

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES	Páginas
DOCTOR MORALES APARICIO Y A. ALLUÉ HORNA.— <i>Exóstosis de crecimiento.</i> —PROFESOR I. COSTERO.— <i>Examen anatómico-patológico.</i>	53
RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES.— <i>El "numerus clausus"</i>	67
CRÓNICA	
PROFESOR ASCHHEIM— <i>Sobre el tratamiento con hormonas ováricas.</i>	75
<i>Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.</i>	77
REVISTA DE REVISTAS	
Medicina interna, por M. Bañuelos.	
<i>Lo que debe comer un enfermo que padezca artritis.</i> —Vaguet.	83
	<i>(Sigue)</i>

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
Dosis: 1 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, NIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

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

	Páginas
<i>Sobre la posibilidad de determinar la existencia de una tendencia o predisposición a la formación de trombos.</i> —Jürgens.....	85
<i>Sobre el diagnóstico de los tumores cerebrales, en ausencia de los fenómenos de hipertensión craneana.</i> —Bennett y Keegan.....	84
<i>Sobre el diagnóstico del déficit alimenticio con vitamina C, por medio del análisis de orina.</i> —Harris y Ray.....	84
<i>Sobre la reciente ola de infecciones estreptocócicas en Inglaterra.</i> —Wallace y Smith.	84
<i>Sobre la enfermedad de Weill.</i>	85
<i>La patogenia de la angina abdominal.</i> —Maljatzkaja.....	85
<i>Unas cuantas observaciones interesantes de sífilis cerebral febril aguda, cuyos casos representan una contribución más al estudio de las sífilis febriles.</i> —Popow y Aranowitsch.....	86
<i>Comentarios a la actuación de algunas formas de hipertiroidismo en relación con la diyodotirosina.</i> —Dr. Leandro Cervera.....	86
<i>Comparación entre la dosificación terapéutica y de la acción clínica de la atropina y del syntropan.</i> —Doctor Ratschow.....	87

(Sigue)

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

MÁLAGA

Representante para Valladolid-Palencia y sus provincias:

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

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 glicerofosfórico 0,046 »
 { Acido cacodílico 0,030 »
 { Hierro asimilable 0,002 »
 { Glicerofosfato estricnico 1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Otorrinolaringología, por S. R. Berceruelo.

<i>Variedades del hueso lagrimal.</i> —Doctor E. Panico.....	88
<i>Sinusitis frontal y alteraciones de la mucosa nasal consecutiva a ella.</i> —Doctor P. Gritti.....	88
<i>Los reflejos olfativos y su valor semiológico.</i> —Doctor Anvers Rene Nyssen.....	89
<i>Síndrome del triángulo retroestiloideo digástrico o retroparotídeo de Villarest por sífiloma de la parótida.</i> —Doctores E. Ontada (Luis) y J. Portele (César).....	89

Pediatría, por Allué Horna.

<i>Meningitis gonocócica en niño recién nacido.</i> —Doctores Bradford y Wikeley.....	91
<i>A propósito de un caso de simpaticoblastoma en un lactante de seis semanas.</i> —Doctores Cohen, Schelinck y Cornet.....	91
<i>Estudio clínico anatómico-patológico sobre la tuberculosis de los centros nerviosos en el niño.</i> —Doctores Joukowski y Roussikh.....	92
<i>Un caso de obstrucción intestinal por ascárides.</i> —Doctores Andhel y David Boul.....	95

BIBLIOGRAFÍA.....	94
NOTICIAS.....	95
LIBROS RECIBIDOS.....	96

Tratamiento de la AEROFAGIA y de sus consecuencias:

Insomnios
 Perturbaciones cardíacas
 Perturbaciones nerviosas
 Perturbaciones pulmonares

con los comprimidos de

aérophagyl

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

La caja de 45 comprimidos: 6 pesetas

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

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

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteinoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

SURRETAL

extracto total suprarrenal; *inyectables.*

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; *gotas e inyectables.*

ERGAL

extracto medular suprarrenal; *gotas e inyectables.*

GONEAL

quimio-proteinoterapia; *inyectables.*

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; *inyectables.*

NARCOTAL

extracto del opio; *gotas, comprimidos, inyectables.*

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

MASTAL

extracto de mama funcionante; *gotas e inyectables.*

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCII - PISA

Agente: **M. VIALE** / Provenza, 427-BARCELONA, / Carretera de Maudes, 5, Hotel-MADRID

CLÍNICA UNIVERSITARIA DEL PROF. MORALES APARICIO

Exóstosis de crecimiento

por el profesor doctor MORALES APARICIO y A. ALLUÉ HORNA

Examen anatómico-patológico, por el profesor I. COSTERO

Si bien data desde la mitad del siglo pasado la diferenciación de las exóstosis del resto de las tumoraciones óseas más o menos malignas, el estudio a fondo no se llevó a cabo hasta después del empleo de los rayos X en el diagnóstico.

Han sido bastantes las monografías, algunas las tesis escritas a propósito de esta enfermedad, pero casi todas están encaminadas a la exposición más o menos detallada de casos; unos presentan sus múltiples exóstosis (150 en el caso de Avray) y otros son enfermos con una sola exóstosis. También en la mayoría de estas tesis se ve claro como todos sus autores muestran predilección por los datos que la herencia suministra, y desde luego llegan a las conclusiones que hoy poseemos sobre este factor por demás incierto en lo que concierne a semejanza de unos casos con otros puesto que no es análoga la herencia, como luego consideraremos.

Respecto a nomenclatura sería algo difícil de retener todo lo que se ha hecho, pero del estudio por nosotros llevado a cabo en 132 trabajos de diversos idiomas y cinco textos, nos demuestra como los franceses (Ombredanne, Treutz, Buorquignon) y siguiendo a éstos los de la misma nacionalidad denominan a esta afección en el caso de presentarse a la vez con hiperóstosis y condromas, enfermedad osteogénica y a cada una de estas manifestaciones la agregan el término osteogénica. Los ingleses las estudian bajo el término de condrodisplasias. Los alemanes coinciden en denominar todo lo que a exóstosis se refiere con el título de exóstosis cartilaginosa, pero bien pronto se comprenderá que en esta denominación se incluyen las exóstosis aunque sean completamente óseas y las denominan así tan sólo por su procedencia, como bien pudimos leer en los nueve trabajos alemanes consultados. Los portugueses siguen a éstos y los italianos a los franceses.

En las revistas de habla española se encuentran denominaciones de todos los tipos, pero se nota predominio del término exóstosis de crecimiento que también utiliza Forgue, término con el cual se pone en evidencia una de las características de esta afección. Como resumen salta a la vista que el término en el cual dice osteogénicas es el más usado, no en balde fué Broca, francés, el que primero diferenció estas tumoraciones.

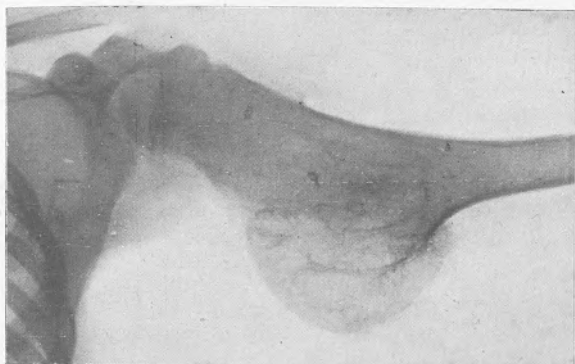
Una vez expuestos los conceptos de nomenclatura e historia de la enfermedad que nos ocupa, expondremos los casos que poseemos, uno de los cuales es en extremo interesante y desarrollaremos en primer lugar.

F. R. V., natural de Sieteiglesias (Valladolid), de 13 años de edad, ingresa en nuestro departamento de este Hospital Clínico, el 12 de Noviembre de 1934. El padre del enfermo padeció desde los cinco años una tumoración con los caracteres de exóstosis en la escápula derecha la cual le fué intervenida a los nueve años de edad y presentaba otras varias en las extremidades inferiores; falleció a consecuencia de una perforación de estómago, pues era un ulceroso antiguo, a los 35 años. La madre del enfermo vive, se encuentra sana; de este matrimonio nacieron cinco hijos, el enfermo es el último de ellos, uno de término nació asfíctico, muriendo inmediatamente, otro murió a los tres años de meningitis; los otros dos viven y padecen exóstosis múltiples. La madre se ha casado en segundas nupcias y en este segundo matrimonio ningún sujeto padece la afección que estudiamos.

Nuestro enfermo padeció sarampión y escarlatina benignos a los 5 y 10 años, respectivamente. El desarrollo, la dentición, así como la primera infancia, fueron completamente normales, notándosele tan sólo a partir de los tres años las tumoraciones que describiremos.

Ya cuando tenía un año el enfermito le notaron una tumoración a nivel de la espina del omoplato y casi en acromión que no le causaba, al parecer, molestia y que siendo de consistencia ósea creció hasta el tamaño de una nuez, con el cual persistió hasta la aparición a los cinco años de otra tumoración en la cara interna del húmero derecho y en su parte superior. Al evolucionar, aunque lentamente esta tumoración, los padres dedicaron su atención preferente a ella, pero ahora recuerdan que fué entonces cuando poco a poco regresó la primera tumoración para en la actualidad no observarse más que lo que en el comentario de la radiografía señalaremos.

A partir de los cinco años comenzaron a notarse otras tumoraciones distribuidas por los miembros inferiores y que en su desarrollo corrían parejas con el del individuo a excepción de la tumoración del húmero que tiene al final una evolución algo atípica, las otras lo hacen sin la menor sintomatología llamativa. Todas ellas se hallan colocadas en las epífisis y precisamente en aquellas llamadas fértiles cumpliéndose esto hasta tal punto, que los huesos que tienen dos epífisis fértiles se encuentran estas tumoraciones en la proximidad de ambas (véase la epífisis tibial inf. de la radgr. A, n.º 4). La tumoración humeral derecha, en Febrero de 1932, tiene un desarrollo más activo llegando en la actualidad a tener el tamaño de un limón, sin perder por ello la consistencia ósea de todas estas tumoraciones característica. A la palpación todas ellas son irregulares si bien los bordes no son muy puntiagudos, claro es, debido a encontrarse recubiertas por distintas cantidades de partes blandas. Con arreglo al desarrollo atípico últimamente observado en la exóstosis humeral derecha, diremos que a la vez fué acompañado de



Radgr. A, núm. 1



Radgr. A, núm. 2

fenómenos puramente compresivos como son grandes latidos de la humeral y ligeros cosquilleos del miembro. El número de tumoraciones puede apreciarse en las radiografías.

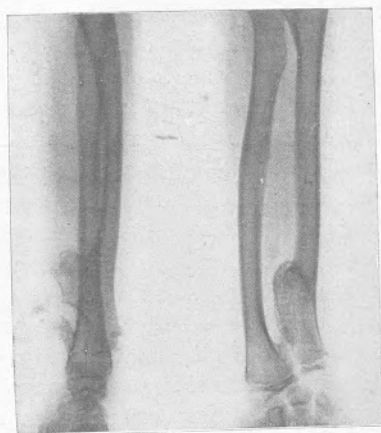
El enfermo acude a nuestra consulta para ser operado de la tumoración humeral que le impide aproximar el miembro al tronco.

El otro enfermo es M. F. C., de 14 años de edad y que acude a la consulta para mostrarnos las tumoraciones y además los seis dedos que presenta en cada mano. Las tumoraciones tienen análogos caracteres que las anteriores; sin embargo la evolución es típica de crecimiento y no hay ninguna tumoración exageradamente más desarrollada que las demás. Es notable la concomitancia con la polidactilia, que la presentan análogamente cuatro de sus cinco hermanos, los cuales no presentan exóstosis. Acompañamos dos radiografías del enfermo. (B. n.º 1 y 2).

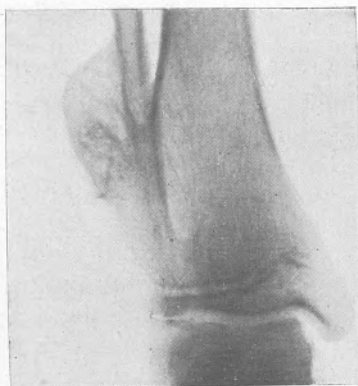
Dado, pues, el grafismo de estos enfermos y la elocuencia de sus radiografías, el diagnóstico se establece basándose en la multiplicidad de las tumoraciones indoloras, de dureza ósea, que cursan tan sólo con un aumento de tamaño, que bien por compresión de órganos vecinos puede dar síntomas que enmascaren su tipismo; se caracterizan además estas tumoraciones por la vecindad de las epífisis y de estas en las fértiles, por alguna simetría no muy frecuente y sobre todo por el carácter hereditario de la afección; esto acompañado de la comprobación radiológica de las formas típicas de crecimiento en el sentido de las relaciones anatómicas que produzcan menos resistencia y en dirección opuesta al crecimiento normal del hueso sobre el que asientan.

Antes de comenzar el estudio de los casos, considerados como una enfermedad osteogenética, hemos de considerar los detalles de la herencia en nuestro primer enfermo, y tras la exposición de las radiografías y los datos que suministran, enfocaremos la enfermedad.

