. Concentración en hidrogeniones	= 0,000000085	= 0,85 × 10 ⁻⁷
Solución de ácido clorhídrico al 0,24 gramos por litro, suponiendo disociado todo el ácido y a 18°.....	= 0,085	= 0,85 × 10 ⁻¹
Solución de hidróxido sódico al 5,73 gramos por litro, suponiendo disociada toda la sosa y a 18°.....	= 0,000000000085	= 0,85 × 10 ⁻¹¹

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

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

CIBALGINA

"CIBA"

Amplio campo terapéutico

No produce hábito

Ausencia de fenómenos secundarios a dosis terapéuticas

INDICADA

en

Medicina general

Cirugía, Odontología

Ginecología

Radioterapia

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

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.

Curas de desmorfización.

Comprimidos

Gotas

Injectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

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

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

Esta notación, aunque ya más práctica, es ventajosamente superada por la de Sørensen, que no es otra cosa sino el logarismo del número.

Log. de 0,00000085 característica — 8 (número de orden de la primera cifra significativa, cambiado de signo).

mantisa + 0,929 (esta mantisa la dan las tablas que para estas cuestiones no necesitan una aproximación de más de tres decimales).

El logaritmo del número será, por tanto, $(-8) + (+0,929) = -7,071$.

Empleando esta notación, los anteriores ejemplos se escribirían:

Agua 18°, concentración en $[H]^+$ = 0,00000085 = - 7,071

Sol. de clorhídrico al 0,24 por 1.000.... = 0,085 = - 1,071

Sol. de sosa al 5,73 por 1.000 = 0,000000000085 = - 11,071

Y otros que pudiéramos poner:

Sol. N/100 de ácido clorhídrico..... = 0,00955 = - 2,022

Sol. N/200 de sosa..... = 0,000000000015 = - 9,824

Como los límites extremos de esta notación, son por una parte (-0) y por la otra ($-14,142$) (doble del logaritmo del agua destilada, no olvidar que la suma de los logaritmos equivale al producto de los números respectivos) y son todos números negativos, se puede, para simplificar la expresión, suprimir el signo menos y escribir simplemente $pH = 7,071$, $pH = 1,071$, $pH = 11,071$, $pH = 2,022$ y $pH = 9,824$. Puede ahora comprenderse la definición de pH, que dice: «El pH es el logaritmo cambiado de signo de la concentración de hidrogeniones en gramos por litros.» No extrañará tampoco que el número que expresa la acidez de un cuerpo sea menor a medida que la acidez va siendo mayor, ya que debemos tener siempre presente en el ánimo, que este número es en realidad negativo. También se comprenderá con facilidad, que a medida que aumenta la alcalinidad de una solución, el pH ascienda, ya que en estas soluciones la concentración en hidrogeniones es tanto menor cuanto más marcado es el carácter alcalino.

He dicho antes, que un ácido merecía el apelativo de fuerte, cuando en sus soluciones se disociaba en proporción elevada, y por el contrario, el de débil, si lo hacía en grado escaso.

El clorhídrico, ácido fuerte, en solución normal, tiene un $pH = 0,10$. Como en la solución normal hay un gramo de hidrógeno por litro, si todo él estuviera en forma iónica, el pH sería igual a 0. Pero en esta solución no están en forma iónica más que 0,78 gr. (en soluciones más diluidas, por ejemplo la milinormal, está disociado 0,98).

El ácido acético, ácido débil, en la misma solución normal, tiene un pH de 2,56, o sea, que del gramo de hidrógeno que posee, sólo está disociado 0,00043, quedando, por lo tanto, 0,99957 unidos al anión, formando moléculas no disociadas.

Esta distinción entre ácido fuerte y débil, es de suma importancia para

comprender el efecto tampón y reserva alcalina que tan importante papel juegan en el mantenimiento del equilibrio ácido básico hemático.

Si tenemos una solución de ácido acético, su pH estará dado por la fórmula

$$[H]^+ = K \times \frac{CH_3 - COOH}{[CH_3 - COO]^-}$$

derivada de

$$K = \frac{[CH_3 - COO]^- \times [H]^+}{CH_3 - COOH}$$

Si añadimos a esta solución acetato sódico, éste se disociará en



A diferencia del ácido acético, el acetato sódico sufre esta disociación casi por completo. En la solución existirán ahora, acetaniones, procedentes del ácido acético y del acetato sódico, pero muy pocos del primero y muchos, prácticamente todos, del segundo; ácido acético (no disociado) que no será desde luego todo el que colocamos, pero prácticamente podemos despreciar este pequeño error y considerar que está sin disociar todo el ácido de la solución. Si admitimos esto y podríamos repetir aquí las consideraciones hechas, a propósito de la disociación del agua, podríamos escribir:

$$[H]^+ = K \times \frac{CH_3 - COOH}{CH_3 - COONa}$$

y generalizando

$$[H]^+ = \frac{\text{ácido débil}}{\text{sal de este ácido con una base fuerte}} \times K$$

En la anterior ecuación vemos que el pH de semejante mezcla depende, no de las proporciones absolutas de ácido y sal, sino de la relación entre ellas, y deducir que mientras no se modifique esta relación el pH no variará.

Se llama tampón a una mezcla constituida por un ácido débil y la sal de este ácido con una base fuerte, o también a la de una base débil con la sal de esta base con un ácido fuerte, por ejemplo, hidróxido amónico y cloruro amónico.

Las dos propiedades fundamentales de los tampones, también llamados amortiguadores de reacción, son: dentro de ciertos límites, la dilución no hace variar el pH de la solución que lo contiene, y segunda, ofrecen gran resistencia a dejarlo modificar por la adición de ácidos o álcalis.

Lo primero, dadas las anteriores explicaciones, es tan fácil de comprender que no necesita se insista, en cuanto a lo segundo, se comprende sin dificultad, si se piensa que al añadir un ácido a un tampón, si el ácido es fuerte, sulfúrico por ejemplo, reaccionará con la sal, acetato sódico en el ejemplo elegido, formándose sulfato sódico, que siendo sal de ácido y base fuertes, no juega ningún papel en el proceso por ser neutra bajo el punto de vista físico-químico, y es sustituido (por decirlo así) el ácido sulfúrico por

el acético puesto en libertad en la reacción, que por ser débil, modificará mucho menos que lo haría aquél, el pH de la solución.

Métodos de determinación del pH.—No puedo, dada la extensión que el presente trabajo ha de tener, reseñar, ni siquiera a la ligera, todos los procedimientos empleables con esta finalidad, me limitaré por ello a dar el fundamento de los dos procedimientos directos, remitiendo a los libros citados en la bibliografía, al que quiera tener un conocimiento completo de esta materia, que por otra parte ha de constituir el objeto de mi tesis doctoral.

Método colorimétrico.—Su fundamento, bien simple, se basa en el empleo de los indicadores, cuerpos cuyo color varía según el pH de la solución. Se admite hoy que estos cuerpos sufren en parte una modificación tautomérica a medida que cambia la reacción; que esta modificación de la composición química, que es la que determina el cambio de color, es un equilibrio químico cuya constante depende del pH, siéndole rigurosamente proporcional.

