

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

num. 4.319. — Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

19 Septiembre 1936



Contra los trastornos de la menopausia

Klimaktón «Knoll»

La influencia que el Klimaktón
ejerce simultáneamente sobre
los sistemas glandular y nervioso
hace soportable el cambio fisiológico del organismo.



Tubos de 20 grageas.
Frascos de 50 grageas.
3 veces al día 1 a 2 grageas.

KNOLL A.-G.,
Fábricas de Productos Químicos,
LUDWIGSHAFEN/RHIN.



BARACHOL

Antisármico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

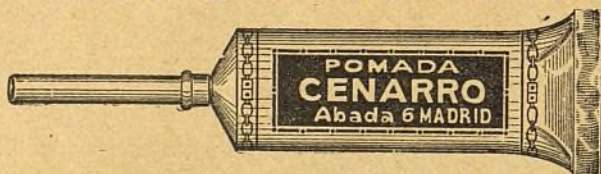
JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: "El Siglo Médico", la "Revista de Medicina y Cirugía Práctica", "El Genio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico", "El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Médico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a Esculus hippocast, novocaína, anestésina, etc. Cura HEMORROIDES internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

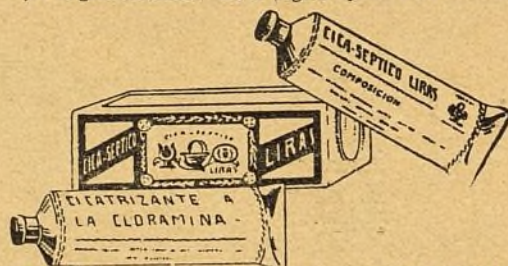
ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase medica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado. — No se pega el apósito a las heridas.



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas. Muestras a médicos. — Laboratorios Liras. — (Burgos) Villadiego.

PAULINO

camisería

PELIGROS, 14

TELÉFONO 16127

MADRID

Especialidad en camisas a medida.
Trajes de Baño Ribana.
Novedades en todos sus artículos.

¡DOCTOR!... ¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)
En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSÉS

SOLUCION ARSENILO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

19-IX-1936

La correspondencia de esta Sección deberá dirigirse al Sr. Director, con advertencia expresa de su destino: TERTULIA MEDICA; y la publicidad, a la Administración: Apartado 121.—MADRID.

Enseñanzas que aprovecha la Medicina para su historia con la lectura de «Don Quijote de la Mancha»

Conferencia leída en el Paraninfo de la Universidad de Alcalá por el Delegado oficial de Guatemala y del Colegio de Doctores de Madrid cerca del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Dr. D. Alfonso Fernández de Alcalde.

(Continuación)

Busquen la parte ideal los imaginativos como Cortacero y Velasco en su «Cervantes y el Evangelio o el simbolismo del Quijote»; hallan en la somática las medidas a su capricho, los cuidadosos antropómetros. Mientras el endocrinólogo encontrará, según sus aficiones, el predominio o carencia de un increta, deduciendo el biotipo con arreglo al nomenclátor en uso; el sagaz clínico, con ribetes antañones, asegurará percibir protopáticas insuficiencias del hígado, en tanto otros, como Oloriz, afirman que Don Quijote padeció de los riñones, fundado en que no podía llevar apretada la cintura, y por ello usaba *tahallí*, colgado del hombro derecho... (1). No digamos nada del psiquiatra, barajando a su favor las variantes hoy en boga de esquizofrenias y paranoias. Existen opiniones para todos los gustos, sobre todo si no se tiene en cuenta la autorizada opinión de Cajal, cuando afirma: «Para ver el contraste entre Don Quijote y Sancho habría de conocer

do tienen delante «un caso», ¿a qué no llegarán cuando, como en el que nos ocupa, las personas no existen, pues nacieron o se modificaron en el cerebro dieciséstista de un inquieto e ingenioso autor, y pueden contender a todas sus anchas con frases técnicas de la mayor altura, pergeñadas a veces al antojo de cada uno—lo que le hace incomprensible para el con-

dos de una antigua ermita. (Capítulo LXX, 2.ª)

Pero como en el legajo que cuidadosamente guardarais, aunque él fuere esa obra sin par, de la que dice Sansón Carrasco que *los niños la manosean, los mozos la leen, los hombres la entienden y los viejos la celebran* (Cap. III, 1.ª), habríais de tener que gastar un buen tiempo en la búsqueda de las aportaciones al concepto medicohistórico, se me ha ocurrido brindaros hecha tal labor, para que la conservéis a vuestros ulteriores propósitos; así como cada cual en la feria compra el paño del que un austero cenobita sacará en el mañana cumplida loba, y la alegre barragana, impaciente, cortó airosa basquiña aderezada con picos pardos (1).

Para facilitar aún más la toma de los elementos preparados, he creído de la mayor utilidad que en este trabajo sean distribuidos al uso en que los estudios de Medicina suelen hacerse, en la mayoría de las Universidades, en los distintos países. Así, pues, luego de lo que atañe en él a la

Diarreas estivales ELDOFORMO

»Bayer«

trario—, en la exacta adaptación del concepto; porque olvidaron el discreto consejo dado a Sancho: *Habla a lo llano, a lo liso, a lo no intrincado, como muchas veces te he dicho, y verás cómo te vale un pan por ciento.* (Cap. LXXI, 1.ª)

Y conste que este afán de buscar cosas raras y de conservar y tratar de asuntos históricos no lo hemos fundado nosotros al estatuir la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina (1), que los médicos, de siempre, fueron curiosos e investigadores, avaros guardadores de lo que les pudiera proveer de resquicios a la discusión sobre el pasado. Así, Cervantes atribuye a uno de nuestros ancestrales colegas la provisión de datos para ultimar «su historia», diciendo: *Ni de su fin y acabamientos pudo alcanzar cosa alguna, ni la alcanzará, ni supiera, si la buena suerte no le deparara un antiguo médico, que tenía en su poder una caja de plomo que, según él dijo, se había hallado en los cimientos derriba-*

(1) Fundada por varios médicos hace más de catorce años en Amberes, cuando asistimos al primer Congreso de dicha disciplina.

HIJOS DE A. DEZA ÓPTICOS

Exacta ejecución de recetas de los señores Oculistas.
Cristales ópticos de las mejores marcas.

(Casa fundada en 1850)

Carretas, 25 moderno (33 antiguo). MADRID

Anatomía y Fisiología, se transcribirán, en la sección denominada «Fisiognotrazos», los párrafos o fragmentos de ellos en que se hace por

(1) Así haciendo, se sigue practicando la necesaria distribución del trabajo entre todos los elementos sociales; ninguno despreciable, aunque lo parezca, pues la misma Teresa Panza puede decir con orgullo, *porque aunque yo sé hilar, no sé leer una migaja*, a lo que con injusta ironía sale al paso el portador de la misiva: *Que yo no sé hilar, pero sé leer.* (Cap. L., 2.ª parte.)

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

todos los repliegues y recovecos de la complicada mente de Miguel.»

Pero a esto último no se atenderán nunca los médicos, que si son capaces de discutir hasta el infinito cuan-

(1) Cuando en realidad, leyendo no más que con un poco detenimiento, se ve que lo afirma Cide Hamete, «El Double», de Cervantes; añadiendo la descripción de la clase de piel de que dicha parte de correa estaba formado, y ahí sí que se dice claramente, como se verá (sin recursos a deducciones), que había tenido cierto mal de riñones.

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

Cervantes esas inigualadas descripciones que dejan tan acabada la figura como si emergiera del inspirado pincel de hábil artista. ¡Que, al cabo, artista de la pluma fué quien lo escribió! Después seguirán, según he apuntado, conceptos referentes a las

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página III)

costumbres nacidas del ambiente de la época, que dictan la higiene privada y pública. A continuación, la Medicina general, con las teorías médicas a la sazón reinantes, y, tras ello, las especialidades que tengan alusión en el libro, sin olvidar los estados pasionales, para acabar, después de dar un vistazo a la Terapéutica, con la Higiene—Terapéutica en sus diversidades, incluso la Astrología—, abriendo además plaza para que la ocupe una pequeña sección, donde se enmarcarán esas manifestaciones de vivaz ingenio que todos los personajes en el libro aportan para hacerles un verdadero monumento folklórico de la vida de aquella época en todas sus variedades.

