

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES	Páginas
DOCTOR VICENTE DE ANDRÉS BUENO. — <i>La silicosis de los mineros de carbón en España</i>	101
DOCTOR JOSÉ M. ^a MZ. SAGARRA. — <i>Algunos comentarios a la litiasis ureteral</i>	113
CRÓNICA	
<i>Estado actual de la fisiopatología de la hipófisis</i> , por Vicente Baena Baena.....	121
REVISTA DE REVISTAS	
Medicina interna , por M. Bañuelos y V. Baena.	
<i>Sobre el tratamiento de la diabetes por la «galega officinalis»</i> . — Parturier y Hugonot. . .	129
<i>Sobre la anatomía patológica de los núcleos o focos de Simón</i> . — Pusik y Strukow	129
<i>Sobre un método de experimentación animal para la demostración del principio de Castle en el jugo gástrico y su significación clínica</i> . — Singer.....	130
<i>Sobre la hipoglicemia espontánea como sintoma trasitorio</i> . — Unverricht.....	130
<i>Del uso del suero en el tratamiento de la pulmonía</i> . — Finland.....	130

(Sigue)

Testogán "Henning" masculino

Indicado en la insuficiencia sexual y en los fenómenos de vejez prematura

Teligán "Henning" femenino

Indicado en todos los trastornos genitales endocrinos

Representante:

GUILLERMO HOERNER

BARCELONA - Apartado n.º 712

Sobre la pleocitosis en el líquido cerebro-espinal, en el curso de los tumores cerebrales.—Rothfeld..... 131

Sobre la reacción de Takata en los enfermos de hígado.—Lilly Rapolt..... 132

El empleo de las grandes dosis de coramina en el tratamiento de la asfixia.—Wimlinger 132

Sobre el tratamiento causal del asma bronquial y enfermedades alérgicas semejantes.—Steinhaeuser..... 132

La significación de la determinación cuantitativa de la porfirina media por la heminiscencia de la exploración funcional del hígado y de varias cuestiones referentes a la alimentación.—Fronke y Finkeltcher..... 132

Algunos aspectos del diagnóstico de la anemia perniciosa.—Minot..... 133

La eficacia del suero antidiftérico.—Guininger..... 133

Una nueva enfermedad hallada en el Hospital Bringham.—Cristian..... 134

Sobre el tratamiento de la corea.—Duckett Jones..... 134

Curso clínico y pronóstico del reumatismo poliarticular agudo.—A. Raschewslesja y S. Genkin..... 134

Investigaciones sobre anemia hiper crónica en enfermedades provocadas experimentalmente del tipo del sprue.—E. Rominger y C. Bomskov..... 135

Terapéutica medicamentosa de la angina de pecho.—R. Singer..... 135

Sobre ondas eléctricas cortas en Medicina.—Schliepake..... 135

Contribución al conocimiento del metabolismo de la carotina y vitamina A.—Wendt.. 135

Afecciones espasmódicas y dolorosas, gastrointestinales, ulcus, cólicos hepáticos y nefríticos.—Doctor H. Weskott..... 139

Dermatología, Sifilografía y Venereología, por E. Ledo.

Las variaciones de la sensibilidad cutánea a los rayos ultravioleta en los enfermos endócrinos.—Guy Laroche, Saidman et Serdaris..... 137

Úlcera trófica post-encefálica.—Sigmund S. Greenbaum and Bernard I. Alpers..... 137

Primeros síntomas y tratamiento de la arteritis.—Leriche..... 138

Dermatomycosis y el ejército.—Donald I. Wilson M. D. (Omaha)..... 139

La alopecia habitual del hombre adulto: defecto de equilibrio hipofisario-genital.—Cantilo..... 139

El virus sifilítico: sus variaciones morfológicas, su multiplicación y su acción patógena.—W. Nyra..... 139

La reacción de Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo de los enfermos de tumores del neuro-eje.—A. Sezary et I. Terrasse..... 140

Radioterapia de las artritis gonocócicas.—Le Goff..... 141

Tuberculosis, por G.^a Lorenzana.

La neurolisis intercostal en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. F. Rabboni 142

Algunas tentativas terapéuticas en las hemoptisis.—A. Ravina..... 142

La presión arterial media en la tuberculosis pulmonar.—Perrin y D'Arbois de Jubainville..... 143

Consideraciones sobre las hernias del mediastino y particularmente de su patogenia.—F. Triboulet y J. Lecoeur..... 143

BIBLIOGRAFÍA..... 144

LIBROS RECIBIDOS..... 146

NOTICIAS .. 147

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Representante para Valladolid-Palencia y sus provincias:

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

MÁLAGA

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA
VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las **VARICES, FLEBITIS**

Hemorroides y Atonías de los vasos por las **GRAJEAS DE**

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y literatura al autor: **LABORATORIO BENEYTO, Manuel Silveira, 7.-MAURIO**

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
Acido glicerosofórico 0,046 >
Acido cacodílico 0,030 >
Hierro asimilable 0,002 >
Glicerosofato 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

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

heteroproteínoterapia; *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

químio-proteínoterapia; *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

La silicosis de los mineros de carbón en España ^(*)

por el doctor VICENTE DE ANDRÉS BUENO

Miembro fundador de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo

Soy un convencido de la gran utilidad que tiene para nosotros, los que dedicamos nuestras actividades a la Medicina del Trabajo, el conocimiento, el estudio, del modo que los obreros desenvuelven sus actividades en los distintos oficios, el medio en que desarrollan su labor y las condiciones en que viven; los resultados de nuestras observaciones nos servirán en grado muy apreciable para deducir consecuencias que tendremos muy en cuenta en el ejercicio de nuestra misión facultativa con los obreros.

Teniendo a priori el completo convencimiento de que el trabajo en las minas de carbón ofrece características especiales e interés extraordinario—incluso para los profanos en Medicina y en técnica minera, recordemos que las minas de carbón y los que en ellas trabajan han sido tema de muchas informaciones periodísticas, trabajos literarios, novelas, cintas cinematográficas, etc.—realicé repetidas visitas a las cuencas mineras, de Asturias y León especialmente.

La impresión que me produjo mi primera visita no fué de sorpresa, ya que a ella fuí con un bagaje de información, noticias y referencias previas que si no me sirvieron para tener la idea exacta de todo lo que ocurre dentro de una mina, al menos me dieron una impresión muy aproximada a la realidad.

Lo primero que hubo de preocuparme fué, naturalmente, el factor humano, el hombre, el obrero dentro de la mina. Para darse cabal cuenta de lo que supone la permanencia en los pozos y galerías y el desenvolverse y trabajar en aquel medio tan poco agradable para quien no tenga costumbre, es preciso recorrer toda la mina desde la boca a los tajos, marchando a pie varios kilómetros por las galerías y transversales, pisando aquel inconfundible barro y atentos a los obstáculos del suelo, techo y paredes (raíles, pies, trabancas); trepando unas veces y descendiendo otras por los pozos, apoyados en bastidores y mampostas, para llegar a los tajos donde los picadores arrancan el carbón que van retirando los ramperos, en posiciones a veces inverosímiles por tener que amoldarse al espacio de que se dispone que, en ocasiones, es reducidísimo.

(*) Comunicación a la I Asamblea de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo. Madrid, 18-19 de Enero de 1935.

En aquella primera visita no me fueron muy gratos los esfuerzos que hube de realizar para llegar hasta los tajos o testereros, pero me produjo muy buen efecto el observar la facilidad con que se desenvolvían todos los obreros que allí trabajaban e incluso la satisfacción con que lo hacían—¿real, o fingida, ante el visitante?—, dándoles ejemplo, con su presencia y actuación el elemento técnico, los ingenieros.

No debemos olvidar que contribuyen a hacer poco grata la estancia en pozos y galerías, la atmósfera cargada de polvo de carbón, aunque la ventilación esté bien dispuesta, y la poca luz que, cuando termina la eléctrica instalada en galerías y transversales, queda reducida a la que dan las lámparas de seguridad de que son portadores todos los que se encuentran dentro de la mina.

En otras visitas que hice después para observar las distintas modalidades que se dan en las explotaciones—de pozos y galerías, de socavón, con o sin ascensores para comunicar los distintos pisos, etc.—, ya más familiarizado con el medio y con mayor costumbre para circular, librarme de los obstáculos y trepar por los sitios difíciles, no prestando atención o haciendo caso omiso de lo que puede resultar molesto, he quedado satisfecho de la permanencia en la mina que ha sido para mí una base de iniciación de conocimientos de gran interés sobre los accidentes y enfermedades que suelen darse entre los obreros mineros.

No voy a decir nada nuevo, pero sí a recordaros que en España alcanzan edades más avanzadas los obreros de la agricultura que los de la industria y entre éstos, los mineros de carbón son de los que, por enfermedad, mueren más prematuramente; ¿por el trabajo que realizan?, ¿por el medio en que lo hacen?, ¿por el género de vida?; mis observaciones me han hecho conocer que, en grado diverso, pueden influir la cotidiana labor, el ambiente de la mina y las costumbres del trabajador (ocupación de las horas libres, alimentación y vivienda).

Los trabajos del interior de la mina si están bien distribuidos y la higiene y protección del obrero se llevan a cabo de modo perfecto, no deben resultar agotadores; hoy, que ha sido disminuída la jornada, si el obrero que ha de realizar los trabajos más penosos—picador especialmente—es joven, sano y fuerte, no resultará perjudicado en su salud; si es un enfermo, un tarado, un predisuesto, no pasará mucho tiempo sin que su organismo se resienta hasta el punto de tener que cambiar definitivamente de ocupación para poder salvar la vida o lograr una mejoría en su estado que le permita continuar en condiciones de ganar algún jornal. En las minas os presentarán obreros viejos en buena salud, que toda su vida, desde niños cuando eran «pinches», estuvieron dedicados a trabajos en el interior, y os los presentarán como casos tipo de excepcional resistencia o como ejem-

plos de un trabajo que se tiene como perjudicial y para muchos no es tan ofensivo.

Con referencia al medio, al ambiente de trabajo, algo parecido podemos decir, descartando, naturalmente, en este caso como en el del trabajo del obrero, los accidentes, que se dan en proporciones mucho mayores que en otras industrias. De nuestras observaciones hemos deducido que los gases que se desprenden en el interior de la mina—grisú, óxido de carbono—pueden producir accidentes pero no enfermedades profesionales; la ventilación bien dispuesta aleja todo peligro de intoxicación crónica. El polvo de carbón debe considerarse inofensivo para un organismo sano, no así para los enfermos de aparato respiratorio a los que podrá complicar su enfermedad; el polvo de sílice por el contrario, ya puede acarrear un peligro; de éste nos ocuparemos después.

El género de vida influye también, y a nuestro juicio en un grado más acusado que el trabajo y el ambiente de la mina en individuos sanos, en la mortalidad prematura observada entre los obreros mineros. Estos al buscar alguna compensación a las fatigas y sinsabores de una jornada penosa pasada dentro de la mina, es natural que procuren con lo que su jornal les permita después de atender otras necesidades, encontrar lo que más fácilmente puede satisfacerles y comunicarles un optimismo que aminore el tedio y preocupación de un trabajo penoso; de aquí que muchos, sobre todo los que no tienen un hogar y una familia que les preocupe y distraiga su atención, buscan en el «chigre» el alivio a sus penas y muchos son los que se hacen alcohólicos, sufriendo por ello su organismo las consecuencias de un vicio en el que cayeron por lograr una vida relativamente agradable.

No olvidemos tampoco la influencia que puede tener en la salud de los obreros, la habitación en que viven; son muchos—solteros alejados de su familia especialmente— los que pernoctan en casas donde se les cede una cama en cuartos de insuficiente cubicación y escasísima o ninguna ventilación al exterior, cuartos que a veces sirven de albergue a varios individuos; en una época en que las minas trabajaban con tres turnos de obreros y el número de éstos era considerable, hubo casas en las que los cuartos y camas fueron ocupados sin interrupción, pues, como en la mina, eran relevados para ocupar la cama por turnos de ocho horas, con la misma ropa y respirando el mismo aire viciado por la permanencia constante en la habitación no ventilada. La vivienda familiar suele estar resuelta para gran número de obreros en algunas minas, por las edificaciones de varios pisos que llaman cuarteles, algunas para más de doscientas familias, donde existen cuartos con diversas habitaciones—dos alcobas bastante amplias, un comedor y espaciosa cocina con agua y un retrete—; sin embargo, quienes mejor suelen vivir desde los puntos de vista higiénico y económico, son los que habitan una casa en el monte con su pequeño huerto que, además de servirles de elemento de distracción trabajando a pleno aire, les produce

frutos y hortalizas y les permite la cría de animales, con lo que obtienen una ayuda no despreciable.

Hay, por fin, obreros a los que perjudica a su salud la escasa alimentación si no pueden hacer ésta de modo normal y continua por carecer de disponibilidades, caso que se da entre algunos que son desordenados en el gastar y su imprevisión les obliga a no poder alimentarse sino de modo deficiente.

Estas son las causas que, como ya hemos dicho, influyen en diversa proporción en la salud de los obreros mineros y motivan el que sea frecuente observar que son muchos los que mueren prematuramente.

Siguiendo nuestras observaciones, procuramos indagar cuáles eran las enfermedades que con mayor frecuencia se observaban y que pudieran ser influenciadas por el trabajo o hacer aumentar la cifra de mortalidad y llegamos a conocimiento de que lo que más abundaban eran los procesos pulmonares de tipo crónico. Nuestro interés primordial ya desde el comienzo, era descubrir si se daba la silicosis entre los obreros del interior de la mina y llegamos a convencernos a poco de iniciar nuestras pesquisas, después de ver enfermos y hablar con algunos compañeros, de que la silicosis existía en pequeña proporción entre dichos obreros; pero antes de proseguir este estudio de comprobación y por no disponer entonces de mucho tiempo, hicimos una encuesta entre los médicos de las principales minas enviándoles un cuestionario de preguntas, para después, una vez conocidos los datos que aquéllos nos enviasen, continuar las investigaciones personalmente en los sitios de mayor interés.

He aquí las preguntas del cuestionario que fué enviado—que como se verá se refieren casi de modo exclusivo a la silicosis—y el resultado de la encuesta:

1.^a—*¿Se ha observado algún caso de silicosis entre los obreros de esas minas?*

Las contestaciones dadas, salvo rarísima excepción, fueron afirmativas; se han observado, por casi todos los médicos, casos de silicosis, pero en pequeña proporción.

2.^a—*¿Las labores de las transversales en roca dura de arenisca que tiene sílice, podrán ser causa de que padezcan la silicosis algunos obreros que trabajen en aquéllas?*

3.^a—*El empleo de máquinas para las transversales, ¿ha aumentado la posibilidad de que se presente la silicosis si la atmósfera que los obreros respiran está más cargada de polvos?, o por el contrario, ¿es menor el riesgo de padecer dicha enfermedad?*

Naturalmente, la opinión general es en sentido afirmativo para estas dos preguntas; por lo que se refiere al aumento de la cantidad de polvo desprendido por el empleo de máquinas perforadoras, es cosa que fácilmente

te pudimos comprobar en nuestras visitas, muy notable diferencia en más en cuanto a cantidad, que cuando se usan martillos manejados a mano; la inyección de agua hace disminuir la proporción de polvo desprendido. Algunos de los médicos preguntados hacen en sus respuestas alusión al empleo de mascarillas protectoras; para unos su empleo es utilísimo, para otros no evita la silicosis a los barrenistas.

4.^a—*La antracosis pulmonar, ¿ha dado lugar a reclamaciones de los obreros para percibir indemnización?*

Todos han respondido en sentido negativo.

5.^a—*La antracosis pulmonar por el polvo de carbón, ¿debe considerarse como una enfermedad o simplemente como un estado anatómico por sobrecarga sin alteración respiratoria ni del tejido pulmonar?*

No es unánime la opinión sobre la antracosis. Piensan unos, basándose en los términos en que está redactada la pregunta, que la antracosis es un estado anatómico por sobrecarga que no produce alteración funcional ni del parénquima y en apoyo de su modo de opinar citan lo observado en gran número de obreros a quienes hicieron la autopsia por haber muerto en accidente que si bien tenían algunos intensa antracosis, era ésta perfectamente compatible con un buen estado de salud que disfrutaban. Otros sin embargo (Dr. Acebal, de Hulleras de Turón), creen que es enfermedad predisponente de otras afecciones o determinante de trastornos respiratorios y cardiacos, o «enfermedad profesional que ocasiona lesiones anatómicas bien definidas y comprobadas y trastornos funcionales frecuentemente observados» (Doctor Calleja, de Villablino). Me inclino por la opinión de los primeros y pienso que la antracosis pura en individuos sanos no constituye una enfermedad, pero en individuos enfermos de aparato respiratorio puede agravar su padecimiento o modificar la evolución de éste influyendo en el curso o dando lugar a complicaciones; y pienso también que algunas veces en que se imputa a la antracosis el estado de un enfermo, debemos pensar en la sílice que haya podido penetrar en sus pulmones.

6.^a—*¿Se han abonado en esas minas indemnizaciones por incapacidad permanente originada por silicosis, antracosis u otra enfermedad profesional?*

Todos los médicos consultados, contestaron a esta pregunta en sentido negativo.