El rojo de fenol, por ejemplo, presenta color amarillo en soluciones ácidas de $\text{pH} = 6,8$ y más bajos, a esta concentración en hidrogeniones, todo el indicador está en una de sus formas tautoméricas, si va ascendiendo el pH de la solución, va existiendo, cada vez en más cantidad, una parte del indicador en la otra forma tautomérica de color rojo, hasta llegar a la cifra de $\text{pH} = 8,4$, en la cual esta transformación ha sido sufrida por completo, el color rojo, por tanto, no ha de aumentar aunque el pH ascienda. Entre estos límites existe por lo tanto una zona, llamada zona de viraje, en que el color va progresivamente haciéndose más rojo y menos amarillo a medida que el pH asciende.

La técnica, como fácilmente se comprende, ha de consistir en añadir una cantidad determinada del indicador al líquido cuyo pH quiere medirse y compararlo con una escala en la que existen soluciones de pH conocido (sirven para ello los tampones de que hace poco hablaba), a los cuales se ha añadido el mismo indicador; el tubo, que ofrece idéntica coloración que la presentada por el líquido que se investiga, tendrá su mismo pH.

Método electrométrico.—Su fundamento es el de las pilas de concentración. Cuando se sumerge una lámina metálica, de un metal no noble, por ejemplo cinc, en agua destilada, el metal se disuelve en ella por la llamada presión de disolución. Esta disolución se hace en forma iónica, esto es, el metal cede al líquido iones con carga eléctrica positiva, como estaba en estado neutro, quedará la lámina cargada negativamente y el líquido positivamente. Esto condiciona una atracción electrostática entre la lámina y los iones puestos en libertad, que hace que muy pronto se establezca un equilibrio entre estos dos procesos, cesando la disolución en apariencia y siendo tan pequeñas las cantidades de metal disueltas que resultan indemostrables al análisis químico, pero no así a la determinación fisicoquímica.

Si se sumerge la lámina en una solución de sulfato de cinc, interviene

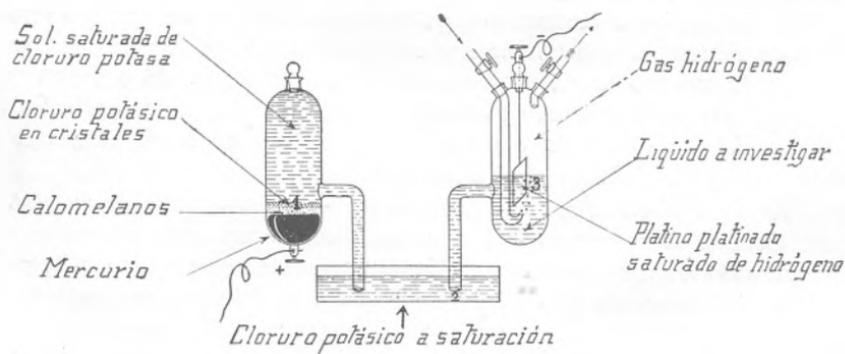
además la presión osmótica de la solución, que tiende a precipitar iones sobre la placa, cargándola positivamente; se establecerá así, entre la placa y el líquido, una diferencia de potencial fruto del equilibrio entre estas tres fuerzas: presión osmótica, presión de disolución y atracción electrostática y ligada principalmente a la presión osmótica, o sea a la concentración, ya que los otros dos factores son constantes para un dado líquido y metal. Del conocimiento de esta diferencia de potencial, podremos reducir la concentración por medio de la fórmula de Nernst, en cuya exposición detallada no puedo entrar sin salirme del objeto de este artículo, pero que ya aplicada directamente a nuestro objeto es

$$\text{pH} = \frac{\text{f. e. m.}}{0,00019827 \times T.}$$

En la que T indica la temperatura absoluta.

En el caso de los hidrogeniones, que bajo el punto de vista de la fisicoquímica se consideran como iones metálicos, como lámina de hidrógeno funcionará una de platino platinado saturado de gas hidrógeno (el platino como metal noble apenas si tiene presión de disolución, y por tanto funciona simplemente como soporte del hidrógeno). Entre el hidrógeno de la lámina y los hidrogeniones del líquido, se establece una diferencia de potencial proporcional a la concentración de hidrogeniones y por tanto al pH.

Para medir esta fuerza electromotriz es menester crear un circuito. Se emplean para ello las llamadas cadenas gaseosas, integradas por el electrodo de hidrógeno unido mediante una solución de cloruro potásico a saturación a un electrodo de calomelanos, conforme puede verse en el siguiente esquema:



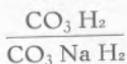
En los tres puntos señalados con los números 1, 2 y 3, existen diferencias de potencial; la del número 1 es conocida, y para este electrodo existen tablas donde se da un valor a las distintas temperaturas. El 2 (potencial de difusión), es con el cloruro potásico a saturación del orden de la diez milésima de voltio y puede despreciarse. El 3 es el que queremos medir, bastará para determinarlo, restar del potencial de la cadena el del electrodo de calomelanos que

nos dan las tablas, este potencial partido por 0,0577 para 18° (0,00019827 por 291) nos da el pH.

Equilibrio ácido básico hemático.—La reacción actual de la sangre, medida por estos procedimientos, es a 37° de 7,32 a 7,37, media 7,35 para el sujeto en ayunas y reposo. Se dice corrientemente que es por lo tanto débilmente alcalina. Debe tenerse en cuenta que a esta temperatura el pH que expresa la neutralidad es de 6,76 y no 7,07 como a 18°. Por tanto, la sangre tiene cuatro veces más oxidriliones que el agua destilada (una variación del pH de 0,3 representa un paso del simple al doble del número de hidrogeniones), por tanto es algo más marcado de lo que corrientemente se piensa su carácter alcalino.

De todos los factores hemáticos, viscosidad, tensión osmótica, densidad, etcétera, cuya constancia es bien conocida, quizá lo sea en mayor grado que otra ninguna la reacción actual, esto es, la cifra del pH. Para mantener esta fijeza, dispone el organismo de recursos, físico-químicos los unos, que actúan lo mismo in vivo que in vitro, y fisiológicos los otros.

Son los primeros los sistemas tampones y la reserva alcalina. Los tampones de la sangre son por orden de mayor a menor importancia



Albúminas	Oxihemoglobina	Hemoglobina	Fosfatos monometálicos
Albuminatos	Oxihemoglobinos	Hemoglobinos	Fosfatos bimetálicos

El primero es el más importante, no sólo por su cantidad, sino por estar ligado al factor pulmonar que tan importante papel juega, como luego veremos en el mantenimiento del equilibrio ácido básico hemático, cumple las condiciones de la definición de sistema tampón por considerarse al bicarbonato como la sal del ácido carbónico, ya que el carbonato, que por otra parte no existe en la sangre, es una sal de marcado carácter alcalino, que podría considerarse, y de hecho así se considera en el laboratorio como un álcali, debido a la extraordinariamente escasa disociación del segundo átomo de hidrógeno unido todavía al anión en el bicarbonato.

Las albúminas, como sustancias anfóteras que son, tienen carácter ácido por su grupo carboxilo y alcalino por el grupo amina, son capaces de combinarse con los álcalis formando sales, como por otra parte son susceptibles de combinarse con los ácidos formando sales, pero en las cuales la albúmina funciona como cation.

En cuanto a la oxihemoglobina es un ácido más fuerte que la hemoglobina, propiedad que por cierto explica satisfactoriamente el problema fisiológico de la eliminación de anhídrido carbónico por el pulmón.

Se llama reserva alcalina del plasma a la porción de álcalis en él existentes no combinados con ácidos fuertes y capaces de neutralizar los que ingresen en la economía, dando lugar a la formación de ácidos débiles que modifican mucho menos que lo harían aquellos el pH hemático.