Yo no entro en la materia que os brindo con el temor que cualquiera que se sienta sutil investigador pueda tener ante sus propósitos, colocados frente a la ironía cervantina, cuando dice: *...hay algunos que se cansan en saber y averiguar cosas que, después de sabidas y averiguadas, no importan un ardite al entendimiento y a la memoria* (Capítulo XXII, 1.^a); en primer lugar, porque yo no trato aquí de descubrir nada nuevo, cual el pretendido autor del *Suplemento a Virgilio Polidoro*, que, con petulancia, pretende haber enmendado la plana al gran clásico, al decir: *Olvidósele a Virgilio de declararnos quién fué el primero que tuvo catarro en el Mundo, y el primero que tomó las unciones para curarse el Morbo Gálico, y yo lo declaro al pie de la letra y lo autorizo con más de veintiún autores* (Capítulo XXII, 1.^a); y, sobre todo, porque la modesta labor mía queda, por fortuna, obscurecida ante la gran sombra

JARABE ALMERA A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMI-

LABLE

que proyecta—seleccionada a los efectos de cada cual—el grandioso monumento integrado por los excelentes conceptos cervantinos, y, de éstos..., seguro estoy que os importa más que un ardite, pues que todos, y yo con vosotros, suscribís la dedica-

toria del furioso Orlando a Don Quijote:

Si no eres Par, tampoco le has tenido, Que Par pudieras ser entre mil Pares, Ni puede haberle donde tú te hallares, Invicto vencedor, jamás vencido.

Si yo pretendiera inquirir en el Gran Libro español, procuraría, entre otras cosas que en él acucian la investigativa curiosidad, descubrir quién fué uno de los arrieros de *Arévalo* (Cap. XVI, 1.^a), que Cervantes, si bien de un modo velado, dice era *algo pariente suyo*; o también dar el último toque, con pruebas inconcusas que seguramente hallaría, a la tan debatida cuestión sobre la verdadera patria chica del diestro Manco... (1); pero, con la *Iglesia hemos dado, Sancho...* (Cap. IX, 2.^a) Y aquí hago punto en mi programa; tú, lector, pues eres prudente, juzga lo que te pareciere, que yo no debo ni puedo decir más... (Cap. XXIV, 2.^a)

PRIMERA PARTE

Selección de conceptos médicos tomados por alusión a hechos normales.



CO he encontrado que pueda relacionarse con tales estudios; si bien los pasajes que se desarrollan en el libro no precisan mucho las escuetas descripciones de la Anatomía, las que indudablemente le eran familiares, y en esto nos hacemos intérpretes de la afirmación de Martínez y González (1905), cuando dice: «Oficialmente, no tenía conocimientos médicos, pero los conocía algo más que de oídas»

ALUSIONES ANATÓMICAS.

Léase en uno de los sabrosos coloquios que tiene Don Quijote con Sancho que *los Reyes... besan los pedazos de sus huesos...* (Cap. VIII, 2.^a); más tarde, casi convertido Sancho en tortuga, no obstante ser gobernador, exclama: *...no puedo jugar las choquezuelas de las rodillas...* (Capítulo LIII, 2.^a), refiriéndose a las rótulas. Abandonada la insula por huir de sus peligros, cae en otro inesperadamente, y se lamenta diciendo: *De aquí sacarán mis huesos, cuando el Cielo sea servido que me descubran, mondos, blancos y raídos.* (Capítulo LX, 2.^a) Y antes, en casa de los Duques, pudo oír Don Quijote en la extraordinaria cabalgata la voz de

(1) Esto nos acarrearía disgustos con muy queridos amigos; y «más vale la miel que la hiel».

Merlin..., *archivo de la Ciencia Zoroástrica...* (Cap. XXXV, 2.^a), quien, bajo la máscara de la muerte, se duele de ello al decir: *...y encerrado mi espíritu en el hueco desta espantosa y fiera Notomía* (Cap. XXXV, 2.^a), que así se llamaba entonces al cuer-

ANTIPHLOGISTINE

es una ayuda indispensable en el tratamiento de la influenza, gripe, afecciones de los bronquios y pulmonías.

po humano en disposición de prácticas de autopsia (1).

FISIOLOGÍA.

Insinúa Cervantes que, *bien porque el frío de la mañana... o que Sancho hubiese cenado cosas lenitivas, vino-le deseo de hacer lo que otro no pudiera hacer por él* (Cap. XX, 1.^a), si bien, ya al fin encuentra como verdadera causa de la evacuación el que *ello fuese cosa natural*. (Cap. XX, 1.^a) Siguiendo con el aparato digestivo, se nota cómo pasados unos días queda a amo y escudero desagradable recuerdo del famosísimo bálsamo de Fierabrás, pues que Sancho, ante el ensalzamiento de las condiciones defensivas del *yelmo de Mambrino*, recuerda: *...cuando le santiguaron a vuesa merced las Muelas y le rompieron el Alcuza, donde venía aquel benditísimo Brevaque, que me hizo vomitar las asaduras.* (Cap. XXI, 1.^a)

AFECTIVIDAD.

Dado a explicar todo por refranes por parte de Sancho y, cuando no, empleando modismos, dice Sancho al cura y al barbero sobre la total dedicación de Don Quijote a Dulcinea que *estaba enamorado hasta los hígados* (Cap. XXVI, 1.^a), apunta ya la clave para hoy, en que venimos tratando de convencernos que no es la viscera cardíaca el asiento de tal pasión.

INHIBICIÓN.

El sistema simpático tenía a Sancho sin inhibición alguna—al contrario de su amo, que en ocasiones dominaba a la inervación vegetativa—, pues que: *Cuando... vió que no hallaba el libro, fuélele parando mortal el*

STROPHANTUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

rostro, y, no hallándole, sin más ni mas se echó entrambos puños a las Barbas y se arrancó la mitad dellas,

(1) Véase en la pág. 60 de esta conferencia la alusión al cap. XXIII, segunda parte de *El Quijote*.

(Continúa en la página X.)

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^A, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colesantina, gomenol, alcanfor y estricnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

Tratamiento bismútico de las espiroquitososis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISIPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipertonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.—Apartado 384.—Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.—Buenos Aires.

PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

ESPIROQUETOSIS

DISENTERIA

AMIBICA

PALUDISMO

POR EL

stovarol

**TRATAMIENTO ARSENICAL
DE LOS ESTADOS DE
ANEMIA Y DE ASTENIA**

PRESENTACION

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

**EL EMPLEO DEL STOVARSOL
DEBE EFECTUARSE BAJO LA
VIGILANCIA DEL MÉDICO**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**

86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

PARA MUESTRAS, DIRIGIRSE A:

Barcelona: Don Javier Coll, Córcega, número 26

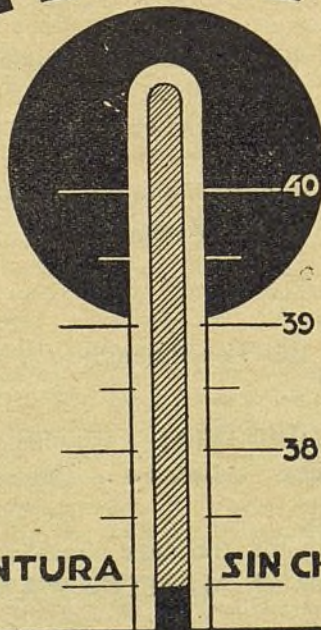
Madrid: Don Julio García Coll, García de Paredes, número 64.

Sevilla: Don José Luis Reyes, Gravina, número 58.

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS

SEPTICÉMINE

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS

JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID-CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

EL SIGLO MEDICO

Tomo 98

Sábado 19 de Septiembre de 1936

Núm. 4319

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Enuresis infantil y atropina, por el Dr. Mariano Aceña Calvo.—Toracoscopia y pneumolisis intrapleurales (continuación) por el Dr. J. F. Carbajo Martín.—La insuficiencia del corazón y la tuberculosis pulmonar, por el Dr. Manuel Algara Nieto.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

ENURESIS INFANTIL Y ATROPINA

POR EL

Dr. MARIANO ACEÑA CALVO

Por oposición de la Beneficencia Municipal de Madrid.
Puericultor.

Nos referimos a la "incontinencia" nocturna esencial del niño o enuresis. Conviene precisar el término, por ser tanto más necesario cuanto no se trata, en realidad, de una incontinencia. (Potel.)

Ciertamente, hay niños incontinentes: los que tienen imposibilidad de retener sus orinas; incontinencias verdaderas por causas variables; malformaciones de raquis y de medula; malformaciones complejas, con separación amplia de los arcos; lesión de la cola de caballo, etc.

Hay incontinencias permanentes desde el nacimiento: de día, como de noche; pérdida de orina gota a gota sin micción voluntaria; casos de implantación anormal de uréter supernumerario en uretra, en los que la sonda permanente en vejiga no impide que la orina se pierda entre sonda y pared uretral, donde la pielografía confirmará en general el diagnóstico.

Hay también pérdidas involuntarias de orina con disuria y orinas turbias: es la tuberculosis, el cálculo, la cistitis, la colibacilosis, etc. Son emisiones involuntarias de orina, tanto de día como de noche, en pleno ataque epileptiforme. No es nuestro caso.

En la enuresis infantil la historia es la misma: niño generalmente de excelente aspecto, con buen apetito y dispuesto en todo momento a sus juegos, que, de tiempo en tiempo, orina en la cama; no pierde orina gota a gota; orina a pleno chorro, sin... dar explicación, o... soñando estar orinando en un orinal, contra la pared... u otros lugares.