7.^a—*¿Cuáles son los obreros que están más expuestos a la acción de los polvos de carbón o de sílice?*

Se deduce de las respuestas recibidas que en todas las minas ocurre lo mismo: los obreros más expuestos a la absorción de polvos de carbón son los picadores y ramperos y a la acción de la sílice los transversalistas, barrenistas o perforadores.

Ya en posesión de los datos suministrados por esta encuesta, proseguimos la labor de investigación en las visitas que hicimos después, y, entonces, confirmamos la primera impresión recibida, llegando con nuestros estudios y observaciones a adquirir la opinión que luego expondremos sobre la silicosis, su profilaxia y reparación.

Algo vamos a decir sobre otros padecimientos de aparato respiratorio que no deben ser tenidos sino por enfermedades comunes no influidas por el trabajo; a lo sumo podrá admitirse que haya alterado su curso y terminación la obligada permanencia del obrero en el ambiente en que ha tenido que trabajar, pero nunca podrán ser calificadas como enfermedades profesionales; todo lo más se las podrá reputar como enfermedades del trabajo.

Entre los obreros dedicados a trabajos del interior de la mina, un gran número de enfermos de aparato respiratorio, que constituyen el grupo más numeroso, son los que padecen bronquitis crónica que se manifiesta por formas de intensidad y sintomatología variables; a estos enfermos perjudica grandemente el ambiente de la mina.

Otro grupo muy importante lo forman los tuberculosos pulmonares; la tuberculosis abunda entre los mineros y se da en zonas donde la población no minera paga un crecido tributo a esta enfermedad; no hemos podido conseguir establecer la proporción en que se encuentra entre los obreros de las minas con relación al resto de los habitantes de la región, para llegar a conclusiones favorables a los mineros como Arnould, quien dice que, en las localidades donde lo ha estudiado, la mortalidad por tuberculosis en los mineros de carbón es la mitad o los dos tercios de la observada por esta enfermedad entre los individuos no mineros de la misma edad (observaciones ya publicadas el siglo pasado por Valat y Buisson, en Francia; Hanot y Fossion, en Bélgica; Seltmann, en Alemania y más recientemente por Hoffmann y Hayhurts, en Estados Unidos; Lindemann y Gottstein, en Alemania y Alling, en Suecia). Hemos observado que los tuberculosos expuestos solamente al polvo de carbón no suelen resultar perjudicados, sin embargo, cuando aspiran polvo de sílice sí, puesto que entonces adquieren la forma de tubérculo silicosis que puede adquirir mayor gravedad y más rápida evolución hacia el desenlace fatal; sin embargo en ciertos casos esta asociación de silicosis con tuberculosis da lugar a «fibrosis excesiva que tiende a retardar la difusión del proceso infeccioso a otras partes del pulmón y a otros órganos del cuerpo, pero al mismo tiempo la hace menos accesible al tratamiento» (Irvine, Simson, Sutherland Strachan), casos que hicieron pensar a algunos que los obreros tuberculosos que tenían que aspirar, durante el trabajo, polvo de sílice, curaban de su enfermedad.

Entre los casos de silicosis simple que nos fueron presentados, debemos mencionar de modo especial los del Dr. Alvarez Buylla, muy competente jefe clínico del Hospital Provincial de Oviedo, que no pasaremos a detallar principalmente por tener el propósito de no ocuparnos del estudio clínico de

la silicosis; están descriptos en un interesante folleto que ha publicado recientemente este compañero en colaboración con el Dr. Pumarino, titulado «La silicosis en los mineros de carbón», trabajo que avalora la literatura española sobre esta enfermedad en la que ya destacaban, especialmente, los estudios publicados por el Dr. García Triviño.

Vamos ahora a precisar sobre los diversos extremos que pueden interesarnos para establecer medidas previsoras de esta enfermedad, señalar éstas y dejar sentado el fundamento del derecho del obrero a la reparación, así como la forma en que ésta debe ser llevada a cabo.

Silicosis simple.—Existe entre los mineros de carbón. Pocos casos, en relación con el gran número de obreros mineros, pero los suficientes para tener el convencimiento de que puede aparecer entre estos trabajadores, sino fuera suficiente la sospecha de su posible producción teniendo en cuenta el ambiente en que trabajan algunos de ellos, en atmósfera muy cargada de polvo de sílice.

Sílico-tuberculosis.—Para Irvine la sílico-tuberculosis está caracterizada por la modificación producida en las lesiones silicóticas por una infección tuberculosa crónica.

La infección tuberculosa aparece en algunos casos de silicosis simple en el período final de la enfermedad, pero, hay otros clínica y radiológicamente diagnosticados de silicosis pura, en los que solamente la autopsia y el examen microscópico de las lesiones podrá descubrir una forma infectada; estos casos habrán de ser admitidos con pleno derecho a la reparación, pues no será posible establecer con precisión si primeramente fueron tuberculosos y después silicóticos o se asoció la infección después de que estaba la silicosis evolucionando.

Obreros expuestos a padecer la silicosis.—Descartando desde luego a los obreros que trabajan en el exterior, no todos los mineros que realizan su labor dentro de la mina están expuestos a padecer la silicosis.

Puede decirse en términos generales que no sufrirán los efectos novicos de la sílice aquellos obreros que circulen o permanezcan en pozos y galerías hechos y preparados para la extracción. En tal caso se encuentran los picadores y sus ayudantes, los ramperos, los caballistas vagoneros o trenistas y los entibadores y camineros, que solamente realicen la conservación de galerías. En el ambiente en que estos obreros trabajan, entrará en sus vías respiratorias polvo de carbón que aunque puede contener sílice—por las impurezas con que el carbón va mezclado algunas veces, generalmente pizarras—se encuentra en tan exigua proporción que no da lugar a que se resienta el organismo de estos obreros, de los que se puede decir que no padecen la silicosis.

Los casos observados de silicosis se han dado siempre entre los barre-

nistas—también se les llama franqueadores y transversalistas—y sus ayudantes; estos son los obreros que realizan el avance de galerías y transversales y hacen después la entibación de las mismas. Para llevar a cabo el avance han de hacer oquedades en la piedra—arenisca y pizarra que contiene sílice—donde luego se colocará la dinamita, y mientras tanto perforan la roca se desprende polvo que están absorbiendo mientras trabajan; según los casos, el trabajo se hace a mano o con martillos neumáticos y con éstos la cantidad de polvo desprendida es mucho mayor.

Son pocos los casos de silicosis que se observan.—Hemos dicho anteriormente que son pocos los enfermos de silicosis que se observan, sobre todo si se tiene en cuenta el gran número de obreros que trabajan en las minas; los médicos que ejercen en aquellos territorios mineros, han observado contados casos; recuerdo de un distinguido especialista que veía muchos enfermos de aparato respiratorio y que ejerció varios años como médico de una mina y me dijo que solamente había observado un caso de silicosis; los doctores Alvarez Buylla y Pumarino, en el trabajo antes citado, solamente publican las historias clínicas de diez casos, los que ellos observaron, y téngase en cuenta que el primero es el jefe de la clínica del Hospital de Oviedo, por donde puede decirse que pasan casi todos los enfermos pobres del aparato respiratorio de la provincia—y que también ve muchos en su clínica particular—y el segundo es el especialista que tiene la empresa minera más importante de Asturias, la Sociedad «Duro-Felguera».

El principal motivo que hemos de señalar, que justifica la pequeña proporción de silicóticos que se encuentran entre los mineros de carbón, le tenemos en que, como antes hemos dicho, es enfermedad que solamente están expuestos a padecerla los barrenistas y éstos constituyen sólo una parte del total de los obreros que trabajan dentro de la mina. Téngase en cuenta además, que la permanencia en atmósfera de polvo no es constante todos los días durante las horas de trabajo. Pero también hemos de considerar las condiciones individuales; sabemos que hay obreros que con facilidad adquieren la silicosis—puede decirse de todos aquellos en los que se comprueba la enfermedad antes de llevar diez años de barrenista— y, por el contrario, hay otros resistentes a la acción nociva de los polvos, que llegan a viejos después de toda una vida pasada en el interior de la mina aspirando polvo de sílice, y no se encuentra en ellos la silicosis; todo lo más, si por otro motivo se les ha hecho la autopsia, aparecen algunos nódulos diseminados en sus pulmones pero sin esclerosis que pudiera comprometer la función respiratoria.

La profilaxia de la silicosis.—Los medios que han de oponerse a la aparición de la silicosis, tenderán por una parte, a impedir la penetración de los polvos en las vías respiratorias del obrero y, por otra, a disminuir la cantidad de polvo desprendido o evitar que flote en el ambiente de las galerías.

En las minas existen, para ser utilizadas por los obreros que las precisen, mascarillas protectoras contra polvos, pero los obreros no las usan; ¿por-

que las creen ineficaces? o ¿por temor a ser tenidos como exageradamente previsores por los compañeros?, estas causas pueden influir en la resistencia de los obreros a utilizar tales medios protectores, pero la principal está en que no comprenden su utilidad porque no es muy ostensible el beneficio ya que el peligro no parece inmediato; unido esto a que les resulta molesto ocluir su boca y nariz con un aparato que aun estando bien colocado hace presión constante sobre la cara; hay muchos obreros que se limitan a proteger la entrada de sus vías respiratorias colocándose un pañuelo doblado a la mitad y atado atrás, pero la protección que con ello se consigue es sólo relativa, pues si bien la tela del pañuelo filtra el polvo no es en la proporción debida para conseguir una buena pureza del aire inspirado.

Muchos son los procedimientos que se han ensayado para hacer disminuir la cantidad de polvo que queda flotando en la atmósfera mientras los barrenistas realizan su trabajo; la mayor parte de ellos tienden a hacer húmedo el ambiente con aire—húmedo naturalmente—o vapor de agua, o a lanzar agua regando las paredes o los barrenos. También se ha ensayado en «Duro-Felguera» un procedimiento análogo al de los aspiradores que se emplean en la limpieza de suelos y muebles. Con variables resultados y de coste a veces muy elevado, unos han sido rechazados y otros siguen utilizándose si las condiciones de la explotación lo permiten.

Creemos que la más importante medida profiláctica que debe llevarse a la práctica, para evitar la aparición de la silicosis, es la selección cuidadosa del personal que haya de dedicarse al trabajo de barrenista. Muchos son los autores que coinciden en que existe una marcada influencia de ciertos tipos constitucionales—linfáticos, asténicos, leptosomáticos—favorable a la aparición de la enfermedad (citemos especialmente a Ickert, entre los extranjeros y a Rapado Pozas, Alvarez Buylla y Pumarino, entre los españoles), así como en que los pícnicos y sobre todo los pícnico-musculares son más resistentes. Por lo tanto se debe negar aptitud para el oficio de barrenista a los individuos asténicos y elegir sobre todo a los pícnicos y los que correspondan a los tipos muscular y respiratorio; debe rechazarse a los de índice de Pignet elevado y aceptar especialmente a aquellos en los que este índice sea próximo a cero, siempre que en ellos no exista otra causa que nos decida a negarles capacidad física suficiente para este trabajo. No ha de limitarse la selección fijándonos solamente en el tipo constitucional sino que el examen médico tenderá a excluir a aquellos que aquejen cualquier trastorno respiratorio y a los que no tengan una perfecta permeabilidad nasal comprobada, por ejemplo, por la prueba de Rossenthal.

Pero, la profilaxia por la selección, no ha de limitarse al primer reconocimiento, sino que debe tender a apartar de los trabajos peligrosos por la aspiración de polvo de sílice a todos aquellos individuos ya dedicados al oficio de barrenista en los que se compruebe la existencia de la silicosis en sus primeros estadios, o a aquellos otros en que solamente se sospeche, cuan-

do no existan síntomas suministrados por la exploración o por la radiografía que sirvan para poder afirmar con seguridad el diagnóstico. De la misma manera serán dedicados a otros trabajos los barrenistas que adquieran alguna enfermedad pulmonar—tuberculosis, bronquitis— que estimemos incompatible con su ocupación, por la influencia perturbadora para la salud que el ambiente habría de tener.

Reparación.—Estando fuera de duda la posibilidad de producción de la silicosis en algunos trabajos de las minas de carbón, existiendo casos demostrativos que lo confirman y cayendo de lleno esta enfermedad entre las profesionales, puesto que únicamente debe ser imputada a la ejecución de la labor que realizan los obreros que la adquieren, debe ser reconocido el derecho de éstos a que les sea reparado el daño que su trabajo les produjo.

La silicosis puede ser motivo de la muerte del obrero, de incapacidad absoluta para toda clase de trabajos, si se encuentra en un período muy avanzado, y de incapacidad total para la profesión si una vez diagnosticada se decide o resuelve que el obrero deje su trabajo de barrenista dedicándole a otra ocupación en el exterior, como medida profiláctica para conseguir, sino una curación, al menos que se detenga el avance progresivo del mal.

Veamos cómo creemos que debe hacerse la reparación en estos casos.

No estando establecida aún en España la reparación de las enfermedades profesionales por una ley especial, hemos de atenernos a las normas fijadas por la de accidentes del trabajo y así en caso de muerte, se indemnizará a la familia con la renta equivalente a la mitad del salario, o menos según los casos; si la enfermedad incapacita al obrero para toda clase de trabajos, percibirá como renta también la mitad y si ha de cambiar de ocupación—circunstancia que se dará siempre que la silicosis sea diagnosticada—, no será indemnizado cuando se le dé otro trabajo en el que perciba el mismo jornal y sí lo será en el caso de que el jornal que se asigne sea menor que el que anteriormente ganaba, entonces debe serle abonada la diferencia en calidad de indemnización, siempre que ésta no sea mayor a la que por la ley le corresponde; en caso de despido o paro forzoso, si la incapacidad es solamente de esta categoría, total para el trabajo habitual—con la absoluta para todo trabajo, naturalmente, no hay que contar—se le abonará la renta correspondiente, 37'50 por 100 del jornal.

Para establecer el derecho del obrero o su familia a percibir la renta correspondiente, será necesaria la demostración irrefutable de la existencia de la enfermedad: por la autopsia en caso de muerte y después de todos los reconocimientos y radiografías necesarios, a cargo de un especialista a ser posible, hasta el momento que pueda ser dado un diagnóstico seguro.

Hemos hablado del derecho del obrero que adquirió la silicosis a ser indemnizado y debemos señalar un interesante punto relacionado con la obligación patronal; sucede en esta enfermedad, como en otras muchas profesionales, que para quedar establecida, ser diagnosticable y conceder de-

recho a la reparación, ha de transcurrir un lapso de tiempo grande, de varios años, durante los cuales el obrero ha respirado el polvo nocivo; puede suceder que en tan largo período haya trabajado con varios patronos o empresas industriales; ¿cómo se va a distribuir la responsabilidad entre todos estos?, porque en estricta justicia no se debe cargar con la obligación de indemnizar al último patrono; más equitativo sería distribuir la responsabilidad proporcionalmente al número de días que el obrero trabajó en cada mina; pero esto será muy difícil averiguar, así como saber en qué grado, con qué intensidad, pudo influir el ambiente de trabajo, por la posible diferencia de unas minas a otras en cantidad de polvo desprendido, número de horas de permanencia en la zona de trabajo peligroso y que se utilicen o no medios defensivos que hagan disminuir el peligro; pero, aun hay más, debemos admitir como posible el caso del obrero que antes de llegar a trabajar a la mina, se haya dedicado a otro oficio en el que ya aspiró polvo de sílice, en canteras, fábricas de loza o cemento, etc.

Afortunadamente, no son muchos los casos de silicosis que las entidades patronales mineras tendrán que indemnizar, por lo que la cuestión, desde el punto de vista económico, no tiene gran trascendencia; sin embargo creemos que podrá alcanzarse una solución justa el día que se establezca para algunas enfermedades profesionales el seguro obligatorio en los riesgos de incapacidad permanente y muerte, como se hace en los accidentes del trabajo y como propusimos para aquellas enfermedades hace unos años (1), entonces, siendo la obligación igual para todos, no habrá dificultades para repartir la responsabilidad en los casos de obreros que hayan trabajado con varios patronos, si éstos tienen el riesgo cubierto en la Caja Nacional o en una Mutualidad que los comprenda a todos.

Y para terminar señores, dediquemos un recuerdo muy efusivo y cordial a aquellos compañeros médicos que por ejercer en la zona minera del Norte de España, sufrieron las penalidades de la revolución de Octubre; saludamos desde aquí a los abnegados ingenieros de las minas de carbón, muchos de los cuales pagaron con la prisión o con la vida el bien, tan incomprendido, que con los obreros realizan (odios de clase que creímos no existían entre hombres expuestos a los mismos peligros, odios de clase que hoy no acertamos a comprender); y a los obreros, esos obreros a quienes si nuestra convivencia con ellos fué más que corta, fugaz, la admiración que les tenemos engendró un afecto, a esos trabajadores de las minas, los «topos», actores y víctimas en el movimiento sedicioso, les deseamos que una mejor comprensión de la vida y de las cuestiones del trabajo, haga cambiar de modo radical los procedimientos y entremos en la era de paz que todos anhelamos.