Como se ve, esta reserva alcalina no es otra cosa que el denominador de los tampones antes reseñados; el más importante es el bicarbonato sódico, y por esto se tiene la costumbre de expresar en este cuerpo o en anhídrido carbónico la reserva alcalina, en cuya determinación, muy fácil y exacta con la técnica de *van Slyke*, no puedo entrar por no ser demasiado extenso.

Junto a la reserva alcalina existe otra reserva ácida, integrada por el numerador de los tampones, que si le da menos importancia, es porque el metabolismo produce menos catabolitos básicos que ácidos.

Factores fisiológicos.—Factor pulmonar. El papel del pulmón, como órgano de regulación del equilibrio ácido base, está ligado a las variaciones en la fracción

ácido carbónico
bicarbonatos

Cuando a consecuencia de haber penetrado un ácido en la economía aumenta la cantidad de ácido carbónico en la sangre, el pulmón aumenta la eliminación de este último, para lo cual aumenta la frecuencia o la intensidad de los movimientos respiratorios, consiguiéndose así el rápido restablecimiento del equilibrio perturbado, si la causa no sigue actuando o no ha sido extraordinariamente fuerte. Esta adaptación se consigue por la acción de la sangre sobre el centro respiratorio; bastan en efecto, como ha demostrado Winsters-tein, ligerísimas variaciones en la cifra del pH en el sentido de la acidez para que se presente polipnea, por el contrario, su ascenso produce apnea.

Factor renal.—El riñón juega un importantísimo papel en el mantenimiento del pH hemático. Si pensamos que de la sangre, cuyo pH es de 7,35, el riñón elabora la orina cuyo pH fluctúa de ordinario entre 5,8 y 6,4, y que este último puede apartarse mucho de estos valores, comprenderemos sin dificultad la importancia de este factor renal. De ordinario, su papel consiste en eliminar más ácidos que bases, ahorrando de estas últimas; por ejemplo, el fosfato bisódico básico es eliminado por el riñón como fosfato monosódico de carácter ácido, el sodio liberado en esta transformación se combina con el anhídrido carbónico existente en la sangre, incrementando así la reserva alcalina.

Desde los estudios de Nash y Benedict, es hoy admitido por casi todos los autores, el hecho de que el riñón forma sintéticamente amoníaco, con lo cual, en el ejemplo anterior, el fosfórico podría ser eliminado como fosfato monoamónico, con lo cual no serían una, sino dos las moléculas de sodio ganadas para la reserva alcalina.

No vaya a creerse que el riñón lucha sólo contra la acidosis; cuando

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Santander.

la ocasión llega, segrega una orina alcalina, eliminando así las valencias alcalinas en exceso.

Factor digestivo.—Tenemos que distinguir el estómago, que segregando a partir de la sangre, un jugo ácido, incrementa la reserva alcalina, y el intestino, en el que ocurre todo lo contrario. El intestino es la principal vía de eliminación de las bases alcalinas térrreas.

Merced al juego de todos estos mecanismos, el pH hemático permanece casi constante. Si en un momento dado realizamos una determinación de pH, no podremos apreciar más que si está comprendido entre los límites dados como fisiológicos o no. Esto es, podremos apreciar si el organismo ha conseguido por todos los mecanismos antes reseñados, mantenerlo dentro de la normalidad, pero no en modo alguno a expensas de qué variaciones de los mismos, ni de qué intensidad de estas variaciones.

Por esto en la práctica, es necesario determinar conjuntamente con el pH, alguno de estos otros factores del equilibrio ácido-base, y como he demostrado en otro trabajo, el que mejor se presta a este estudio de conjunto es la reserva alcalina.

Por otra parte, este viene a ser el fundamento de las clasificaciones de Haldane y van Slyke, Peters y Baar, que doy a continuación:

Se llama acidosis a la desviación del equilibrio ácido-base, en el sentido de aumento de la concentración de hidrogeniones, y la llamamos compensada, cuando merced al juego de los mecanismos físico-químicos y fisiológicos, las variaciones del pH están comprendidas en los límites dados como fisiológicos, aunque las variaciones en la relación entre numerador y denominador de los tampones puedan ser muy acusadas, y las llamaremos descompensadas cuando existan variaciones apreciables también en la cifra de pH. Las mismas consi-

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

deraciones se aplican a la distinción entre alcalosis compensadas y no compensadas.

Haldane parte para su clasificación de la ecuación

$$[H]^+ \frac{CO_3 H_2}{CO_3 HB} \times K$$

y divide las acidosis en dos clases: respiratoria y no respiratoria, según sea el numerador o el denominador el ascendido, respectivamente.

Acidosis no gaseosa	$\frac{CO_3 H_2}{CO_3 HB} - (\text{disminuido})$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Acidosis diabéticas} \\ \text{» de las nefritis} \\ \text{» del ayuno} \\ \text{Ingestión de ácidos minerales} \\ \text{Ciertos estados febriles} \\ \text{Trabajo muscular intenso} \end{array} \right.$
Acidosis gaseosa	$\frac{CO_3 H_2}{CO_3 HB} - (\text{aumentado})$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Tuberculosis pulmonar extendida} \\ \text{Enfisema, asma} \\ \text{Pulmonía} \end{array} \right.$
Alcalosis no gaseosa	$\frac{CO_3 H_2}{CO_3 HB}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ingestión de bicarbonatos} \\ \text{Ingestión de fosfato bisódico} \\ \text{Tetania gástrica} \end{array} \right.$
Alcalosis gaseosa	$\frac{CO_3 H_2}{CO_3 HB} - (\text{disminuido})$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Hiperventilación prolongada} \\ \text{Mal de las montañas} \\ \text{Anemia} \\ \text{Intoxicación por óxido de carbono} \\ \text{Baños muy calientes o muy fríos} \end{array} \right.$

La clasificación de van Slyke parte de la ecuación de Henderson-Haselbach, que deriva de la de Haldane, por inversión de sus términos

$$\frac{1}{[H]} = \frac{1}{k} \times \frac{CO_3 HB}{CO_3 H_2}$$

que en forma logarítmica se expresa

$$pH = \log. pk \quad \log. \frac{CO_3 HB}{CO_3 H_2}$$

La clasificación de estos autores, que va a continuación, ha sido ligeramente modificada por mí para hacerla más objetiva.

Acidosis descompensadas.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{CO_3 HB}{CO_3 H_2} - (\text{disminuido}) \\ \frac{CO_3 HB}{CO_3 H_2} - (\text{aumentado}) \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Defecto de álcali} \\ \text{no compensado.} \\ \text{Aumento de } CO_2 \\ \text{no compensado.} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Coma diabético} \\ \text{» urémico} \\ \text{Respiración en at-} \\ \text{mósferas confina-} \\ \text{das} \\ \text{Parálisis del centro} \\ \text{respiratorio por la} \\ \text{morfina} \end{array} \right.$

Acidosis com- pensadas . . .	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{\text{CO}_3 \text{ HB}}{\text{CO}_3 \text{ H}_2} - (\text{disminuido}) \\ \frac{\text{CO}_3 \text{ HB}}{\text{CO}_3 \text{ H}_2} - (\text{disminuido}) \end{array} \right\}$	Defecto de álcali compensado . . .	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Nefritis} \\ \text{Diabetes} \end{array} \right\}$
Alcalosis compensadas.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{\text{CO}_3 \text{ HB}}{\text{CO}_3 \text{ H}_2} - (\text{aumentado}) \\ \frac{\text{CO}_3 \text{ HB}}{\text{CO}_3 \text{ H}_2} - (\text{disminuido}) \end{array} \right\}$	Falta de ácido car- bónico compen- sado	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Polipnea} \\ \text{Anemia} \end{array} \right\}$
Alcalosis des- compensadas.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{\text{CO}_3 \text{ HB}}{\text{CO}_3 \text{ H}_2} - (\text{disminuido}) \\ \frac{\text{CO}_3 \text{ HB}}{\text{CO}_3 \text{ H}_2} - (\text{disminuido}) \end{array} \right\}$	Defecto de anhí- drido carbónico no compensado.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Mal de las montañas} \\ \text{Polipnea} \\ \text{En general las cau-} \\ \text{sas del grupo 5} \\ \text{actuando intensa-} \\ \text{mente} \end{array} \right\}$

No creo necesario explicar detalladamente la clasificación, por considerar que, con la explicación anterior, y recordando las alteraciones metabólicas de cada enfermedad o síndrome de los que aparecen en la misma, se interpreta con gran facilidad.