En el tratamiento de la incontinencia de orina, llamada esencial, nos merece mayor consideración las opiniones de los urólogos. De lo que hemos leído, lo más ajustado a la realidad de clínica infantil es como se expresa G. Portel, profesor de clínica de enfermedades del aparato urinario de la Facultad de Medicina de Lille (*L'Echo Médical du Nord*, Lille, 28 junio 1936, núm. 26):

"Es la enfermedad fantoma, durante siglos desespección de los niños, de los padres y de los médicos.

"Los niños mojados, manchados, atiborrados de cachetes, de insultos morales y de consejos tan imperiosos como ineficaces.

"Los padres, afligidos de ver su ropa de cama destrozada y su orgullo mortificado.

"Los médicos, por último, inseguros de una patogenia posible y bamboleados por terapéuticas que van desde

"pasará con la edad" hasta ¡la ferocidad terapéutica!"

Dado que todo tratamiento debe aspirar a que sea etiopatogénico, merecen consideración las palabras de Potel a este respecto:

"Cuando, hace quince años, me hice cargo del servicio de Urología, me llevan niños que "orinaban en la cama"; los hago hospitalizar para examinarlos detenidamente; gran sorpresa: desde su ingreso, no vuelven a orinar en la cama..., a pesar de esperar tres, cuatro semanas, y ello sin recidiva. Esto era más curioso, por no haber aconsejado tratamiento ni interno ni externo.

"Pensando sobre ello, sólo hallo diferencias entre la vida familiar y la estancia hospitalaria, con modificación de las condiciones de la cena.

"En la mayoría de las casas se cena tarde. El padre quiere ver a sus hijos después de la jornada y se pone a la mesa tarde. El niño se "cae de sueño"; cena más o menos glotonamente, bebe cerveza o vino y, con el último bocado, se duerme profundamente. Se le lleva a su habitación, se le desnuda, se le acuesta y..., a pesar de las sábanas frías, no despierta.

"En medio de la noche, la vejiga distendida provoca necesidad de orinar, que es insuficiente a despertar al niño. Todo acaba orinando en la cama."

Es por lo que la cena a las seis, que no tenga nada de pantagruélica, bebiendo agua, seguida de juego del niño hasta la hora de acostarse, tres horas después, haciéndole orinar al niño al entrar en la cama y nueva micción a media noche, es suficiente para obtener la curación con poco trabajo, de seguir los padres estos consejos, unido a que el niño duerma en cama dura, pues en caso de recidiva se afirmará que el niño ha cenado más tarde y no se han seguido los consejos. Claro que, en general, las familias administran mejor un medicamento que cambian una costumbre. (Potel.)

Estas palabras de Potel, en especial a la cena precoz tres horas antes de acostarse la veníamos aconsejando, en la opinión de que al orinar al ir a la cama hubiérase realizado la poliuria postprándica. Ahora bien: en casi todos los niveles sociales, la labor media se hace más fácil acompañando un medicamento.

Es por esto, y por su acción sobre fibra lisa, como aconsejamos la atropina en los niños con enuresis.

Al considerar la acción terapéutica de la atropina en

la enuresis, interesa recordar los trabajos de Radovici y Niculesco (*Presse Médicale*, 1921), demostrando que este medicamento disminuye marcadamente los movimientos mioclónicos postencefalíticos; los de Danielópolu (1922, *Revue Neurologique*), mostrando que las sustancias farmacológicas de acción vegetativa—adrenalina, calcio, eserina y atropina—tienen acción evidente sobre el tono del músculo voluntario—sustancias de anfortropismo—, siendo el parasimpático el que exagera, y el simpático el que disminuye el tono del músculo voluntario. La atropina a la dosis que paraliza el parasimpático disminuye marcadamente el tono del músculo voluntario (Danielópolu). Hoy se admite la acción del sistema nervioso de la vida vegetativa sobre las funciones de la vida de relación, y por ello la atropina se emplea abundantemente para combatir la hipertonia muscular.

Si pensamos que para la micción han de entrar en funciones un músculo voluntario y un músculo involuntario, se llega a admitir fácilmente el tratamiento de este síndrome o síntoma por la atropina. Es casi del mismo tipo que emplea la atropina modificando la hipertonia de los músculos voluntarios de la rigidez parkinsoniana. En el parkinson, la atropina ha sido administrada en dosis progresiva. Nosotros, por esta serie de semejanzas, también utilizamos la atropina en dosis progresiva.

En el parkinson se inicia, en general, por uno o dos miligramos por día, aumentando progresivamente las dosis; así se ha llegado hasta 15, 20 y 25 miligramos por día, sin fenómenos de intolerancia manifiesta.

No faltan casos que pudieran citarse, sino intolerancia, de verdadera sensibilidad. Hemos seguido detenidamente un caso de parkinson que, tratado por la solución al milésimo de atropina, dos tomas de 15 gotas al iniciar, al llegar a las 40 gotas diarias, en dos veces, se inició un ataque de glaucoma en ojos ya glaucomatosos, que en uno de ellos, en el izquierdo, con acuidad visual corregida con seis dioptrías positivas, de urgencia, hubo de realizarse una iridectomía, consiguiendo la rápida desaparición de los dolores sin pérdida de visión. Dos meses después, en el ojo derecho, sin acuidad visual, pero con muy ligero sentido luminoso, hubo de realizarse, por la intensificación de los dolores, una trepanación de Elliot, con resultado inmediato en cuanto a desaparición de dolores.

Siguiendo en esta comparación entre enuresis y enfermedad de parkinson o parkinsonismo, diremos que se ha creído en la tolerancia a la atropina por un estado vagotónico de los parkinsoninos. Al decir de Danielópolu (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie*, año I, 1936, núm. 1), es un error, pues lo que se llama vagotonía es un estado muy diferente, y, además, puede obtenerse el acostumbramiento a la atropina en individuos con tono vegetativo normal o aun hipovagotónico.

Estos hechos, demostrados por Danielópolu, nos permiten una sencillez en la clínica: la no necesidad de investigación previa del sistema vegetativo en los niños con enuresis a tratar con atropina.

Muy interesante es la cuestión del acostumbramiento a la atropina. Se ha presentado a discusión al Office International d'Hygiène Publique de Paris (abril-mayo de 1934), con ocasión de la comprobación de ampollas mor-

fina-atropina, en razón de que no ocasionando acostumbramiento—según los preparadores—, estaban fuera de las leyes contra estupefacientes.

Sin entrar en detalles sobre esta discusión de la morfina-atropina en relación con estupefacientes, Danielópolu dijo:

“Llamamos la atención que el hombre es muy sensible a la atropina; que no puede soportar de pronto grandes dosis; que es susceptible de acostumbrarse a este medicamento; que este acostumbramiento exige tiempo, y sólo se produce cuando se aumenta en dosis progresivas.”

Si consideramos la toxicidad de la atropina, vemos que Mayer y Gotlieb admiten que algunos miligramos de atropina pueden producir en el hombre fenómenos serios de intoxicación, pero que no conducen a la muerte. La dosis mortal es de 10 centigramos para el adulto y de un centigramo para el niño; los lactantes soportan dosis bastante elevadas de atropina, hasta medio miligramo diario.

Cushny considera como dosis mortal cinco miligramos a 10 centigramos. Los casos de intoxicación por atropina se encuentran sobre todo en niños que han comido frutos de belladona.

Nosotros hemos visto un caso de intoxicación por atropina en las condiciones siguientes: por error, se inicia el tratamiento de vómitos rebeldes en un lactante de tres meses, existentes desde el nacimiento, por una gota antes de cada tetada de una solución al centésimo, en vez de solución al milésimo. A la segunda toma estalla, media hora después, un cuadro de atropinismo agudo: enrojecimiento, frecuencia de pulso, disnea, midriasis, sequedad de lengua y fauces y de conjuntivas, convulsiones y dificultad para tragar.

Las pruebas de la atropina y del ortostatismo de Danielópolu (*Archives des Maladies du Cœur*, 1923), demuestran la sensibilidad del hombre a la atropina, pero él es capaz de acostumbrarse a la atropina, aumentando lentamente la dosis, y aun soportar dosis muy elevadas. Es administrando la atropina en cuatro tomas (Danielópolu) a ocho, doce, dieciséis y veinte horas, como en el hombre, iniciando la administración por un miligramo diario y aumentando todos los días un miligramo, puede llegarse a 12, 17 y aun 19 miligramos diarios sin el menor signo de intolerancia por parte de funciones, aparatos y órganos.

Realizado el acostumbramiento a la atropina, interesa siempre recordar que, llegado a dosis elevada de atropina, si se suprime bruscamente el medicamento se producen trastornos evidentes.