(1) Estudio médico-social del Convenio sobre reparación de las enfermedades profesionales. Madrid, 1932.

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
V
E
L
E
Z

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

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

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

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

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

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

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

BIOPLASTINA SERONO ENDOVENOSA

Ha sido puesta a la venta

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

después de

ENSAYOS BRILLANTÍSIMOS

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



Algunos comentarios a la litiasis ureteral

por el doctor JOSÉ M.^a M.^z SAGARRA (de Valladolid)

La litiasis ureteral, considerada antiguamente como una enfermedad rara, era solamente descubierta en algunas autopsias de individuos muertos por anuria, pionefrosis o atrofas renales; es la llamada por Jeanbrau fase necrósica en la Historia de la litiasis ureteral. Casos que fueron descritos por Ambrosio Paré y Chopart. Rayer en 1845, en su Atlas de las enfermedades urinarias, presenta tres casos de pionefrosis debidos a concreciones ureterales, y es en 1889, cuando aparecen los trabajos de Le Dentú y Tuffier sobre la exploración sangrante del ureter, dándonos este último detallada la vía para abordar el ureter pelviano por vía transperitoneal, tomando como referencia la arteria iliaca primitiva. En años sucesivos, Tuffier cita la primera extracción de cálculo ureteral alto por nefrotomía y sutura del riñón, obteniendo una curación rápida. Después, varios autores, como Guyón, Legueu, Morrison y Albarrán especialmente, se distinguieron en el estudio de tales cuestiones, siendo este último el que por vez primera practicó la ureterolitomía en Francia. Por esta época, la tesis de Glanteney sobre cirugía del ureter reúne cuarenta y una observaciones de cálculos ureterales practicando 15 ureterotomías.

Posteriormente, con la cistoscopia y cateterismo ureteral y después con el empleo de la radiografía, la litiasis del ureter constituye una afección que se observa con relativa frecuencia, habiendo cambiado últimamente los medios terapéuticos.

Excepcionalmente se trata de cálculos autóctonos formados en el mismo conducto, a no ser que existan divertículos y dilataciones infectadas, sino que la mayor parte de las veces son concreciones formadas en el riñón, que eliminándose por las vías naturales, cuando su tamaño es superior al diámetro del conducto, quedan detenidos en una de estas porciones estrechadas, como son el cuello ureteral, porción que cruza los vasos ilíacos, segmento intramural y meato vesical. Siendo la frecuencia de localización según las estadísticas de Jeanbrau: lumbares, el 22 por 100; ilíacos, 7 por 100, pélvicos, 51 por 100, y murales el 17 por 100.

Estos cálculos generalmente son únicos, aunque a veces son varios, pudiendo alcanzar gran número, hasta 27 en el caso descrito por Codman. Pueden ser móviles, fijos o engarzados; estos últimos pueden no comprometer la permeabilidad del conducto, pero generalmente, el cálculo obstruyendo la luz ureteral, determina fatalmente lesiones, bien sea de dilatación, infección o esclerosis, en todo el segmento superior a la localización «su extracción se impone más sistemática y apresuradamente que en los cálculos renales» (Jeanbrau).

Breves palabras hemos de decir en lo que concierne a sintomatología, ya que generalmente, aparte de aquellos que pudiéramos llamar latentes y

que sólo a raíz de una exploración nos encontramos con el hallazgo; la inmensa mayoría hacen su aparición con el cuadro de un cólico nefrítico, el cual, a pesar de un tratamiento bien dirigido, no logramos que cedan los dolores, que suelen asentar en la región renal con irradiación en todo el trayecto del ureter hasta el pubis. A veces, después de haber pasado el cuadro agudo del cólico nefrítico, persisten las molestias atenuadas o un tenesmo vesical acompañado de polaquiuria o de hematuria más o menos discreta y eliminación de arenillas o de pequeñas piedras. Otras veces, la primera manifestación del litiasis ureteral es una anuria aparecida bruscamente después de la crisis dolorosa.

Conviene no olvidar que el cálculo ureteral del lado derecho puede en ocasiones simular un ataque apendicular y llevarnos a un diagnóstico y terapéutica errónea; en estos casos, además de la radiografía, el análisis de orina nos dará la clave, mostrándonos hematurias microscópicas. He tenido ocasión de operar el año pasado a un enfermo que fué sometido hacía algunos años a la apendicectomía, continuándole las molestias con la misma intensidad que antes de la operación. El cálculo era de pequeño tamaño que terminó expulsándolo la vejiga, y como de momento le desaparecieran las molestias, no volvió a preocuparse hasta que esta concreción aumentándole de volumen y causándole varias hematurias fué intervenido por talla hipogástrica, desapareciéndole toda sintomatología.

Puede el cólico ureteral originar una contractura refleja de las paredes del abdomen, que cuando se asocia a signos urinarios, el diagnóstico es fácil, pudiendo ser difícil en caso contrario, y obligarnos a una atención prolongada del paciente.

Para llegar al diagnóstico de la litiasis ureteral nos valdremos de la palpación del ureter, encontrándonos generalmente esta zona dolorida a la presión; realizaremos la meatoscopia ureteral por medio del cistoscopio; este meato, la mayor parte de las veces está enrojecido, edematoso y en algunos casos puede verse, incluso, asomar el cálculo por el propio meato (observación segunda).

El cateterismo ureteral tiene una preciosa indicación diagnóstica en los enfermos que acusan una sintomatología afín a la descrita, deteniéndose la sonda en una porción más o menos alta de conducto por el choque con el obstáculo. La radiografía es la que hoy nos resuelve mejor que nada este diagnóstico, mostrándonos la mancha del cálculo en la placa, que deberemos asegurarnos por medio de la radiografía con sonda opaca, que en caso de litiasis ureteral verdadera, coincidirán la sonda con la mancha que presumíamos de cálculo, ya que pueden existir otras manchas que nos hagan pensar en cálculo y que son de origen extraurinario (ganglios, ligamentos de la pelvis, vasos calcificados, etc.). Conviene no olvidar que en ocasiones nos encontramos con cálculos ureterales invisibles a la placa.

La orientación terapéutica que debemos de tener en todo cólico nefrítico es suprimir el dolor, que es lo que insistentemente reclaman estos enfermos, y

aumentar el peristaltismo de este conducto con objeto de eliminar el cálculo. Por esto en todo cólico, en contra de lo corrientemente se hace, debemos de proscribir el empleo sistemático de la morfina, pues ésta, aunque tiene una inmediata acción sobre el dolor, suprime el peristaltismo del ureter. El pantopón, sin embargo, llena todas las indicaciones, ya que suprime el dolor sin suprimir el peristaltismo.

Con objeto de resaltar la importancia de la mediación peristáltica en estos casos, voy a describir y comentar brevemente la historia siguiente:

A. F., natural de Palencia y residente en Valladolid, de 55 años de edad, casada y con cuatro hijos, se presenta en la consulta con dolores violentos del costado izquierdo, con irradiación a la vulva, que padece hace diez días, habiendo aumentado últimamente en intensidad, pasada la acción de la morfina. Las micciones no son dolorosas, orinas claras y marcada polaquiuria, orinando cada media hora. Como antecedentes personales anotamos ataques reumáticos que padece hace algún tiempo. En estos dos últimos años ha sufrido varios cólicos nefríticos con las mismas características que el presente, aunque con sintomatología más atenuada, que terminaba con la eliminación de arenillas unas veces, y de pequeñas piedras las otras.

La exploración denota buen estado de nutrición, con marcado panículo adiposo, vientre blando, no acusando más que una ligera defensa en el trayecto del ureter izquierdo, el riñón derecho no se palpa, el riñón izquierdo tampoco palpable, acusa sin embargo un dolor violento a pesar de las precauciones tomadas de explorar dicha región. El tacto vaginal denota marcado dolor en el punto ureteral inferior del lado izquierdo. Pulso rítmico y fuerte de frecuencia normal. No fiebre.

Pensando en un cálculo ureteral se hace una distensión vesical según el procedimiento de Pasteau, inyectando 350 centímetros cúbicos de la solución de ácido bórico a retener, con objeto de provocar el peristaltismo ureteral, poniendo acto seguido una inyección de pantopón para calmar los dolores, bebidas diuréticas y bolsas de agua caliente en toda la región dolorida. Al día siguiente, como las molestias no desaparecen, soy llamado al domicilio de la enferma, donde propongo un cateterismo ureteral. La cistoscopia se realiza inyectando 300 centímetros cúbicos de solución de oxicianuro al 1 por 4.000. La mucosa vesical y el meato ureteral derecho son normales, el orificio ureteral izquierdo aparece prominente y enrojecido; intento pasar una sonda ureteral número doce pero no consigo mi propósito por detenerse en un obstáculo a dos centímetros del meato; al fin, y no sin dificultades, logro pasar una sonda número diez, que dejo a permanencia cuarenta y ocho horas desapareciendo las molestias; al cabo de este tiempo, previa inyección en todo el trayecto ureteral de 5 centímetros cúbicos de glicerina estéril, retiro la sonda. A las pocas horas reaparecen nuevamente las molestias, viéndome obligado a inyectar una ampolla de pantopón y otra de prostamina, con objeto de provocar el peristaltismo del ureter y favorecer de esta manera la expulsión de la piedra causante de estas molestias. Al día siguiente nueva inyección por

la tarde. A las pocas horas elimina por micción espontánea un calculito del tamaño de una almendra, desapareciendo rápidamente las molestias que atormentaban a la enferma desde hacía varios días, consiguiendo un sueño reparador. El cálculo es de ácido úrico.

Se instituye a la enferma un régimen eliminador, habiéndola visto últimamente, diciendo no han vuelto a repetirse estas crisis dolorosas.

En el caso presente nos valimos de los medios que la especialidad nos da para provocar la expulsión de esos cálculos, como son, la distensión vesical que provoca contracciones del ureter y el cateterismo ureteral que tan magníficos resultados suele dar en estos casos, pero con ninguno obtuvimos lo que buscábamos. Quiero hacer resaltar, sin embargo, que el empleo de un peristáltico, que en nuestro caso fué la prostigmina, con ella obtuvimos un resultado sorprendente, ya que a la tercera inyección logramos lo que no habíamos conseguido con los procedimientos clásicos ¿Quiere esto decir que la prostigmina por sí sola sea suficiente para eliminar el cálculo? En el caso presente, dado el tamaño de la concreción, actuó como coadyuvante eficaz, pues si bien el cateterismo no lo consiguió, sabido es la acción del reblandecimiento y de regulación del tramo ureteral por la sonda a permanencia, pero retirado ésta las molestias reaparecieron, y últimamente las inyecciones de prostigmina provocando la contracción del ureter, previamente dilatado por la sonda, provocó la expulsión de la piedra. Es, pues, un producto que debemos de tener en cuenta, y aunque no específico, debe de ser ensayado siempre en combinación con los medios que la especialidad nos brinda en estos casos.

Dejamos sentado, pues, que las normas clásicas del cateterismo ureteral a permanencia es el procedimiento ideal para reblandecer el ureter y procurar la expulsión de las pequeñas concreciones calculosas, habiendo logrado con este simple proceder, en la mayor parte de los casos, la eliminación de los cálculos ureterales por vías naturales.

Numerosos instrumentos ha ideado la urología para producir la eliminación de los cálculos ureterales, como son la sonda de Nitze, hoy modificada por Jhar, dilatación del meato por diminutos tallos de laminaria (Chevassu), dilatación ureteral con el aparato de Canny-Ryal, cateterismo en haz de Nogués, etc., siendo uno de los más empleados hoy la sonda de Genouville, que se compone de una sonda ureteral que lleva en su interior un tallo metálico, reglable, desde el pabellón y unido en su parte anterior con la punta, saliendo unas pequeñas aletas a modo de paraguas; se pasa el obstáculo con la sonda estirada, y una vez conseguido, se abren las aletas, retirando la sonda que arrastrará el cálculo a la vejiga. Son todos ellos procederes delicados, ya que se han dado casos de roturas del ureter por maniobras intempestivas, dada la friabilidad del conducto por la periureteritis que provoca la presencia de la concreción.

Los cálculos situados en la porción intramural del ureter son de relativa frecuencia, debido a la reducción máxima del calibre del meato, quedando detenidos en dicha porción. En estos casos, las molestias de tipo vesical que

aquejan los enfermos (tenesmo, frecuencia) suelen ser casi constantes. En estos casos debemos emplear igualmente el uso de peristálticos, y de no lograr el cateterismo, nos valdremos de los pequeños aparatos endoscópicos. El cistoscopio operador de Papin cumple admirablemente su cometido, por medio de la meatotomía ureteral con las tijeras diminutas de dicho autor, o simplemente la electrocoagulación del meato; en una ocasión conseguimos por este sencillo proceder la eliminación de una piedrecita del tamaño de un garbanzo; historia que relato a continuación:

J. G., natural de Valladolid, peón caminero de oficio y de 38 años de edad. Antecedentes familiares sin importancia. Como antecedentes personales pulmonía hace siete años y catarroso crónico. No antecedentes venéreos.

Hace cuatro meses, dice, eliminó arenillas después de un cólico nefrítico, y desde entonces padece de frecuencia de micción orinando cada hora de día y tres veces de noche. La exploración acusa dolor en punto ureteral inferior derecho. Cistoscopia que denota una vejiga de paredes normales y orificio ureteral izquierdo normal; el orificio ureteral derecho es edematoso, asomando una concreción blanca. Valiéndome de una sonda de electrocoagulación se aplica varias veces en el borde inferior del meato en una longitud aproximada de un centímetro, realizando unas distensiones vesicales con solución de nitrato de plata al 1 por 1.000 e inyección de una ampolla de prostigmina. A los dos días el enfermo vuelve a la consulta mostrándome un cálculo blanco de aspecto fosfático y del tamaño de un garbanzo, La polaquiuria ha disminuído considerablemente. A los tres meses vuelvo a ver al enfermo, habiendo desaparecido totalmente las molestias y la polaquiuria. Se le hace una cistoscopia de control observando un meato normal en ritmo y contracción, y una zona pálida en el punto donde se aplicó la sonda de electrocoagulación.

La situación de los cálculos tiene gran interés, pues los que ocupan una porción alta de conducto, en un momento determinado son susceptibles de descender, y en caso de fracasar nuestra tentativa, la intervención cruenta es mucho más sencilla que en los cálculos que ocupan la parte baja del ureter, especialmente las mujeres que, por razones de vecindad anatómica y posibilidad de infección, hacen estas operaciones de una gravedad extraordinaria.

El tamaño tiene una importancia grande, pensando siempre que la radiografía da una imagen algo reducida del tamaño real de la concreción; en caso de cálculo grande e irregular, debemos de desistir en absoluto de las maniobras endoscópicas, convencidos en estos casos de su ineficacia, y es la operación cruenta, ureterolitotomía a la que debemos de recurrir. Pero en todos aquellos cálculos de tamaño reducido deberemos de adoptar todos los medios con paciencia antes de recurrir al procedimiento sangrante, vigilando al enfermo y no contentándonos con medicaciones sintomáticas, ya que como hemos dicho, la presencia de la piedra obstruyendo las vías urinarias compromete seriamente al tramo suprayacente, produciendo la destrucción total del riñón del lado calculoso, como lo prueba la presente historia:

A. R., de la provincia de Valladolid, hace ocho años que padece dolor

de tipo renal derecho, aumentándola con el esfuerzo y especialmente al incorporarse. Ha eliminado muchas arenillas que se depositan en el bañado, originando un espeso depósito como de polvo de ladrillo, polaquiuria orinando cada dos horas de día y cuatro o cinco veces de noche. La radiografía denota una mancha en el lado izquierdo del ureter pelviano. Repetida la radiografía con sonda o paca, confirmamos el diagnóstico de cálculo ureteral. La pielografía intravenosa da una eliminación normal en el lado derecho y una eliminación retardada en el lado izquierdo, con enorme dilatación de ureter y riñón de este mismo lado. La prueba del índigo carmín da una eliminación normal del lado derecho, no eliminando nada el izquierdo. Se sonda el riñón derecho recogiendo la eliminación del izquierdo con una sonda en la vejiga. El resultado fué el siguiente:

Riñón derecho	Riñón izquierdo, recogida en vejiga	
Centímetros cúbicos.	140	17
Úrea por 1.000	6,82	2,48
Cantidad eliminada en una hora	0,95	0,04
Fenol sulfotalcina.	50 %	Indicios no dosificables.

La enorme diferencia de eliminación de un lado al otro nos demuestra la hiperfunción del lado derecho y la destrucción del riñón izquierdo, proponiéndola la nefrectomía de este último. Se realiza la intervención el día 3 de Agosto de 1934, consistente en extirpación de un riñón pionefrótico y con múltiples adherencias. Debido a la intensa periureteritis existente, se renuncia a la extracción del cálculo situado en la porción baja del ureter; fijación de éste a la pared y sutura de planos. Curso postoperatorio normal, y alta por curación a los quince días de la intervención, habiendo desaparecido totalmente las molestias. Ultimamente he visto a la enferma que continúa en estado satisfactorio.