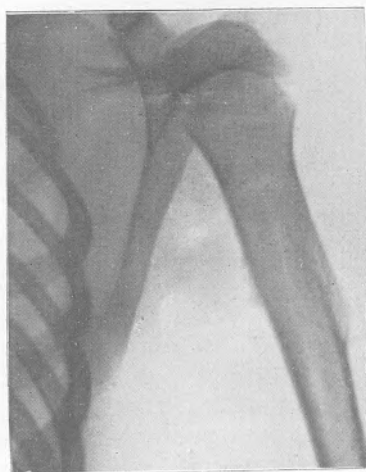
Entre los antecedentes de la generación a la cual pertenece nuestro primer enfermo, llama la atención lo próximo que se encuentra el primer caso en la familia, puesto que tras un detallado examen sólo logramos encontrar la enfermedad en el padre de los enfermitos; por vía materna no se observan casos. Todos los tres hermanos señalan la aparición de las exóstosis tempranamente, si bien en nuestro enfermo hay un desarrollo exuberante de una de ellas que llama la atención y que luego consideraremos; en el matrimonio que estudiamos hubo dos hijos más que no consideramos como enfermos, pero si observamos que uno de ellos murió en el momento del parto y el otro a los tres años, bien se comprende que no son por ello excluidos de poder padecer la afección. En la estadística por nosotros manejada se observa un predominio de la herencia directa, con ramificaciones colaterales, pero el número de casos con herencia de otros tipos no es despreciable. Decimos más arriba lo próximo que se encuentra en la familia el primer caso, y pronto se nos ocurre meditar si en esas tres generaciones por nosotros in-



Radgr. A, núm. 3



Radgr. A, núm. 4

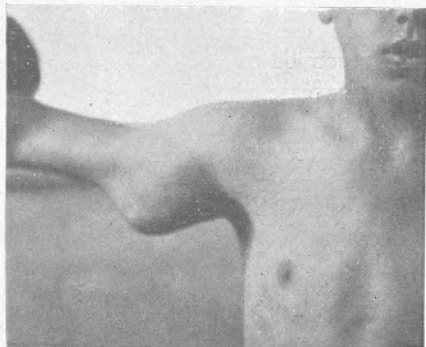
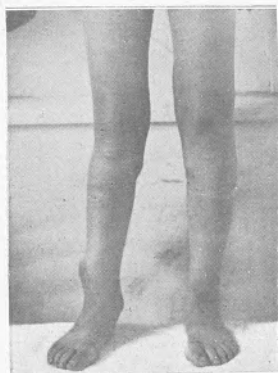


Radgr. A, núm. 5

vestigadas no habría algún caso que por ser pequeñas sus exóstosis y no dar molestia, no fueron manifestadas por los enfermos a los familiares y menos les llevaran a consultar; en este caso tendríamos que admitir que el tipo de herencia es, o por lo que queda dicho o porque en efecto alguno de los antecesores no padeció la afección, de tipo recesivo que explique que hay sujetos que no padecen la afección pero que obrarían a modo de portadores de la predisposición como Berta Aschner los denomina, y ser el padre del enfermo el que de nuevo se muestra con la afección. Mas si el padre es el primer enfermo la herencia es bien directa, transmitida hasta ahora por el sexo masculino dominante y que afecta por igual a varones que a hembras.

Haremos mención de lo que en herencia se ha estudiado con los nombres de gene morfológico y gene de localización, lo cual es importante ver como se cumple en nuestro enfermo, y así el padre cuya tumoración se presenta como más importante en acromion, es seguido por su quinto hijo el cual primitivamente presenta la tumoración en idéntico sitio y con analogía de caracteres; tumoración que tiene de notable cómo se estaciona en su desarrollo y hasta regresa quedando reducidos el lugar donde asienta a un foco hiperostósico compacto, pero que radiológicamente no ofrece una resistencia tenaz al paso de los rayos lo cual pone de manifiesto su carácter esponjoso. La madre del enfermo casó por segundas nupcias y de cuyo matrimonio con hombre sin esta enfermedad han tenido cuatro hijos que no las presentan. Pero hemos de señalar solamente que todos estos hijos fueron distróficos e incluso raquítics, muriendo muy pequeños algunos. Restanos decir que respecto a causa de muerte por tumores óseos en enfermos o en sus antecesores sólo se cita un caso por el doctor Parrilla en que el padre del enfermo murió por un osteosarcoma de brazo. Creemos, pues, que el aserto de Reinicke sobre el carácter hereditario de esta afección está diáfano.

Al examinar nuestras radiografías nos encontramos con toda clase de exóstosis descritas; primeramente (Radgr, B n.º 2) exóstosis de contornos no muy precisos y desde luego correspondiendo a tumoraciones que se perciben mayores a la exploración manual, explicable porque los bordes de consistencia cartilaginosa no ofrecen la impermeabilidad necesaria a los rayos X produciendo esta clase de sombras. En segundo lugar ya se observan exóstosis puras de las diversas formas, en forma de ganchillo. (Radigr. A número 2 y B n.º 1), otras en forma de estalagmitas (Radgr. A números 2 y 3) y otras de forma de coliflor como pueden verse en las radiografías (A números 1, 3 y 4 y B número 1) y desde luego en todas estas se las encuentra de todos los tamaños desde la enormemente exuberante de la radiografía A número 1 hasta las de las demás, algunas muy pequeñas. Debe observarse como además de la existencia de las exóstosis llama la atención el aumento sufrido en todas sus dimensiones por las epífisis donde asientan estas deformidades, proceso que se observa análogamente en las epífisis superiores de los fémures cuya radiografía no acompañamos por no aumentar enorme-

**Enfermo A****Radgr. B, núm 1****Radgr. B, núm. 2**

mente el número de éstas; estas claras hiperóstosis que por ser frecuentes en unión de las exóstosis dan nombre a la enfermedad osteogénica, se ven además acompañadas de otros procesos deformativos de los huesos en nuestro primer enfermo, principalmente como puede verse en la formidable curva que describe el húmero derecho, la cual con la simple exéresis de la mayor parte de la tumoración no puede recobrar inmediatamente la forma normal,

análogamente se puede observar el aumento de tamaño del radio izquierdo que tiene que apartarse sucesivamente de la exóstosis cubital que se le aproxima. Señalamos análogamente el interés ya mencionado del estado de la apófisis acromion en la cual asentó la primera tumoración que se notó en el enfermo, y véase también lo que ya se manifiesta en el húmero izquierdo, y que bien puede ser una forma de desarrollo tardío, pero el análisis de la tumoración reseçada nos orientará quizá en lo que a la naturaleza de esta tumoración que comienza se refiere.

Después de estudiar las radiografías es natural que ya nos ocupemos a analizar lo que a localización y número de las exóstosis se refiere. Los franceses al describir la enfermedad hacen primeramente mención del grupo constituido por una sola exóstosis, y luego, completamente separado, el de exóstosis múltiples, llegando aun a más puesto que Ombredanne afirma que nada tienen que ver una con otra estas formas, cosa por demás descabellada, pues se puede observar, y alguno de nuestros enfermos lo posee, casos de una exóstosis predominante sobre las otras y además la localización de esta gran exóstosis coincide con el lugar de asiento de las exóstosis únicas que en otros casos se reseñan. ¿No puede ser esta la unión entre los casos de una y múltiples exóstosis? Por una predisposición hereditaria se da en el húmero el mayor número de exóstosis únicas, hereditarias y de crecimiento, es decir, con análogos caracteres que las múltiples, y en algunos casos de estas últimas como el nuestro la que asienta en este lugar es la más exuberante, quizá por esa misma predisposición invocada, y esto se da en otros casos publicados en español, alguno de cuyos casos hemos tenido ocasión de observar en esta Facultad de Medicina en el departamento de Pediatría. De aquí que entre las clasificaciones para el estudio de esta enfermedad propugnemos por la existencia de un solo capítulo, y que bajo el título de exóstosis de crecimiento se describan en primer lugar los casos de una sola tumoración, a continuación los casos admitidos por la escuela francesa de una tumoración con otra simétrica, después los casos de tumoraciones múltiples con una predominante en desarrollo y por fin las exóstosis múltiples sin distinción.

Y ya que de localización hablamos, diremos que hay huesos en los cuales la presencia de exóstosis es más frecuente que en otros, y citan Lerf y Meissenbach, en una comunicación a la Sociedad de los Hospitales de París, y por el orden siguiente los huesos que poseen mayor número de estas tumoraciones: Húmero, fémur, tibia, peroné, etc., del cúbito agregan que es de los pocos frecuentes, pero ellos presentan un caso, aunque no tan típico como el nuestro. (Radiografía A n.º 3).

No pretendemos ir dando una exposición de la enfermedad pero sí comentar las características notables de ésta con respecto a lo que nos ilustren nuestros enfermos. Por ello nos decidimos a comentar la tan cacareada ley de Bessel-Hagen que en nuestros casos es poco fielmente cumplida, ya que el enunciado de esta ley de que todo hueso pierde en longitud lo que gana

en exóstosis, está, como decimos, bastante lejos de cumplirse en nuestros enfermos. Aquí los huesos afectos de exóstosis no perdieron de longitud, y en esto lamentamos discrepar de colegas españoles ya que tenemos casos en los cuales el radio p. ej., además de tener que sufrir una incurvación de defensa, digámoslo así, y de padecer una exóstosis se halla con respecto al del otro brazo en igualdad de dimensiones; el húmero de la gran curvatura, que antes reseñamos, difería del izquierdo en dos milímetros antes de operación y lo achacamos a las dificultades de medida que ofrecía la tumoración; por otra parte la talla de los sujetos es proporcional a la edad que tienen. Así, pues, con respecto al cumplimiento de dicha ley opinamos con otros que es enormemente inexacta por lo que a nuestro caso se refiere, y que la menor talla de los sujetos se daría en el caso en que las exóstosis de éstos se hallasen distribuídas análogamente por sus dos extremidades inferiores y con un desarrollo equivalente. Mas aun tenemos que oponer al cumplimiento de la ley de Bessel-Hagen otro reparo y es que para el que haya leído más arriba será fácil recordar que en los enfermos con exóstosis es enorme frecuente la coexistencia de hiperóstosis y precisamente en los mismos huesos. Pues bien, es carácter de esta última afección el aumento de la longitud de las epífisis, que aumenta desde luego la longitud de todo el miembro y del sujeto, por lo cual la llamada enfermedad osteogénica sería una enorme excepción de una ley que se creó para explicar un pretendido fenómeno de una afección que en la producción de ella concurre. Unicamente nos parece digno de considerar ya a título de curiosidad lo que para explicar la ley se dijo, y se refiere al limitado poder o capacidad osteogénica de los cartilagos en la vecindad de los cuales asientan las exóstosis, cuya capacidad se agotaría en parte por estas vegetaciones aberrantes y este admitido agotamiento sería tanto mayor donde las exóstosis fueran mayores.

El carácter migratorio de las exóstosis es característico en nuestros enfermos, los cuales relatan como se alejaron con el crecimiento sus «sobrehuesos» de la proximidad de las articulaciones.

Queremos mencionar aquí antes de empezar el estudio histopatológico de estas tumoraciones así como su etiología y patogenia, que en nuestro segundo enfermo se da la coincidencia señalada en la historia clínica, de que tanto en él como en sus hermanos se presentaba polidactilia, seis dedos perfectamente desarrollados en cada mano. Otro enfermo que tuvimos ocasión de ver presentaba el acodamiento en ángulo recto del dedo índice derecho en la articulación de la primera con la segunda falange, naturalmente, de origen congénito. No hemos encontrado en la bibliografía consultada casos de coincidencia con otras malformaciones congénitas.

El análisis llevado a efecto en Laboratorio de Anatomía Patológica de esta Facultad, de la exóstosis operada en húmero derecho, dice así:

Examen anatomopatológico.—La parte externa del fragmento óseo está revestida por una capa desigual en espesor de cartilago cuya estructura es

muy variable en las diferentes porciones. En todas ellas, las células cartilaginosa son pequeñas de figura estrellada y núcleo bien conservado en la periferia, donde existe una capa de tejido conjuntivo fibroso dispuesto a modo de pericondrio. Por el contrario en la profundidad y en las zonas limitantes con el tejido óseo, los elementos cartilaginosos son grandes con el protoplasma vacuolado y núcleo picnótico y vacuolado. Sólo en estas regiones profundas se observa una cierta tendencia de las células cartilaginosas a agruparse en columnas separadas por zonas densificadas de substancia fundamental; pero en general la disposición de las células cartilaginosas es totalmente irregular. En algunas regiones el tejido conjuntivo pericondral penetra hasta el tejido óseo, dividiendo el revestimiento cartilaginoso en porciones muy irregulares en las cuales los elementos son muy grandes y muestran en su cápsula indicios de precipitaciones calcáreas. Las travéculas conjuntivas penetrantes, antes citadas, son portadoras de vasos sanguíneos que se reparten por el espacio medular del hueso subyacente.

La porción ósea de la exóstosis muestra una estructura que corresponde exactamente a la de un hueso esponjoso. Sólo en escasas zonas puede sorprenderse alguna travécula con indicios de descalcificación por haliteresis. Los espacios intertraveculares correspondientes a la médula ósea están ocupados por un tejido muy pobre en células de las cuales la mayor parte son elementos conjuntivos provistos de tres a cuatro expansiones triangulares que se anastomosan entre si y constituyen una red incompleta de mallas amplias y desiguales entre las cuales pasan numerosísimos vasos capilares y yacen escasas células adiposas. En las porciones próximas al cartílago aparecen numerosas fibras colágenas finas entre las células que dan un aspecto marcadamente fibroso a los espacios medulares que las contienen.