Al parecer de Danielópolu, en el acostumbramiento a la atropina interviene en los tejidos un factor antiatropínico tisural que impide la acción directa de esta sustancia, quedando más o menos inactiva la acción hipoanfotónica sobre el sistema vegetativo. También se produce en el acostumbramiento a la atropina un factor que impide hasta cierto punto su acción sobre el sistema vegetativo, pues la dosis necesaria a la prueba de la atropina y del ortostatismo es mayor.

Interesa considerar que, conseguido el acostumbramiento a la atropina, y suspendida paulatinamente, en caso de necesidad de nueva administración debe iniciarse nueva cura de acostumbramiento; hay que abstenerse de

DE EFEDRA ESPAÑOLA

EFEDRINA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3. hotel
• Apartado de Correos 9030

HISPANOFEDRINA

HISPANOFEDRINA
AMPOLLAS

Asma bronquial, estados
alérgicos, hipatonías, etc.

HISPANOFEDRINA
COMPRIMIDOS

Asma bronquial, coriza
espasmódica, astenia

HISPANOFEDRINA
JARABE

INDICADO en bronquitis,
tosferina, asma bronquial



Decholina

Concesionarios exclusivos:
**Wissmann & Milla, Apart. 462,
Madrid**



Literatura y muestras
a disposición de los
señores médicos

Como los medios más poderosos para estimular la secreción biliar están reconocidos los ácidos biliares, sobre todo la **Decholina**.

Junto a la mejoría cuantitativa y cualitativa de la secreción biliar, tienen también gran influencia sobre los procesos metabólicos del hígado.

La **Decholina**, usada por vía intravenosa y bucal, sigue insuperada, siendo absolutamente atóxica.

Formas comerciales

Cajas de 3 ampollas de a 10 c. c. al 20 %

Tubos de 20 tabletas de a 0,25 g

Registrado en el Instituto Técnico de Comprobación con el número 4273. Fecha 10 de Marzo 1933.

*Dolor
para mí no existes!*

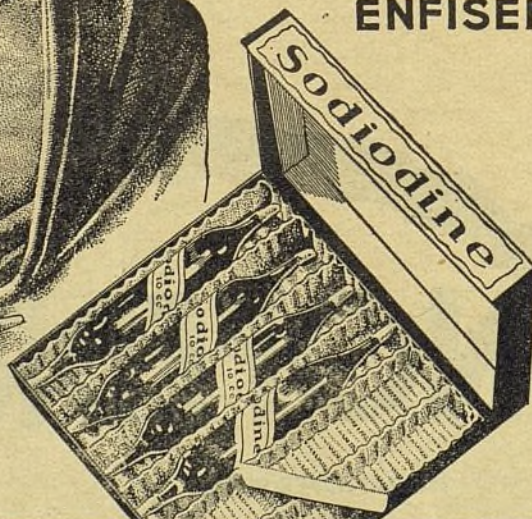
(POSIDONIUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

**NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS**



DOSIS

1 a 2 ampollas por 24 horas

JUAN MARTIN, ALCALA 9, MADRID
CONSEJO DE CIENTO 341, BARCELONA

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

reanudar el tratamiento con dosis elevadas desde el principio.

Puede decirse que existe un método mitridatizante a la atropina (Danielópolu), que disminuye el tono, tanto del simpático como del parasimpático (acción hipoanfotónica de la atropina).

En la administración de la atropina hemos de considerar las dosis pequeñas, medias y tóxicas. En este capítulo nada más interesante que los estudios de Danielópolu, que dice:

"En el hombre, las dosis pequeñas de atropina son anfotropas, con predominio parasimpático; las dosis medias paralizan el parasimpático; las dosis tóxicas paralizan el parasimpático y el simpático y poseen también acción intensa directa sobre los órganos.

La acción anfotropa con predominio parasimpático la tienen las dosis pequeñas, dosis que varían por vía intravenosa en el hombre normal entre una décima y un cuarto de miligramo de sulfato de atropina, más elevadas por vía gástrica, si bien la dosis de medio miligramo no produce casi efecto paralizante por vía bucal, mientras que es claramente paralizante del parasimpático por vía intravenosa.

En el anfotropismo de las dosis pequeñas de atropina predominando sobre el parasimpático, los efectos obtenidos serán los de la excitación del parasimpático, enmascarados por los de excitación de su antagonista. Las dosis superiores a un cuarto de miligramo aceleran el ritmo del corazón por parálisis del parasimpático. Las mismas dosis excitan el parasimpático, disminuyendo la conductibilidad y alargando el intervalo P-R del electrocardiograma, mientras que las dosis mayores, por parálisis del parasimpático, aumentan la conductibilidad y disminuyen el intervalo P-R.

De las acciones de la atropina, la más interesante para el tema que nos ocupa es sobre el músculo: sabido es que el simpático disminuye y el parasimpático aumenta el tono de los músculos voluntarios. Danielópolu ha demostrado que las dosis pequeñas de atropina, por su acción excitante del parasimpático, exageran, y las dosis más elevadas, por su acción paralizante del parasimpático, disminuyen el tono muscular.

Considéranse como dosis medias las empleadas corrientemente en terapéutica y en las personas no acostumbradas no producen intolerancia, y oscilan entre dos y dos y medio miligramos (Danielópolu). Se dice en personas no acostumbradas, pues aumentando lentamente la dosis de atropina, el hombre llega a soportar dosis muy elevadas sin fenómenos tóxicos. Desde que se pasa la dosis de un cuarto de miligramo de sulfato de atropina por vía venosa, se registran fenómenos de parálisis del parasimpático; ésta es completa con uno y medio a dos miligramos y medio intravenosamente. Dosis que sólo poseen acción paralizante sobre el parasimpático; provocan aceleración del corazón, con aumento de la presión sanguínea por vasodilatación abdominal, acortamiento del intervalo P-R, parálisis de estómago, de intestino, de esófago, de bronquios y disminución del tono de los músculos voluntarios.

El límite de las dosis excitantes y paralizantes, intravenosamente, en el hombre, se encuentra alrededor de dos décimas de miligramo de sulfato de atropina; límite más elevado por vía gástrica, sobre todo en individuos

con tono parasimpático muy elevado, y disminuido en los enfermos con tono parasimpático disminuido.

Como la atropina tiene acción anfotropa, podríamos pensar si estas dosis, no dosis tóxicas y oscilando en dosis terapéutica, no serían paralizantes de los dos grupos—simpático y parasimpático—, con predominio sobre parasimpático, y si los efectos de parálisis del simpático no serán enmascarados por los efectos de la parálisis del parasimpático. La vida experimental demuestra que estas dosis medias paralizan exclusivamente el parasimpático. (Danielópolu.)

Las experiencias de Danielópolu han mostrado que:

Las dosis pequeñas de atropina—hasta un cuarto de miligramo por vía intravenosa—excitan tanto el parasimpático como el simpático, con predominio sobre el parasimpático. Son anfotropas, con predominio parasimpático.

Las dosis medias de atropina paralizan el parasimpático, sin acción aparente sobre simpático. En inyección intravenosa en sujeto normal, la parálisis del parasimpático comienza con un cuarto de miligramo. La dosis máxima por vía venosa empleada en el hombre es de dos a dos y medio miligramos.

Las dosis tóxicas de atropina tienen acción directa sobre los órganos y acción vegetativa hipoanfotónica paralizante tanto del parasimpático como del simpático.

Las dos acciones pueden ser disociadas, aumentando progresivamente la dosis de atropina. En los individuos acostumbrados, la acción tóxica directa no se produce, y sólo aparece la acción hipoanfotónica.

Estos datos, puestos de manifiesto por los estudios experimentales y clínicos de Danielópolu, tienen gran interés desde el punto de vista terapéutico para el llamado método mitridatizante de la atropina, y muestra que las dosis excitantes no nos interesan en la práctica; las dosis medias paralizantes del parasimpático nos interesan siempre que deseemos paralizar de un golpe el parasimpático. Es, por ejemplo, el caso de disociación aurículo-ventricular, que con una sola dosis de atropina podemos conseguir hacer cesar más o menos temporalmente tal disociación.

Lo que tiene mayor interés y constituye método nuevo de tratamiento es el empleo de las dosis progresivas, con el fin de disminuir el tono de todo el sistema vegetativo. Aumentando progresivamente las dosis de atropina hasta cuatro miligramos por día, podemos obtener el efecto hipoanfotónico deseado, lo que hace este método fácil de aplicación.

El mitridatismo con atropina, después de lo dicho, se comprende esé indicado en todas las formas de hipertonia vegetativa, especialmente de anfotonía, y acaso ensayado prudentemente en la enfermedad de Basedow, asma, hipertensión arterial, preventivo de accidentes de anestesia clorofórmica, como profiláctico del mal de mar, siempre con estrecha vigilancia de los signos de eficacia y de intolerancia. Entre los signos de intolerancia merece especial atención el pulso: la aparición de taquicardia (20-25 pulsaciones más), si bien la administración de luminal y algunas de gotas de digital durante dos o tres días, permiten continuar el tratamiento.