La lectura de esta historia sugiere algunas consideraciones. Lo primero, los dolores cruzados por reflejos renocentrales, dolor en el lado opuesto al enfermo; segundo, el abandono de la enferma a pesar de datar las molestias de hace ocho años, el cálculo lentamente y de una manera progresiva ha destruido totalmente su riñón, necesitando una operación en que ha tenido que sacrificar la glándula y que un tratamiento conveniente y a tiempo hubiese evitado la nefrectomía; finalmente, la posibilidad de abandonar el cálculo en la porción inferior del ureter no da lugar a manifestación enojosa posterior.

Los cálculos ureterales en los cuales, después de algún tiempo, las maniobras endoscópicas hayan fracasado o que su tamaño nos hagan desistir de tales maniobras, es la ureterolitotomía por vía lumboilíaca retroperitoneal y sin sutura de ureter, el procedimiento de elección.

En resumen: Podemos decir que la litiasis ureteral constituye por sí sola una afección grave, porque su evolución aboca a la destrucción del tramo urinario suprayacente, bien sea por esclerosis, dilatación o infección.

Que en todo cólico nefrítico procuraremos suprimir el dolor pero no el peristaltismo, siendo la mejor indicación los preparados a base de pantopón y no de morfina, debiendo despertar el peristaltismo y la diuresis por medio de los farmacos y procedimientos que la especialidad nos brinda en estos casos, vigilando algún tiempo a tales enfermos, y sólo en caso de tentativas infructuosas o de concreciones de gran tamaño, aconsejaremos la intervención cruenta.

Finalmente ante un cálculo ureteral, habiendo destruído el riñón y siendo el del lado opuesto suficiente, realizaremos la nefrectomía, abandonando el cálculo siempre y cuando se encuentre relativamente inaccesible.

PETEÍNA

*Para la vacunoterapia específica
de la tos ferina*

Curación en una semana por
4 inyecciones en días alternos

Las inyecciones no producen
reacciones locales ni generales.

En la Peteína se ha logrado separar del cuerpo bacilar la sustancia tóxica y obtener una vacuna, que a pesar de estar completamente exenta de toxina, posee un valor antigeno insuperable.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S. A.
MADRID BARCELONA



Envase original: Frasco de
2 $\frac{1}{2}$ c. c. (suficiente para las 4
inyecciones que comprenden
una cura).

SCHERING-KAHLBAUM A. G. BERLIN

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

NEO
SPIROL
ESTEVE

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

INYECCIÓN
INTRA VENOSA

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

Vitalipol *Vitaminas A. D.*

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

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

Estado actual de la fisiopatología de la hipófisis

por VICENTE BAENA BAENA

Los conocimientos que poseemos sobre la fisiopatología de la hipófisis son de origen reciente, puesto que, aunque ya hace 50 años Pierre Marie puso en relación el cuadro clínico de la acromegalia con una alteración anatómica de la hipófisis y unos años después se describió la distrofia adiposogenital (1900), y la caquesia hipofisaria de Simmonds (1914), a pesar de estos tres descubrimientos fundamentales, nuestros conocimientos sobre la patología hipofisaria permanecían hasta los últimos años imprecisos y oscuros.

Se achacaba a la hipófisis un papel importante en el control del metabolismo del agua y de los hidratos de carbono, creyendo por espacio de unos lustros que las alteraciones de esta glándula eran la causa de la diabetes insípida y de la glucosuria hipofisaria. Pero los bellos experimentos de Aschner, seguidos por Camus y Roussy, demostraron en 1914 que muchos de los síntomas atribuidos hasta entonces a afecciones de la hipófisis estaban condicionados en realidad por alteraciones del tejido nervioso subyacente, y más especialmente por una lesión de la región infundibular y del tercer ventrículo, lugar donde se localizan la mayoría de los centros reguladores de las funciones denominadas neuro-vegetativas. Como resultado de estas ideas, entró la patología hipofisaria en verdadera crisis, ya que la diabetes insípida fué bautizada con el nombre de poliuria infundibular, la glucosuria hipofisaria como diabetes nerviosa, y la adiposidad pituitaria para muchos autores era de origen cerebral.

Hubo un tiempo en que no se sabía solucionar estos problemas, o sea, qué síndromes eran desarrollados por alteraciones de la glándula pituitaria y cuáles dependían de los centros nerviosos vecinos. Contribuía a dificultar la solución el hecho de que la mayoría de las alteraciones de la hipófisis tienen una tendencia a propagarse a la base del cerebro, y por otra parte no es nada extraño que lesiones inflamatorias mesocefálicas o meningíticas se extiendan a la hipófisis.

En la actualidad, gracias a los trabajos de Cushing principalmente, la hipófisis ha vuelto a entrar en la atención de los clínicos e investigadores. Esta glándula posee funciones endocrinas de gran importancia; sus funciones han sido estudiadas experimentalmente con una precisión que no dan lugar a dudas. Las diferentes hormonas, por las que se manifiesta la actividad de la hipófisis, comienzan a ser aisladas. Los resultados terapéuticos sugestivos, aunque poco numerosos todavía, han sido obtenidos por una operación nueva. Se ha descubierto la posición central que ocupa la hipófisis en relación con las otras glándulas de secreción interna, sobre las cuales ejerce una acción estimulante o inhibitoria.

Naturalmente que aun en la actualidad, los hechos descubiertos en relación con la fisiopatología de la glándula pituitaria no están sancionados como definitivos, sino que muchos de ellos están en vías de estudio. Las diversas hormonas atribuibles a la hipófisis y que posteriormente hemos de comentar, no han sido aisladas hasta ahora más que de modo muy imperfecto; es difícil separar unas de las otras e ignoramos su constitución química, pero cualquiera que sea el estado de nuestros conocimientos fisiológicos, es suficientemente avanzado para que se puedan aplicar al lecho del enfermo.

Atribúyense al lóbulo anterior de la hipófisis una veintena de efectos fisiológicos distintos, más los perfectamente estudiados mediante la ablación del mismo, por la implantación de fragmentos glandulares o por la inyección de diversos extractos de la adenohipófisis, quedan reducidos a unos doce, que vamos a comentar.

Hormona del crecimiento.—El papel del lóbulo anterior de la hipófisis en el crecimiento del organismo, es uno de los más antiguos y mejor conocidos de las funciones hipofisarias. Aschner y Smith, extirpando la adenohipófisis en conejos y ratas respectivamente, demostraron que se detenía completamente el crecimiento, el cual nuevamente seguía un curso normal si después se implantaban repetidamente trozos de hipófisis. Desde el punto de vista clínico, la falta de hormona del crecimiento provoca el cuadro del infantilismo hipofisario, bien conocido por los médicos. Una vez conocido el hipopituitarismo del lóbulo anterior, los investigadores se esforzaron en desarrollar en los animales síndromes de hiperfunción que correspondiesen al cuadro observado en clínica con el nombre de gigantismo y acromegalia. Las primeras experiencias fueron realizadas en 1916 por Robertson, que preparó un extracto del lóbulo anterior de la hipófisis, el cual, administrado a ratones blancos en vías de crecimiento, aceleraba intensamente el mismo. En 1922-1925, Evans y Lang inyectaron repetidas veces en la cavidad peritoneal de la rata, hipófisis de buey finamente dividida y vieron que se desarrolló en el animal un verdadero gigantismo. Ha poco tiempo, los discípulos de Cushing, Putnam y Benedict inyectaron en el peritoneo del conejo adulto, durante meses, un extracto alcalino acuoso del lóbulo anterior de la hipófisis y observaron la aparición de una acromegalia del todo similar a la que se presenta en la especie humana, caracterizada por hipertrofia de las extremidades, incurvación de la columna vertebral, desarrollo de osteofitos múltiples y esplanomegalia general. Collip, últimamente ha preparado por primera vez, a partir de la hipófisis de buey, una hormona del crecimiento exenta de hormonas gonadestimulantes, dosada por su acción sobre la rata. Todos los autores consideran actualmente que la hormona del crecimiento procede de las células eosinófilas de la adenohipófisis.

Hormonas gonadotropas.—El fenómeno más característico que aparece después de la extirpación del lóbulo anterior de la hipófisis, además de la detención del crecimiento, es la inhibición del desarrollo sexual de los animales jóvenes y la atrofia del aparato genital de los animales adultos.

Ascheim y Zondek, mediante la implantación diaria de fragmentos de lóbulo anterior de hipófisis en los músculos de ratones impúberes, demostraron que se activaba el desarrollo del ovario estimulando el crecimiento de los folículos de Graff y aceleraba su transformación en cuerpo amarillo. Si se realiza la misma experiencia, pero inyectando extractos de la adenohipófisis en lugar de las implantaciones, no se obtienen resultados superponibles a los anteriores; varían según el modo de estar preparados los extractos. Los extractos ácidos determinan la maduración del folículo; los alcalinos modifican poco la maduración, pero en cambio realizan una luteinización intensa. De estos resultados se sacó la conclusión de la existencia de dos hormonas, una denominada con el nombre de Prolan A o gonadoestimulina A, y otra con el de Prolan B o gonadoestimulina B. Estas hormonas se pueden dosificar en la sangre y orinas de las mujeres; juegan un papel esencial en el desarrollo puberal y en el ciclo menstrual. Tienen gran importancia la dosificación de las mismas en la orina, sobre todo para el diagnóstico precoz del embarazo, puesto que se encuentran en dicho momento en gran concentración, y además para el tratamiento científico de los trastornos menstruales. Parece ser que el lugar de producción de estas hormonas son las células basófilas de la adenohipófisis.

Lóbulo anterior y lactación (prolactina).—En experiencias recientes, Selye, Collip y Thomson han demostrado que la hipofisectomía realizada en animales en la época de la lactancia acarrea inmediatamente una detención de la secreción láctea. La misma intervención, hecha en la segunda época del embarazo, aunque no impide la aparición de la leche, sin embargo ésta desaparece a las pocas horas. A esta hormona la han denominado prolactina. Bajo inyecciones de prolactina en animales que no estén en gestación, aparece la lactación en unos cinco días.

Hormona tireotropa.—Ya desde los trabajos de Allén y Smith, realizados en 1915, se sabe que las funciones del tiroides están bajo la dependencia de la hipófisis. Recientemente, los trabajos de Aron, Janssen, Isser y Houssay, han demostrado que las funciones tiroideas están sometidas a la influencia de una hormona hipofisaria bien definida, diferente de las hormonas del crecimiento, gonadotropas y prolactina. La inyección de tiro-estimulina provoca en los animales a los que se administra durante cierto tiempo, unas alteraciones en el tiroides que, macroscópica y microscópicamente, son del todo similares a las que se observa en el mal de Basedow; aparte de estas alteraciones anatómicas, se desarrolla en el animal un exoftalmos, aumenta el metabolismo basal y el contenido de yodo de la sangre. En la clínica humana no es raro encontrar casos de acromegalia acompañados de un síndrome hipertiroideo, y por el contrario, se asocian frecuentemente la hipofunción tiroidea con un síndrome de adiposo-genital de Froehlich. Parece ser, según los trabajos de Shittenhelm y Eisler, que la inyección de grandes cantidades de tiro-estimulina hacen efecto nulo en los casos de hipotiroidismo bocioso. Se

tiende a creer con Smith y Allén que esta hormona tireotropa procede de las células basiófilas del lóbulo anterior de la hipófisis.

Lóbulo anterior y corteza suprarrenal.—La ablación de la adenohipófisis, al mismo tiempo que determina la detención del crecimiento, la hipofunción de las glándulas genitales y tiroideas, produce una atrofia de las cápsulas suprarrenales, especialmente de la zona cortical. El estudio de las alteraciones suprarrenales consecutivas a la administración de hormonas hipofisarias ha estado obstaculizada por la dificultad de obtener una hormona suprarrenotropa en estado puro, es decir, exenta de hormona tireotropa y gonadotropina. Anselmino, Hoffmann y Harold, recientemente han obtenido un extracto del lóbulo anterior de hipófisis exento de las hormonas comentadas anteriormente, el cual, administrado a ratones, provoca una hipertrofia considerable en la corteza suprarrenal de los mismos. Estos hallazgos experimentales coinciden con los datos de la clínica; en muchas ocasiones la astenia, hipotensión y pigmentación bronceada de la piel acompañan a la caquesia hipofisaria. Pero debemos a Cushing el mérito de haber demostrado que ciertos tumores de hipófisis anterior, evidenciales en muchas ocasiones solamente en el microscopio y caracterizados por la proliferación de elementos basiófilos, engendran un cuadro clínico similar al conocido desde hace tiempo como de hiperfunción cortico-suprarrenal, o sea, adiposidad predominante en cara y tronco, elevación permanente de la tensión arterial, hipertricosis acentuada, aspecto plétórico con eritrocitosis, amenorrea, hiperglucemia y glucosuria.

Lóbulo anterior y paratiroides.—Anselmino, Harold y Hoffmann han demostrado que la inyección de extractos del lóbulo anterior de la hipófisis, perseguido durante unos días, produce en la rata una hipertrofia de las glándulas paratiroides. Estas manifestaciones anatómicas van acompañadas de una modificación en el metabolismo calcáreo. En clínica, se ha observado en las afecciones de la adenohipófisis una perturbación del metabolismo óseo, consistente en una osteoporosis simple.

Lóbulo anterior y metabolismo de las grasas.—El hecho clínico de ir las afecciones de la hipófisis acompañadas de obesidad o de adelgazamiento, ha hecho pensar que la hipófisis tiene un importante papel en el metabolismo de las grasas. Anselmino y Hoffmann han logrado aislar no hace mucho, del lóbulo anterior de la hipófisis de buey, una sustancia distinta de las hormonas comentadas anteriormente, que aumenta la acetonemia fisiológica. La inyección a los animales de algunos de estos extractos se acompaña de una disminución de las grasas neutras de la sangre y de un aumento de los cuerpos cetónicos. Esta hormona tiene un papel en el metabolismo de las grasas similar al de la insulina en el de los hidratos de carbono. No parece claro que la caquesia hipofisaria, caracterizada por una delgadez extrema que se acompaña de lesiones atróficas o destructivas de la hipófisis, la produzca un aumento de la hormona acetoniante; más parece ser éste condicionado por lesiones de los centros diencefálicos. Andreu y Strieck han desarrollado por otra parte, en perros a los que habían lesionado el diencefalo, una obesidad. Parece ser,

según los datos de Rickel, que la opoterapia hipofisaria, especialmente la administración de la hormona que nos ocupa en este momento, da excelentes resultados en enfermos con anorexias rebeldes.

Lóbulo anterior y metabolismo de los hidratos de carbono.—Los clínicos han observado que las afecciones de hipófisis que cursan con hiperfunción, como ocurre con la acromegalia, presentan a menudo una glucemia en ayunas elevada, acompañada o no de glucosuria, una disminución de la reacción hiperglucémica al azúcar y a la adrenalina, una hiperglucemia posthiperglucémica intensa y prolongada después de la absorción de la glucosa, una hiposensibilidad a la insulina. Por el contrario, en los síndromes de hipopituitarismo se observa frecuentemente hipoglucemia en el ayuno, reacción hiperglucémica a la adrenalina y al azúcar, una hipersensibilidad a la insulina. El eminente fisiólogo argentino Houssay, con su discípulo Biasotti, ha demostrado el importante papel de la hipófisis en el metabolismo de los hidratos de carbono. En animales a los que les había hecho diabéticos por extirpación del páncreas, les extirpaba la hipófisis y observó que en unos desaparecía la diabetes y en otros mejoraban mucho los síntomas; si a estos animales que no tenían hipófisis ni páncreas, y que tenían indicios de glucosuria, les inyectaba extractos del lóbulo anterior de la hipófisis, la diabetes reaparecía nuevamente. Es muy probable que la hormona hipofisaria actúe por una transformación de las albúminas andógenas en glucosa; esta transformación se realiza de manera muy atenuada, en los animales hipofisectomizados. Se comprende ahora bien el por qué adelgazan muy poco y duran mucho tiempo en vida los animales sin páncreas, pero que a la vez se les haya extirpado la hipófisis.

Lóbulo anterior y metabolismo basal.—Desde hace mucho tiempo se sabe que el metabolismo basal está descendido en la hipofunción de la adenohipófisis; pero es lo más probable que ello sea dependiente de la falta en dichos casos de la hormona tireotropa, lo que produce una hipofunción de la glándula tiroides.

Lóbulo anterior y acción específico-dinámica.—El aumento de producción de calor que se produce después de la ingestión de una comida rica en albuminoides (poder específico-dinámico de las proteínas), según Kestner, Foster y Smith, se halla disminuído en los animales a los que se les extirpa el lóbulo anterior de hipófisis. Baumann y Hunt han demostrado que la tiroidectomía desciende a cero la acción específico-dinámica de las albúminas, lo que hace plantear el problema de la posible acción de la hipófisis en la acción específico-dinámica de los alimentos, es decir, es muy probable que su papel quede reducido al de la hormona tireotropa, y como consecuencia al del tiroides.