Si he conseguido mi objeto de formular una exposición clara y objetiva del concepto del símbolo pH, y clasificación de los trastornos del equilibrio ácido básico, me daré por satisfecho, y sólo me resta, en nombre del profesor Catedrático, doctor Casas, del profesor encargado, doctor González Calvo y en el mío propio, poner mi persona y la magnífica instalación potenciométrica del Laboratorio de Patología General, a la disposición de aquellos compañeros a quienes interesen estos problemas y pretendan tener un conocimiento más perfecto del expuesto en este modesto trabajo, sobre estas materias.

BIBLIOGRAFÍA

Existe una bibliografía copiosísima sobre esta materia en la obra de Planelles; por este motivo, no citaré aquí más que los libros y revistas directamente consultados por mí y en que he encontrado detalles originales.

André Dognon.—*Precis de Physico-Chimie*.

A. Strohl.—*Leçons de Physico-Chimie*.

Barrenscheen.—

Willheim.—*Die Laboratorium Methoden der Wiener Klinichen*.

Calvo y Bruna.—*Influencia de la histamina sobre el pH sanguíneo y la reserva alcalina*. «Arch. de Med. Cirug.», núm. 539, 1931.

Casares Gil.—*Técnica Física*.

Corral.—*La reacción actual de la sangre y su determinación electrométrica*. (Tesis doctoral 1914).

Clark.—*The determination of hydrogen ions*.

Douris.—*Guide pratique pour l'analyse du sang*.

Durupt.—*Micromethodes et semimicromethodes*.

Evans.—*Recientes adquisiciones en Fisiología*, 1929, pág. 67.

Gillespie.—*Colorimetric determination of hydrogen ion concentration without buffer mixtures*. «J. Amer. Chem. Soc.», 1920, pág. 742.

Hirschand.—

Petersen.—*The blood with deep Roentgen-ray therapy*. «J. of. Amer. Med. Assoc.», 1923, pág. 1505.

Labbe.—*Acidoses et alcaloses*.

Michaelis.—*Manual de técnicas de fisico-química*.

Michaelis.—*Wasserstoffionenkonzentration*.

Michaelis.—*Oxydations-Reductions-Potentiale*.

Planelles.—*El equilibrio ácido base*.

Swingedaaw.—*Electrode a Hydrogene a saturation permanente, etc.*

CASOS CLÍNICOS

Anemia perniciosa de Biermer

por V. BAENA BAENA

Habiendo acordado el Comité directivo de esta Revista, la introducción en el formato de la misma de una sección destinada a casos clínicos, de utilidad y orientación (de diagnóstico y tratamiento) para el médico práctico, iniciámosla con el siguiente caso de sumo interés:

A últimos de Abril del pasado año, ingresa en la sala de tuberculosos del Hospital Provincial, un sujeto enormemente desnutrido, pálido y sostenido por sus familiares, ya que él, de por sí, no puede tenerse en pie.

Interrogado nos comunica llamarse V. P., ser natural de Alaejos, de 42 años de edad y jornalero del campo de oficio. Haría aproximadamente un mes que había comenzado a sentir un gran cansancio, perdió el apetito y le apareció un dolor en el costado izquierdo que se acentuaba al toser y respirar profundamente, expectoraba con facilidad de aspecto mucoso, pero alguna vez hemoptóica. Con esta sintomatología estuvo durante unos quince días, al cabo de los cuales se añadieron molestias gástricas de tipo pesadez nada

más tomar los alimentos y diarrea (hacía tres o cuatro deposiciones al día), la astenia se acentuó, hasta el punto de tener que estar en cama (por no tenerse en pie, nos dice el enfermo), comenzó a notar disnea y palpitaciones en región precordial, evolucionó, acentuándose cada día más las molestias, apareciéndole vómitos alimenticios y notando que cada día perdía grandemente de peso.

Los antecedentes familiares escasos de interés, entre los personales está una ictericia, de dos meses de duración, cuando tenía 20 años, chancros blandos un año antes de la ictericia, bronquitis repetidas.

Al hacerle exploración objetiva obtenemos los siguientes datos:

Un muy deficiente estado de nutrición; todos los huesos, costillas, escápulas, pómulos, trocánteres, etc., hacen relieve sobre la piel, ojos hundidos.

Enorme palidez de un cierto tinte pajizo de la piel, lengua lisa, caries de algunos dientes, la faringe la tiene normal. No tiene ganglios infartados en cuello ni en ninguna otra región, no se observa ninguna mancha por la piel, existe un pequeño edema pretibial blanco y depresible, dejando huella al comprimir con el pulpejo del dedo sobre la tibia.

Tórax de forma normal, las fosas supra e infraclaviculares deprimidas. A la percusión no se encuentran zonas de matidez, se auscultan algunos estertores subcrepitantes y algunos crujidos en las bases de los dos pulmones. Matidez cardio-aórtica normal, latido de la punta del quinto espacio intercostal, debajo de línea mamilar, soplo sistólico suave auscultable en todos los focos, sin propagaciones.

Abdomen. Liger dolor a la palpación superficial y profunda por todo él, preferentemente en epigastrio, no se toca ninguna tumoración. Hígado y bazo normales a la percusión.

Sistema nervioso. Motilidad voluntaria conservada en todos los territorios, pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación, reflejos rotulianos normales.

Temperatura de la tarde anterior 38°5', por la mañana, 38°.

Con la historia presente, tenemos que pensar que lo que padece el enfermo (antes de hacer los exámenes complementarios de laboratorio) sea una de las siguientes afecciones: o una enfermedad infecciosa grave, o una enfermedad consuntiva; ahora bien, por las molestias de aparato respiratorio, los dolores de costado, los esputos hemoptóicos y el cuadro de adelgazamiento, astenia, anemia y fiebre, muy bien lo podría explicar el tratarse de una tuberculosis pulmonar de evolución rápida, claro es que los hallazgos objetivos de

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

percusión y auscultación son muy pocos y hacen dudar se trate de esa afección, mas no lo podemos descartar, hasta hacer el examen de esputos, y sobre todo la radioscopia y la radiografía de tórax.

Una enfermedad infecciosa del tipo de la septicemia de estreptococo hemolítico, productora de la endocarditis lenta, explicaría el cuadro subjetivo de decaimiento grande, fatiga, palpitaciones, fiebre, adelgazamiento, el soplo de corazón y la palidez acentuada, sin embargo no se observarían los nódulos de Osler en las extremidades de los dedos y el soplo cardíaco en la endocarditis tiene un carácter más de orgánico que en el caso de nuestro estudio; de todas formas, el examen de la sangre al conteo de leucocitos, la fórmula leucocitaria, y sobre todo el hemocultivo, aclarará el problema.