En el empleo de la atropina, tanto en el tratamiento del encefalítico, en general de las disfunciones de la fibra muscular estriada como de la enuresis o disfunción de

la fibra muscular lisa, vesical, con mayor o menor influencia del sistema neurovegetativo, interesa considerar los estudios de Roemer sobre las grandes dosis de atropina, como los del monje búlgaro Raef, con su empleo empírico de la raíz de belladona en los encefalíticos.

El mérito de Roemer ha sido administrar la atropina en dosis extraordinarias, dosis progresivamente elevadas, hasta convertir el encefalítico rígido e inútil en encefalítico flácido y útil. Sin molestias, llega hasta la dosis extrema de 180 miligramos diarios de atropina; la dosis diaria usual es 15 a 20 miligramos. Es el acostumbramiento progresivo del organismo al sulfato de atropina en altas dosis, condicionado por el hecho que este fármaco no se acumula, lo cual permite su ingestión durante años, mucho más que no halla contraindicación en la taquicardia del hipertiroidismo ni en la edad avanzada del enfermo.

Roemer emplea el sulfato de atropina en tabletas, en dosis crecientes que corresponden a la fórmula:

Sulfato de atropina	50 centig.
Agua destilada	100 cc.

En la que una gota corresponde a un cuarto de miligramo, que aumenta, para que tres gotas correspondan a medio miligramo, y, finalmente, otra más fuerte, de miligramo por gota.

En los niños iniciamos la administración de atropina por la solución al 1 por 1.000, para utilizar concentraciones más elevadas, según aconseje el tratamiento.

M. Victoria, de Buenos Aires (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 17 octubre 1935, núm. 2.179, pág. 1.144), utiliza la solución de 0,20 de sulfato de atropina en 40 centímetros cúbicos de agua destilada: administrar una gota tres veces al día, con el desayuno, al acostarse, y la tercera distanciada de las otras dos. Aumenta una gota por vez.

Si a estos trabajos de Roemer con las dosis elevadas de atropina (*Paris Médical*, núm. 50, pág. 484, 14 diciembre 1935), unimos los de Raef, con la raíz de belladona búlgara, superando en resultados, y los de Danielópolis, tenemos campo de estudio al tratar la enuresis infantil mediante las dosis elevadas de atropina o mediante el cocimiento de raíz de belladona.

El tratamiento empírico de Raef, de los encefalíticos, mediante la raíz de belladona búlgara, ha llevado a su utilización por los autores italianos Panegrossi y Ferrani. Dicen haber obtenido resultados aun utilizando otra belladona que la de procedencia búlgara, si bien no son de la misma opinión autores argentinos, como que creen de necesidad utilizar belladona búlgara si se quieren obtener los éxitos de Raef (*Presse Médicale*, París, 7 diciembre 1935, núm. 98, pág. 1.980).

El tratamiento de Raef consta de cuatro productos: dos raíces, un polvo y unas píldoras. La base esencial es la raíz de belladona, con cinco gramos de la cual y 100 gramos de vino blanco hace un cocimiento, a hervir durante diez minutos, filtra al enfriarse y después añade un poco de carbón vegetal. Esta última adición, según los autores italianos y argentinos, no es necesaria para la eficacia del tratamiento. (*La Prensa Médica Argentina*.)

De este conocimiento, Raef administra: de cinco a quince años, una cucharada diaria; de quince a vein-

ticinco años, dos, y a los de más edad, tres cucharadas.

Nuestro objeto no es exponer el tratamiento búlgaro del encefalítico, y si el de relacionar los trabajos de Marinresco (la atropina en el tratamiento de las distonías de torsión), los de Roemer (dosis elevadas de atropina), los de Danielópolis (anfotropismo de la atropina) y los de Raef (raíz de belladona búlgara en encefalíticos), para el tratamiento de la enuresis infantil, sin olvidar lo dicho por Potel sobre higiene dietética o de reglamentación y horario de la alimentación en cuanto al momento de acostarse; creemos determinados estos puntos para vernos suficientemente apoyados al utilizar la atropina en dosis elevadas en la enuresis infantil, y aun emplear el tratamiento búlgaro.

Ahora bien: en España no disponemos de raíz de belladona búlgara ni tampoco de raíz de belladona española. Estamos iniciando para poseer tanto una como otra y su empleo en clínica.

Hasta tanto, diremos que, sin cumplir exactamente los consejos de Potel, mejor dicho, sin haber insistido en su importancia sobre la familia, hemos empleado la solución al milésimo de atropina en varios niños con enuresis en los que una exploración no muy profunda no nos puso de manifiesto hechos para pensar diagnóstico en contrario. Hemos administrado dos veces al día, precediendo a comida y cena, partiendo de tres gotas dos veces, siempre en progresión ascendente, hasta 20, 30 gotas dos veces. Dosis que hacen dos a tres miligramos como máximo, ya que en la solución empleada cada 20 gotas es un miligramo de sulfato de atropina.

En ningún caso hemos visto síntomas de intoxicación. Cuando se ha hecho marcada la sequedad de garganta, hemos suprimido la quinta parte de la dosis durante dos o tres días, para, al disminuir la sequedad de garganta, elevarla rápidamente y seguir ascendiendo.

En algún que otro caso hemos recibido quejas de las madres, diciendo que los niños han presentado a las dos o tres horas de la toma un enrojecimiento de cara. Nos ha bastado disminuir la dosis durante dos o tres días, para después seguir elevando la dosis, sin más molestias.

De los casos tratados merecen cita especial dos de ellos:

Uno, que se le prescribe 40 gramos de la solución al milésimo de atropina para que inicie el tratamiento con dos tomas de cinco gotas. No vuelve a la consulta hasta tres meses después, y por otra afección; preguntado por la enuresis, dijo que tomó la atropina y que a los diez o doce días de tomarla dejó de orinarse en la cama, para no volver a hacerlo.

El otro caso hace referencia a un niño que venía siendo tratado por su enuresis con todos los medios. Visto por nosotros, le administramos luminal; le aconsejamos algo semejante a lo dicho por Potel; le hicimos tomar alcalinos alternando con modificadores ácidos de la orina, bromurados, etc., y en todos fracasamos. Le instituímos la solución al milésimo de atropina, y cuando llega a dos tomas de 10 gotas deja de orinarse. Se mantiene así mientras toma atropina; llega a ingerir dos tomas de 30 gotas, pero se orina en la cama en cuanto deja de tomar dosis alta de atropina. Es por lo que durante cinco meses le mantenemos estas dosis, y después paulatinamente iniciamos el descenso hasta suprimir la atropina. De esto ya hace un mes y no ha vuelto a tener su trastorno enurésico.

TORACOSCOPIA Y PNEUMOLISIS INTRAPLEURAL ⁽¹⁾

(Contribución al estudio de su técnica: indicaciones, complicaciones y resultados)

Por el Dr. J. J. CARBAJO MARTIN

VIII

COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden ocurrir como consecuencia de la operación de Jacobaeus han disminuido al par de los perfeccionamientos que gradualmente se han introducido en la técnica, debiendo considerarse como graves las hemorragias, las perforaciones pulmonares y los empiemas, y de menor importancia los exudados banales, los enfisemas y las sínfisis.

Las hemorragias pueden presentarse en el curso de la intervención o ser consecutivas a ello. De una u otra forma, la hemorragia es un accidente grave, por las condiciones tan difíciles en que nos encontramos para taponar un vaso que sangra en la cavidad pleural, sobre todo cuando la sangre proviene de un vaso arterial, caso en el que las hemorragias son casi siempre mortales. Tal ocurre en las hemorragias de los vasos subclavios, marmarios e intercostales. Jacobaeus, Gullbring, Eizaguirre, Coulaud, etc., han comunicado casos mortales de hemorragias operatorias.

Cova emplea un tratamiento que da excelente resultado cuando las hemorragias son de poca importancia, y que, desde luego, debe ponerse en práctica siempre que hubiere necesidad, dada la escasez de recursos de que disponemos. Consiste en aproximar el asa galvánica incandescente al vaso que sangra a lo largo de su trayecto, para que, mediante el calor radiante, se produzca un estrechamiento de su luz, y cuando la hemorragia haya cesado, adosar el asa sobre el vaso y producir una coagulación total.

Las hemorragias venosas no son muy graves, cesando espontáneamente cuando proceden del muñón pulmonar en poco tiempo. En estos casos, Ulrici aconseja "Clauden" en polvo, que se deposita en la superficie sangrante. Xalabarder emplea "Vivocol". En otras circunstancias puede utilizarse la pinza hemostática de Jacobaeus o las de Matson y Triboulet, que son de coagulación diatérmica.

Las hemorragias tardías pueden ocurrir desde varios días después de la intervención hasta semanas y aun meses. La causa suele ser la caída de una escara o el desgarramiento de una adherencia incompletamente seccionada. En nuestra estadística tenemos dos casos de hemorragias tardías acompañadas de perforación pulmonar y que vamos a analizar a seguido.