Lóbulo anterior y eritropoyesis.—Recientes observaciones clínicas y experimentales, debidas sobre todo a Moeling y Bates, permiten suponer que la adenohipófisis juega un importante papel en la regulación de la eritropoyesis. Es frecuente ver en los enfermos de adenoma basiófilo de Cushing una fuerte eritremia. Ciertas poliglobulias de origen cerebral se han considerado

como de causa hipofisaria (Gunter, Guillaín y Lechelle). Pero recientemente Thaddea ha probado experimentalmente que la acción eritropoyética de la hipófisis es debida a la hormona tireotropa del lóbulo anterior, ya que como es sabido, el tiroides tiene un importante papel de escitador de los órganos hematopoyéticos (Damble, Querol, Baena, Thaddea).

Lóbulo anterior y metabolismo del bromo.—Zondeck en estos últimos años ha publicado unos cuantos trabajos sobre el metabolismo del bromo en diversas afecciones orgánicas y funcionales, y atribuye (guiado por los resultados de sus investigaciones) al lóbulo anterior de la hipófisis el órgano regulador del mismo. Este problema se encuentra en vías de estudio y hasta ahora no se ha dicho la última palabra.

La fisiopatología del lóbulo posterior de la hipófisis no es tan bien conocida como la del anterior; se ignora aún en la actualidad si se le debe de considerar como órgano glandular o de lo contrario como órgano puramente nervioso. Los estudios experimentales realizados en estos últimos años, han sido de orden fisiológico y farmacológico.

Hasta ahora se ha considerado al lóbulo posterior de la hipófisis como centro de múltiples funciones. Se le atribuía una acción sobre la tensión arterial, otra sobre la diuresis, sobre las contracciones del útero, sobre el metabolismo de los azúcares, un poder galactagogo, un poder sobre el metabolismo de las grasas y un poder melanóforo activo. Ya hemos visto en los capítulos anteriores cómo la acción sobre el metabolismo de los hidrocarbonados, de las grasas y la acción sobre la lactación son dependientes del lóbulo anterior, lo cual no impide que las hormonas producidas en la adenohipófisis se difundan al posterior. La acción sobre los melanóforos es dependiente como contaremos posteriormente, de las tres partes de la hipófisis. Por fin, Sulzberger ha demostrado recientemente que la acción sobre el metabolismo del agua es dependiente del lóbulo medio. No queda, pues, más funciones atribuibles al lóbulo posterior, que la acción sobre la tensión sanguínea y la que actúa sobre la contracción del útero.

Lóbulo posterior y músculo uterino.—El extracto del lóbulo posterior de la hipófisis administrado a los animales y mujeres en el momento del parto, aumenta las contracciones de la matriz. Con este fin es aplicado por los tocólogos en ciertas ocasiones, por lo cual presta excelentes servicios terapéuticos. A esta hormona, para distinguirla de la otra, que actúa sobre la tensión arterial, se la ha dado el nombre de Pitocina u Oxitocina.

Lóbulo posterior y tensión arterial.—Los trabajos de Anselmino y de sus colaboradores, han puesto de manifiesto que los enfermos atacados de toxemia gravídica tienen en su sangre una sustancia que tiene la particularidad del extracto del lóbulo posterior de la hipófisis, es decir, el de aumentar la tensión arterial. Esta sustancia, llamada «pitresina» o «vasopresina», se la ha encontrado también en numerosos enfermos atacados de la enfermedad denominada hipertonia esencial, por lo que se ha pensado si la hipófisis jugaría importante papel en el desarrollo patogénico de esta afección. Cushing ha

insistido en los dos últimos años, en que muchos hipertensos de tipo idiopático tienen una masiva basofilia del lóbulo posterior de la hipófisis, y supone que esta basofilia indica una probable hiperactividad del lóbulo posterior y concluye si ello no sería la causa de la mayoría de los enfermos de hipertensión arterial esencial. Estos hallazgos son de extraordinario interés desde el punto de vista al avance del tratamiento de dicha afección, puesto que ya algunos autores han comunicado éxitos obtenidos en la enfermedad que nos ocupa, mediante la radioterapia de la hipófisis.

Fisiopatología del lóbulo intermedio.—Hasta 1932 no se sabía absolutamente nada de la fisiopatología del lóbulo intermedio de la hipófisis, y algunos anatómicos como Benda, la consideraban como una parte del lóbulo anterior. Zondek fué el primero que llamó la atención sobre el lóbulo intermedio, a la par que extraía del mismo una hormona a la que bautizó con el nombre de *Intermedina*, y cuyas principales propiedades que la atribuía eran las de una acción melanófera positiva exteriorizada con más intensidad en ciertos peces, sapos y ranas. Estos experimentos han sido reproducidos exactamente por otros investigadores, sobre todo por la escuela de Houssay. Sulzberger administró la intermedina de Zondek a enfermos atacados de diabetes insípida, y observó que esta sustancia poseía un poder antidiurético muy intenso y proporcional a la dosis inyectada. La intermedina no posee ninguna acción sobre la tensión arterial ni sobre la musculatura del útero.

Parece ser que la intermedina de Zondek sea la hormona oligúrica pura; su insuficiencia produciría la diabetes insípida, y su carencia ciertos casos hasta ahora misteriosos de retención acuosa tisular. Estos datos, desde luego, no quitan importancia al papel primordial que en la mayoría de los casos de diabetes insípida juegan los centros tuberianos, sino por el contrario, corrobora una vez más la sinergia funcional que existe entre la hipófisis y dichos centros.

Tales son los conocimientos que en la actualidad poseemos sobre la fisiopatología de la hipófisis; los trabajos de los investigadores y clínicos se encargarán de consolidarles, renovarles o modificarles, para poderles aplicar al diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

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

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

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

SPASMOSÉDINE

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



SEDATIVO
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.

MEDICINA INTERNA

PARTURIER y HUGONOT.—Sobre el tratamiento de la diabetes por la «galega oficialis», planta de la que se extrae un alcaloide llamado galegina.—«Presse Medicale», núm. 14. 16 Febrero, 1935.

Habiendo demostrado experimentalmente en el perro otros autores anteriormente, que la administración de este alcaloide provocaba una hipoglicemia, hecho que más tarde comprobaron otros investigadores en el hombre, ello indujo a Reinwein a tratar treinta y cinco diabéticos por este procedimiento. Y posteriormente se han realizado observaciones por diversos autores en el mismo sentido. Los que han realizado el trabajo que comentamos, han empleado extracto fluido de galega a dosis que han oscilado entre 50 y 200 gotas.

Y de sus observaciones deducen que la galega facilita la utilización de los glúcidos, y además facilita el metabolismo de los prótidos y de las grasas. Y lo atribuyen a un estímulo sobre el hígado.

Creer que la acción es análoga a la de la sintalina, y que por lo tanto, tiene sus indicaciones preferentes en las diabetes leves y en las diabetes de los viejos para poder aumentar la ración de hidratos de carbono.

PUSIK y STRUKOW.—Sobre la anatomía patológica de los núcleos o focos de Simon. «Zeitschrift für Tuberkulose». Enero, 1935.

El autor llega a las conclusiones siguientes:

Que los datos de la composición química de los focos de infección primaria y de reinfección en la tuberculosis pulmonar, son idénticos cualitativa, aunque no cuantitativamente. Sin embargo, los focos de reinfección presentan frente al foco primario o complejo primario una mayor cantidad de agua y una menor mineralización. Cuando ya los focos se han petrificado, tanto el primario como los focos de reinfección, la reacción principal química que se encuentra es la del fosfato cálcico, precipitado sobre las masas de los protoplasmas de los bacilos tuberculosos muertos en los tejidos.

El ácido carbónico y el ácido láctico en reacciones experimentales, se ha podido ver que ataca a las sales cálcicas tanto de los focos primarios como de los de reinfección, y formando sales cálcicas solubles desmineralizan los focos tuberculosos curados.

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

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

COMPOSICION: MALTA IRRADIADA con longitud de onda precisa - Extracto de hígados frescos de ternera - todo naciente (método BRAUDIN y COURTOT) - FOSFORO - CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado

VITAMINAS A y D, más elementos sales asimilables.

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAINO

HEPATORRADIL

SINGER.—**Sobre un método de experimentación animal para la demostración del principio de Castle en el jugo gástrico y su significación clínica.**—«Klinische Wochenschrift», núm. 6. 1935.

Castle demostró que con jugo gástrico normal en el cual se haya digerido carne, o lo que es lo mismo, con carne digerida en jugo gástrico normal, se obtenían los mismos efectos sobre la anemia perniciosa que con los preparados de hígado.

Y el mismo autor demostró que el jugo gástrico de los enfermos de anemia perniciosa, aun habiendo actuado sobre la carne, no determinaba los mismos efectos. Y otro tanto ocurría con el jugo gástrico de los enfermos aquilicos y de cloranemia. Por lo cual este autor pensó que en el jugo gástrico del individuo normal existía un factor que él llamó intrínseco, que actuando sobre la carne, factor extrínseco, daba lugar a la formación de un principio antianémico pernicioso.

El autor se ha valido para la demostración de este principio, de la llamada reacción reticulocítica de las ratas, y llega a las siguientes conclusiones:

Es posible obtener una prueba de la demostración del principio de Castle en el jugo gástrico por medio de experimentos en animales, pues mientras que el jugo gástrico normal por inyección en las grandes ratas de laboratorio, determina un gran aumento de reticulocitos; falta esta reacción cuando se inyecta jugo gástrico de enfermos con anemia perniciosa; y los jugos gástricos procedentes de enfermos de otras anemias que no sean anemias perniciosas, también al ser inyectados a las ratas de laboratorio provocan una clara y manifiesta reacción positiva de reticulocitos, pudiéndose por lo tanto afirmar hoy, que poseemos en esta reacción una prueba práctica y segura para el diagnóstico de las anemias perniciosas.

UNVERRICHT.—**Sobre la hipoglicemia espontánea como síntoma transitorio.**—«La Deutsche Medizinische Wochenschrift», núm. 6. 1935.

El autor resume su trabajo de la siguiente manera:

La hipoglicemia espontánea es un complejo sintomático referible a un aumento en la producción y eliminación de insulina por el aparato insular del páncreas. Unas veces enfermo y otras veces afectado funcionalmente por factores extrainsulares.

En algunos casos esta hipoglicemia espontánea ha precedido a una diabetes, por lo cual podía considerarse aparecida en una fase prediabética, oscilando el equilibrio del metabolismo hidrocarbonado cuándo en una dirección y cuándo en otra.

No obstante, alteraciones del hígado de distinta naturaleza, tales como lesiones parenquimatosas, colemias constitucionales y cirrosis iniciales, son responsables a veces de tales hipoglicemias espontáneas, aunque el autor no lo haya encontrado en sus enfermos.

FINLAND.—**Del uso del suero en el tratamiento de la pulmonía.**—«The Medical Clinic., of Nort-América».

Imposible de resumir trabajo de tan grandísima importancia; mencionaremos algunas de las ideas más importantes en la práctica:

Existen 32 grupos de pneumococos, de los cuales los grupos I, II y III son los ya conocidos; y del grupo IV se han aislado los restantes. No obstante los grupos que más frecuentemente originan pulmonías son el I, el II, III, V, VII y el VIII.

La mortalidad de la pulmonía es mayor en unos tipos que en otros.

El diagnóstico de la pulmonía exige fijar el tipo de pneumococo para recetar el tipo de suero correspondiente.

Solamente responden favorablemente a la inyección de suero, las pulmonías debidas a pneumococos de los tipos I, II y VII.

El suero para ser eficaz conviene que sea bisalente por lo menos y que contenga 3.500 unidades antitóxicas del tipo I y 2.000 unidades antitóxicas del tipo II y en su caso del tipo VII por centímetro cúbico.

Las dosis a inyectar deben de oscilar entre 5 y 45 centímetros cúbicos cada dos horas, en las primeras 8 horas. Después las mismas dosis cada 10 horas.

Los resultados son: Mejoría a las 8 o 12 horas de comenzado el tratamiento. Desaparición del delirio, toxemia, intranquilidad y postración. Caída de la temperatura desapareciendo casi la fiebre, o desaparece en otros casos totalmente. Preséntanse a veces sudores y astenia, como en la crisis espontánea de la enfermedad.

El suero está contraindicado en los enfermos que se encuentren in extremis.

Según el autor hoy representa el mejor tratamiento de esta enfermedad.

ROTHFELD.—Sobre la pleocitosis en el líquido cerebro-espinal, en el curso de los tumores cerebrales.—«Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde». Enero, 1935.

Habiendo estudiado el autor 39 casos de tumores cerebrales que presentaron pleocitosis, y de entre ellos, 29 con reacción positiva del oro coloidal y cuatro con curvas típicas de lues, halló las cifras anteriores entre un número de casos de tumores cerebrales que abarca la cifra de 141, de lo que se puede concluir que en 27 y medio por 100 de los casos de tumor cerebral, aparece pleocitosis en el líquido céfalo-raquídeo, estando ligada esta reacción citológica a la unión del tumor, con el sistema ventricular del cerebro y a la presentación de procesos inflamatorios en el propio tumor.

Pues cuando falta esta circunstancia se observa que no hay aumento de células y de líquido céfalo-raquídeo, apareciendo éste como normal o con síndrome de compresión. Y aun parece, que ni cuando el tumor se localiza en las meninges conduce necesariamente a la pleocitosis, si no se dan las circunstancias anteriormente mencionadas.

Por otra parte, en los estudios del autor aparece demostrado que la pleocitosis del líquido céfalo-raquídeo en los tumores cerebrales, es unas veces un proceso pasajero y otras un fenómeno constante.

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.

Didan una demostración de cualquier trabajo.

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

LILLY RAPOLT, de la clínica de Naegeli, de Zurich.—**Sobre la reacción de Takata en los enfermos de hígado.**—«La Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 7.

El autor ha investigado 348 casos sospechosos de lesión hepática por la reacción de Takata, modificada por Jezler, y llega como resultado de sus estudios a las conclusiones siguientes:

La cirrosis confirmada de hígado da en el 85 por 100 de los casos reacción de Takata positiva, y la cirrosis inicial solamente el 81 por 100.

El alcoholismo crónico sin cirrosis dió solamente una reacción positiva, y la ictericia y otras enfermedades hepáticas, dieron el 20 por 100 de reacciones positivas. El hígado cardiaco un 3 por 100. De donde se deduce que el principal valor de la reacción es únicamente distinguir entre una cirrosis y otras enfermedades del hígado.

WIMLINGER.—**El empleo de las grandes dosis de coramina en el tratamiento de la asfixia.**—«Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 2.

El autor publica con detalle el resultado obtenido con las grandes dosis de coramina en dos enfermos en punto de muerte por asfixia; y resume sus impresiones del siguiente modo: que en el primer caso tratado por él, extraordinariamente grave por parálisis largo tiempo duradera del centro respiratorio y cuando habían fracasado otros medicamentos que se reconocen como específicos, tales como la lobelina y la cetofantina, la eficacia de la coramina fué evidente y pudo salvarse la vida del paciente. Igualmente ocurrió en el segundo caso, intoxicado por el veronal.

Por ello considera a la coramina como un contraveneno en la intoxicación por narcóticos que paralizan el centro respiratorio.

STEINHAEUSER.—**Sobre el tratamiento causal del asma bronquial y enfermedades alérgicas semejantes.**—«Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 3.

El autor publica con este título el resultado de su experiencia en el tratamiento de estas enfermedades con el empleo del preparado «Parpat».

De su experiencia, el autor deduce los resultados siguientes:

Que el preparado «Parpat» se debe considerar como una medicación causal del asma bronquial y enfermedades alérgicas. Representa un progreso sobre los otros tratamientos hoy usados.

Los resultados curativos permanentes sólo se obtienen después de una cura continuada, pero ya desde las primeras inyecciones se aprecian los magníficos resultados obtenidos.

Para los mejores resultados se hará a la vez tratamiento sintomático de la enfermedad.

FRONKE y FINKELTCHER.—**La significación de la determinación cuantitativa de la porfirina media por la heminiscencia para la exploración funcional del hígado y de varias cuestiones referentes a la alimentación.**—«Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 5. 1935.

Las conclusiones a que llegan, son las siguientes: La determinación cuantitativa de la porfirina por la heminiscencia constituye un método extraordinariamente fino para la exploración funcional del hígado, pues las más pequeñas sobrecargas en la función hepática y el trabajo en mínimo grado excesivo pedido a la célula hepática, conducen a un aumento en la eliminación de la porfirina en la orina.

En el hombre normal influyen diferentes factores en el nivel de la porfirina en

la orina, influyendo de modo especial el trabajo realizado, constitución del individuo y alimentación. Por lo que en la valoración clínica de la alimentación de la porfirina, será preciso tener en cuenta otros factores.

Por el influjo que ejerce la alimentación, es posible por este método obtener conclusiones acerca de la alimentación conveniente a un determinado individuo, de acuerdo con su actividad y capacidad hepática.

MINOT.—Algunos aspectos del diagnóstico de la anemia perniciosa.—«The Medical Clin., of North-America». Enero, 1935.