Del anterior análisis anatómico conviene hacer resaltar que la capa cartilaginosa que envuelve la pieza es desigual en espesor y discontinua, lo cual hace recordar algo de lo mencionado en alguna de las hipótesis ideadas para la explicación de las exóstosis, al mismo tiempo las células cartilaginosas no son robustas y la colocación ordenada se presenta en las capas profundas. Es pues cartilaginosa en su superficie y su tejido no es de una formación perfecta, pero en su profundidad corresponde en todo a un hueso, claro es que no vamos a buscar tampoco un hueso normal del todo. Mas lo que nos interesa sobremanera es que en parte alguna se indica que haya formación o presencia anárquica de células que pudieran explicar un proceso tumoral, nada más lejos de eso y las alteraciones que en la superficie presentan los elementos cartilaginosos es, digámoslo así, puramente mecánica.

Las discondroplasias o anomalías del proceso osteogenético del cartílago diaepifisario, se agrupan en tres departamentos de manera clásica: Anomalías de disposición, de cantidad y de calidad. Para el estudio de la enfermedad que es motivo de trabajo examinaremos las primeras.

Las anomalías de disposición pueden subdividirse en tres grandes gru-

pos que contienen cada uno de ellos una deformidad distinta del hueso. Si la anomalía de disposición es en dirección, la masa del tejido osteoide recientemente formado a expensas del cartílago, en vez de añadirse a continuación del tejido óseo preformado y en su misma dirección, puede aparecer sobre una de las partes diafisioepifisarias laterales dando así lugar a la exóstosis. Si la anomalía de disposición es en forma, la masa del tejido osteoide en vez de estar encerrada en su estuche perióstico la fuerza y distiende dando lugar a una exóstosis regular en todos los sentidos y que no es ni más ni menos que lo que llamamos hiperóstosis. Y por fin si la anomalía de disposición es en repartición y ya tomando parte la influencia de un agente exterior (traumatismo) el cartílago entonces parece que no trabaja con igual potencia en todos los puntos cambiando por ella también el eje del cartílago en posición, darían lugar al genu-valgum.

Desde luego es cautivador este modo de pensar, pero ¿cuál es el motivo por el cuál se produce esta anomalía de disposición y por qué unas veces esa anomalía se da en dirección, otras en forma y otras las dos a la vez? Este es verdaderamente el punto más oscuro de esta afección.

Nosotros exponremos a continuación lo que hay sobre ello, pero no podemos encaminarnos por ninguna de estas todavía hipótesis.

Tendremos en cuenta la hipótesis de Lardenois y Lathan que atribuyen la exóstosis a la falta de periostio y del hueso periostal a nivel de donde se produce la tumoración, lo cual se pone de manifiesto en las radiografías al ver descubiertas estas tumoraciones de la sombra radiológica espesa que los tejidos mencionados ofrecen en caso normal.

La aberración osteoformadora que preconiza Dupuytren es también admitida por Virchow, el cual cree que las exóstosis se producen por el aislamiento en pleno tejido óseo de islotes cartilaginosos aberrantes, próximos al cartílago de conjunción los cuales proliferarían bien sin alterarse dando lugar a condromas, o bien calificándose otras veces y dando lugar a exóstosis. Mas Leriche ya apunta que la condición que asegura la larga duración del tiempo de reproducción del germen aberrante y que finaliza con el crecimiento, es desconocida.

Así, pues, todo lo dicho anteriormente tropieza siempre con análogo inconveniente. Se ha atribuido a una intervención tiroidea la producción de las exóstosis, debido a haberse observado hipotiroideos que las presentaban, más a la vez hay que considerar otro factor actuante de tipo gonadal (quizá frenador) que entrase en franca actuación con la madurez u continuase hasta el fin del crecimiento.

Existe otra teoría infecciosa que tiene pocos adeptos y en la cual se culpa a la tuberculosis principalmente, lo cual cae por su peso pues siendo las exóstosis enfermedad típicamente hereditaria, la tuberculosis siempre es contagiosa mientras estén en pie las teorías que lo explican y aunque el feto naciese tuberculoso sería por un contagio intrauterino, contagio al fin y al cabo

que en nada tendría que ver con una enfermedad que se lleva en esbozo desde las fases más remotas del embrión.

Se halla pues esclarecido que las exóstosis tienen origen en el cartílago de conjunción alterado aunque no se sepa el motivo de esta alteración, más he aquí que en la comunicación antes citada a la Sociedad de los Hospitales, presentan los autores un caso de exóstosis de hueso frontal en un enfermo que tiene otras múltiples. Los caracteres de esta tumoración son claramente de exóstosis reciente y como característico se apunta que evolucionó con dolores; de esta tumoración no existe análisis anatómo-patológico. Cuando se considera que una exóstosis asienta en un hueso como el frontal de esbozo membranoso exclusivamente parece echar por tierra todas las teorías antes expuestas, pero a pesar del grafismo con que los autores describen la exóstosis sería interesante conocer la composición histopatológica de dicha tumoración, ya que el desarrollo de ella fué algo atípico. Por nuestra parte diremos que no se han registrado en la literatura otros casos de exóstosis de huesos craneales como no se consideren como tales las supuestas que dieron origen a sefaleas acentuadas en enfermos portadores de exóstosis.

Para finalizar diremos que el pronóstico de esta afección es generalmente benigno, salvo en los casos en que las compresiones puedan lesionar vasos, vísceras, etc.

Deduciéndose de este pronóstico se comprende que el tratamiento será variable según en el caso de tumoración que nos encontremos. Todos los autores están conformes con la indicación abstencionista en las tumoraciones que no causen molestias ni dificultades, pero habrá clara intervención en caso contrario. Nosotros intervinimos en nuestro primer enfermo su tumoración humeral que le impedía la aproximación del brazo al tronco dificultando varios movimientos; la intervención consistió en la exéresis a escoplo de la tumoración de consistencia no muy dura y de regularizar los bordes por medio de la pinza gubia; anestesia etérea. En el caso que relatamos en segundo lugar no se llegó a la intervención por no presentar el enfermo más trastorno que el puramente estético. A nuestro enfermo A se le practicaron tres sesiones de radioterapia, llamémosla previsoramente, antes de ser dado de alta, determinación que fué motivada por el desarrollo en cierto modo rápido de dicha tumoración, más el análisis anatómo-patológico nos revela, como ya decíamos, la no existencia de formación tumoral.

Permitásenos recordar como en algunos sujetos dada su profesión de caballistas hay que llegar a la intervención quirúrgica para evitar los dolores que el roce constante de la tumoración con asiento en cóndilo interno de fémur le produce, en estos casos las exóstosis suelen ser bursatas.



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

INYECCIÓN
INTRAVENOSA

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

Vitalipol *Vitaminas A. D.*

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

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

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

BIOPLASTINA SERONO ENDOVENOSA

Ha sido puesta a la venta

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

después de

ENSAYOS BRILLANTÍSIMOS

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



PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
L
E
Z

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

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

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

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

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

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

Muestras y literatura: **JOSÉ VÉLEZ.**—Oropesa (Toledo)

El "numerus clausus"

por RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid

(Conclusión)

No obstante, todavía son muchos los que se oponen a la limitación de hecho. El «numerus clausus»—dicen—amenaza con excluir de las Facultades a estudiantes bien dotados intelectualmente y conservar los menos aptos. Agregan que es muy difícil determinar a priori el número máximo de alumnos que pueden recibir enseñanza seria e individual en una cátedra, pues varía en función de muchos elementos, resultando así, que cualquier limitación siempre podrá parecer arbitraria. Alegan por último, que en nombre de la libertad no es lícito adoptar tal medida, oponiendo razones de índole política, esencialmente fundadas en el derecho de escoger libremente la profesión por parte de los ciudadanos, considerándose, por lo tanto, como nulas y sin fuerza de obligar todas las restricciones ministeriales, claustrales y de todo origen que se pretendan imponer para el ingreso en la Facultad de Medicina, contra la aptitud y la vocación. «La limitación de títulos es atentatoria al derecho del escolar, de cursar la carrera que mejor cuadre a sus intereses psíquicos y materiales, y ni el principio ni el fin de ella, pueden aceptarse como medida justa en los tiempos de santa libertad en que vivimos» (García Sierra: «La crisis económica de la clase y el problema escolar médico»). Trabajo premiado por el Colegio de Médicos de Madrid).

«¿Quiénes con ese «numerus clausus», serán los llamados, quiénes los elegidos? No todos los que estudian una carrera liberal la ejercen. La han seguido algunos desinteresadamente para cultivarse y para enriquecer su espíritu. ¿Dónde y cuándo las carreras liberales no han sido de libre acceso, y por qué, sobre todo, no lo han de ser? El Estado no debe vulnerar el principio honroso de que el fuero esté sobre el huevo y la facultad sobre el logro. Se comprende que en una Escuela especial del Estado mismo rija hasta con rigor el «numerus clausus». El Estado toma a su cargo a los admitidos y los aloja, los alimenta, los instruye, los uniforma y les da, con la carrera, una dignidad oficial y emolumentos para siempre. En una Universidad, en cambio, ¿cómo se le disuadirá a nadie de que se licencie en Medicina o en Derecho? Sólo podrán argüirle que la carrera no es lucrativa; pero él replicará que no pretende que lo sea, ni va a vivir mucho ni poco tiempo de ella. ¿Quién a un estudiante así le obstruye el paso ni le ruega que espere unos años?»).

Se dice también, que tal limitación de escolares infringe el texto constitucional vigente, pugnando, no sólo con su espíritu, sino también con la letra del artículo 43 en su párrafo cuarto, que dice así: «La República legislará

en el sentido de facilitar a los españoles económicamente necesitados, el acceso a todos los grados de enseñanza, a fin de que no se halle condicionado más que por la aptitud y la vocación.» Los enemigos del «*numerus clausus*», interpretan este texto del Código fundamental de la República, subrayando las palabras en que se ordena que se facilite el acceso «a todos los grados de enseñanza», lo cual se opone radicalmente a la tesis de dificultar y limitar el ingreso en la Universidad. Aducen además, los siguientes artículos de la Constitución: el 2.º, que proclama la igualdad de los españoles ante la ley; el 25, con su negativa a todo privilegio jurídico, aun de clase social, y el 33, que garantiza la libertad de elegir profesión.

No se puede, pues, decretar restricciones ni limitaciones que dificulten el estudio oficial de una carrera civil, y menos si es liberal, ni aun alegando una superproducción de sus titulados. Por encima de todos los intereses particulares y de todos los exclusivismos egoístas de Cuerpo, está el supremo interés positivo de que la cultura superior alcance al mayor número posible de ciudadanos, aunque luego, por condiciones personales propias o por circunstancias sociales o políticas ajenas—que a todos afectan y perjudican y deben sufrir por igual los ciudadanos—, no pueden explotarla en su particular beneficio, en su enriquecimiento personal.

¿Hasta qué punto—se preguntan los impugnadores—se puede negar a un ciudadano el derecho a seguir una profesión, alegando el pretexto de que ya son muchos los que la estudian y los que la ejercen? Temen que el exclusivismo y el acaparamiento que había de crear la limitación, a expensas de la justicia y de la libertad, crearía un nuevo privilegio; el monopolio de la alta cultura, y tal vez resucitasen, las antiguas oligarquías gremiales, con el dominio feudal de los oficios y los beneficios, sepultando de nuevo al país en el atraso y en la pobreza de siglos anteriores. Tememos la experiencia de otras profesiones—dicen—; los zapateros, sombrereros, sastres, plateros, etcétera, etc., no son peores que cuando estaba limitado el ejercicio de su arte; el atraso y en la pobreza de siglos anteriores. Tenemos la experiencia de elección y solución se encomendaron sabiamente al juicio popular.

¿Acaso hay necesidad de cerrar la puerta de entrada cuando se domina la de salida? Exíjanse en buena hora garantías severas de orden profesional antes de la entrega del título; a esto nadie puede oponerse. Pero no hay que poner trabas a nadie, sino dejar que cada cual pueda recoger el fruto de su trabajo y sus aptitudes personales, sin llevar sobre sus hombros el peso de una elección inicial, cuya responsabilidad atañe por completo a los padres. De esta manera la descongestión de la profesión médica podría resultar acaso una injusticia que clamara al cielo.

Todo esto será una verdad formal; pero la verdadera realidad práctica que todos los médicos tocamos, es que una libertad que no permite otra alternativa al médico provisto de un título que explotar indignamente su profesión o morir de hambre, esa libertad no es más que mentira y libertinaje. Lo indiscutible, y sea por lo que sea, es que el volumen de nuestro progreso

no es suficiente para utilizar adecuadamente toda esa inmensa fuerza técnica que sale de nuestras Universidades.

En realidad—ha dicho el profesor Enrique Suñer, contestando a algunas de estas objeciones—se trata de argumentos ideales, carentes de valor pragmático en el crítico momento actual, pues la práctica nos enseña, cómo de hecho o de derecho, se limitan en nuestro país algunos estudios, tales como las carreras militares, ingeniería, arquitectura, estadística, etc. En estas Academias especiales, la limitación rigurosa de los alumnos por medio de un examen de ingreso constituyó un éxito clamoroso, y lejos de desacreditarlas, todavía las acreditó más. Ultimamente, el ministro de Marina, señor Giralt, dispuso que no se admitieran nuevos alumnos en la Escuela Naval.

Resulta curioso observar, cómo el Estado, en otras enseñanzas que no son las universitarias, prohíbe que un mismo profesor tenga más de un determinado número de alumnos por asignatura. En el último Congreso Internacional de Segunda Enseñanza, celebrado en Bruselas el año pasado, se hizo constar que el número de alumnos no debe exceder de 30 por asignatura, por clase y por profesor. En cambio en la enseñanza de la Medicina, un catedrático viene obligado a enseñar una asignatura teórica y prácticamente a más de 100 alumnos, en ciento cincuenta días de clase diaria, o en la mitad de alterna, lo cual, dada la insuficiencia material de nuestras Facultades, resulta absolutamente imposible.