En la observación número 20, el accidente ocurrió con toda verosimilitud cinco días después de practicada la neumolisis, habiendo sido doble perforación pulmonar, como acreditan las presiones positivas de la cavidad pleural, y hemorragia, pues el líquido extraído por punción tenía color ligeramente hemorrágico y contenía 200.000 hematíes por milímetro cúbico. La hemorragia tuvo poca importancia, ya que por el nivel del exudado en la cavidad pleural y por la dilución que sufrieron los hematíes se puede calcular que la cuantía de ella no debió sobrepasar mucho los 100 centímetros cúbicos.

(1) Véase el número anterior.

Cuestión de interés en este caso es el mecanismo de producción de la perforación pulmonar y de la hemorragia. Si recordamos que en el enfermo en cuestión fué desprendida una adherencia previa (coagulación), en el seno de la cual la transiluminación puso de manifiesto la existencia de un vaso sinuoso, cabría pensar que el desprendimiento de la escara de coagulación diatérmica de las superficies de sección de la adherencia ocurrido días después de modo espontáneo, había dado lugar a la hemorragia por abertura del vaso seccionado; pero resulta difícil comprender cómo se originó la perforación al mismo tiempo, toda vez que la adherencia seccionada no hacía sospechar cavernas tunelizadas en su interior, ni tampoco parénquima pulmonar aireado. Más verosímil sería buscar en la adherencia del vértice, incompletamente seccionada por dificultades anatómicas, el origen de ambas complicaciones. En efecto, sobre esta brida, uno de cuyos bordes están alterados por la zona de coagulación, gravita todo el peso del pulmón, desposeído de los soportes que significaban las otras adherencias, pudiendo fácilmente desgarrarse y dar origen, tanto a la hemorragia como a la perforación pulmonar.

En la observación número 10, el accidente sobreviene diez días después de la intervención y a las quince horas de practicada la primera reinsuflación postoperatoria. La hemorragia fué masiva, siendo verosímil que alcanzara muy cerca del litro y medio, como puede apreciarse en la radiografía, y fué acompañada también de perforación pulmonar, que dió lugar a un neumotórax valvular con presiones intrapleurales de $+20 + 14$. El análisis de la sangre pleural fué de 6.500.000 hematíes por milímetro cúbico, y no se coagula espontáneamente.

Herzfeld y Henschen han demostrado que la sangre en la cavidad pleural no se coagula, porque es desfibrinada por los movimientos del corazón y del pulmón. Meyer ha observado también dos casos con hemorragias graves inmediatas, una de las cuales fué debida a la dislaceración de un vaso intercostal al introducir el trocar, y la otra al seccionar una adherencia vascularizada, y en ambos casos la sangre era incoagulable también.

Sin embargo, Coulaud ha observado un caso en el cual la sangre de la hemorragia pleural se coaguló.

El mecanismo de producción del accidente en nuestro caso fué revelado por la endoscopia practicada, habiéndose producido por el desgarramiento de la adherencia incompletamente seccionada, en cuya extremidad distal había venas subpleurales importantes, y en la proximal penetraba el parénquima pulmonar casi hasta la pared torácica.

En este caso, al organizarse el hemotórax, se produjo una sínfisis de los dos tercios inferiores del pulmón, y, por tanto, se puede considerar prácticamente perdido el neumotórax, persistiendo un pequeño exudado en cuña a nivel del segundo espacio intercostal que era seroso y contenía bacilos de Koch por siembra en medio de Loewenstein.

En la observación número 14 se produce una perforación pulmonar once días después de practicada la se-

gunda toracoscopia, únicamente exploratoria, y el mismo día de la primera reinsuflación, que fué de 150 centímetros cúbicos. La neumolisis se había practicado cuarenta días antes, y el mecanismo de esta perforación, de curso tan breve y benigno, que se cierra espontáneamente en veinticuatro horas, habría de imputarse a una sutil dislaceración pulmonar, provocada por el desplazamiento que el gas de la reinsuflación haya ocasionado en la cavidad pleural, desprendiendo alguna fina brida o alguna escara de coagulación, que en este caso sería menos probable, por lo tardía.

La perforación pulmonar puede ocurrir también en el momento de la intervención, bien al seccionar la adherencia, caso el más frecuente, cuando no se haya hecho un adecuado diagnóstico del tipo de adherencia y exista tejido pulmonar en su interior, como en las adherencias tipo tercero de Maurer, o bien que se haya punzado el pulmón al introducir el trocar, caso éste menos frecuente y que suele pasar desapercibido para el operador. El accidente es siempre grave, pues si la perforación ocurre en zona de parénquima pulmonar infiltrado o con ulceraciones es difícil el cierre espontáneo de la fístula, pudiendo instalarse un neumotórax valvular a presión, que conduce en corto espacio de tiempo a la insuficiencia cardíaca.

Forsee, en 16 intervenciones, observa tres perforaciones tardías, una de las cuales, muy semejante a nuestra observación número 14, se produce dos días después de una reinsuflación de 600 centímetros cúbicos de gas, y las otras dos coinciden con accesos de tos o movimientos bruscos.

El exudado suele seguir la mayoría de las veces a la neumolisis intrapleural, pero su importancia es diversa, pudiendo dividirlos, con Unverricht, en los siguientes grupos: primero, pequeños exudados, que a menudo sólo llenan el seno costodiafragmático, y que desaparecen en algunos días, son de observación muy frecuente, yendo acompañados de ligera reacción febril, de dos a cuatro días de duración; segundo, exudados serosos grandes que pueden comenzar, como en el caso anterior, y en los que poco después se observan los síntomas generales propios de los grandes derrames. La duración es de algunas semanas; tercero, empiemas que pueden subseguir a los tipos anteriores de exudados al cabo de una semana, o se desarrollan rápidamente, a consecuencia de una perforación en el curso de la intervención, y que son en muchos casos los responsables de las muertes tardías por la operación de Jacobaeus. En su colosal estadística de cerca de 3.000 intervenciones aparecen grandes exudados 311 veces, de los cuales 97 sin fiebre. La gran mayoría de ellos los observa durante los catorce primeros años de su práctica. Suponiendo que la disminución de esta complicación últimamente observada sea debida al empleo profiláctico de aceite intrapleural.

Los exudados que siguieron a nuestras intervenciones pertenecen casi en su mayoría al grupo primero de Unverricht. Sólo pueden catalogarse en el segundo grupo los consecutivos a perforaciones pulmonares, pero cursaron de forma benigna, como exudados puramente tuberculosos. La citología en los exudados recientes estaba expresada por una neutrofilia manifiesta, mientras que en los exudados de más antigüedad se observó marcada linfocitosis, que en algún caso se elevó al 92 por 100.

Los empiemas, que suelen ser consecutivos a las per-

foraciones pulmonares, y que han sido observados alguna vez por Unverricht, Diehl, Kremer, Moore, etc., no aparecieron en nuestras observaciones.

El enfisema subcutáneo es la complicación consecutiva a la intervención más frecuentemente observada, siendo su presentación la regla. Casi sin excepción apareció en todos nuestros casos. Su curso es benigno de ordinario, y en el espacio de diez a quince días suelen reabsorberse. En algunas circunstancias se refieren casos de provocar una sínfisis pulmonar rápida (Douady y Meyer). Jullien, Hirschberg, Triboulet, comunican un caso de voluminoso enfisema subcutáneo que requirió la intervención quirúrgica.

El enfisema mediastínico del cual no hemos observado ningún caso es una complicación grave y suele seguir a la sección de adherencia con base de implantación extensa, o bien al enfisema subcutáneo extenso. Cova ha observado varios casos, en que comienza en las regiones laterales del cuello, bajo la aponeurosis, y que se extiende por las fosas supraclaviculares y supraespinosas, acompañándose de dolores retroesternales y de turgencia de las venas del cuello.

Más raramente se han descrito otras complicaciones, como las lesiones del simpático, produciendo un síndrome de Horner, observadas por Unverricht y Zimmerman, y las parálisis frénicas y del recurrente descritas por Lowys Doaudy y Kanony.

Fiebre o ligera febrícula durante varios días es frecuente observar en la mayoría de los casos.

IX

RESULTADOS

Para el estudio de los resultados vamos a examinar primero algunas de las estadísticas más importantes, y luego analizaremos los obtenidos en nuestras observaciones, comentando, siquiera sea brevemente, los puntos que no lo hubieran sido hecho en capítulos anteriores.

La mortalidad de la operación de Jacobaeus es reducidísima. Ulrici ha perdido solo cinco enfermos entre unos 700 operados, esto es, el 0,7 por 100, y de ellos tres de empiema consecutivo a perforación pulmonar, y fallecieron al cabo de algunas semanas; de los dos restantes, en uno sobrevino la muerte a causa de una embolia gaseosa, originada en una vena intercostal erosionada, y en el otro dos horas después de la operación, de trastornos cardíacos (sin que se hubiera producido en este caso ni hemorragia ni perforación pulmonar).