El autor llega como resultados finales de su extensa experiencia a las conclusiones siguientes:

Es difícil decidir en muchas ocasiones sobre la naturaleza clínica de un cuadro hematológico del todo semejante al de una anemia perniciosa, y se deben tener presente todos los diagnósticos diferenciales en el momento de decidir el tratamiento. Estima el autor, que se pueden cometer errores con cuadros clínicos atípicos de esclerosis múltiple de enfermedades del corazón, de aleucecias, pero sobre todo con anemias macrocíticas, presentados con motivo de embarazo, aftas y enfermedad celiaca.

En caso de tales errores fracasa el tratamiento por preparados hepáticos y además se pierde la oportunidad de tratar tempranamente la enfermedad causal.

GUININGER.—La eficacia del suero antidiftérico.—«Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 4. 1935.

Muy discutido en estos últimos años este suero curativo, son muy interesantes las deducciones que se desprenden de la extensa estadística del autor, que son en la forma que relatamos:

De los 7.995 casos tratados, 937 fueron casos graves, y de éstos solamente 35, o sea el 0,43 por 100, terminaron por la muerte, pudiéndose afirmar que estos que murieron, casi todos comenzaron tarde el tratamiento.

De todo lo cual se deduce, que los ataques que se han dirigido contra la eficacia del suero antidiftérico son infundados, puesto que con números se demuestra su indudable y extraordinaria eficacia curativa.

Los casos tratados por transfusiones sanguíneas en la estadística del autor, permiten considerar a este método también como pleno de excelentes perspectivas.

LABORATORIOS

CLINICOS Y DE BACTERIOLOGIA

PRODUCTOS QUIMICOS Puros

INSTALACION COMPLETA

MOBILIARIO

Establecimientos **J O D R A**



Príncipe, n.º 5

MADRID

CRISTIAN.—**Una nueva enfermedad hallada en el Hospital Brigham.**—«The Medical Clinic., of North-America». Enero de 1935.

El cuadro clínico consiste en fiebre de varios meses de duración con resultado negativo de todas las exploraciones físicas y químico-biológicas, falta de sensación de enfermedad, y solamente se exterioriza la enfermedad por la fiebre continuada, inflamaciones en las serosas todas, más en unas que en otras, según los enfermos, incluso en las serosas sinoviales, y glomerulonefritis. La etiología y motivo de esta nueva enfermedad es totalmente desconocida. En dos casos que terminaron por la muerte, se encontraron en la autopsia extensas lesiones inflamatorias no específicas en la pleura, pericardio y peritoneo. Lesiones inflamatorias también menos manifiestas en las articulaciones y lesiones nefríticas mezcladas en zonas tróficas en los riñones.

Los gráficos térmicos que publica el autor recuerdan los de la fiebre de Malta, sobre todo en los meses en que los enfermos alcanzaron algunos pocos días de apirexia.

DUCKETT JONES.—**Sobre el tratamiento de la corea.**—«The Medical Clinics of North America». Enero, 1935.

El autor expone su opinión como resultado de un estudio de 482 pacientes que habían tenido corea, y resume sus impresiones acerca de los resultados obtenidos, del siguiente modo, después de haber empleado los diversos tratamientos recomendados para esta enfermedad:

En la actualidad no existe un tratamiento específico de la corea y cuando se presente unida a manifestaciones de reumatismo poliarticular agudo, la terapéutica debe ir dirigida principalmente contra esta fase de la enfermedad, y salvo enfermedad aguda o endocarditis, o fallo del corazón, el mejor tratamiento que se puede recomendar es el reposo en cama.

El empleo de la medicación sedativa dada algunas veces por el autor, fué de un valor limitado; y cree Duckett que no se debe emplear como un procedimiento rutinario y habitual. Sin embargo, en los casos graves en que el sujeto se agota por la cantidad enorme de movimientos que realiza, la administración de medicación sedativa es de gran importancia, así como el reposo emocional y psíquico en general.

Y estima que la terapéutica de choque proteínico y la provocación de fiebre, artificialmente, pueden ser medidas de valor de tipo heroico en determinadas circunstancias.

M. BAÑUELOS

A. RASCHEWSLESJA y S. GENKIN.—**Curso clínico y pronóstico del reumatismo poliarticular agudo.**—«Deutsches Archiv für Klinische Medizin».

Los autores, basándose en el estudio clínico y dinámico de 74 casos de reumatismos agudos, hacen una división de los mismos en dos tipos: uno de duración corta y sin volver a tener nuevos accesos una vez curados, y otro caracterizado por la marcha policíclica, es decir, la aparición de nuevos brotes. Para poder fijar un pronóstico del porvenir de un reumático en el sentido de si volverá a padecer nuevos accesos, no sirven ni la edad, sexo, profesión, forma de la curva de temperatura, ni el grado y duración de la leucocitosis, tiene más valor para predecir la carcha crónica, otitis supurada u otro cualquier foco infeccioso; cuando la vuelta a la normalidad de la aceleración de la velocidad de sedimentación se realiza muy lentamente y cuando queda una febrícula que tarda mucho tiempo en desaparecer.

E. ROMINGER y C. BOMSKOV.—Investigaciones sobre anemia hiperocrómica en enfermedades provocadas experimentalmente del tipo del sprue.—«Klinische Wochenschrift», núm. 5. 1935.

Desarrollaron en ratas alimentadas con leche de cabra un cuadro de enfermedad consistente en heces grasosas, anemia de tipo pernicioso, lipemia y alteraciones del sistema nervioso, cuadro que corresponde al sprue. Todos los síntomas fueron evitados y curados por la administración del complejo vitamínico B2 así como también con hígado o extracto del mismo; por ello deducen que la anemia fué producida por una alteración en la resorción intestinal de un factor necesario para la regeneración, motivado por la diarrea grasosa producida por la leche de cabra.

R. SINGER.—Terapéutica medicamentosa de la angina de pecho.—«Wien. klin. Wschr.», núm. 45, 1934.

Mientras la favorable actuación de la eufilina y teofilina sobre la angina de pecho es disminuída cuando se asocian una a otra, el phylliran (sal sódica del ácido dimetil xantincarbámico), aplicado en inyección endovenosa hace desaparecer instantáneamente el acceso, aun en los casos en que la nitroglicerina no produce ningún efecto, el phylliran disminuye mucho la intensidad del ataque. Este medicamento permite además diferenciar la estenosis coronaria orgánica de la espástica. Los autores consideran como principales indicaciones del mismo, la esclerosis de las coronaras, en la hipertensión, claudicación intermitente y asma bronquial.

SCHLIEPAKE.—Sobre ondas eléctricas cortas en Medicina.—«Deutsche Medizinische Wochenschrift», núm. 2. 1935.

El autor ha aplicado este nuevo tratamiento a diversas enfermedades y ha obtenido los siguientes resultados en 30 casos de abscesos pulmonares, neumonías y pleuroempiemas todos curaron frente a una mortalidad del 70 por 100 que había observado en el hasta ahora tratamiento conservador. Dos abscesos cerebrales, fueron completamente curados. Un paciente con glioma del cerebelo inoperable, fué extraordinariamente mejorado. Artritis fueron muy bien influidas por electropiresia. Enfermedades del hígado fueron en casi todos los casos mejoradas. En enfermos de tuberculosis aún no puede dar los resultados por tenerles en curso de tratamiento y termina aconsejando este tratamiento en la parálisis espinal infantil.

H. WENDT.—Contribución al conocimiento del metabolismo de la carotina y vitamina A.—«Klinische Wochenschrift», núm. 1, 1935.

Después de describir la técnica seguida para la dosificación de la carotina y vitamina A en el suero de los animales, comenta la cifra obtenida en diversas afecciones

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL

Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUMINAL. (En gráscas de 6 o 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO

Extracto OVARICO Intal. (TIPO)

del organismo humano. Después de largo tiempo de administrar una alimentación con carotina y vitamina A, asciende en el suero del hombre el valor de estas sustancias. La carotina y vitamina A, son almacenadas en distintos órganos del cuerpo humano. El autor ha comprobado en los conejos sobrealimentados con vitamina A, una hiperlipemia e hiperlipoidemia; en el perro no se presenta en las mismas circunstancias aumento de la grasa del suero; en el hombre los resultados son variados. En enfermedades con alteraciones en la absorción de las grasas, se encuentra muy disminuido el valor de carotina y vitamina A en el suero. En la enfermedad de Basedow fué hallado también un valor muy bajo de dichas sustancias; después del tratamiento del yodo o del operatorio, vuelve a aumentar el contenido de vitamina A. Después del tratamiento de hígado aumenta el contenido en vitamina A del suero de enfermos de anemia perniciosa; no sucede lo mismo con el tratamiento de campolon. Después del tratamiento con vogan (preparado rico en vitamina A), no mejoran los enfermos de anemia de Bierner. En enfermos con anemia perniciosa se hallan alteraciones en el contenido de carotina y vitamina A.

BAENA

DOCTOR H. WESKOTT.—**Afecciones espasmódicas y dolorosas, gastrointestinales, úlcus, cólicos hepáticos y nefríticos.**—«Münchner Med. Wochenschr.», año 80, núm. 49, págs. 1.941-1.942. 1933.

Los trabajos experimentales hasta la síntesis de la atropina (Syntropan), han demostrado que debido a su selectividad en las terminaciones nerviosas parasimpáticas, es posible escoger su acción y dirigirla. El Syntropan actúa sobre la musculatura lisa del tracto gastrointestinal de la vesícula biliar de la vejiga, y poco o nada sobre la secreción salivar y la acomodación. El autor ha tratado un sinnúmero de casos de esta naturaleza y después de un año de ensayos afirma que este nuevo espasmolítico tiene un gran valor terapéutico.

Las dosis a que puede administrarse, debido a la ausencia de estos efectos sobre la acomodación, salivación, etc., son muy grandes, permitiendo conseguir los efectos terapéuticos deseados, cosa imposible con los preparados de atropina.

En los casos de espasmos y dolores agudos, además del tratamiento dietético fisioterápico de medio a un comprimido de Syntropan. En el úlcus las dosis empleadas era de 0,01 a 0,02 gramos, tres a cuatro veces al día. Cólicos hepáticos y cólicos nefríticos muy violentos, inyección de un centímetro cúbico (0,01 gramo) y para prolongar su efecto, media hora después de la misma dosificación por vía rectal.

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Santander.

DERMATOLOGÍA, SIFILIOGRAFIA Y VENEREOLOGÍA

GUY LAROCHE, SAIDMAN et SERDARIS.—Las variaciones de la sensibilidad cutánea a los rayos ultravioletas en los enfermos endócrinos.—«Soc. de Biologie». 16 Febrero, 1935.

Sometiendo a la acción de los rayos ultravioleta durante tiempos diferentes, pequeñas superficies cutáneas, los autores determinan el umbral del eritema. He aquí los resultados de sus investigaciones: 12 diabéticos y un enfermo de cirrosis bronceada, se comportaron como hipersensibles.

De 35 basedowianos, 29 (82 por 100) fueron hipersensibles. No se pudo en ellos establecer paralelismo entre la cifra del metabolismo basal y la hipersensibilidad cutánea. Incluso en enfermos a los que consideraban curados y con M. B. normal, el umbral eritema era bajo.

Hiposensibles se mostraron por el contrario cuatro mixedematosos.

Los bocios simples se comportaron como hiposensibles en el 54,5 por 100 de los casos, hipersensibles en el 36,4 por 100 y normales en el 9,1 por 100 de los casos.

Frecuentemente notaron, en especial en los disturbios de origen ovárico, una alteración de la sensibilidad cutánea a los rayos ultravioleta.

Posiblemente las cifras normales corresponden a la compensación de una hipersensibilidad ligada a un factor por una hiposensibilidad a su vez dependiente de un otro factor, consecuencia de antagonismos neuroglandulares.

SIGMUND S. GREENBAUM AND BERNARD I. ALPERS (Philadelphia).—**Úlcera trófica post-encefálica.**—«Arch. of Dermatolog and Syphilology», vol. 30, núm. 6. Diciembre, 1934.

Hasta la fecha, la literatura americana no registró los trastornos tróficos de tipo ulceroso desarrollados consecutivamente a las alteraciones del sistema nervioso central o de los nervios periféricos en la encefalitis epidémica.

En la literatura alemana y suiza figuran los primeros casos; los autores han encontrado justificada la presentación de este enfermo, por las dificultades diagnósticas y de tratamiento.

Se trataba de un hombre de 40 años, quien durante cuatro años recorrió diversas clínicas por una úlcera de la mejilla derecha que destruía el ala de la nariz y la parte correspondiente del labio superior. En numerosas ocasiones la serología se mostró negativa, los tratamientos específicos (Bi) fracasaron. La biopsia excluía toda degeneración maligna, las aplicaciones de radium y las sesiones de electrocoagulación no dieron el resultado apetecido.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

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

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

Lo más saliente de su historia, era el haber padecido en 1918 una encefalitis epidémica, pero transcurrieron 11 años entre esto y la aparición de su úlcera. El examen neurológico del paciente mostró la existencia de un parkinsonismo post-encefálico y las alteraciones de la sensibilidad a nivel de la úlcera (anestesia) probaban el carácter trófico de la lesión.

La primera medida fué la supresión de todo traumatismo reduciendo al mínimo las maniobras terapéuticas, haciendo ligeros toques con una solución de tirocresol al 1/10.000; dos semanas más tarde la ulceración presentaba tendencia a reducirse. Como la evolución se estacionara, se le hicieron pequeñas dosis de roentgenterapia (25 por 100) a intervalos semanales durante cuatro semanas, sin que aparentemente dieran gran resultado. La continuación del tratamiento con el tiocresol completa la cicatrización de la úlcera.

Se admite generalmente que las úlceras tróficas son resultado de dos factores concurrentes: a) traumatismo, generalmente presión y roce, y b) cambios degenerativos en las fibrillas sensitivas y tróficas de los nervios afectados. Indudablemente esto es lo más importante.

En las obras habituales sobre las enfermedades de la piel no se menciona la posibilidad de que la encefalitis epidémica sea uno de los factores etiológicos de las úlceras tróficas.

Es curiosa, así lo hacen constar los autores, la localización idéntica en los casos publicados hasta la fecha.

LERICHE.—Primeros síntomas y tratamiento de la arteritis.—«Soc. de Med. du Bas-Rhin». 26 Febrero, 1935.

Muy frecuentemente, a nuestras consultas dermatológicas acuden enfermos, arteríticos incipientes, cuya sintomatología es referida por ellos a disturbios circulatorios de origen venoso y los que no exhiben varices perceptibles, piensan en unas «varices profundas», explicación que les satisface sobremanera. Algunos de estos sujetos presentan alteraciones tróficas ostensibles de la piel o de los anexos cutáneos.

El diagnóstico oportuno de una artritis es interesantísimo para el porvenir del enfermo. Su desconocimiento puede inducir incluso a terapéuticas nefastas y así nosotros conocemos y tenemos historiado a un enfermo que fué sometido a una cura esclerosante de unas modestas venas maleolares, ante los primeros síntomas de una tromboangeítis obliterante que indudablemente precipitó agravándola.

Todo esto justifica el que hoy analicemos la interesante aportación del profesor Leriche.

En su opinión las arteritis son muy frecuentes. Su casuística sobrepasa el número de 400; de ellas, 350 en su clínica de Strasbourg, desde 1924.

Arteritis no quiere decir gangrena. Por esa confusión, durante años los arteríticos tienen sus arterias obstruidas sin síntomas analizables por ellos.

Precozmente puede descubrirse la alteración, cuando se estudia con el oscilómetro el pulso de los adultos que se quejan de dolorimiento de la bóveda plantar, de calambres cuando están sentados, cuya piel cambia de coloración por los cambios de temperatura; que presentan uña incarnada; fisuras cutáneas dolorosas en el talón. Más tarde, de ordinario, aparece la claudicación.

En los tromboangeíticos, esta sintomatología dura años en ocasiones, antes de que la enfermedad sea reconocida.

El autor, bien conocidas son sus ideas y trabajos, las trata por la suprarreno-

tomía o la simpatectomía lumbar. Menciona dos casos en los que los síntomas fueron suprimidos hace varios años.

Más de prisa evolucionan estos accidentes en la arteritis senil. Leriche aboga por una simpatectomía periarterial precoz cuando la arteria es permeable por la arteriectomía cuando está obliterada. Y esto debe juzgarse por la arteriografía. Varios casos, curados durante años, le apoyan.

DONALD I. WILSON M. D. (Omaha).—**Dermatomicosis y el ejército.**—(Arch. of Dermat. and Syphilology), vol. 30, núm. 6, pág. 841. Diciembre 1934.

La tiña (epidermoficias) de los pies es una enfermedad común; su frecuencia varía desde cero en los niños pequeños hasta cerca de 100 por 100 en los colegiales atletas.

El estudio actual fué hecho sobre los candidatos del Citizen's Military Trainig Camps de Fort Crook. Examinando los pies de los 123 reclutas alistados, 19,5 por 100 presentaban lesiones de tipo eczemático y un 18,7 por 100 tenían fisuras.

De los 464 candidatos del mencionado centro instructor, sólo un 3,45 por 100 estaban clínicamente normales. En 185 existían lesiones eczematosas agudas con o sin fisuras. Una de las compañías presentaba algo más de la mitad de lesiones eczematosas.