Recientemente, nuestra Dirección general de Primera Enseñanza, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo cuarto del Decreto de 29 de Septiembre de 1931, ha limitado el número de plazas a cubrir en las diferentes Escuelas Normales del territorio nacional. Dichas plazas se cubren mediante examen-oposición entre aspirantes de uno y otro sexo, que acrediten determinadas condiciones. Las Escuelas Normales anuncian la matrícula de ingreso, señalando la fecha en que darán comienzo los ejercicios de examen-oposición, que no tendrán lugar antes de la segunda quincena de Noviembre.

Cabe por otra parte pensar en las últimas consecuencias de esta mal entendida libertad, que ha hecho posible un desequilibrio social tan grande como el que actualmente se padece en todo el mundo civilizado. «Todo Estado consciente de sus deberes, debe procurar mantener un sano equilibrio entre las fuerzas intelectuales y las fuerzas musculares de la nación, y no debe permitir el aumento del número de profesionales de carreras liberales, fuera de la debida proporción, con las necesidades de la colectividad.» El día en que no haya en España más que abogados, médicos, profesores, sabios intelectuales de todo género, se habrá llegado a la más sublime consagración de los principios fundamentales de la libertad y de la igualdad...; pero ese día, el país se morirá de hambre.

Los partidarios de la no limitación se vuelven contra estos argumentos, diciendo que el Estado, al llamar personal a su servicio directo, sabe el que necesita y puede determinar exactamente el número de plazas a cubrir, pero no puede calcular ni tasar previamente los servicios médicos que convengan

a las necesidades públicas, ni puede tampoco limitar profesiones que en todas las partes del mundo ha declarado libre el Derecho público. Quizá esta imposibilidad de evaluar el número de estudiantes que deben ser admitidos en las Facultades de Medicina sea uno de los argumentos más sólidos en contra del «*numerus clausus*», pues como dicen—y con razón— los impugnadores de esta tesis, aun cuando se estableciera una media de médicos según el número de habitantes—se ha dicho que 4 por cada 10.000—, y a partir de esta cifra para la selección, nada impediría el éxodo de un gran número de médicos hacia las grandes urbes, que es una de las causas que más agravan la situación de los médicos en los grandes núcleos urbanos.

Pero si la limitación resulta difícil y aun imposible llevarla a la práctica, atendiendo a las necesidades sociales de la nación, resulta sencillísima si se hace a base y con arreglo a las posibilidades docentes de nuestras Facultades de Medicina. En la mayoría de ellos la abundancia de alumnos sobrepasa con mucho la capacidad docente de aulas, laboratorios y clínicas y agrava la penuria de dichos establecimientos, dentro de los cuales faltan recursos para atender gastos indispensables, pues lógicamente el presupuesto crece en proporción al número de alumnos.

Algunos se han opuesto a la limitación, diciendo que «en la Medicina, lo mismo que en otras demás profesiones, unos brillan mucho y viven bien, otros no descuellan y viven en la mediocridad y algunos fracasan completamente. Sólo creyendo que el título iguala a los titulados, estableciendo idénticos méritos y derechos, se puede pedir que una profesión se limite de un modo riguroso y sirva de igual manera para todos los que la cultivan, con los mismos rendimientos de honor y utilidad.»

El título no es más que el comienzo del trabajo, el tribunal universitario es lo de menos, el principal tribunal, el que realiza la mejor selección, es la opinión pública con su continua repulsa o estimación de las aptitudes profesionales individuales. Las dificultades profesionales son las que ejercen mayor fuerza en la depuración de las aptitudes; sólo ellas eliminan naturalmente y salvan todas las demás coacciones artificiales y artificiosas. Además, ¿a quién se hace daño con que haya demasiados médicos? En todo caso, la abundancia de profesionales producirá por la excesiva concurrencia, un daño individual: el que sufran los derrotados, que no puedan vivir de su carrera. Pero la colectividad no está amenazada, por ello, de ningún peligro.

Otra objeción al «*numerus clausus*» es el temor de que la intolerancia política y confesional se aproveche de esta medida para privar del acceso a la carrera a los estudiantes de ciertos partidos y confesiones religiosas. Como ha sucedido en Alemania, donde como medida de defensa contra la campaña iniciada por los judíos de varios países, al advenimiento del régimen nacional-socialista, no se admitió en las Universidades estudiantes israelitas de jurisprudencia y Medicina más que en un número que esté en relación con la densidad de la población judía alemana.

Otros dicen que limitar el número de estudiantes en las Universidades

es una solución vetusta, ya que asigna a la Universidad, exclusivamente, el papel de fábrica de carreras o profesiones, cuando precisamente la evolución de la Universidad en los países más adelantados tiende a darle otras finalidades, misiones y funciones, que la meramente práctica y utilitaria de expedir títulos o patentes para curar enfermos, litigar ante los tribunales y opositar a plazas vacantes en los cuerpos del Estado. La Universidad debe ser el hogar máximo de la cultura nacional, y su misión, difundir esta cultura entre el mayor número de ciudadanos, adaptándola y haciéndola útil para el ejercicio de todas las actividades humanas.

Por otra parte, el gran público ve con desagrado esta reforma, dándole una interpretación errónea, pero en parte fundadísima, ya que el principal argumento que esgrimen los propugnadores es la ruinosa competencia profesional que se establece, cuando la oferta es superior a la demanda. De aquí que la opinión pública haya creído ver en la solución una aspiración egoísta de los médicos que con la limitación habrían de ver aumentados sus ingresos profesionales, en perjuicio de los clientes, que sin duda alguna preferirían todo lo contrario.

En general—y esto es muy lógico—, todos o casi todos se oponen a la limitación, mientras el Estado no asegure el porvenir de los que obtuvieran el título universitario de licenciado en Medicina y Cirugía. Sólo así, el Estado tendría derecho a hacer la conquista de los títulos todo lo difícil que quisiera y que fuese preciso, para que no se pudiera lograr, sino después de rigurosas pruebas de aptitud y capacidad.

Piénsese también que la cultura en sí, y exclusivamente, no es, no puede ser, una finalidad, sino sólo un medio para satisfacciones más elevadas. Por eso hay individuos, acaso los mejores, que van a la Universidad con un puro propósito intelectual y espiritual, con el solo fin de formar su cultura; son los únicos que realmente van a estudiar, sin ninguna finalidad posterior de carácter industrial o comercial.

Por todas estas razones, y otras más, que sería prolijo enumerar, son muchos los que se oponen a que se creen dificultades, preconizando por el contrario, que las puertas de la Universidad se abran ampliamente para todo el que quiera entrar.

A pesar de todos los argumentos en contra que acabamos de exponer —algunos estimables—, la limitación, el «*numerus clausus*», se impone. Como ha dicho Houssay, «los médicos en exceso, buscan puestos administrativos». El número exagerado de estudiantes perjudica a la enseñanza. Hoy día, el dilema es este: o se continúa haciendo la farsa de una enseñanza, para la que no se dispone de medios, o se limita a un número fijo el número de estudiantes. El ideal sería que las Facultades de Medicina pudieran seleccionar sus alumnos, y mejor aún, que los mismos profesores decidieran quiénes y cuántos habían de ser sus alumnos. «El ideal en todos los oficios, ya se sabe cuál es; el número justo formado por los mejores».

Hay que luchar contra la invasión de masas en la Universidad, de modo

que ésta no reciba sino a los hombres que posean un verdadero ímpetu vocacional y una manifiesta aptitud. Hay que convencerse de que la Universidad no puede ser para todos. Procede defenderse contra la falacia democrática que reclama libre acceso a los estudios superiores. Que a éstos lleguen todos los capaces, pero sólo los capaces, nada más que los capaces, y que de ellos se gradúen únicamente los mejores, dispuestos a poner sus condiciones individuales y sus adquisiciones personales al servicio del país. Bien está la escuela, que garantiza a todos la adquisición de conocimientos generales, pero el saber universitario debe reservarse para la juventud de más elevada jerarquía espiritual. Hay, pues, que ir al «*numerus clausus*» como medida tutelar e incuestionable para evitar el terrible estrago social del proletariado médico. Si no se va a la limitación, es de temer que el exceso de inscripciones comprometa el actual florecimiento universitario que se inicia, resultando inútiles, si no perjudiciales las reformas que ahora se inician en las Facultades de Medicina.

Además, como dice el preámbulo del Proyecto de Ley sobre la reforma orgánica de la enseñanza universitaria, que fué leído en las Cortes Constituyentes, sesión del 17 de Marzo de 1933, la abundancia de estudiantes significa «el descenso de nivel en la enseñanza y es a menudo la imposibilidad de la investigación; y es que el número de estudiantes universitarios de la Alemania rica, extensa y potente de 1914, era de 59.000, y el de la Alemania despotenciada y reducida, ha ascendido a 99.500 en el curso de 1930 a 1931.» Uno de los puntos fundamentales de este Proyecto de Ley, es que tiende transitoriamente a impedir que entren en la Universidad muchachos tan horros de preparación como los que hoy, en general, concluido su bachillerato, penetran en el estudio de una carrera sin cultura formativa alguna.

No hemos de omitir que la implantación del «*numerus clausus*» constituiría una verdadera revolución, que habría de disminuir la importancia de las Facultades de Medicina y hacer más acerba su rivalidad, y que tal medida rompería indudablemente con todas las tradiciones y reduciría en algo el manoseado tópico de la libertad. Mas en estos momentos, la libertad en el verdadero sentido liberal, es algo que importa muy poco, aun en los pueblos que se tienen por más liberales. De otra parte, si no se implanta este remedio radical, ¿cómo frenar las tendencias de gran parte de la actual juventud hacia los estudios médicos y cómo modificar las perniciosas aspiraciones universitarias de tantas y tantas familias españolas?


Pese a todas las opiniones en contra y a todos los escrúpulos ideológicos, la cuestión de la plétora universitaria, sobre todo en lo que se refiere a nuestras Facultades de Medicina, hay que abordarla decididamente de una manera concreta, terminante y categórica, para acabar de una vez con esa legión de médicos y en general de diplomados universitarios, que después de sufrir largos años de aprendizaje, salen de las aulas con una mala educación científica, una mediocre formación profesional y una lamentable educación espiritual, irrumpiendo en la vida social en precarias condiciones intelectuales

y éticas. Hay, pues, que llegar a la limitación y rápidamente, si no queremos que la profesión se envilezca hasta el más bajo nivel. Aun cuando—según acabamos de ver—son muchos, muy respetables y muy atendibles las razones sentimentales, intelectuales y de Derecho que a ello se oponen, no importa, hay que saltar por encima de ellas; se trata de un problema capital, de vida o muerte, y son necesarias medidas enérgicas en la lucha por la existencia.

La limitación del número de estudiantes a la entrada de la Facultad de Medicina, es indudablemente el mejor remedio, tanto para la plétora médica, como para la plétora universitaria. Los medianos al empezar la carrera, que por lo general son los peores al terminarla, quedarían eliminados. Así, pues, limitemos en los estudiantes universitarios su número de ingreso; que cada Facultad no admita a más alumnos que los necesarios, disponiendo para ello en sus aulas de disección, laboratorios, seminarios, clínicas, bibliotecas—esto con la mayor rapidez posible—y cuantos recursos sean necesarios para instruirlos y para que la enseñanza sea eficaz y adecuada a su verdadera personalidad. «No es cosa de admitir en montón a cuantos se inscriban, sino a cuantos quepan.»

«Las posibilidades docentes de un departamento de anatomía, de un laboratorio, de un servicio médico-quirúrgico o tocológico, tienen una limitación natural; calculadas las posibilidades docentes de un departamento de anatomía, de un laboratorio, de cada cadáver, de cada microscopio, de cada enfermo, de cada parto, etc., fácil nos será patentizar el error y aun la imposibilidad material de enseñar Medicina al actual censo escolar de nuestras Facultades». Es un hecho innegable, aun teniendo en cuenta el notable descenso que se observa ahora en la matrícula de Medicina, que las aulas, las clínicas, los laboratorios universitarios, ya no pueden contener materialmente más estudiantes.

Pero el día en que se implante el «*numerus clausus*», hágase con toda clase de precauciones y garantías, pues resultaría muy doloroso y poco equitativo que por haberse completado el número de inscripciones anunciadas, quedaran excluidos muy buenos estudiantes, acaso los mejores; sobre todo aquellos que llevan en la médula y la sangre la Medicina como sacerdocio y como profesión, los que a pesar de todas las dificultades que encuentren en su camino, habrán de ser médicos, buenos médicos, los que habrán de emular las hazañas del «*Medecin de campagne*», de Balzac: Ese buen doctor Benassis, que cuidaba tan bien de las almas como de los cuerpos.



BARDANOL

**Elixir de Bardana
y estaño eléctrico**

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA



**TONICO
CARDIACO**



LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

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

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

Sobre él tratamiento con hormonas ováricas^(*)

por el profesor ASCHHEIM

El conferenciante comenzó su exposición con un resumen de las investigaciones fisiológicas y anatómicas de los 40 últimos años, que nos han suministrado los conocimientos actuales acerca de la función del aparato femenino.