Diehl y Kremer, de 317 casos operados dan también una mortalidad de 0,7 por 100; bien es verdad que una gran parte de estos casos están también incluidos en la estadística de Ulrici.

Vemos, pues, que una mortalidad de 0,7 por 100 carece prácticamente de significación, si consideramos que los cinco casos de muerte de la estadística de Ulrici (dos, la embolia y el accidente cardíaco), pueden ocurrir en cualquier otra intervención, restando solo las tres perforaciones pulmonares como casos imputables a la operación de Jacobaeus. Ello no obstante, no hay que olvidar los casos de muerte inmediata por hemorragia que figuran en otras estadísticas y que ya fueron citados anteriormente.

Por lo que respecta a los resultados clínicos obtenidos

mediante la neumolisis intrapleurale, da Unverricht las siguientes cifras:

De 334 casos con sección completa de las adherencias, en 264 se obtuvieron resultados favorables inmediatos, esto es, en el 79 por 100; de 103 enfermos con sección incompleta de las bridas, en 35, ó sea en el 33,9 por 100, se alcanzaron los mismos favorables resultados. Después de un período de dos a nueve años de terminado el tratamiento por neumotórax, comprobó: de 247 enfermos con cauterización incompleta de las adherencias, 15, ó sea el 61 por 100, estaban prácticamente curados o con capacidad para el trabajo, y murieron de tuberculosis 67, esto es, el 27 por 100; de 49 enfermos en que se hizo cauterización incompleta, estaban prácticamente curados 16, ó sea el 32 por 100, mientras que fallecieron 18: el 36 por 100.

Concretando estos datos, resulta: que la comprobación de que el 61 por 100 y el 32 por 100 de los enfermos con sección completa e incompleta de las adherencias, respectivamente, en total, 56,7 por 100, tienen capacidad para el trabajo después de un período de dos o nueve años de abandonado el neumotórax, enseña los beneficios que pueden obtenerse de la práctica de la operación de Jacobaeus, pues aun cuando el 27 por 100 y el 36 por 100 fallecieron de tuberculosis en condiciones idénticas de intervención y de tiempo, cabría preguntarse a qué número se hubiera elevado el porcentaje de muerte si en ninguno de los casos se hubiese practicado la neumolisis intrapleurale.

De gran trascendencia, por la cuantía de la cifra (la estadística mayor del mundo), son los datos que muy recientemente (marzo del 35) comunica nuestro maestro Unverricht, después de sus veinte años de experiencia, y durante los cuales ha practicado 2.893 intervenciones. De ellas, en 2.210, ó sea el 84 y medio por 100, se logró un neumotórax completo, y en 683 casos solamente pudo conseguirse una sección parcial de las adherencias, obteniéndose neumotórax completo en el 32 por 100.

Coulaud, de una experiencia de 331 casos, obtiene los siguientes resultados: desaparición de los bacilos de Koch de la expectoración, 50 por 100; mejorías, 21,4 por 100; estacionario, 28 por 100; agravaciones, 0,6 por 100.

Diehl y Kremer, de 272 intervenciones, observan: resultados perfectos en el 63 por 100; resultados parciales, 8 por 100; fracasos, en el 21 por 100; agravaciones, en el 8 por 100.

Entre nosotros, Sayé, de 37 casos, logra curación total en el 59 por 100; curación parcial, 8 por 100; estacionarios, 29 por 100, y resultados desfavorables, en el 4 por 100.

Con relación al grado de colapso logrado, Güllbring, en sus 442 casos, obtiene: colapso mediastínico, 73 por 100; colapso hiliar, en el 23 por 100; colapso incompleto, 4 por 100. Por tanto, colapso prácticamente útil, en el 96 por 100 de los casos.

Con respecto al número de intervenciones practicadas, Sayé ha efectuado en 23 casos una sola operación; en cinco casos, dos operaciones; en cuatro casos, tres operaciones, y en cinco casos, cuatro operaciones.

Güllbring, en sus 442 casos, ha efectuado, en el 87 por 100, una sola intervención; en el 11 por 100, dos operaciones, y solamente en dos casos ha efectuado cua-

tro operaciones; en un caso ha efectuado tres, y en otro, cinco intervenciones.

Nuestro número total de observaciones comprende 20 enfermos, en los cuales se han practicado 24 toracoscopias, y de ellos 19 han sido seguidos de sección de adherencias.

La neumolisis bilateral se practicó en un enfermo, y se han efectuado dos operaciones en otros dos enfermos portadores de neumotórax bilaterales.

Por lo que se refiere a nuestros resultados, y con el fin de que puedan ser analizados más fácilmente, hemos reunido en dos cuadros algunos de los datos que juzgamos más importantes y que han sido entresacados de la casuística.

Y así, en el cuadro primero consideramos en primer lugar la antigüedad del neumotórax, donde se observa que siete enfermos fueron operados entre uno y medio y tres meses; siete, entre cuatro y seis y medio meses, y solamente cuatro después de los diez meses, uno de los cuales era portador del neumotórax más de dos años. La razón de haber intervenido tan tardíamente a estos enfermos es ajena a nuestra voluntad, pues habían ingresado en el sanatorio con el neumotórax establecido desde esa larga fecha. Por tanto, en el 77 por 100 de nuestras observaciones se efectúa la neumolisis antes de los seis meses, como aconsejan la mayoría de los autores, y aun en la mitad de éstos, antes de los tres meses, o sea intervención precoz, que es la tendencia actual.

Estudiando ahora la clase de neumotórax y el colapso pulmonar que se obtuvo mediante la operación, vemos: que 10 veces el neumotórax era parcial, y nueve subtotal y después de la neumolisis solamente queda un neumotórax parcial, esto es, no modificado por la intervención; ocho, neumotórax (totales, selectivos y colapsos mediastínicos), y 10 subtotales. Son considerados colapsos totales aquellos en que el pulmón está completamente replegado sobre hilio, y subtotales los que alguna adherencia le impide este extremo grado de colapso, siendo en muchas ocasiones un colapso mediastínico, que prácticamente también suele resultar suficiente.

Del examen de la baciloscopia, que es el dato de más valor, puesto que expresa la actividad lesional, se deduce: tres enfermos aparecen en el cuadro con análisis de esputos sin bacilos de Koch, pero como puede observarse, el caso número 3, que no tiene bacilos por homogeneización del esputo antes de la intervención, resulta positivo por inoculación al cobaya después de la neumolisis, que fué incompleta por imposibilidad de alcanzar una brida del vértice, y, naturalmente, como no surgió complicación alguna postoperatoria, debe considerarse la baciloscopia igualmente positiva antes de la intervención, y por tanto, resulta: que 16 casos, o sea el 88,8 por 100, tenían bacilos de Koch en el esputo, y dos, esto es, el 11,2 por 100, carecían de ellos antes de ser efectuada la operación. A los dos meses de practicada ésta, los resultados de los análisis de la expectoración son los siguientes: 12 enfermos con expectoración sin bacilos de Koch, o sea el 66,6 por 100, y en los seis restantes, esto es, el 33,3 por 100, la expectoración persiste bacilífera. Como queda dicho, los resultados son inmediatos (los más recientes a los dos meses de practicada la neumolisis, lo que puede considerarse en relación con otras estadísticas ya referidas (Coulaud, Diehl, Kremer, Sayé) como resultados muy favorables, toda vez que en

algunos de nuestros casos abrigamos aún la esperanza de que se consiga la inactividad lesional sin ninguna otra intervención complementaria en plazo no largo. (Observación número 15.)

En los dos enfermos sin expectoración bacilífera antes de la intervención, fué efectuada ésta para completar el colapso pulmonar, finalidad obtenida prácticamente en los dos.

Del análisis del cuadro segundo se deducen los siguientes resultados: comparando la imagen radiológica de las adherencias con la verdadera obtenida mediante la exploración endoscópica, se comprueba el escasísimo valor de la radiografía, para la indicación operatoria de la neumolisis, puesto que de las 19 intervenciones efectuadas, en 15 las imágenes endoscópicas y radiológicas eran diferentes, bien en el número de adherencias existentes, bien en su naturaleza (el 79 por 100), y tan sólo en cuatro se aproximaban lo bastante para que las hayamos calificado de semejantes.

Respecto de la técnica operatoria, como trabajamos con el instrumental de Naurer, hemos dispuesto siempre de la diatermocoagulación y del galvanocauterio, para emplearlos combinados o aisladamente, según las indicaciones.

De las 19 intervenciones, en 11 se ha utilizado solamente la técnica mixta, es decir, coagulación diatérmica de las adherencias y sección galvánica consecutiva; en una se empleó el galvanocauterio únicamente (técnica de Jacobaeus), y en los siete restantes, las adherencias anchas y fibrosas se desprendieron con la técnica mixta y los cordones y finas membranas con el galvanocauterio.