A una neoplasia maligna de estómago, correspondería las molestias que aqueja de aparato digestivo, la pesadez gástrica nada más ingerir los alimentos y la diarrea, igualmente la desnutrición, palidez, edema pretibial y hasta la fiebre, si le consideramos ulcerado, (y aun sin estarlo, puede y de hecho hay fiebre en los comienzos del carcinoma de estómago); el examen radiográfico dilucidará el problema.

Por último, en el cuadro de la anemia tipo Biermer, encajarían la palidez, la glositis, los trastornos digestivos por la hipoacidez o aquilia gástrica, los trastornos circulatorios y el soplo funcional, el adelgazamiento, la astenia, los edemas, hasta las pequeñas hemoptisis; en una palabra, toda la sintomatología subjetiva y objetiva que aqueja el enfermo, pero no podemos asegurar el diagnóstico hasta no obtener los hallazgos típicos de las alteraciones sanguíneas.

En esta situación veamos los datos obtenidos por radioscopia:

Los pulmones están claros, solamente en los hilios existen unas sombras de algunos ganglios calcificados, senos costodiafragmáticos perfectos. Corazón, todos los arcos son normales, no existe dilatación de ninguna parte del mismo.

En la radioscopia de estómago vemos que es atónico y que se vacía rápidamente, los contornos son limpios.

Análisis de esputos.—No se ven bacilos de Koch, existen numerosos diplococos, algún estafilococo y abundantes leucocitos polinucleares.

Con estos datos, paralelos a los obtenidos por la exploración física, se puede descartar la sospecha de que se trate de un tuberculoso pulmonar.

El examen del jugo gástrico dió una aquilia completa, con las reacciones de Adler y de Uffelmanns, negativas, es decir, no contenía ni sangre ni ácidos de fermentación.

En el de heces se vieron restos de fibras de tejido conjuntivo, granos de almidón y algunas fibras musculares con estriaciones longitudinales, no existían huevos de parásitos.

En el análisis de sangre se obtuvieron los interesantes datos siguientes:

Hematíes, 1.100.000 por milímetro cúbico; Leucocitos, 3.200 por milímetro cúbico; Hemoglobina, 55 por 100; Valor globular, 2,4.

FORMULA LEUCOCITARIA

Polinucleares neutrófilos.....	46	por 100	} 47 por 100
» eosinófilos.....	1	»	
» basófilos.....	0	»	
Mononucleares grandes.....	4	»	} 53 c.
Idem medianos y linfocitos....	49	»	

Existe anisocitosis, poiquilocitosis y megalocitos, no se ven hematíes nucleados.

Reacciones de Wassermann, Meinicke y Kahn, negativas.

Por el examen radioscópico de estómago, podemos descartar el pensar en la neoplasia gástrica; después del análisis de jugo gástrico, con la aquilia, y sobre todo con los hallazgos del examen de la sangre, el diagnóstico de anemia perniciosa es claro. En efecto, vemos todas las características de esta enfermedad, cuales son, la disminución grande de los hematíes, el valor globular por encima de la unidad (anemia hiperocrómica), la leucopenia, la linfocitosis, y sobre todo lo más característico conocido desde Ehrlich, los megalocitos y sus progenitores los megaloblastos.

La endocarditis lenta u otra septicemia, aunque no se hicieron hemocultivos, quedaron descartadas desde el momento que se encontró la leucopenia y la linfocitosis.

Como las reacciones de la sífilis fueron negativas y no se encontraron en el análisis de heces huevos de parásitos, tenemos que conformarnos a fortiori, con el diagnóstico de anemia perniciosa esencial, sin causa conocida, del tipo Biermer.

Pronóstico.—Sabido es de todos los prácticos el mal pronóstico que tenía esta enfermedad, y así lo leemos en los libros clásicos de medicina, mas, desde el año 1927, en que los autores americanos, principalmente, comenzaron a sustituir el tratamiento con la dieta de hígado, el pronóstico ha variado, en el sentido de hacerse más benigno.

Tratamiento.—Siguiendo las ideas de Minot y Murphy en este enfermo, iniciamos el tratamiento de Whiple, dándole hígado de buey poco hecho en la comida y en la cena (unos 200 gramos diarios), al mismo tiempo (como pronto se cansan y lo cogen repugnancia), se le prescribió un compuesto co-

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

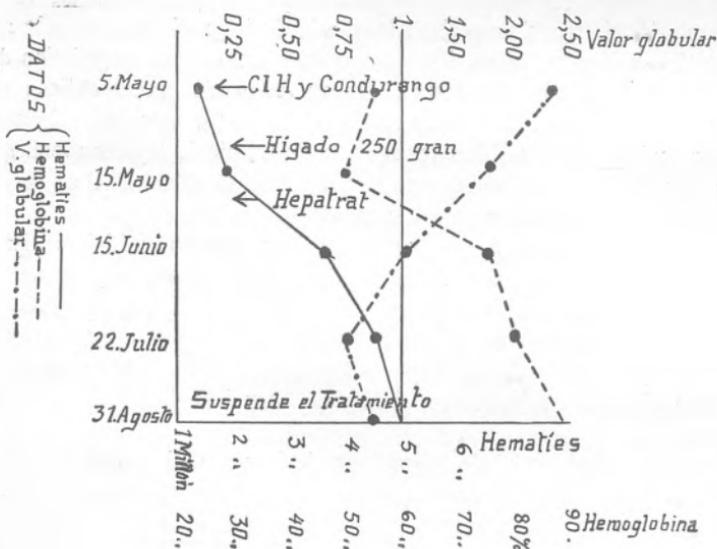
Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

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

nocido con el nombre de Hepatrat, que no es otra cosa más que un extracto hepático, tomaba tres cucharadas diarias. Siguiendo a los autores alemanes (ya que estos enfermos tienen aquilia), se le daba ácido clorhídrico y condurango, que le permitía digerir mejor los alimentos. Se le mantenía en reposo absoluto, desinfección de la cavidad bucal y de alimentación, además del hígado, cuanto le apetecía.

Los primeros días del tratamiento, tuvo algunos vómitos, pero a partir del cuarto día, el apetito comenzó a aparecer; no devolvía las comidas y se sentía mejor, la temperatura comenzó a descender y al octavo día la fiebre desapareció, la tos y la expectoración igualmente desaparecieron, el peso iba subiendo de una manera sorprendente, el color de la piel enrojecía, el ánimo y aspecto del enfermo cada día eran más optimistas. En Julio comenzó a



quejarse de dolor en las extremidades inferiores y a pesar de haber aumentado mucho de peso nos decía que no tenía fuerzas en las piernas y que se le doblaban al andar; explorado por entonces, encontramos una exaltación de los reflejos rotulianos y Gordon positivo en el lado derecho. Estas molestias son las alteraciones nerviosas que pueden ser de tipo variable, que tan frecuentemente se presentan en la anemia perniciosa.

En el mes de Agosto desapareció el soplo funcional de corazón, más persistía la exaltación de los reflejos rotulianos.

En Noviembre se le da el alta por encontrarse perfectamente bien, con un peso de 60 kilogramos.

La evolución de los elementos sanguíneos, hematíes, hemoglobina y valor globular, puede verse en el esquema que adjuntamos.