Coincidiendo aproximadamente con el conocimiento de las alteraciones cíclicas de la mucosa uterina (Hitschmann y Adler), se iniciaron las primeras investigaciones sobre la hormona sexual femenina (Fränkel, Fellner, Steinach, etc), después de haberse comprobado la función endócrina de los ovarios por castración y transplatación de ovarios en animales (Knauer, Halban). Se determinó experimentalmente en los roedores la acción biológica de la hormona sexual femenina, estableciendo los métodos para su comprobación (Strockard y Papanicolaou, Long y Evans, Allen, etc.). Corner y Allen fueron los primeros en comprobar la existencia de la segunda hormona sexual femenina, la hormona del cuerpo lúteo, que denominaron «progestina», por haber reconocido con acierto su función destinada a preparar y conservar el embarazo. Después de obtener preparados hormonales más puros, estos mismos autores consiguieron provocar menstruaciones genuinas en monas castradas. Por último, Kaufmann coronó la investigación experimental con la demostración clásica de la exclusiva eficacia de ambas hormonas ováricas. Progynon y Proluton (Progynon = hormona folicular, Proluton = hormona del cuerpo lúteo) en la producción de la menstruación, provocando con estas dos hormonas menstruaciones genuinas en mujeres castradas con amenorrea de varios años.

Tratamiento con las hormonas ováricas.—Hace todavía pocos años se empleaban para el tratamiento de las manifestaciones de insuficiencia ovárica, extractos obtenidos de ovarios de animales, sin tener en cuenta si dichos animales se encontraban en celo o fuera de celo. Por eso era variable y a menudo nula la proporción de hormona en estos preparados ováricos. Sin embargo, no era raro obtener con ellos resultados terapéuticos apreciables en casos con manifestaciones menopáusicas de insuficiencia. Ello no ha de extrañarnos, pues desde que existen preparados hormonales puros y exactamente concentrados, se sabe que precisamente en la menopausia bastan concentraciones muy pequeñas de hormona folicular para corregir las molestias. En los casos graves, especialmente en enfermas nerviosas, se requieren dosis más elevadas, de 5.000 U. I. diarias, aproximadamente 50.000 U. I. (1), que deben administrarse por vía gástrica o en inyecciones. Son muy notables los resultados obtenidos con las dosis elevadas de «Progynon B oleoso». Con una o dos inyecciones de 50.000 U. I. de «Progynon B oleoso» pueden corregirse totalmente a menudo durante largo tiempo, manifestaciones marcadísimas de insuficiencia de la menopausia: trastornos vasomotores, cefáleas insuportables, neuralgias pélvicas y artropatías menopáusicas. Es frecuente que reaccionen brillantemente al tratamiento con «Progynon B oleoso» las afecciones cutáneas, especialmente las que se muestran rebeldes a toda otra tera-

(*) Comunicación presentada en la sesión del 17 de Diciembre de 1934 en la Sociedad de Medicina de Luisenstadt. Berlín.

(1) 5 unidades internacionales equivalen a 1 unidad ratón «Schering».

péutica: kraurosis vulvar, prurito vulvar, úlceras vaginales inespecíficas (observación de Kaufmann), acné rosáceo, psoriasis y ciertos eczemas.

En los trastornos de la menstruación (amenorrea, oligomenorrea y dismenorrea (también recomienda Aschheim comenzar siempre el tratamiento con dosis pequeñas administradas por vía gástrica (grageas de Progynon)). Únicamente si no se obtienen resultados con este método se pasa al tratamiento con «Progynon B oleoso». Según su experiencia personal, en la amenorrea se consigue siempre provocar la menstruación con el tratamiento asociado de «Progynon B oleoso» y Proluton (hormona del cuerpo lúteo), salvo cuando existe una total aplasia del útero. Se obtienen resultados positivos incluso en casos de amenorrea primaria con intensa hipoplasia del útero. Aschheim ha llegado a provocar menstruaciones de varios días en algunos casos en que el útero solo presentaba el tamaño de una falange de un dedo de la mano. Es cierto que hasta ahora no se ha logrado provocar ciclos menstruales espontáneos, pero Aschheim concede extraordinario valor a la obtención de menstruaciones artificiales en mujeres con amenorrea primaria, por razones puramente psíquicas, pues tales enfermas sufren muy frecuentemente sentimientos de inferioridad que desaparecen a menudo al acontecer la menstruación.

La amenorrea secundaria responde mucho mejor al tratamiento. En ella se han observado ya frecuentemente ciclos espontáneos ulteriores con el simple empleo de grageas de Progynon o inyecciones de «Progynon B oleoso», sin hacer uso del Proluton. El conferenciante explica la aparición de menstruaciones espontáneas a continuación del tratamiento con Progynon por influir éste sobre el lóbulo anterior de la hipófisis.

Para Aschheim es indudable la acción del Progynon sobre la totalidad del organismo. Constantemente se observa el aumento de la capacidad mental y la mejoría del estado general somático y psíquico, sin que hasta ahora se haya encontrado una explicación satisfactoria para este hecho. En este sentido resultarían interesantes las investigaciones sistemáticas de los neuropatólogos.

El Proluton tiene por sí sólo aplicaciones terapéuticas más reducidas que el Progynon. Aschheim indica que el Proluton se emplea con éxito en la profilaxia del aborto habitual y en el tratamiento de la hiperplasia glandular quística (metropatía hemorrágica). Insiste el conferenciante en que después de haber logrado Butenandt obtener por síntesis la hormona del cuerpo lúteo, cabe esperar en fecha próxima su producción en gran escala y su fabricación más económica.

El autor se muestra sumamente escéptico acerca del tratamiento con las hormonas gonadotropas, descubiertas por él. No puede negarse que existe el peligro de lesionar con estas hormonas al aparato folicular del ovario, mientras no se consiga aislar para su empleo práctico ambas hormonas parciales, de acción sinérgica del lóbulo anterior de la hipófisis, a saber: el factor A, de la maduración folicular, y el factor B, luteizante. Por esta razón emplea el conferenciante desde hace años en el tratamiento de las disfunciones ováricas, exclusivamente los preparados de hormonas ováricas bien investigados, exactamente dosificables y químicamente puros: el Progynon o «Progynon B oleoso» y el Proluton.

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

DOCTOR TOME BONA.—Presenta un enfermo de un accidente local producido por una inyección intramuscular de un compuesto liposoluble de bismuto. Cuando se le puso la última inyección intramuscular sufrió, «in situ», un dolor agudísimo, que fué seguido, pocas horas después, de la producción de una placa de tumefacción rodeando el punto de la inyección; la superficie cutánea estaba surcada de estriás equimóticas dispuestas en retículo, en cuyos espacios libres de la piel tenía un aspecto normal. En algunos sitios se observaban puntos hemorrágicos foliculares del tamaño de una cabeza de alfiler. La placa, en su totalidad, tendría un diámetro de 15 centímetros. Simplemente con fomentación caliente ha ido rápidamente desapareciendo la lesión.

Con motivo de esta observación, efectuada en la clínica del doctor Berjano, precisa una revisión bibliográfica de esta interesante cuestión, tan poco estudiada por los autores españoles. Refiere los trabajos de de Gregorio, Gay Prieto y Grau Triana, de la Habana. Resume la bibliografía extranjera y refiere los fundamentos y características de la clasificación de Barthélémy, considerando que su caso ajusta perfectamente en el grupo denominado «exantema embólico de Freudenthal».

DOCTOR CUESTA.—**Virusterapia rábica a las algias labéticas.**—Comienza por enunciar cómo el dolor ensombrece el cuadro del enfermo tabético, motivo en muchas ocasiones de inquietud, llevándole al suicidio o a la toxicomanía. Se calcula en un 80 por 100 el número de tabéticos con esta alteración; unas veces aislado, como ocurre en las tabes oligosintomáticas; otras veces con un cuadro clínico más constituido, como ocurre en las crisis viscerales gástricas (con vómitos, hipertonia, hipersecreción, etcétera).

Su tratamiento ha sido la preocupación de todos los autores; refiriéndonos a los últimos años, Leredde, en 1921, refiere el éxito obtenido con la terapia arsenical intensa. Bardet y Covisa, con la bismútica. Dujardin, con las inyecciones de leche. Donagh, con nucleinato de sosa. Wagner-von-Jauregg, con la malarioterapia, que según nuestra opinión es el tratamiento más activo, que no deja de tener fracasos e inconvenientes, por lo cual ha motivado que las investigaciones se encaminasen a un medio más seguro y fácil.

Ciambelotti, de la Universidad de Siena, estudia con un compuesto orgánico de estroncio al 418 Sr, que, según él, muestra una acción electiva sobre estos dolores, debido a una acción organotropa, mejor dicho, neuro-

tropa, demostrada por Comel en sus estudios sobre la misma sal. Por esta acción neurotrópa la actuación de otros medicamentos, que si a dosis tóxicas provocan fenómenos irritativos de neuritis, etc., a dosis terapéuticas son capaces de originar una alteración mínima, pero suficiente para excitar las defensas locales. Teniendo también en cuenta lo que Dujardin y Decamp definieron como acción péxica de éstas y otras lesiones probablemente degenerativas. Los síntomas dolorosos tabéticos ponen de manifiesto lesiones irritativas de las fibras nerviosas: pero estas lesiones, como las de todos los tejidos reaccionales y de cicatriz, ejercen una acción péxica o de fijación de venenos y toxinas, demostrada por la aparición de dolores cuando en el enfermo existe una nueva alteración orgánica.

Estimulado por una publicación de Tommassi con el empleo del virus rábico atenuado en el tratamiento de las tabes y parálisis general progresiva, aunque los resultados obtenidos por Sézary y Cruvelhier sean menos halagüeños, considera puede ser aprovechado el empleo de la terapia rábica en las algias tabéticas. Ha utilizado para ello las técnicas corrientes y muy experimentadas, como son las preconizadas por Hoygues para el tratamiento antirrábico.

En sus primeros enfermos recurrió al tratamiento mínimo o de catorce días, considerando que los resultados han de ser mejores recurriendo al tratamiento máximo preconizado por las mordeduras cefálicas. Señala la ventaja de este tratamiento, por poderlo emplear en cualquier lugar, pues basta para ello conservar en sitio fresco la solución madre al uno por ciento, la cual es fácil renovar cada ocho días, y en último caso aprovechar la acción fijadora de la glicerina neutra y esterilizada, que permite conservar el virus fijo durante veinticinco días en la misma médula, tiempo suficiente para preparar las soluciones madres.

A continuación enumera los resultados de los cuatro primeros enfermos, y otro, posteriormente, con resultado satisfactorio.

Ante los resultados que exponen en esta nota previa, de dos desapariciones, dos mejorías y un fracaso, que también lo fué por la malarioterapia, nos creemos autorizados para seguir estudiando el método; pero empleando dosis más intensivas y después la medicación arsenical o bismútica.

DOCTOR ESCARTIN.—Nota previa sobre el empleo de la terapéutica dermobiofiláctica (método de Savulesco).—Define el concepto de filaxia, de Billard, y el de biofilaxia, de Tzanck, como mecanismos defensivos específicos.

Hace una diferenciación entre sensibilidad y sensibilización, considerando a esta última como una exaltación patológica de la sensibilidad celular, que sobre estos y otros fundamentos Bersraddka creó su teoría de inmunidad local.

Savulesco, uniendo la desensibilización inespecífica, la teoría de Bersredka y la biofilaxia de Tzanck, efectúa una biofilaxia local y la desensi-

bilización, también local, por medio de inyecciones intradérmicas de proteicos.

La dermobiofilaxia y la desensibilización de la piel las considera como distintos fenómenos: el primero, inmediato, y el segundo, tardío. Para que la desensibilización intradérmica sea eficaz requiere gran empleo de material proteico aplicado a extensa porción cutánea. Savulesco emplea una mezcla de sangre del enfermo y leche esterilizada y fría, cuya mezcla la denomina hemogalact.

Según Savulesco, da lugar a la producción de una sustancia, que denomina biofilaxina; la acción de esta sustancia produce un estado de hábito que da lugar a la desensibilización.

Los doctores Escartín, Tomé Bona y José Aliaga, autores de la comunicación, han empleado este método para valorar los resultados favorables obtenidos por Savulesco; han seguido la técnica original de su autor, sustituyendo la leche por la lactoproteína del comercio, y en los lactantes, utilizando la sangre de la madre. El número total de enfermos tratados ha sido 18. Los síndromes tratados han sido de eczema (agudos y crónicos), urticaria y una dermatitis solar. En los eczemas agudos los resultados han sido los más satisfactorios, porque todos han curado con la dermobiofilaxia; en los crónicos, menos brillantes, pero evidentes, por mejorar uno de ellos después de una rebeldía de diez años a todas las terapéuticas. La urticaria y la dermatitis solar no pudieron seguir exactamente a los enfermos, porque desaparecieron de la consulta; pero sí pudieron ver los buenos resultados por la mejoría evidente.

Terminan con las conclusiones siguientes: En los eczemas agudos los resultados son beneficiosos, siendo su indicación fundamental, porque curan con más rapidez y sin necesidad de apelar a las curas tópicas.

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 Fotogravado, montados con los últimos perfeccionamientos del Arte de Imprimir.

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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

En el prurito su acción es evidente, comprobándose por lo general sus efectos desde el primer compacto y desapareciendo completamente antes del cuarto.

Y como final, los resultados obtenidos por ellos distan mucho de los optimistas de Savulesco; sin embargo, por la escasa casuística, prometen seguir el estudio para poder valorar debidamente el método.

DOCTOR PEÑA MARQUEZ.—Resultados clínicos conseguidos con un nuevo salvarsán en sífilis precoz activa.—El preparado neospirol, primer salvarsán nacional, lo ha ensayado clínicamente en los servicios de sus maestros doctores Covisa y Bejarano.

Considera el neospirol correspondiendo exactamente al 914 de Ehrlich. Para su empleo ha sido sometido a las condiciones exigidas por el Congreso de Higiene de la Sociedad de Naciones.