Se notó relación entre la extensión de la enfermedad y los cuidados higiénicos. El polvo, la transpiración y el desaseo se incriminaron. Cuando fueron hechos responsables los cabos hubieron de hacer la inspección diaria y se impuso la práctica de baños locales cotidianos, disminuyó la enfermería.

Si la limpieza no cura la epidermomicosis de los pies, por lo menos previene esta infección tan frecuente.

CANTILLO.—**La alopecia habitual del hombre adulto: defecto de equilibrio hipofisario-genital.**—(La Presse Médicale), núm. 75, pág. 1.465. 19 Septiembre, 1934.

Para el autor no es dudoso el origen endócrino de la mayor parte de las alopecias habituales del adulto.

Un desequilibrio en el que lo genital predomina sobre lo hipofisario, sería la causa y en un cierto número de sujetos a los que trató por extracto de lóbulo anterior de la hipófisis, determinó la cesación de la seborrea, un cambio de consistencia de los cabellos y un rebrote franco al cabo de seis meses.

W. NYRA.—**El virus sífilítico: sus variaciones morfológicas, su multiplicación y su acción patógena.**—(Ann. de l'Institut Pasteur), tomo 53, núm. 3, pág. 243. Septiembre, 1934.

Estudiando los sífilomas primarios en vías de formación y en período de reabsorción, Nyka ha visto que al treponema puede afectar una forma filamentosa en los núcleos de los fibroblastos y de las espermatogonias y también en el interior de las células linfáticas. En los ganglios del conejo ha precisado formaciones morfológicamente bien definidas, que no son evidentes en los ganglios normales.

Nyka en sus experiencias «in vitro», ha observado que los treponemas son capaces de penetrar en las células, perdiendo allí su forma espirilar, tomando la filamentosa.

Todas las formas de transición permiten reconocer las fases de esta metamorfosis. La transmisión de la sífilis se verifica por el treponema, el cual desaparece una

vez realizada la infección del nuevo huésped. La forma filamentosa constituye la forma de estado del virus sífilítico; a ella hay que atribuir la patología característica de la sífilis.

Las propiedades biológicas del parásito no cambian. La forma filamentosa es susceptible de realizar igualmente la infección. Bajo la forma espiroquética el parásito puede penetrar y pulular en el interior de las células. Entonces se transforma en filamento y puede dividirse transversalmente. Los nuevos filamentos pueden dar origen a espirochetes. La multiplicación del parásito no es compatible con la vida de las células. Todas las células no presentan la misma sensibilidad frente al virus sífilítico; las células hepáticas y los fibroblastos son poco sensibles; las células linfáticas y nerviosas son muy sensibles.

Va ilustrado el trabajo con numerosas figuras y el autor dice que la forma filamentosa a causa de su débil colorabilidad, no había sido observada hasta ahora la forma filamentosa del virus sífilítico.

A. SEZARY et I. TERRASSE.—**La reacción de Wassermann en el líquido cefalo-raquídeo de los enfermos de tumores del neuro-eje.**—«Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie», tomo VI, núm. 1. Enero, 1935.

La reacción de Wassermann puede ser una causa de error—como todos los métodos de diagnóstico biológico—si no se interpreta relacionándole con los hechos clínicos.

No solamente no indica de modo infalible la naturaleza sífilítica de la enfermedad que hay que tratar (puesto que el enfermo puede ser sífilítico y no su afección), sino que alguna vez puede ser positiva en sujetos ciertamente indemnes de sífilis.

Por esto, el estudio de las reacciones de Wassermann positivas en el líquido cefalo-raquídeo de los enfermos de tumores del neuro-eje es muy interesante, tanto desde el punto de vista práctico, como desde el lado biológico.

Los autores hacen una revisión de los casos—bastante numerosos—publicados hasta la fecha, deduciendo que dado que en la mayor parte de los casos, los exámenes biológicos fueron hechos con todas las garantías exigibles, con técnicas diferentes, empleando diversos antígenos, etc., la reacción fué fuertemente positiva y es un hecho incontestable la coincidencia con tumores cerebrales o medulares. Es de notar que en la mayor parte de los casos el examen clínico, la anamnesis, los datos operatorios o necrópsicos minuciosamente analizados, permiten excluir la sífilis adquirida o hereditaria. En el caso de Clovis Vincent, el líquido ventricular daba serología positiva, mientras que el líquido espinal era absolutamente normal. En el de Barbier y Mme. Clavel—un tumor de la cola de caballo—la reacción era negativa por encima del tumor, positiva por debajo.

De 32 casos, en 25 se puede excluir la sífilis. Pese a la estadística de Moersch, quien pretende no haber encontrado Wassermann positivo sin manifestaciones sífilíticas en 851 casos estudiados, los autores creen que la presencia del tumor basta para provocar la anomalía biológica. Y se preguntan si incluso en los sujetos sífilíticos la positividad de la reacción dependerá del tumor y no de la sífilis.

Sin embargo hay que hacer constar que no es muy frecuente la reacción de Wassermann positivo en los tumores del neuro-eje. A. Vincent da siete casos en 40 tumores cerebrales estudiados.

Dado que en la mayor parte de las observaciones publicadas no se hizo un estudio comparativo del Wassermann con las otras modificaciones del líquido cefalo-

raquídeo, los autores al hacerlo han visto que existe cierta relación entre la reacción de Wassermann positiva y la hiperalbuminosis (en 11 casos de los 12 estudiados). La localización del tumor no parece influir nada. Sin embargo, los tumores que bloquean los espacios subaracnoideos (dando lugar al síndrome de Frouin) parecen propicias a originar la anomalía.

Como esto puede ser una causa de error de bulto en la práctica neurológica, importa conocerlo. La reacción, hecho bien sabido, no es de especificidad absoluta y esto se aplica a las de Lange, de Emmanuel, de Sachs-Georgi, de Takata Ara o del benjui.

LE GOFF.—Radioterapia de las artritis gonocócicas.—(Soc. Franç. d'electrotherapie et de Radiologie). 22 Febrero, 1935.

El autor expone que no puede hablarse de acción meramente local de los rayos X sobre las artritis.

Este es un aspecto particular de su influencia sobre los gonococos.

La acción de los rayos X sobre las enfermedades infecciosas, parece obedecer a leyes generales.

Cuanto más precoz sea el tratamiento, mejores serán los resultados. El autor hace notar los buenos resultados que proporcionan dosis extraordinariamente débiles. Las dosis fuertes deben proibirse.

LEDO

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS DE PEGGOSAS 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

TUBERCULOSIS

F. RABBONI.—**La neurolisis intercostal en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.**—«Pres. Med.», núm. 6. Enero, 1935.

El autor expone cómo con el método de Leotta entra en la práctica la terapéutica de la tuberculosis pulmonar por inmovilidad de la pared torácica. Consiste este método en la alcoholización de los nervios intercostales, intervención que practicada primeramente en un solo lado, la practica hoy bilateral, consiguiendo evitar de esta manera el desplazamiento del mediastino y siendo el reposo funcional simétrico, el efecto terapéutico es mayor.

Pasa a describir la técnica, insistiendo en el hecho de que el alcohol de 95° ha de ser depositado precisamente en el triángulo costo-pleural, precedido de la inyección de novocaina al 4 por 100.

Con este método se consigue la limitación al mínimo de los movimientos de la caja torácica. Esta inmovilidad debe ser sostenida durante dos años por lo menos, de tal manera que a los tres o cuatro meses de la alcoholización, es preciso rehacer la intervención para mantener la inmovilidad y repitiéndolo cuantas veces sea preciso hasta la curación del proceso, pero nunca menos de dos años. Aconseja no combinarlo con los demás métodos colapsoterápicos.

Describe los resultados clínicos favorables y pasa a estudiar las indicaciones, que divide en: necesidad, de urgencia y de elección.

Las indicaciones de necesidad, son aquellas en que el neumotórax es imposible por adherencias pleurales, así como en las lesiones fibroesclerosas. Las indicaciones de urgencia consisten en las hemoptisis rebeldes y abundantes, en las que cita éxitos mayores que con los tratamientos corrientes. Por último, la indicación de elección, la establece en los casos iniciales de escasa importancia y en los que no se cree necesario instituir un neumotórax.

Indica que el éxito será mayor si se asocia el tratamiento sanatorial. La única contraindicación en una escasa capacidad vital, no debiendo practicarse cuando ésta está por debajo de 800 a 1.000 centímetros cúbicos, según edad y sexo.

A. RAVINA.—**Algunas tentativas terapéuticas en las hemoptisis.**—«Presse Medicale», núm. 7. Enero, 1935.

El autor en un *Mouvement Mediale*, expone el estado actual de la cuestión. Comienza exponiendo el concepto de que la variedad de medicamentos utilizados en las hemoptisis, es demostración de la escasa eficacia de cada uno de ellos. Repasa el uso del opio, los medicamentos vaso-constrictores o hipotensores, el neumotórax hemostático, los coagulantes, etc., y menciona los nuevos procederes terapéuticos, como son las inyecciones subcutáneas de oxígeno, las inyecciones intratraqueales de adrenalina y el empleo del rojo Congo por vía intravenosa.

Comienza estudiando la acción de las inyecciones subcutáneas de oxígeno y cómo la producción fortuita de un enfisema subcutáneo en la tentativa de un neumotórax

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

hemostático, cortó una hemoptisis persistente. La técnica consiste en inyectar una cantidad suficiente de oxígeno hajo la piel del tórax. Recientemente Díez y González Rubio han usado el aire en lugar del oxígeno, sirviéndose del aparato de neumotórax.

Los autores italianos preconizan el uso de las inyecciones intratraqueales de medicamentos hemostáticos. Ascoli y Vaccarezza han usado este procedimiento. Anestesian velo del paladar y faringe por pulverización con percaína al 5/1.000 e instilan en la parte media de la base de la lengua, la solución medicamentosa que se dirige hacia laringe y árbol bronquial. Suelen usar coaguleno y adrenalina.

Morlock y Pichin usan el rojo Congo por vía intravenosa. Inyectan 10 centímetros cúbicos de una solución al 1 por 100, que provoca un escalofrío sin importancia.

Termina el autor diciendo, que aunque es aun reciente el uso de estos procedimientos, los resultados obtenidos deben animar y ser señalados.

PERRIN Y D'ARBOIS DE JUBAINVILLE.—La presión arterial media en la tuberculosis pulmonar.—«Revue de la tuberculose», núm. 10. 1934.

Los autores, en la tuberculosis pulmonar crónica, han observado muy frecuentemente el descenso acentuado de la máxima y el mantenimiento de la presión media en su cifra normal. Interpretan este hecho como prueba de resistencia del organismo. El descenso de la máxima, traduce el debilitamiento del esfuerzo cardíaco, mientras que el sostenimiento de la media nos indica una circulación periférica suficiente, tendiendo a sufrir un aumento en las formas fibrosas.

El estudio aislado de la presión media en la tuberculosis pulmonar, tiene muy escaso valor pronóstico. Es un estudio detenido de las tres presiones y repitiendo el estudio en varios momentos, lo que puede orientar en el concepto de la capacidad funcional de un sistema cardio-vascular.

F. TRIBOULET y J. LECOEUR.—Consideraciones sobre las hernias del mediastino y particularmente de su patogenia.—«Pres. Med.», núm. 8, 1935.

Los autores hacen consideraciones sobre las hernias del mediastino, y de manera especial sobre el mecanismo de producción que no consideran suficientemente aclarado.

Distinguen primeramente, el desplazamiento de todo el fondo de saco pleural, y además el desplazamiento de este mismo fondo de saco en una zona circunscrita. A este último tipo es a lo que llaman propiamente hernia del mediastino.

Exponen cómo la hernia mediastínica es motivada por un desequilibrio de las presiones intratorácicas, derecha e izquierda, y diferencian las hernias de distensión expiratoria y las de distensión inspiratoria.

Las primeras se producen por el desequilibrio intratorácico del lado del neumotórax, ya que en ese momento la presión endopleural es más intensa originando una sobrepresión. En el segundo tipo se producen las hernias en el momento en que la presión endopleural es menor, originándose las hernias por aspiración, siendo pues una verdadera tracción aspirativa que ejerce el pulmón opuesto al neumotórax, y como se comprende, esto puede también producirse sin neumotórax. En estos casos de hernia por aspiración, existirá a la vez una desviación del mediastino por el mismo mecanismo.

Acompañan al trabajo la exposición de dos casos de hernia por aspiración, ilustrados con radiografías en inspiración y expiración, así como los ortodiagramas demostrativos, correspondientes a cada radiografía.

BIBLIOGRAFIA

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

Han aparecido los dos primeros tomos de los tres que han de constituir esta obra médica española. Nos sirve de gran placer el calificarla como excelente y encomiarla en grado superlativo, basados en la agradable y provechosa lectura de la misma.

Los autores, todos profesores de nuestras Universidades, han conseguido exponer con lenguaje claro y conciso, y con base científica, los problemas de la Medicina actual, haciendo un juicio crítico certero de los que se encuentran en evolución, y acoplado todos a las características de nuestra raza y nación.

Ni en calidad científica, ni en presentación editorial, envidia esta obra destinada al médico práctico y estudiantes, a sus similares aparecidas en otros idiomas.

Recomendamos pues con entusiasmo y sinceridad esta obra, no solamente a los estudiantes de clínica médica, para los que creemos constituye el libro imprescindible, sino también al médico práctico, tanto al general como al especialista, puesto que en pocas páginas encontrará sintetizado y puesto al día, el problema médico que les preocupa.

El tomo I está dividido en cuatro capítulos; el primero, escrito por el doctor Bañuelos, trata de las enfermedades infecciosas parasitarias y las producidas por hongos, no solamente las existentes en nuestra Península, sino también las desarrolladas en los países tropicales de sumo interés, ya que en su mayoría se presentan en los países americanos de lengua española, donde a buen seguro se ha de extender la difusión de esta obra. Caracteriza la descripción de este capítulo, el carácter eminentemente clínico que el autor se ha preocupado en presentarle, pues aunque todas las enfermedades son estudiadas en sus datos históricos, etiología, patogenia, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, son los capítulos de etiología, cuadro clínico y terapéutica, los que absorben la mayor atención del autor exponiendo en cada caso sus observaciones recogidas en la ya dilatada experiencia clínica. Si a ello unimos la magistral exposición del doctor Bañuelos, se comprenderá la validez de este capítulo.

El doctor Andreu, en unas 100 páginas, expone las enfermedades del metabolismo, tan bien y de manera tan clara, que a buen seguro los lectores de este capítulo verán lo fácil y matemático que es el tratamiento científico de estas afecciones tan deficientemente tratadas por la mayoría de los médicos prácticos en la actualidad, a causa quizá de lo complicado que para los no iniciados en la química biológica se presenta la lectura de las obras, por otra parte monográficas y extensas en su mayoría. Andreu tiene el mérito de haber concentrado sus extensos conocimientos en lo eminentemente práctico. Estudia con más extensión la diabetes, obesidad y gota, y no deja de dedicar un espacio aunque sea somero a los hechos de adquisición reciente, como por ejemplo las hipoglucemias espontáneas y enfermedad de Gierkey. En oposición a la obesidad dedica un capítulo del todo interesante al estudio de las diversas clases de delgadez. El capítulo de las avitaminosis, aunque somero, no tiene ningún desperdicio, pone al día nuestros conocimientos sobre estas materias.

En otras 90 páginas describe las enfermedades del riñón, siguiendo la clasificación y terminología alemana. Con certero juicio crítico, expone los métodos de explo-

ración renal más útiles y prácticos, dedica la mayor extensión a las nefritis, nefrosis, esclerosis renales y uremias, descritos todos de una forma muy clínica.

Las enfermedades de la sangre están escritas por el doctor Querol en unas 100 páginas, tras unas nociones someras de los caracteres generales de la sangre, describe las anemias y poliglobulias, leucemias y agranulocitosis, diátesis hemorrágicas, tumores de los órganos formadores de los elementos sanguíneos, las diversas afecciones inflamatorias de los ganglios linfáticos para terminar con las afecciones del bazo. Caracteriza a este capítulo la descripción hecha de una manera concisa y seria, juicio exacto en el planteamiento de la situación en que se encuentran muchos problemas de hematología aún no resueltos, y una aportación de casos originales escrupulosamente escogidos. Si quisiéramos sintetizar en pocas palabras la crítica de estas 100 páginas, diríamos que su contenido es todo grano.

Tomo II, compuesto por 1.060 páginas, le inicia el estudio de las enfermedades del sistema nervioso, por el doctor Rodrigo Sabalette. Sobresale de este capítulo, los excelentes esquemas de los centros y vías nerviosas, que junto a la clara y rápida descripción de la fisiopatología de los mismos, hacen que el lector comprenda sin esfuerzo y exactamente la patogenia y cuadro clínico de las diversas afecciones de este sistema.

El capítulo de las enfermedades mentales es obra del doctor Villacián. Condiamentan la lectura de estas 200 páginas, una extrema preocupación de describir cuadros clínicos tal como el autor los ha visto en la realidad, una seriedad óptima en la crítica, un deseo grande por la exposición de los hechos de utilidad práctica, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento; todo esto, unido al extraordinario número de casos originales que expone, nos hace afirmar sin creer que exageramos, que este capítulo ha de ser continuamente leído con gran provecho, no sólo por el médico general, sino también por el especialista en Psiquiatría.