ATOPHAN

para el tratamiento de las afecciones reumáticas y gotosas

- 1 *Reduce los síntomas inflamatorios*
- 2 *Elimina el exceso de ácido úrico*
- 3 *Calma los dolores y disminuye la fiebre*

La acción antiflogística del ATOPHAN puede ser comprobada en todos los procesos reumáticos.

En los casos graves: ATOPHANYL
por vía parenteral

Para la aplicación percutánea:
BÁLSAMO DE ATOPHAN

Envases originales
ATOPHAN Tubos de 20 tabletas
ATOPHANYL Intravenosa: cajas de 5 amp. de 5cc.
Intramuscular: cajas de 5 amp. de 5cc.
con anestésico.

BÁLSAMO DE ATOPHAN: Tubos de metal



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A.

Apartado, 479, Madrid - Apartado, 1030, Barcelona

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

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

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

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

P A L E N C I A

BRONQUITIS

CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS

GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO

NIÑOS ADULTOS

3 FÓRMULAS: Simple -- Con lecitina -- Infantil

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

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

Como apéndice a este caso clínico, queremos hacer resaltar el número exorbitante de publicaciones que aparecen en todos los idiomas, principalmente en inglés en estos años, tendiendo unos, a la explicación de la etiología y de la patogenia de la enfermedad que nos ocupa, y la mayoría al tratamiento, indicando los resultados obtenidos, unos, por la hepatoterapia por vía oral, bien en forma de hígado fresco ya en extractos de diferentes firmas; otros mostrando los éxitos más rápidos con la administración de preparados por vía parenteral, que inició Göussleu, bien a dosis pequeñas y prolongadas, ya en formas masivas, algunas siguiendo los estudios de Cattle, dan extracto de mucosa de estómago de cerdo, con fecundos resultados, y hasta algunos han dado extractos de otros órganos, como Ungley, que ha llegado a recomendar la ingestión de cerebro.

Nosotros hemos empleado en otros casos que hemos tenido, de esta enfermedad, compuestos de hígado y de mucosa de estómago de cerdo por vía oral y parenteral, y en efecto hemos observado que el valor globular volvía a la normalidad más rápidamente que los tratados solamente por vía oral, lo cual no tiene otra explicación más, que se le administra más principios activos del hígado en un espacio menor de tiempo.

Valladolid, Enero de 1933.



La lucha antivenérea; abolicionismo de la prostitución y el certificado pre-nupcial

por el doctor Juan José G. GÓMEZ SIGLER

Estamos en una época de sinceridades. El mundo, al mismo tiempo que se despoja de las vestiduras corporales que dificultan el ejercicio al aire libre, en plena libertad de movimientos, va descubriendo también su alma y libertándola de ligaduras y de prejuicios de falsa moral, de cínicas «convenciones sociales». La educación sexual de las generaciones toma el ritmo puro y biológico que subconscientemente deseaba nuestro espíritu. La enfermedad venérea va siendo conocida y juzgada como cualquiera de las demás plagas patológicas que sufre la humanidad. Los moralistas verdaderos y los médicos caminan en vanguardia de la denominada lucha antivenérea, que principia a ser un problema más a resolver por los gobiernos de las naciones... Es mi intención en este artículo, ocuparme de ella y esbozar brevemente lo que es y lo que significa el abolicionismo como doctrina y la importancia que tiene en la lucha contra las enfermedades venéreas. Asunto por otra parte, de palpitante actualidad en nuestra Patria, ya que corren noticias de próximos decretos sobre esta materia, que la Dirección general

de Sanidad (a la que no hemos de regatear nuestro aplauso), piensa presentar ante las Cortes.

Existe entre nosotros desconocimiento y apreciación indebida de la significación del concepto de abolicionismo; se juzga mal el método y se le acusa de querer destruir lo existente, sin dar origen a nada mejor; acusación injusta y absurda, ya que precisamente el abolicionismo presenta un vasto programa de lucha antivenérea, con resultados tangibles y fructíferos, siendo por el contrario el reglamentarismo un fracaso, ya que no ha hecho otra cosa más que «oficializar» la prostitución, es decir, fomentarla.

El abolicionismo como doctrina apareció en el año 1864 en Inglaterra, siendo Josefina Buttler su iniciadora y primera propagandista. Como toda idea noble, combatidísima en un principio, la causa abolicionista fué ganando día por día batallas, hasta imponerse triunfalmente en todo el mundo. Hoy día son países abolicionistas, Inglaterra, Dinamarca, Noruega, Suecia, Holanda, Suiza, Estados Unidos, Rusia, Argentina, Bélgica y Chile (en estas dos naciones en ensayo) y organizaciones y comités abolicionistas existen en todos los países que aún no la han adoptado.

El abolicionismo presenta a la cabeza de su programa de lucha antivenérea, la abolición de los actuales reglamentos de la prostitución. Las bases y propósitos que la Federación Internacional Abolicionista tiene, son las siguientes: La Federación Abolicionista Internacional persigue la abolición de la prostitución, considerada como institución legal y tolerada, juzgando la organización administrativa de la prostitución como un error higiénico, una injusticia social, una monstruosidad moral y un crimen jurídico. La Federación es independiente de todo partido político, de toda escuela filosófica y de toda confesión religiosa. Reúne en asociación voluntaria a todas las personas de uno y otro sexo que deseen contribuir a la realización de estos fines. Como Asociación Internacional, la Federación se limita a una declaración general de principios y deja a las secciones, grupos y comités nacionales, regionales y locales, decidir sobre los puntos precisos a que deben dirigirse las reformas de las leyes. La Federación reivindica en el dominio especial de la legislación en materia de costumbres, la anatomía de la persona humana, que tiene su corolario en la responsabilidad individual. Por una parte condena toda medida de excepción aplicada con el pretexto de costumbres; por otra afirma que instituyendo una reglamentación que quiere procurar al hombre seguridad e irresponsabilidad en el vicio, el Estado transforma la noción de responsabilidad, base de toda moral, pues al hacer pesar sobre la mujer únicamente las consecuencias legales de un acto común, el Estado propaga la idea funesta de que habría una moral diferente para cada sexo. Considerando que el simple hecho de prostitución personal y privada no surge más que de la conciencia y no constituye delito, la Federación declara que la intervención del Estado en materia de costumbre debe limitarse a los puntos siguientes: castigo de todo atentado al pudor

cometido o intentado contra menores, o personas de uno u otro sexo, asimilados a menores. Cada legislación particular debe determinar exactamente el límite y las condiciones de esta minoridad especial. Castigo de todo atentado al pudor realizado o intentado por medios violentos o fraudulentos contra personas de toda edad o sexo. Castigo del ultraje público al pudor. Castigo de la provocación pública al libertinaje y proxenetismo en aquellas de sus manifestaciones delictuosas que pueden ser comprobadas sin prestarse a arbitrariedad y sin caer bajo una u otra forma en el régimen especial de la policía de costumbres. Las medidas tomadas al efecto deben aplicarse a los hombres como a las mujeres. Toda vez que el proxenetismo caiga bajo la acción de la ley, los que paguen a las proxenetas y se aprovechen de su industria deben ser considerados como cómplices. La Federación declara que el Estado no debe imponer a ninguna mujer la visita obligatoria con pretexto de costumbres, ni someter la persona de las prostitutas a un régimen de excepción cualquiera. Además de las cuestiones que están en relación directa con el fin especial que persigue, la Federación estudia científicamente la prostitución; realiza una investigación permanente sobre las causas morales, económicas u otras de esta llaga social, sobre sus efectos y la manera de ponerles remedio.