Sus investigaciones se han reducido a emplearlo en enfermos que presentaban manifestaciones precoces activas de sífilis, por las siguientes razones: 1.^a Por ser lesiones ricas en treponemas, que permiten investigar el poder espirilicida del medicamento por la disminución del número de treponemas de las lesiones y la desaparición de éstos. 2.^a Por ser lesiones de piel y mucosas que permiten seguir su evolución. 3.^a Por ser lesiones que responden a los tratamientos y cuya desaparición está en razón directa de la actividad del medicamento empleado. 4.^a Por ser períodos en donde puede verse la influencia sobre la serología. 5.^a Por ir el período secundario acompañado de manifestaciones subjetivas (cefalea, artralgias, astenia, etcétera), que desaparecen rápidamente bajo la influencia de una terapéutica activa.

Han tratado 54 casos, de los cuales cuatro con sífilis primaria seronegativa y ocho seropositiva; los restantes con manifestaciones cutáneomucosas. Han empleado solamente el neospirol, sin asociación de ningún preparado metálico, y han seguido la técnica intensiva de Hoffmann, a una dosis total de 6'30 gramos; efectuando investigaciones ultramicroscópicas seriadas hasta obtener varios resultados negativos.

La solubilidad del preparado es instantánea y se hace en pequeña cantidad de líquido; conservando su color amarillo durante largo tiempo, indica que su oxidación es muy lenta, circunstancia que disminuye los peligros tóxicos.

Realizando investigaciones sobre ratones, empleando las soluciones a las treinta horas de realizada su solución, la toxicidad no había aumentado sensiblemente. La tolerancia ha sido excelente, no habiendo observado en las 400 inyecciones puestas ningún accidente grave; solamente se han presentado dos exantemas biotrópicos del noveno día, desapareciendo al continuar el tratamiento; en cambio, observaron en un caso que con anterioridad emplearon otro arsenobenceno y presentaba a cada inyección vómitos, cefalea y fiebre, que con el neospirol la tolerancia fué perfecta.

La acción sobre los treponemas es rápida y constante, desapareciendo éstos, lo mismo en las lesiones primarias que secundarias, generalmente a las cuarenta y ocho horas después de la dosis de 30 gramos. Sobre las lesiones su acción ha sido también constante, regresando éstas al día siguiente de la primera inyección, epidermizando las lesiones secundarias entre la tercera y cuarta dosis. En los chancros tardan algo más de tiempo, necesitando una o dos inyecciones más.

La influencia del neospirol sobre la serología no puede, a base de las experiencias clínicas recogidas, consignarse definitivamente; sin embargo, han observado que cuando la serología es negativa, sigue manteniéndose; cuando la serología ha sido positiva al empezar el tratamiento, ha continuado positiva durante el mismo, aunque en general se ha reducido algo; citan casos, sin embargo, de individuos con serología fuertemente positiva al principio, negativizada al final del tratamiento.

A continuación relata algunas historias clínicas entresacadas de los 54 casos estudiados. Dando las conclusiones finales siguientes: 1.^a El neospirol es un producto que se disuelve rápidamente, dando soluciones claras y de oxidación muy tardía, que disminuye el peligro de intoxicación. 2.^a La tolerancia es perfecta, pues los pequeños accidentes observados no son imputables al medicamento. 3.^a La acción sobre los treponemas de las lesiones es rápida. 4.^a La acción sobre las lesiones es bien manifiesta, tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo. 5.^a La acción sobre la serología es de bastante consideración; y 6.^a El preparado neospirol es comparable en todo a los buenos salvasanes. En resumen, es un producto bastante activo, y para nosotros tiene la ventaja sobre otros de ser un producto español.

DOCTOR BEJARANO.—Refiere que él acogió el producto para que se experimentase en sus clínicas por ser español, del que tanta falta teníamos y que ha tardado en producirse. Considera, en su criterio, que es igual a los otros salvasanes e identificable con el 914, de Ehrlich, con la ventaja de que es un producto que se oxida más lentamente y cuyas soluciones se conservan durante más tiempo, ventaja que disminuye su poder tóxico.

DOCTOR BEJARANO.—**Sobre la degeneración coloide del dermis.**—Se refiere esta comunicación a un enfermo presentado en otra sesión por él mismo y del que solo va a hacer una ligera descripción, porque va a ser motivo de una publicación en extenso.

Se trata de un individuo joven, con localización en cara de lesiones monomorfas, del tamaño de cabeza de alfiler, de color amarillo limón y que por punción dan lugar a una gotita de sangre. La degeneración coloide es propia de individuos de edad avanzada, siendo este caso excepcional considerado como una degeneración coloide juvenil.

La degeneración coloide de la piel es distinta a la degeneración coloide o hialina que distinguimos en anatomía patológica en general. Esta es una alteración química del protoplasma celular, y la otra son alteraciones histo-

lógicas de la estructura normal del dermis. La explicación está en la confusión con que nosotros definimos este síndrome.

Dentro de la degeneración coloide del dermis existen dos formas: 1.^a Una degeneración coloide de las fibras elásticas, y 2.^a Una degeneración coloide colágena. La primera es un fenómeno que lo observamos en las cicatrices; también en la atrofia senil, caracterizada por alteraciones de la fibra elástica.

La degeneración colágena es afección distinta de la anterior y menos frecuente, en la que aparecen las fibras hinchadas.

Desde el punto de vista histológico se observa haber perdido sus cualidades tintóreas el dermis, dando lugar a la desaparición fascicular, enraeciéndose el tejido conjuntivo.

Proyecta una serie de microfotografías en las que pone de relieve la desaparición de la trama fibrilar del dermis, apareciendo el epidermis adelgazado e hiperpigmentado, las papilas acortadas y los vasos sanguíneos dilatados.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

41°
40°
39°

*Contra
la Gripe*
ARCANOL
Schering

TUBOS DE
10 TABL.

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

MEDICINA INTERNA

Lo que debe comer un enfermo que padezca artritis.—VAGUET, de Boston.—«The Journal of the American Medical Association».

Trabajo muy documentado y sistematizado, llegando el autor a las siguientes conclusiones: Que el primer requisito en el tratamiento de un enfermo con síntomas óseos es fijar si estos síntomas son debidos a artritis o no. Y en el caso de que sean debidos a artritis, se impone fijar qué tipo de artritis es la que padece el enfermo; y hasta tanto, no se debe prescribir ninguna alimentación especial ni régimen dietético al paciente, pues los enfermos con artritis de origen conocido no deben tener otro régimen dietético que el habitual y corriente, con la única excepción del sujeto que padece artritis gotosas.

Las artritis degenerativas y las reumatoides no están hasta el día relacionadas con ningún factor etiológico firmemente establecido. Y, por consiguiente, en estas artritis solamente está indicada una dieta especial cuando el enfermo padezca obesidad, cosa que sucede a menudo, y en tal caso la dieta debe ser suficientemente baja en calorías para permitir el adelgazamiento.

Además no hay ninguna prueba evidente de que una dieta pobre en hidratos de carbono esté indicada en las artritis reumatoides, ni existe prueba ninguna de su eficacia en esta enfermedad, por lo que tales pacientes deberán tomar una dieta apropiada a sus otras condiciones constitucionales.

Sobre la posibilidad de determinar la existencia de una tendencia o predisposición a la formación de trombos.—JÜRGENS.—«Deutsche Medizinische Wochenschrift», número 2, 1935.

Como resumen de su trabajo llega a las siguientes conclusiones: Que en los tres casos de policitemia con trombosis clínica, estudiados por él se encontró de manera constante una trombocitosis y un acortamiento del tiempo de coagulación y de la aglutinación de las plaquetas, y además un aumento del fibrinógeno y de las globulinas, hechos que no se encuentran en los sujetos normales o enfermos en que no se forman trombos. La radioterapia de los huesos largos es capaz de disminuir el peligro de las trombosis en los enfermos de policitemia.

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

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

COMPOSICIÓN: MALTA IRRADIADA con longitud de onda precisa — Extracto de hígados frescos de ternera — Iodo y yodo activo (metodo BEAUDIN y COURTOT) — FOSFORO — CALCIO y Jarabe de Rabano perfeccionado

VITAMINAS A y D, mas elementos utiles asimilables.

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAIRO

HEPATORRADIL

Sobre el diagnóstico de los tumores cerebrales, en ausencia de los fenómenos de hipertensión intracraneana.—BENNETT y KEEGAN.—(The Journal of the American Medical Association).

Como resultado de doce casos, cuyas historias ilustran el trabajo de los autores, éstos llegan a las siguientes conclusiones:

Primera. Los síntomas de hipertensión intracraneana faltan en el quince o en el treinta por ciento de los enfermos de tumor cerebral.

Segunda. El tamaño del tumor tiene poco valor en la producción de la hipertensión intracraneal; en cambio ésta depende sobre todo de la localización del tumor.

Los tumores que realizan presión localizada tienen un alto valor diagnóstico precoz para diagnosticar antes de que aparezcan los síntomas de hipertensión generalizada, y en este grupo de fenómenos de presión localizada, mencionan los resultados del examen radiológico, los ataques epileptiformes, los espasmos locales y las reacciones psicóticas.

En ciertos casos dudosos la encefalografía es el único método diagnóstico cuando faltan los signos de hipertensión intracraneana.

Los tumores de la región del tercer ventrículo, especialmente en los niños, simulan encefalitis epidémicas y cursan con fiebre, pudiendo en algunas ocasiones no existir hipertensión, y en tales casos sólo la encefalografía permite establecer el diagnóstico.

Sobre el diagnóstico del déficit alimenticio con vitamina C, por medio del análisis de orina.—HARRIS y RAY, de Calcuta y del Laboratorio sobre investigaciones nutritivas de la Universidad de Cambridge. «The Lancet», núm. 2, 1935.

La vitamina C puede determinarse hoy en la orina con verdadera exactitud y facilidad y siguiendo la técnica que detallan los autores en el trabajo. Y con este procedimiento han logrado estudiar los casos de escorbuto latente o hipovitaminosis C, habiendo llegado a los siguientes resultados:

Las personas, y principalmente los niños, que sufren de escorbuto manifiesto o de déficit alimenticio con vitamina C, excretan menor cantidad de esta en la orina que las personas de la misma edad, alimentadas con otras dietas.

Hay una prueba que consiste en administrar una cierta cantidad bastante considerable de vitamina C a los sujetos normales y a los sujetos enfermos de escorbuto latente, y entonces se observa que los sujetos alimentados con cantidad suficiente de vitamina C eliminan la cantidad administrada rápidamente, mientras que los no saturados de vitamina C la retienen en parte y la van eliminando de otro modo. Esta respuesta del organismo a la administración de la vitamina C se realiza igualmente en los niños que en las personas adultas.

La leche de mujer contiene tres o cuatro veces más vitamina C que la leche de vaca, y por eso no padecen de escorbuto los niños alimentados al pecho.

Sobre la reciente ola de infecciones estreptocócicas en Inglaterra. — WALLACE y SMITH.—«The Lancet», último número del año pasado.

Los autores de este trabajo, de gran importancia epidemiológica, se han fijado ante todo en los datos estadísticos, aportados por el departamento de Sanidad de Edimburgo, y ello les ha permitido llegar a los siguientes resultados:

Que la cantidad de casos de escarlatina, erisipela, reumatismo articular agudo

y mastoiditis, de origen estreptocócico, han mostrado en el último año un incremento verdaderamente extraordinario. Y el hecho tiene un valor trascendental por tratarse de especies de estreptococos diferentes los que causan estas enfermedades, y viene a poner de manifiesto un hecho que ya se conocía de otras enfermedades infecciosas, de que también en las producidas por el estreptococo existen periodos de decadencia de la virulencia y de exaltación de la misma de estos gérmenes.

Sobre la enfermedad de Weill.

En el último número de «The Britihs Medical Journal» del año pasado, aparecen dos interesantes artículos que vienen a probar que la enfermedad de Weill o leptopirois es una enfermedad profesional en gran parte.

En el primer trabajo procedente del Instituto de Salud Pública y de la Facultad de Medicina Aberdeen, se estudian diecinueve casos de enfermedad de Weill, con diagnóstico confirmado bacteriológicamente y con pruebas serológicas, habiéndose producido todos ellos entre los obreros que trabajan en las fábricas de conservas de pescados y de azúcar.

La patogenia de la angina abdominal.—MALJATZKAJA, del Instituto de la Medicina experimental de Leningrado. «Deutsches Archiv. für Klinische Medizin», último cuaderno del año 1934.

El autor comienza haciendo notar los síntomas que se han atribuido a la arterioesclerosis de la aorta abdominal, y al mismo tiempo recuerda que los casos de autopsia no pudieron demostrar en la mayoría de las ocasiones, en manos de otros autores, ninguna relación entre la esclerosis de la aorta abdominal y un típico cuadro clínico de angina abdominal, mencionándose únicamente como casos excepcionales los estudiados por Orthner y Markawald.

El autor ha estudiado 85 casos de esclerosis de la aorta abdominal con autopsia, de los cuales uno solo presentó un síndrome abdominal que en nada se parecía al que se ha atribuido al ateroma de la aorta abdominal, pues sólo aquejó abultamiento de vientre con gran cantidad de gases en el intestino, colon e hígado doloroso, y en los últimos días dolores de vientre, mostrando la autopsia lesiones de aorta abdominal, pero al mismo tiempo lesiones cardiacas y bronconeumonía.

Concluye de sus estudios, que entre la presencia de una arterioesclerosis de la

LABORATORIOS CLINICOS Y DE BACTERIOLOGIA

PRODUCTOS QUIMICOS Puros
INSTALACION COMPLETA

MOBILIARIO

Establecimientos **J O D R A**

Príncipe, n.º 5

MADRID

aorta abdominal y de los principales troncos que de ella nacen y las manifestaciones dolorosas en vientre que se atribuyen al típico síndrome de la angina abdominal, no existe relación de ninguna clase. Y que por otra parte, la arterioesclerosis de las arterias intestinales aun en sus manifestaciones más graves, no constituyen factor fundamental para provocar angina, ni originan tampoco dolores en el vientre ni otros trastornos intestinales.