Con el título de clínica del sistema nervioso de la vida vegetativa, el doctor Bañuelos expone en 12 páginas un resumen de su obra de la colección Marañón.

A las afecciones del aparato circulatoria las dedica el doctor Monterde unas 260 páginas con riqueza de material original y estudio electrocardio gráfico detallado. Consideramos la lectura de este capítulo, de interés para el especialista.

El doctor Casas, con estilo claro, ameno y elegante, describe el capítulo de las enfermedades alérgicas, capítulo de extraordinario interés y que solamente en las obras del todo nuevas, se le dedica la atención que merece. El lector encontrará con todo detalle en las 50 páginas escritas por el doctor Casas, cuanto le interese

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 Egabio

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

respecto al conjunto de alergia, etiología, diagnóstico y tratamiento de los estados alérgicos, así como también la clínica especial de los procesos alérgicos más frecuentes.

Las enfermedades de las glándulas de secreción interna, son tratadas en 90 páginas por el doctor Andreu con las características propias de él, comentadas anteriormente.

Cierra este tomo las 200 páginas escritas por el doctor P. Pons, sobre las enfermedades de los huesos, articulaciones y músculos, soberbiamente escritas, con gran originalidad y claridad en la exposición. Si algún reparo se puede hacer a este capítulo, es el de haberle dado excesiva extensión para el manual que ha sido hecho.

V. BAENA



LIBROS RECIBIDOS

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

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.

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

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

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

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

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

NOTICIAS

INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD

SECCIÓN DE ESTUDIOS SANITARIOS

Curso especial de Higiene Profesional y del Trabajo

1.º de Abril - 15 de Mayo

Convocado por la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad, este curso será completado por otro breve de Traumatología y accidentes del trabajo, que se dará en la Clínica del Trabajo bajo la dirección del doctor Oller.

Al curso podrán asistir médicos rurales y médicos encargados de fábricas o talleres—a los que se dará preferencia—, completándose la matrícula con médicos de otros sectores de la profesión. El número de alumnos será de treinta como máximo, pudiendo inscribirse independientemente en un curso o en ambos. Al final se entregará a los alumnos un certificado de asistencia.

Los solicitantes podrán dirigir sus instancias—acompañadas de los documentos y méritos de cada uno—al Director del Instituto Nacional de Sanidad y entregarlas en calle de Recoletos 19, Madrid, hasta el día 10 de Marzo inclusive. Después de esta fecha se procederá a la selección de los alumnos y se publicará la lista de los admitidos, quienes podrán hacer efectivas sus matrículas hasta el 25 de Marzo.

El precio de la matrícula es de **setenta y cinco pesetas** para cada curso.

PROGRAMA

Curso A

I. GENERALIDADES

(Para ambos cursos)

Doctor Oller.—Medicina del trabajo.—Historia y concepto.—Accidentes del trabajo y enfermedad profesional.—Enfermedad del trabajo.—Legislación española y extranjera.—Incapacidades e indemnizaciones.—El estado anterior.—La enfermedad.—Accidente.—La simulación.

II. PSICOTECNIA

Instituto Nacional de Psicotecnia.—Dos lecciones, cuyos temas y profesores se anunciarán oportunamente.

Doctor de Andrés Bueno.—Prevención de accidentes.

Doctor Blas Cabrera.—Fatiga.

III. HIGIENE Y PATOLOGIA MEDICA DEL TRABAJO

Doctor Sánchez Arcas.—Ambiente de trabajo.—Ventilación.—Temperatura, etc.
Señor Carvajal.—Iluminación.

Doctor Oller.—Fisiopatología de la intoxicación profesional.

Doctor Torre Blanco.—Trabajo de mujeres y niños.—Seguro de maternidad.

Doctor Sierra (La Marañosa).—Polvo, gases y humos.—La higiene de estas industrias.—Protección individual.—Mascarillas y lentes.

Doctor García Triviño.—Neumoconiosis.

Doctor Jesús de Lartitegui: Silicosis y Antracosi.

Doctor Bilbao.—Gases y vapores tóxicos.—Oxido de carbonò.—Industrias peligrosas.—Higiene.—Gases nitrosos.—Vapores sulfurosos.—Hidrógeno sulfurado.—Amoníaco.—Otros intoxicaciones industriales de origen gaseoso.—Higiene.—Hidrocarburos. Benceno y análogos.—Xifol y Tolvol.—Industrias peligrosas.—Higiene.—Sulfuro de carbono.—Industrias peligrosas.—Higiene—Otros tóxicos industriales.

Doctor Sánchez Martín.—Intoxicaciones profesionales producidas por metales y metaloides.—Saturnismo.—Industrias peligrosas.—Cuadro clínico.

Doctor Bilbao.—Alteraciones hemáticas del saturnismo.—Valor de las mismas.

Doctor Sánchez Martín.—Diagnósticos del saturnismo.—Higiene de las industrias. Higiene individual.—Tratamiento.—Hidrargirismo.—Industrias o trabajos peligrosos.—El hidrargirismo en Almadén.—Higiene.

Doctor Hernández Pacheco.—Enfermedades profesionales de origen infeccioso y parasitario.—Aquilostomiasis.

Doctor Luengo.—Paludismo, etc.

Doctor Bilbao.—Carbuncosis.—Carbunco agrícola y carbunco industrial.—Tétanos.

Doctor Torres Gost.—Tuberculosis profesional.—El contagio industrial.

Doctor Oller.—Enfermedades profesionales producidas por los trabajos a presión. Campanas neumáticas; martillos neumáticos.

Doctor Alvarez Cascos.—Dermatosis profesionales.—Cáncer profesional.—Industrias cancerígenas.—Sífilis profesional.—Enfermedades producidas por los rayos X.—Otras radiaciones peligrosas.

Curso B

TRAUMATOLOGIA Y ACCIDENTES DEL TRABAJO

Doctor Oller.—Generalidades.—Importancia de la primera cura.—Organización de un puesto de socorro.—Quemaduras.—Shock.—Cauterizaciones.—Congelaciones.

Director del Centro Electrotécnico.—Accidentes eléctricos.

Doctor Oller.—Fracturas en general.—Diagnóstico.—Radiografía.—Tratamiento.—Extensión continua.—Intervención quirúrgica.

Doctor L. de la Garma.—Amputaciones.—Prótesis.

Doctor Oller.—Informes y peritaje médico-legal en traumatología del trabajo.—Cráneo.—Heridas de las partes blandas.—Scalp.—Conmoción cerebral.—Contusión cerebral.—Compresión cerebral.—Fracturas del cráneo.

Doctor Escardó.—Consecuencias tardías de los traumatismos craneales.—Epilepsis.—Síndrome conmocional.—Neurosis de renta.—Histerismo.

Doctor López de la Garma.—Cara.—Heridas de las partes blandas.—Fracturas de los huesos de la cara.—Fracturas del maxilar inferior.—Lesiones dentarias.

Doctor Rivas Cherif.—Accidentes del trabajo en el aparato visual.—Su importancia.—Formas de prevenirlos.—Normas para su tratamiento.

Doctor A. de Mendoza.—Lesiones del aparato auditivo.—Su importancia en accidentes del trabajo.

Doctor Bordona.—Columna vertebral.—Contusiones.—Lumbago.—Malformaciones congénitas.—Radiculitis.—Funiculitis.—Enfermedad de Kummel.—Camtocornio.—Contusión y compresión medular.—Fracturas y luxaciones del raquí.

Doctor López de la Garma.—Tórax.—Contusiones.—Heridas.—Fracturas de esternón.—Fracturas de las costillas.—Pulmonía traumática.

Doctor Casanova.—Abdomen.—Contusiones.—Heridas.—Úlcera gástrica.—Traumatismos del hígado.—Apendicitis.—Traumatismos del bazo.

Doctor Bordona.—Hernias.

Doctor Ontañón.—Lesiones traumáticas del riñón, vejiga y uretra.—Traumatismos del aparato genital.

Doctor Oller.—Hombro.—Fracturas de la clavícula.—Fracturas de la escápula.—Fracturas de la extremidad superior del húmero.—Luxación escápulo-humeral.—Periartritis.—Brazo.—Fracturas de la diáfisis humeral.—Fracturas de la extremidad inferior del húmero.—Lesiones del codo.—Luxaciones.—Lesiones del antebrazo.—Fracturas del cúbito y del radio.—Contractura isquémica.

Doctor López de la Garma.—Lesiones de la mano.—Flemones.—Fracturas del carpo.—Fracturas del metacarpo y dedos.

Doctor Oller.—Lesiones nerviosas del miembro superior.—Parálisis del plexo.—Tipos.—Parálisis radial, cubital, etc.—Pelvis, fracturas, complicaciones.—Lesiones del sacro.—Cadera.—Contusión.—Luxación coxo-femoral.—Fractura de la extremidad superior del fémur.—Artritis crónica.—Fracturas de la diáfisis femoral.—Rodilla.—Esquinca articular.—Hemastrosis.—Lesiones ligamentosas.—Meniscos articulares.—Fracturas de la rótula.—Fracturas de la extremidad inferior fémur.—Fracturas de la tibia.—Fracturas del peroné.—Fracturas dobles.—Lesiones de la garganta del pie.—Fractura del astrágalo.—Fracturas del calcáneo.—Fracturas del tarso, metatarso y dedos.—Deformidades del pie, plano, varus, etc.—Lesiones nerviosas del miembro inferior.

Todos los lunes y jueves.—Prácticas de interpretación de Radiografías en la Clínica del Trabajo.

Otros días de la semana.—Prácticas de Laboratorio, Ortopedia y Fisioterapia.

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

El «Boletín Reumatológico» ha organizado un concurso de premios, cuyas condiciones se exponen a continuación:

Se concederá un **premio de quinientas pesetas** al mejor trabajo sobre **IMPOR-TANCIA SOCIAL DEL REUMATISMO CARDIO-ARTICULAR**.

Se concederá otro **premio de quinientas pesetas** al mejor trabajo sobre **REUMA-TISMO Y GLANDULAS ENDOCRINAS**.

Las bases generales del concurso son las siguientes:

- 1.^a Podrán concurrir todos los médicos españoles.
- 2.^a Los trabajos serán originales e inéditos, y no excederán de cincuenta cuartillas escritas a máquina por una sola cara.
- 3.^a Dichos trabajos ostentarán un lema y en sobre cerrado y lacrado con el mismo lema en el exterior, se enviará el nombre y domicilio del autor.
- 4.^a Los trabajos admitidos al concurso se publicarán en el «Boletín Reumatológico» en el curso de este año, realizándose la elección del mejor por votación entre los lectores de dicho Boletín.

Para llevar a cabo esta votación, el «Boletín Reumatológico» proveerá de una papeleta a sus lectores, los cuales la remitirán al «Boletín Reumatológico» con la indicación de los dos artículos (uno para cada tema) que consideren mejores de los publicados.

5.^a Los originales de los trabajos premiados quedarán propiedad del «Boletín Reumatológico», teniendo el autor derecho a cien apartes de su trabajo; y

6.^a Los trabajos deben remitirse antes del 1.º de Abril del presente año, a la siguiente dirección: «Boletín Reumatológico». Apartado de Correos, 9.030. Madrid.

VII CONGRESO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE TALASOTERAPIA. TENDRA LUGAR EN SAN SEBASTIAN DEL 27 AL 30 DE JULIO DE 1935

Ponencias:

- 1.^a Tratamiento de las adenitis cervicales.
- 2.^a Indicaciones y contraindicaciones de los baños de sol.

Adhesiones al Presidente doctor Emiliano Eizaguirre. Pasco de Colón, 2. San Sebastián, o al Comité organizador. Plaza del Buen Pastor, 20. San Sebastián.

COMITE PROVINCIAL DE DEFENSA DE LAS CLASES SANITARIAS

Con fecha 25 del mes próximo pasado, quedó constituida en esta Provincia la Junta de aquel Comité por los señores siguientes:

Presidente, don José María Díez Crespo, médico; Vicepresidente, don Antonio Igea, farmacéutico; Secretario, don Rafael Caldevilla, veterinario; Tesorero, don Rafael Resines, odontólogo; Vicesecretario, don Leopoldo Malmonje, practicante; Contador, doña Margarita Villamor, profesora en partos; Vocales, don Antonio Salamanca, don Vicente Martín Pérez, don Demetrio Gobernado, médico; don Angel Díez, don Agripino Arqueros y don Julián del Río, farmacéuticos; don José López Corinde, veterinario; don Jesús Benito, odontólogo, y don José Murillo, practicante.

En aquella reunión se acordó, como así se hizo, el acudir al brillantísimo acto celebrado en Segovia en homenaje al mártir de Cantalejo, como igualmente convocar a una próxima Asamblea regional en nuestra capital, cuya fecha se anunciará previamente.

PENSION SCHERING 1935

Ha salido para Berlín a disfrutar la pensión Schering que ha ganado por concurso el médico doctor don Ildefonso Camacho Baños, de la Facultad de Medicina de Sevilla. Permanecerá en Alemania los seis meses de pensión, percibiendo cada mes la suma de 400 marcos más 1.000 pesetas para gastos de viaje de ida y vuelta previstos además en esta pensión. La Facultad de Medicina de Sevilla ha designado esta vez a un hombre de Laboratorio. La de Madrid primero y la de Cádiz después, designaron, la primera a un cirujano y la segunda a un internista. Ambos señores son hoy catedráticos. Deseamos al doctor Camacho Baños la misma suerte de sus predecesores en la pensión.

EL X CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Este Congreso se celebrará en Madrid en los días 23 al 29 de Septiembre de 1935. Los temas oficiales aprobados por el Comité, son los siguientes: 1.º La Medicina árabe en España. 2.º La Medicina en América durante su descubrimiento y colonización. 3.º El folklore médico en los distintos países civilizados. Cada uno de estos temas constituye una Sección del Congreso, a cuya frente figuran los señores ponentes, cuyos nombres se harán públicos en el programa definitivo. Aparte de estas tres Secciones, el Congreso cuenta con una cuarta Sección dedicada a comunicaciones y conferencias. Los que deseen colaborar en este Congreso aportando comunicaciones, deberán remitir antes del 1.º de Junio de 1935 a la Secretaría Científica del Congreso, un resumen (por duplicado) de la comunicación o comunicaciones que deseen presentar. Este resumen no excederá de una página en octavo (unas 400 palabras). Idiomas oficiales: Alemán, español, francés, inglés, italiano. Los boletines de inscripción, cuotas, información y correspondencia general, deben remitirse a la Secretaría general del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Palacio de la Academia Nacional de Medicina, calle de Arrieta, 12, Madrid.

CURSO EXTRAORDINARIO DE PREMIOS DE "MEDICINA"

PRIMER SEMESTRE DE 1935

Siguiendo MEDICINA en su propósito de estimular al estudio y fomentar el amor al trabajo profesional, ha acordado organizar un concurso de trabajos originales en las siguientes condiciones:

Tema.—Será libre, de carácter exclusivamente médico o quirúrgico.

Extensión.—Se limita la extensión a 60 cuartillas, escritas a máquina por un solo lado y con 15 líneas como máximo.

Parte gráfica.—No se pone limitación.

Plazo de admisión.—Queda cerrado el 31 de Mayo de 1935, a las 21 horas.

Entrega de los trabajos.—En mano o por carta certificada. Redacción de MEDICINA: Ayala, 27 (moderno), de las 18 a las 21 horas, todos los días laborables.

Premios.—Se conceden: dos de 500 pesetas, dos de 250 pesetas y cuantos accésits de 100 pesetas sean necesarios para premiar todos los trabajos que se hagan acreedores a ellos.

Todo autor premiado tendrá derecho a 50 apartes de su trabajo publicado.

Propiedad de los trabajos.—Queda la propiedad de los trabajos premiados a favor de MEDICINA, que los irá publicando a medida de su conveniencia. Se prohíbe la reproducción de ellos en otras revistas.

Jurado calificador.—El Comité de Redacción de MEDICINA.

Notas.—1.^a Los trabajos irán firmados por su autor, con indicación de su domicilio.

2.^a El fallo se hará público en el número de MEDICINA de 1.^o de Julio de 1935.

3.^a Los trabajos no premiados se deberán recoger por persona autorizada por escrito, en la Redacción de MEDICINA antes del 1.^o de Octubre de 1935.

4.^a La presentación a este concurso supone la plena conformidad con todas las condiciones arriba expuestas.

MEDICINA espera que será bien acogida por los compañeros su iniciativa, que sólo tiende a estimular valores profesionales.

PREMIO «GAMIR».—Con este título se instituye un concurso de trabajos originales sobre los temas: «Indicaciones y contraindicaciones de los preparados digitales» y «Tratamiento de las estafilococias», dotados cada uno con un premio de 500 pesetas, que se concederá al mejor trabajo que desarrolle cada tema.

Serán enteramente aplicables a este concurso todas las demás condiciones que figuran en el concurso extraordinario de Premios de MEDICINA (primer semestre de 1935).

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