El programa abolicionista es amplio; considera como primera medida la abolición de los reglamentos actuales, por ser éstos factor de incrementos de la prostitución y haber probado en muchos años de existencia su absoluta ineficacia. Lucha contra la prostitución, fuente de los males venéreos, disminuyendo el número de prostitutas; atacando los canales por los cuales casi siempre se prostituyen las mujeres; la miseria, el abandono, el proxenetismo, la mala educación. En otro campo de la lucha se esfuerza en hacer profilaxia de todo orden; las medidas culturales, la educación sexual, el conocimiento de los males venéreos, el certificado médico pre-nupcial (del que nos ocuparemos luego), del alejamiento de los centros de perversión y lupanares, de la dedicación de la juventud a los deportes, del conocimiento del mal venéreo y la necesidad de remediarlo a tiempo, y como final de este amplio programa, y como parte esencialísima, el tratamiento intenso, tenaz, de todos los casos venéreos. Barrer el mal en sus ocultos rincones, hacer labor de asistencia social, que es una labor primordial y esencialísima de todo Estado de nuestro tiempo.

Y dicho esto, hablaremos del certificado médico pre-nupcial, que en todos los programas de lucha antivenérea ha sido colocado como un buen medio de los mismos, y se comprende con decir que solamente por evitar algunos contagios y revelar el mal venéreo, a veces desconocido en otros, ya es suficiente para tenerle en cuenta. No deja, pues, de tener importancia, como vemos, y de que adquiera toda la que debería tener; los únicos que podemos conseguirlo somos los médicos. El Estado puede establecer su obligatoriedad para contraer matrimonio, pero de que esta medida se convierta, como

tantas otras, en una fórmula sin valor alguno, sólo seríamos responsables en dicho caso los médicos... Y esto en una ciudad con amplios medios de diagnóstico, pues en el resto del país, en los medios rurales, sin laboratorios ni más criterio posible que el clínico, el certificado proporcionaría muy pobre ayuda a la lucha antivenérea. No obstante esta impugnación, tengamos en cuenta la utilidad que en las ciudades, un examen pre-nupcial, una simple centrifugación de la orina emitida en nuestra presencia y una investigación serológica de la sífilis, previamente precedidas de un buen interrogatorio y exploración, podría prestar como medio auxiliar en la lucha antivenérea. Y más aún si este certificado solamente fuera expedido por un médico oficial, perteneciente a la lucha, con independencia económica en su labor profiláctica y curativa por estar bien retribuido por el Estado. Súmese además la posible actuación, dentro de los modernos centros de higiene rural, de reciente creación, de otros especializados como médicos de la lucha y la posibilidad de extender al medio rural este certificado pre-nupcial, con iguales garantías que las acabadas de mencionad para las ciudades... ¡Al llegar a este límite sí que habríamos conseguido un arma útil de lucha, y dado el gran valor que tiene este certificado médico pre-nupcial!

Y para terminar, un ejemplo, en el primer año de funcionamiento del primer consultorio para exámenes pre-nupciales, de la Liga Argentina de Profilaxis Social de Buenos Aires, se han practicado 718 exámenes pre-nupciales (518 por facultativos adscritos al consultorio y 140 en el citado consultorio).

Madrid, Diciembre de 1932.



COMENTARIOS RURALES

La Asamblea de médicos titulares inspectores de Sanidad

por Lorenzo SÁEZ

Asistí a la Asamblea celebrada en Octubre, con el optimismo que llevé a las anteriores, a pesar de que el estado en que se encontraba la Asociación y el malestar reinante en la clase no invitaba a formarse grandes ilusiones del resultado o eficacia de los debates.

Casi la totalidad de los representantes en otras Asambleas; pocas caras desconocidas. Muchos creen que esto es perjudicial y que sería conveniente una renovación. No soy partidario de una sustitución total de los actuales dirigentes, entre los que hay elementos de positivo valor, pero sí sería ventajoso sustituir paulatinamente a muchos representantes que año tras año van a las Asambleas y no desempeñan en ellas más papel que el de oyentes,

cuando no el de impertinentes. Conviene gente nueva que vaya entrenándose en los asuntos rurales, pero conservando siempre los elementos de valía, de los cuales sería peligroso prescindir.

Entre bastidores se observa que hay espíritu de cordialidad; no se oyen conversaciones como en otras Asambleas en que claramente se veía la división de los directivos y la rivalidad personal entre sus partidarios. Todos parecen unidos y llenos del mayor entusiasmo y la mejor intención. Esto conforta y anima. Los individuos del Comité tienen cara de satisfacción, que indica darán a sus compañeros una sorpresa agradable.

La mayor parte de los asambleístas visitamos el nuevo domicilio social; se ve que hay limpieza, orden, decoro, sin lujos inútiles; se hacen comparaciones con el anterior y todo son elogios para el secretario interino señor Ruiz Heras, que ha organizado la oficina de forma irreprochable y en la ocasión más precaria de dinero y de entusiasmo. Los celos que actuaciones anteriores del señor Ruiz Heras inspiraron, están totalmente desvanecidos, y hoy goza este compañero de la confianza de la clase y es considerado como uno de los más competentes y entusiastas, llegando al sacrificio de aventurar un porvenir por servir lealmente a la Asociación, conducta más alabable en estos tiempos en que la injuria sustituye frecuentemente al agradecimiento y en que la crítica siempre tiene carácter negativo. Pero ya se sabe que la ingratitud es semilla que fructifica en todos los terrenos y con esto tiene que contar todo aquel que ocupe cargos de dirección o de gobierno.

Constituida la mesa, el presidente del Comité, señor Osorio, en un discurso sencillo en la forma, sincero en el fondo, expone la gestión del Comité desde la Asamblea extraordinaria de Enero, y hace resaltar cómo la adhesión de todos los asociados dió fuerza al presidente y secretario, para que sus gestiones fueran coronadas por el éxito, logrando se votase en las Cortes Constituyentes la ley de provisión de plazas de Inspectores municipales de Sanidad. Relató las incidencias de su gestión hasta ver conseguido el triunfo, y puso de manifiesto la buena disposición en favor de la clase por parte del Gobierno, del presidente de las Cortes y de algunos diputados, médicos y no médicos, que cooperaron con interés a la aprobación de la mencionada ley. Ha sido esto el triunfo más grande de la Asociación, pues la situación de los titulares no estaba garantizada en cuanto a inamovilidad, sueldos, pago, recursos, excedencias, etc.

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

Algunos compañeros, descontentos eternamente, no conceden importancia a lo logrado; yo creo más bien que no es descontento, sino desconocimiento de nuestra situación anterior y de la realidad presente. Nuestro problema tiene carácter social, y como tal solución está llena de dificultades y obstáculos, que los impacientes creen fáciles de allanar, sin tener en cuenta que hay intereses encontrados y situaciones de orden económico, político y social, como la que actualmente atraviese nuestro país, que impiden a los gobernantes atender otros problemas que los urgentes planteados. Después de un cambio de régimen y en período constituyente, no es poco lo conseguido, y esto precisamente es lo que debe estimularnos a todos para trabajar unidos y seguir gestionando el logro de nuestras aspiraciones, hasta que llegue el momento oportuno, que creo no lejano, de verlas conseguidas.