Unas cuantas observaciones interesantes de sífilis cerebral febril aguda, cuyos casos representan una contribución más al estudio de las sífilis febriles.—POPOW y ARANOWITSCH.—«Deutsche Zeitschrift für Nerveiheilkunde», cuaderno segundo del año 1934.

En los seis casos estudiados por los autores se desenvolvió la enfermedad al principio con el cuadro de una enfermedad infecciosa aguda febril que obligó a diagnósticos diferenciales minuciosos antes de llegar a la conclusión de que la fiebre que padecían los enfermos era simplemente una fiebre de origen sífilítico con lesiones cerebrales. Y resumen las consecuencias deducidas del estudio de sus enfermos, del modo siguiente:

La sífilis cerebral febril se manifiesta por un comienzo agudo o subagudo, con exacerbaciones, curso al principio grave, con fiebre, que siempre cedió bien a la terapéutica específica.

La etiología se establecerá por el interrogatorio y las reacciones humorales en sangre y líquido céfalo-raquídeo, ofreciendo dificultades considerables diagnósticas en algunas ocasiones.

M. BAÑUELOS

Comentarios a la actuación de algunas formas de hipertiroidismo en relación con la diyodotirosina.—DOCTOR LEANDRO CERVERA.—Sesión del 11 de Julio de 1934. Academia de Medicina de Barcelona.

Esta casuística, muy notable, pues comprende formas gravísimas de la enfermedad de Basedow, dió motivo al disertante para que glosara varios aspectos clínicos que la patología y el tratamiento de las afecciones del tiroides plantean al internista y al endocrinólogo.

Resume la bibliografía motivada por la nueva sustancia, y a continuación expuso los fundamentos de su farmacodinamia e hizo notar las particularidades que hay que tener en cuenta para asegurar el éxito en la utilización de la nueva sustancia.

Llamó la atención sobre la importancia de asociar esta terapéutica con los métodos fisioterápicos hasta hoy día empleados.

Finalmente, aporta seis interesantes historias clínicas, y como conclusiones provisionales propone las siguientes:

Primera. Que la diyodotirosina ejerce una acción en todos los casos de tireotoxicosis ensayados.

Segunda. Que esta acción parece antitética a la de la tiroxina y tiene cuatro características constantes: aumento de peso, disminución del metabolismo basal, frenación cardíaca y aumento de euforia.

Tercera. Que una dosis diaria aconsejable es la que oscila entre 0,20 y 0,30 gramos.

Cuarta. Que en los casos donde la acción de esta sustancia se manifiesta con más espectacularidad, son aquellos en los cuales es empleada a seguido de la roentgenoterapia.

Comparación entre la dosificación terapéutica y la acción clínica de la atropina y del syntropan.—DOCTOR RATSCHOW.—«Klin. Wochenschr.» 13 année, número 1, págs. 8-10. 1934.

El autor describe una larga serie de experiencias favorables al preparado Syntropan.

1.º Las enfermedades intestinales y particularmente en el ulcus ventrículo-duodenal, lo mismo si se trata de enfermos con hiperacidez que si son afectados de anaclorhidria, y en las formas espasmódicas de estreñimiento.

2.º En tenesmos de la vejiga e intestino recto.

3.º En la enfermedad de Parkinson.

4.º En otro grupo, casos de dolores agudos.

El Syntropan es notable por su acción selectiva sobre la musculatura lisa. Administrado a dosis terapéuticas, su acción espasmolítica es similar a la de la atropina, pero limitada a determinados órganos y notablemente disminuidos los efectos secundarios de aquéllos (midriasis, disminución por parálisis de las secreciones glandulares, etc.).

Los ensayos farmacológicos sobre el intestino del gato, demostraron que 0,02 gramos de Syntropan tienen la misma acción que 0,5 miligramos de atropina y se pueden obtener resultados terapéuticos favorables con dosis más reducidas.

En su trabajo describe 31 casos de ulcus tratados con Syntropan a las dosis citadas. No aparece la sequedad de mucosas hasta los 0,25 gramos de Syntropan y los trastornos de acomodación todavía no aparecen con dosis de 0,32 gramos. Empezando el tratamiento con dosis elevadas se puede obtener una sedación del dolor mucho más rápida que la de la atropina, sin fenómenos secundarios molestos.

A continuación describe dos casos de parkinsonianos. La intolerancia del primero por la atropina hizo suspender su administración. Se ensayó el Syntropan aumentando la dosis hasta llegar a 0,80 gramos (o sea 20 miligramos de atropina).

El segundo se pudo dominar la rigidez y los temblores, pudiendo disminuir las dosis de Syntropan hasta 0,24 gramos.

En los accesos dolorosos agudos, cólicos hepáticos y nefríticos (colecistiasis y nefrolitiasis), se empleó primeramente el Syntropan por vía endovenosa a la dosis de 0,02 gramos y posteriormente la misma cantidad por vía subcutánea. Todos los casos con éxito completo.

TOSFERINA

SANOFERINA en ampollas de 5 c. c.

Precio: 5 pesetas; por correo 5,50

Muestras y literatura: Farmacia de su autor

A. MARTÍN MATEO

Santiago, 41 - VALLADOLID - Tel. 1844

OTORRINOLARINGOLOGIA

DOCTOR E. PANICO.—*Variedades del hueso lagrimal.*—«El Valsalva», pág. 490. Julio de 1934.

Comienza el autor por unas consideraciones sobre la ausencia de este hueso; comenta seguidamente el caso de ausencia bilateral del hueso lagrimal que observó el autor durante una intervención quirúrgica. Se ocupa de la bibliografía sobre el particular y termina con las siguientes conclusiones:

- 1.^a Las anomalías del hueso lagrimal consisten generalmente en una gran pequeñez o en una falta completa. Rara vez son debidas a un exceso de desarrollo.
- 2.^a Casi todas las observaciones han sido hechas por anatomías; raramente se han encontrado las anomalías por el examen clínico o durante el curso de las intervenciones sobre tal región.
- 3.^a La falta del hueso lacrimal se observa generalmente en forma bilateral.
- 4.^a El hueso lagrimal es sustituido por lo general, in toto, o en gran parte, por los huesos vecinos y principalmente por el maxilar; pero pueden verificarse casos en los cuales ningún hueso contribuya a su sustitución, por lo cual que el que debía ocupar se encuentra privado de la protección ósea.
- 5.^a Las anomalías del hueso lagrimal pueden tener influencia directa sobre la fisiología del aparato de eliminación de las lágrimas, por lo cual se pueden encontrar a la vez lesiones patológicas del saco lagrimal.

Con una radiografía y 32 citas bibliográficas.

DOCTOR P. GRITTI.—*Sinusitis frontal y alteraciones de la mucosa nasal consecutiva a ella.*—«El Valsalva», pág. 501. Julio, 1934.

Las experiencias que el autor ha ejecutado con motivo de este trabajo, han sido hechas en perros a los que inoculaba microorganismos de diferentes clases en los senos frontales y previamente había abierto con un Ogstan-Luc.

Se extiende en consideraciones sobre la técnica y los resultados obtenidos, terminando con unas conclusiones que en resumen son las siguientes:

Las alteraciones de la mucosa nasal que ha encontrado consisten:

- 1.^a Destrucción más o menos acentuada de la mucosa, que comprende desde la descamación de los extractos superficiales hasta la destrucción casi completa de ella, llegando a veces al extracto basal.
- 2.^a Infiltración perivascular más o menos acentuada, pero siempre evidente, de la submucosa.
- 3.^a Alteraciones de las glándulas aciosas, que en algunos casos llegan hasta la destrucción de casi todas las células, quedando indemne la membrana basal.
- 4.^a Turgencia de los senos venosos e incipiente degeneración hialina de las tunicas de las arteriolas.
- 5.^a No ha podido poner en evidencia un estado hidrópico de la mucosa de los cor-

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Santander.

netes, como principio de una formación poliposa, ni ha encontrado en ningún punto hueso al descubrirlo, cuanto menos erosionado.

Sin embargo, no se cree autorizado para negar el origen de los pólipos por sinusitis debido al escaso número de sus experimentos.

Con ocho microfotografías y 30 citas bibliográficas.

DOCTOR ANVERS RENE NYSSSEN.—**Los reflejos olfativos y su valor semiológico.**—

«Annales d'Oto-Laryngologie», núm. 8. Agosto, 1934.

La excitación olfativa suele producir reflejos secretorios, gástricos, genitales, etcétera, etc.; por eso los olores no sólo provocan sensación olfativa sino que poseen acciones diversas, táctiles, gustativas, etc. Se ocupa el autor del reflejo psicogalvánico, que no es más que una corriente eléctrica que al atravesar a un sujeto se hace progresiva por la ayuda de excitaciones afectógenas que hacen disminuir su resistencia.

Para el autor es muy sensible este reflejo y de aplicación útil para la clínica.

Se ocupa después de las modificaciones respiratorias reflejas y cardio-vasculares. Respecto a las primera, añade, consisten en una acción paralizante de la inspiración. Las reacciones cardio-vasculares y pletismográficas que estudia en el último capítulo que va ilustrado con las gráficas correspondientes, están constituidas por los más variados síntomas objetivos de excitabilidad.

Después de algunas consideraciones sobre el particular, termina diciendo que los reflejos olfativos no pueden ser considerados más que como factores que sirven para completar las observaciones directas.

DOCTORES E. ONTANEDA (LUIS y J. PORTELE (CESAR).—**Síndrome del triángulo restroestilohioideo digástrico o retroparotídeo de Villarest por sífloma de la parótida.**—«La Prensa Médica Argentina», núm. 27. Buenos Aires, 4 de Julio de 1934.

En este triángulo de la región retroparotídea descrito por vez primera por Ave-lino Gutiérrez, existen un montón de órganos de cuya lesión se desprende según describió por vez primera Villarest en el año 1916: Síndrome ocular simpático (anisocromía iridiana). Parálisis de los nervios facial, glosofaríngeo, neumogástrico, espinal (neumoespinal) e hipogloso mayor.

Los autores completan el cuadro añadiendo a lo desrito por Villarest, trombosis de la yugular interna revelable por el signo de Tobey-Ayer.

Fundamentan los autores su apreciación en la casuística de los trabajos más importantes aparecidos hasta hoy día sobre sífilis glandulosaluar, principalmente de parótida y en la suya propia.

BERCERUELO.



DISMÉNORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VACOTONIL

Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA LUMINAL. (En grúelas, de 6 a 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

Eficaz e inocuo tratamiento

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

OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

PEDIATRIA

Meningitis gonocócica en un niño recién nacido.—DOCTORES BRADFORD y WIKEL-
LEY.—«Amer. Jour. of Dis. of Children». Septiembre, 1933.

Niño que pesa 3.060 gramos, nacido el 1.º de Agosto de 1932 después de un trabajo de quince horas; membranas rotas cuatro horas antes. Se llevó a cabo el método preventivo de Credé. Sin embargo oftalmia en el lado derecho dos días después con gonococos. Tratamiento rápidamente eficaz, habiendo desaparecido los gonococos de allí a siete días. A los seis días el niño se agita y no quiere mamar. Nueve días más tarde, espasmos de la cara, nistagmus, temperatura de 39, tumefacción de las articulaciones de los dedos. Sangre: hemoglobina, 75 por 100; hematíes 3.500.000; leucocitos, 48.600; (polinucleares, 71 por 100). En el décimoctavo día, la punción lumbar da un líquido turbio con 1.600 elementos por milímetro cúbico (polinucleares sobre todo). Convulsiones. Tratamiento por punciones lumbares repetidas y seguidas de inyecciones de sulfato de magnesia y de sodio phenobarbitúricos. Se han hecho también punciones ventriculares con inyección de suero antineumocócico. Más tarde diatermia. Muere el 10 de Septiembre a los cuarenta y un días del nacimiento.

Autopsia: Cerebro de 550 gramos; hemorragia subaracnoidea extendida en la cara superior de los lóbulos frontales y de la cara inferior del cerebelo, Cerebro blandísimo. Exudado purulento en los lóbulos temporales, el quiasma y el cerebelo. Ventrículo lateral izquierdo muy dilatado; exudado amarillo espeso en el tercer ventrículo y en los laterales. Cuarto ventrículo enormemente dilatado. Al corte hemorragias cerebelosas. Examen y cultivos del líquido cefalorraquídeo reveladores de gonococos. El mismo germen es constatado en el exudado de la autopsia. Al décimotercer día de la vida del enfermo, su suero aglutinaba una suspensión salina del organismo a 1/40. Un suero de control de un sujeto indemne no aglutinaba el gonococo. Lo mismo el suero antimeningocócico polivalente.

A propósito de un caso de simpaticoblastoma en un lactante de seis semanas.—DOC-
TORES COHEN, SCHELINCK y CORNET.—«La Patología Infantil». Mayo,
año 1932.

Lactante de seis semanas con vientre abultado, edema de pared y red venosa, acompañada de hepatomegalia. Muerte por broncopneumonía. En la autopsia, tumor hemorrágico de la suprarrenal derecha y metástasis hepática difusa.

Ingresa el niño el 22 de Septiembre de 1931 y tiene cinco semanas; peso inicial, 5.500 gramos. Hace quince días que nos presentan al enfermito por tener adherencias prepuciales y presentar unas manchas eritematosas; recibe unas inyecciones de sulfarsenol. Cuatro semanas después de verle por primera vez le llama a la madre la atención el desenvolvimiento anormal del vientre. Un tumor voluminoso lo ocupaba. Macidez de la masa que bascula y separa el paquete intestinal sonoro hacia el flanco y la fosa iliaca izquierda. Da la impresión de que se trata de una hipertrofia del hígado que se hubiera desplazado hacia la izquierda enmascarando el bazo. Wassermann negativo. Temperatura 37°5.

Examen de sangre: Hematíes, 3.100.000; linfocitos, 16.000; (polinucleares neutrófilos, 47 por 100; eosinófilos, 6 por 100; linfocitos, 36 por 100; mono, 4 por 100, etcétera).

Se hace el diagnóstico de cirrosis hepática con broncopneumonía. El 30 de Oc-

tubre el enfermito se encuentra en mal estado; 40 grados y medio, taquicardia, esteriores de las bases, edema de las piernas. Muere al día siguiente.

Autopsia: Además de la broncopneumonía se descubre el riñón derecho encapuchado con una suprarrenal grande como una mandarina, de un rojo sombra, blanda y sanguinolenta al corte. A la izquierda la suprarrenal no presenta más que un nódulo hemorrágico pisiforme. El hígado posee 1.300 gramos, es liso, un poco pálido y lleno de nódulos blancos pisiformes. El tumor descrito no es la misma suprarrenal, sino que está muy adherida a él y contiene también dos nódulos hemorrágicos. Bazo normal. Testículos normales. Al microscopio, un fragmento del tumor muestra abundantes placas hemorrágicas, en el medio de las cuales nadan células de núcleos vesiculosos (simpaticoblastoma embrionario). Hígado invadido por focos neoplásicos, sobre carga gresosa. Evolución rápida constatada también por un caso presentado por Lesné a la Sociedad de Pediatría de París en 1925.

Estudio clínico anatomo-patológico sobre la tuberculosis de los centros nerviosos en el niño.—DOCTORES JOUCKOWSKI y ROUSSIKH.—«Acta Pediátrica», volumen XIV. 1933.

La memoria de estos profesores de Jsmolensk (URSS) está ilustrada con veintitrés fotografías y microfotografías. Tiene por base catorce observaciones de niños de todas las edades, estudiados a fondo tanto clínica como anatomopatológicamente. La tuberculosis está muy extendida en la parte occidental de Rusia, causando muchas bajas tanto en los niños de la ciudad como del campo, por lo cual el material no ha faltado para los citados doctores. Han observado en especial lo que concierne a las meninges cerebrales y espinales, a la tuberculosis de los plexos coroideos, las tuberculosis difusas y conglomeradas de los centros nerviosos, en la primera infancia, en la siguiente forma:

- 1.º Forma cerebro-espinal de la meningitis tuberculosa y especialmente con alteraciones grandes de los plexos coroideos (niño de 8 años y niño de 2).
- 2.º Forma meningo-trombótica acompañándose de hemorragias y reblandecimiento de estos tejidos (niño de 14 meses).
- 3.º Meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar del cerebro y sus cubiertas, con localizaciones diferentes (niña de 10 meses y niño de un año).
- 4.º Agrupación de tubérculos formados en la meningitis tuberculosa (niños de 14 y de 16 meses). Un caso de forma inicial de la tuberculosis del cerebro (niña de 5 años).
- 5.º Enfermedades parainfecciosas que se desenvuelven en seno tuberculoso.

El último capítulo está reservado a la formación de tuberculomas (niño de 3 años, niña de 8 años, otros dos de 15 y 13 años y otra niña cuya edad no se indica).

Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis del cerebro son múltiples y pueden repartirse entre los grupos siguientes:

- I. Las meningitis cerebro-espinales evolucionan con la localización predominante.
- II. Las meningo-encefalitis se acompañan de trombosis extendidas, que dan origen a abundantes hemorragias y asimismo a la destrucción de partes enteras del cerebro.
- III. La meningitis tuberculosa y la submiliar del cerebro y sus meninges con localizaciones varias y sus síntomas de una meningitis, y las siembras de las granulaciones miliares, evolucionan al mismo tiempo estrechamente unidos y mostrando a veces una tendencia a dar síntomas de foco.

IV. Los tubérculos solitarios se localizan de preferencia en la porción conductora del cerebro y formados por una gran masa de tubérculos agrupados, capaces de alcanzar el volumen de una manzana. Es corriente encontrar tubérculos diseminados en las diversas partes del cerebro.

V. Espondilitis tuberculosas asociadas a paquimeningitis espinales y que son complicación de los tubérculos espinales.

VI. Las formas parainfecciosas y tóxicas que tienen por base una tuberculosis, se las considera como complejos sintomáticos producidos por la acción de los factores endógenos y exógenos; en caso análogo la intoxicación tuberculosa puede acelerar la entrada en escena de procesos morbosos ya favorecidos por la constitución del individuo.

Un caso de obstrucción intestinal por ascárides.—DOCTORES ANDHEL y DAVID BOUL, de la Ste. de Iasi, tomado de «Arch. de Méd. des Enfants. Diciembre, 1934.

Niña de tres años que ingresó en el departamento de Cirugía por los accidentes de oclusión intestinal. Dolores abdominales desde hace algunos días, y más recientemente vómitos y constipación absoluta (ni gases, ni materias). Pulso, 146. En el medio del vientre y a modo de tirabuzón transversal y móvil, haciendo pensar en una invaginación, se presenta una tumoración. Pero la madre, habiendo dicho que el niño había expulsado ascárides, se decide a que su niño sea operado. Mientras tanto, el estado se agrava. La paratomía media subumbilical, después de cloroformización. Se apercibe un asa dilatada a veinte centímetros del ciego y se nota a través de las paredes una pelota alargada de ascárides. Un amontonamiento sobre poco más o menos de cuarenta centímetros de ascárides obtura el calibre intestinal, tomando el aspecto dicho anteriormente. Se favorece que los parásitos refluyan al ciego y al colon.

Después de la operación, el estado general continúa grave. Se prescribe xantonina seguida de aceite de ricino; el segundo día expulsa algunos ascárides; después de un lavado jabonoso y oleoso se le hace expulsar una treintena; la eliminación continúa hasta el séptimo día. Se han contado 307 ascárides. El 6 de Octubre el niño está curado, el día onceavo después de la operación.

ALLUÉ HORNA



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÑO
FORMULA

Sulfaguyacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálsamo de tulú en equivalencias aa.	50 —
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 —
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus. .	10
Hepatorradil C 5. para	150 —

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

BIBLIOGRAFIA

DOCTOR RAFAEL ALCALA SANTAELLA, catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Valencia.—**Los fundamentos científicos y la práctica de la educación física.**—Madrid, 1934. Un tomo en octavo (22,5 × 14,5) de 188 páginas y 70 grabados. Rústica, 10 pesetas. Encuadernado, 15. (Por correo, 0,50 más).

El doctor señor Alcalá Santaella opina que la educación física es una especialidad médica, porque una afición exagerada, un entrenamiento contraindicado, lejos de robustecer al individuo, puede ocasionarle serios perjuicios.

El médico que desee dedicar sus actividades a encauzar los entusiasmos deportivos de nuestra juventud, encontrará en este libro una guía, fruto de la experiencia personal del autor, que le ayudará a hacerse un verdadero especialista, pues a juicio del doctor Alcalá Santaella, ningún gimnasio, ninguna agrupación deportiva debiera funcionar sin tener adscrito un médico especialista.

Hoy que la Prensa médica se lamenta de una «superabundancia» de profesionales, éstos pueden encontrar en la educación física un amplio campo de utilización de sus conocimientos científicos.

Mejorarían nuestras marcas nacionales en cuanto impere un espíritu científico en nuestros entrenamientos; pero, sobre todo, los beneficios de la intervención médica se harán evidentes en el robustecimiento de la raza.

El libro está dividido en tres partes: I. Anatomía de la educación física. II. Fisiología de la educación física. III. La práctica de la educación física, en las que aparece la materia admirablemente tratada desde cada uno de estos puntos de vista.

FRANCISCO ARNAUD.—**Terapéutica, Farmacología y Materia Médica.**—Traducción española del doctor J. M. Bellido. Salvat Editores. Barcelona, 1934.

La literatura médica se ha enriquecido de un tiempo acá de un cierto número de obras capitales consagradas a la terapéutica. La que tenemos el honor de presentar a los lectores de esta Revista, es quizá la mejor de las recientemente aparecidas. Escrita por un médico práctico en la máxima acepción del vocablo, el mejor elogio que de ella puede hacerse es decir que «viene de la clínica y va a la clínica», esto es, la mayor parte de los datos en ella estampados proceden de la experiencia recogida a la cabecera del enfermo; por otra parte, a propósito de cada medicamento se estudia sobre todo su valor como agente terapéutico, al paso que las peculiaridades de su farmacodinamia, se reducen al mínimo imprescindible. Si afirmamos que de todos los tratados de terapéutica existentes es el que realiza de un modo más completo el estudio de las indicaciones, creemos enunciar la verdad.

Otro mérito—y no despreciable—del libro de Arnaud reside en la fobia tácita que de las «colecciones de fórmulas» da muestra el autor. Cuando se compara el prurito delatado por algunos autores italianos en numerar las fórmulas (que suman varios centenares), estampadas en sus libros, con el comedimiento de Arnaud a este respecto, no se puede menos de reconocer en el médico marsellés un talento pedagógico innegable, pues la superabundancia de fórmulas por sí sola, lejos de facilitar el aprendizaje del arte de formular, se convierte en su más porfiado enemigo.

La traducción del libro se debe al profesor Bellido, y con decir que está al abrigo de toda imperfección, sobra todo ditirambo. Verdadero regalo para médicos y estudiantes. Recomendamos calurosamente la obra de Arnaud a todos los que deseen conocer el estado actual de la terapéutica pragmática.

NOTICIAS

Primera reunión anual de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo

Los días 18 y 19 de Enero, se ha celebrado en Madrid la primera reunión anual de la naciente «Sociedad Española de Medicina del Trabajo».

La sesión inaugural se celebró en el Instituto Nacional de Previsión bajo la presidencia del excelentísimo señor Anguera de Sojo, Ministro de Trabajo, que pronunció un interesantísimo discurso. Tuvo a su cargo la disertación inaugural, el Presidente de la Sociedad, doctor A. Oller.

Las sesiones de discusión tuvieron lugar en el Salón de actos de la Clínica del Trabajo, leyéndose las siguientes ponencias y comunicaciones:

PRIMERA SESION

Ponencia.—Diagnóstico y tratamiento de las consecuencias lejanas de los traumatismos del cráneo.—Doctores Oller y Escardó, de Madrid.

Comunicaciones.—Doctor López Trigo (Eugenio).—Apófisis de origen traumático.
Doctor López Trigo (Eugenio).—Los síndromes patológicos latentes de traumatología.

Doctor V. de Andrés Bueno.—Conducta del médico ante las lesiones y enfermedades que no deben ser admitidas como accidentes del trabajo.

Doctor Pando.—Un caso de sarcoma del fémur.

Doctor Galán.—Prevención del tétanos.

SEGUNDA SESION

Ponencia.—Predisposición herniaria y valor del reconocimiento previo.—Doctores López Trigo (J.), de Valencia y García Tornel, de Barcelona.

Comunicaciones.—Doctor J. Bordona.—Consideraciones sobre cien casos de hernia.

Doctor Palomar.—La miopía traumática en accidentes del trabajo.

Doctor Roda.—La diplopía como causa de incapacidad permanente.

Doctor L. de la Garma.—Contribución al estudio de las lesiones traumáticas de la mano.

Doctor Galán.—Misión del médico en la prevención de accidentes de una factoría industrial.

Doctor Galán.—Esquema para la organización de la prevención de accidentes en una factoría industrial.

TERCERA SESION

Ponencia.—Silicosis.—Doctores García Triviño, Pacheco y Torrijos, de Madrid.

Comunicaciones.—Doctor V. de Andrés Bueno.—La silicosis de los mineros de carbón en España.

Doctor López Trigo (E.).—Las pequeñas fracturas y su gravedad en relación con las incapacidades.

Doctor Moneo.—El trabajo en el aire comprimido.

Doctor Bordona.—Fractura Shepherd y hueso trigono.

Doctor Nogales.—Cómo organizar un servicio nacional de estadística en accidentes del trabajo desde el punto de vista de su prevención.

Doctor Tabuena.—La infiltración anestésica en traumatología articular.

CUARTA SESION

Ponencia.—Autolesionismo.—Doctores Cascos y Tovar, de Madrid.

Comunicaciones.—Doctor Nogales.—Una ficha para el despistaje de los simuladores.

Doctor Nogales.—Higiene del trabajo en las industrias pesqueras y conserveras gallegas.

Doctor Ballesteros.—La anestesia intrarterial pericutánea en la cirugía de la mano.

Doctor Galán.—Lo que debe ser un puesto de socorro en una factoría industrial.

Doctor Martín Crespo.—El examen eléctrico neuro-muscular en los accidentes del trabajo.

Doctor Polo.—Proposición de modificación del Reglamento de Accidentes del trabajo.

Fueron nombrados miembros corresponsales extranjeros, los doctores Zollinger y Salvatore Díaz.

Por aclamación se tomó el acuerdo de celebrar en Valencia la próxima reunión.

LIBROS RECIBIDOS

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

Editorial Científico Médica. Barcelona, 1935.

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

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

Tous les ouvrages dont nous recevrons 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.

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Valladolid: Imp. Castellana, Montero Calvo, 17. Teléfonos 2258 y 2259