La sorpresa agradable que el Comité reservaba a los asambleístas era el Reglamento de la ley de Septiembre a que antes nos referíamos. Es indudable que en la eficacia de una ley influye el Reglamento de aplicación de la misma, y de una manera oficiosa nos dieron a conocer el proyecto de ese Reglamento. Su lectura produjo grata impresión en la Asamblea y se vió que en su confección había intervenido una personalidad muy competente en cuestiones de organización y legislación sanitaria, cuyo nombre daríamos, si una elemental discreción no nos lo impidiese. Sinceramente manifestamos que el Reglamento, tal como se leyó, es una traba sólida para que los Ayuntamientos no provean las vacantes a su capricho y no puedan evadir las consignaciones y pago de las plazas, así como tampoco suspender ni destituir arbitrariamente a los titulares. Han pasado dos meses y el Reglamento no se ha publicado en la *Gaceta* y sospechamos que esto se debe a dificultades en la aprobación de algunos artículos que, a mi juicio, rozaban la autonomía municipal, cuya concesión está de moda y es el disparate mayor que pueden cometer los gobernantes, sobre todo en lo que afecta a los municipios rurales, cuya incapacidad es bien patente. Si la legislación municipal es hoy incumplida, el día que se les conceda la autonomía, la administración municipal, en la mayor parte de España, estará supeditada a las ambiciones y egoísmos de mangoneadores y caciques, y el atropello, la persecución y la venganza se prodigarán en forma escandalosa y repugnante. Pues bien, por no tocar esta autonomía, creo el Reglamento no se publicará como se leyó y sufrirá modificaciones que perjudicarán los intereses de los titulares o éstos no dispondrán de los medios que para hacer valer sus derechos les concedía el primitivamente redactado. Esperemos su publicación, que no se hará esperar mucho tiempo, y entonces comentaremos con detención su articulado.

Nota destacada en la Asamblea fué la conferencia del doctor Pérez Mateos, presidente de la Federación de Colegios Médicos, sobre el Seguro de enfermedad en el medio rural. Con fácil y clara palabra expuso su plan sanitario, resumen de la ponencia presentada en la Asamblea de Colegios médicos celebrada en la Coruña en el mes de Junio. Por lo que afecta al seguro de

enfermedad en el medio rural, se mostró partidario de que la clase médica rural no se oponga al seguro, sino que lo acepte y procure con su unión conseguir las ventajas que de otro modo no alcanzaría. Cree necesario para el buen funcionamiento del seguro y sus relaciones con la Beneficencia y la Sanidad, la formación del Cuerpo de médicos de la asistencia pública, a base de los médicos titulares, con lo cual serían en parte satisfechas sus aspiraciones y compensada la fundamental de ser funcionarios del Estado, si se logran disposiciones legislativas al margen del seguro de enfermedad que reglamenten la iguala y garanticen el pago y estabilidad de los facultativos. Al efecto, el Consejo de Colegios ofrecerá al Seguro una asistencia económica e integral para las clases proletarias por la exigua cantidad de dos pesetas mensuales, es decir, el servicio médico más barato y eficaz que puede ofrecerse, puesto que en los demás países asciende a una cantidad doble que la ofrecida, y que varía poco de la que en casi toda España pagan como iguala médica las clases poco pudientes. La brillante conferencia del doctor Pérez Mateos mereció grandes elogios y fué premiada con una gran ovación que le tributaron los asambleístas.

El resto de la Asamblea no ofreció particular interés, salvo el banquete con que fueron obsequiados el señor Azaña y distinguidas personalidades que en el Parlamento apoyaron la aprobación de la ley de Septiembre. El jefe del Gobierno agradeció el banquete y se congratuló de que los titulares de España se preocupen de los intereses sanitarios del país y los antepongan a sus intereses particulares, con lo cual tendrán más fuerza moral para conseguir el logro de sus aspiraciones.

En resumen, una buena jornada para la clase y un estímulo para continuar trabajando y luchando individual y colectivamente por el mejoramiento de la Sanidad y por los legítimos intereses personales de los médicos, comprometidos por la plétora actual y la consiguiente falta de ética profesional que invade hoy el ejercicio de la medicina y repercute en el aspecto económico del mismo. Luchar es ley de la vida y no debemos olvidarlo ni en los momentos de más decaimiento de ánimo como el actual, pues la apatía y la inacción sólo conducen a la bancarrota y al desastre. El Seguro de enfermedad está próximo; de nuestra actuación, de nuestra defensa, de nuestra capacidad y de nuestra unión, dependerá el porvenir que el Seguro nos reserve. Tengamos confianza en nuestros directivos y hagamos crítica positiva, abandonando las campañas derrotistas que tanto daño hacen y que tanto influyen en el entusiasmo que debe tener el que ocupa puestos de dirección y de confianza.

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

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Búrgér / Cólico saturnino / Crisis angioespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertonía esencial

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID

LIBROS RECIBIDOS

- JEAN PIERI.**—La fièvre exanthématique du littoral méditerranéen ou fièvre boutonneuse. Un volumen en octavo, de 86 páginas, con 18 figuras en el texto, 30 francos.
- RENE SIMON.**—Les fractures des membres. Clinique et Thérapeutique. Un volumen en octavo, de 500 páginas, con 173 figuras en el texto, 75 francos.
- HENRY SCHWAB.**—Hygiène et diététique du diabétique. Un volumen en octavo, de 128 páginas, 12 francos.
- C. LEPOUTRE y F. STOBBAERTS.**—La pyélographie intraveineuse dans le diagnostic urologique. Un volumen en octavo, de 40 páginas, con 3 figuras en el texto y 32 radiografías, 22 francos.
- JACQUES STEPHANI y GEORGES DELORE.**—Le traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses. Un volumen en octavo, de 60 páginas, con 41 figuras intercaladas en el texto, 18 francos.
- G. GUILLAIN y P. MOLLARET.**—Les séquelles de l'encéphalite épidémique. Etude clinique et thérapeutique. Un volumen en octavo, de 104 páginas, con 21 figuras en el texto, 28 francos.
- A. DURUPT.**—L'intertérométrie en clinique. Un volumen en dieciseisavo, de 204 páginas, con figuras y gráficos en el texto y una plana en colores fuera del texto, 28 francos.
- PIERRE PROST.**—Rééducation Psychothérapique. Controle de l'équilibre mental et nerveux. Un volumen en octavo, de 138 páginas, 20 francos.
- PAUL GIRAUD.**—Le kala-azar infantile. Un volumen en octavo, de 80 páginas, con 12 figuras en el texto y una plana en colores fuera del texto, 30 francos.

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

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

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

Imprenta Castellana

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

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

Didan una demostración de cualquier trabajo.

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

CRÓNICA REGIONAL

VALLADOLID

Con la solemnidad acostumbrada inauguró el curso la Academia de Medicina, leyendo un documentado discurso, el profesor de la Universidad, doctor Isidoro de la Villa.

PALENCIA

Ha quedado constituida en esta ciudad, la Hermandad de San Cosme y San Damián, habiendo sido nombrado Hermano mayor, nuestro distinguido amigo el doctor Martín Escobar (N.), cirujano del Hospital de Palencia. Actualmente se está redactando el Reglamento, y probablemente, en el mes de Febrero comenzará su actuación con una fiesta religiosa, y si posible fuera, un acto cultural, que se anunciará oportunamente para conocimiento de los médicos y farmacéuticos asociados, a cuyo acto se invitará a la representación de todas las clases sanitarias de la provincia.

En el Colegio de Médicos de ésta, dió una interesante conferencia que publicaremos extractada en el próximo número, el doctor A. Crespo Alvarez.

URASEPTINE

ROGIER

**disuelve y expulsa
el ácido úrico**

HENRY ROGIER, Docteur en Pharmacie

56, Boulevard Péreire (Place Wagram) PARIS