Comoquiera que en ningún caso tuvimos que lamentar complicación inmediata grave (hemorragia o perforación pulmonar), sobre las que es necesario fundamentar las ventajas o inconvenientes de uno u otro método, y estos han sido utilizados en proporciones no comparables, no podemos, en puridad, pronunciarnos por uno u otro sistema de liberación de las adherencias. Si bien, necesario es resaltar que nuestras complicaciones tardías, tres perforaciones pulmonares, dos de ellas acompañadas de hemorragia, acaecieron en casos cuyas adherencias se habían seccionado mediante la diatermocoagulación y al galvanocauterio combinados, y con toda verosimilitud debe incriminarse al desprendimiento de la escara de coagulación diatérmica la causa del accidente.

Por otra parte, las adherencias habían sido sólo parcialmente seccionadas, y además, no se procedió de igual modo con otras adherencias en las que se utilizara sólo la técnica de Jacobaeus—enteramente lógica, ya que nuestras observaciones no son experimentales—pero será necesario hacer entrar en juego aquel otro factor que puede poner al abrigo de toda crítica el método de cauterización, y nos referimos a si debe o no considerarse acertada la técnica de seccionar sólo en parte y mediante el método mixto las adherencias. En nuestras manos resulta poco correcto el proceder, pero como Matson, Maurer, Brissaud, lo han utilizado con éxito para la elongación progresiva de las adherencias, habrá de buscarse la concurrencia de circunstancias especiales en nuestros casos, dependiente de las características anatomopatológicas de las adherencias.

La capacidad vital, que es un guía de extraordinaria importancia en los casos de neumotórax bilateral, pues una reducción por debajo de 1.000 centímetros cúbicos

no suele ser soportada sin trastorno respiratorio, nos da los siguientes resultados: en seis casos no varía sensiblemente, y en 12 sufre variaciones, cuya amplitud oscila desde 100 hasta 1.600 centímetros cúbicos. Las modificaciones de la capacidad vital, como se ve (cuadro primero), guardan bastante relación con las variaciones experimentadas por el grado de colapso pulmonar postoperatorio.

CUADRO 1.º

Número de la observación	Antigüedad del pneumotórax	Clase de pneumotórax	Colapso logrado con la operación	Bacilos de Koch antes de la operación	Bacilos de Koch después de la operación
1	14 meses.	Parcial.	Subtotal	+	o
2	26 —	Subtotal.	Subtotal más completo	+	+
3	18 —	Subtotal.	Subtotal	o	+
4	3 —	Parcial.	Subtotal	+	o
5	3 —	Parcial.	Selectivo	+	o
6	5 —	Parcial.	Subtotal	+	o
7	4 —	Subtotal.	Total	+	o
9	3 —	Subtotal.	Subtotal más completo	o	o
10	5 —	Parcial.	Subtotal	+	o
11	6 —	Subtotal.	Subtotal	+	+
12	2 —	Subtotal.	Total	+	o
13	1½ —	Subtotal.	Total	+	o
14	6 —	Parcial.	Parcial	+	+
15	2 —	Subtotal.	Total	+	+
17	5 —	Subtotal.	Total	o	o
18 ^{1.ª} 2.ª	6 — 6½ —	Parcial. Parcial.	Subtotal Subtotal	+	+
19	10 —	Parcial.	Subtotal	+	+
20	3 —	Parcial.	Subtotal	+	o

En una de nuestras observaciones (número 9), la capacidad vital se reduce en un 50 por 100, sin producir la más ligera alteración del estado del enfermo, que, además, tenía su completa capacidad de trabajo. En la observación número 19, un enfermo portador de neumotórax bilateral queda su capacidad vital reducida a 1.000 centímetros cúbicos, que, desde luego, no produce alteración alguna, pero en estas condiciones no se puede intentar la práctica de la neumolisis del otro pulmón.

El enfisema subcutáneo lo observamos 17 veces, que fué siempre leve, reabsorbiéndose en un plazo de diez a quince días, y tres veces no se presentó esta complicación.

El curso postoperatorio fué seguido en 13 operaciones de febrícula, entre 37 1/2° y 38° durante dos a cuatro días; en tres casos no hubo esta reacción, o solamente alguna décima, y en los otros tres restantes en que ocu-

CUADRO 2.º

Número de la observación	Comparación de las imágenes radiográficas y endoscópicas	Diatermocoagulación y galvanocauterio combinados	Galvanocauterio	COMPLICACIONES	Curso del exudado	Reducción de la capacidad vital
1	Difiere	»	»	Febrícula. Existía exudado.	Desaparece	400 cc.
2	Difiere	»	...	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	No varía
3	Igual	»	»	Febrícula. Enfisema subcutáneo.	...	No varía
4	Difiere	»	...	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Persiste. BK = 0	250 cc.
5	Igual	»	...	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	700 cc.
6	Difiere	»	...	Febrícula.	...	500 cc.
7	Difiere	»	»	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Enfisema tardío.	Persiste. BK +	700 cc.
9	Difiere	»	»	Febrícula. Enfisema subcutáneo.	...	1.600 cc.
10	Difiere	»	...	Perforación pulmonar y hemorragia graves tardíos. Fiebre de 39°. Enfisema subcutáneo.	Persiste exudado ligero seroso. BK +	No varía
11	Igual	»	...	Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	No varía
12	Difiere	»	»	Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	No varía
13	Difiere	»	»	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	100 cc.
14	Difiere	»	...	Fiebre. Enfisema subcutáneo. Exudado ligero. Perforación pulmonar tardía.	Persiste. BK +	No varía
15	Difiere	»	»	Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	400 cc.
17	Igual	...	»	Enfisema subcutáneo. Aumento ligero exudado.	Desaparece	250 cc.
18 ^{1.ª}	Difiere	»	...	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Exudado ligero.	Desaparece	650 cc.
18 ^{2.ª}	Difiere	»	...	Febrícula. Enfisema. Exudado ligero.	Desaparece	
19	Difiere	»	...	Febrícula. Enfisema subcutáneo. Existía exudado ligero.	Persiste. BK 0	600 cc.
20	Difiere	»	...	Fiebre. Enfisema. Perforación pulmonar y hemorragia leve tardíos.	Persiste exudado fibrinoso. BK +	500 cc.

rrieron perforaciones pulmonares el accidente fué acompañado de fiebre por encima de 38 1/2°.

Respecto de la aparición de exudados a consecuencia de la intervención que, según Maurer, guardaría tan estrecha relación con la técnica empleada, y que para él se presentarían con mayor frecuencia utilizando el galvanocauterio que la diatermocoagulación, obtenemos nosotros los siguientes resultados: la operación se efectuó en tres casos con leves exudados preexistentes que cubrían el seno costodiafragmático, de los cuales en dos desapareció definitivamente a los pocos meses y en uno persiste, es seroso, de color amarillo claro y no contiene bacilos de Koch por siembra en medio de Loewenstein. En tres casos no apareció la más leve cantidad de exudado, y en los 13 restantes se presentó el exudado a consecuencia de la intervención, pero en 10 el líquido llenaba únicamente el seno.

En los enfermos en que ocurrieron las perforaciones, los exudados ascendieron en algún caso hasta el tercero y cuarto espacio intercostal.

Después de transcurridos dos meses de practicada la última intervención, había desaparecido el exudado en

10 casos y persistía en seis, los cuales eran flúidos, amarillentos y transparentes, y sólo uno era ligeramente turbio, habiéndose comprobado en cuatro la presencia de bacilos de Koch, una vez solo por análisis directo, y los otros mediante inoculación al cobaya y siembra en medio de Loewenstein. Es necesario, pues, destacar que ni aun en los casos en que ocurrió la perforación pulmonar y la hemorragia, el exudado se hizo purulento ni hubo infección mixta, y que nuestros exudados, puramente tuberculosos, se presentaron con una frecuencia del 22 por 100.

Diferencia notable con otras estadísticas (Moore), donde la perforación pulmonar ha sido seguida casi siempre de empiema tuberculoso o séptico.

Nos abstenemos de presentar una relación entre las formas anatomoclínicas de la tuberculosis y las adherencias pleurales, porque no podemos ofrecer una exactitud diagnóstica, ya que la mayoría de nuestros enfermos enviados por los dispensarios ingresaron con el neumotórax establecido.

De la misma forma, no presentamos agrupadas la localización preferente de las adherencias, porque nuestra

experiencia coincide con las ya consagradas de otros observadores, de localizadas el 95 por 100 de los casos en el lóbulo superior.

X

CONCLUSIONES

1.^a La toracoscopia es un medio sencillo e inocuo de exploración de la cavidad pleural, cuya práctica está autorizada en todo neumotórax artificial que lo requiera.

2.^a El examen endoscópico de la cavidad pleural presta valiosa ayuda en el diagnóstico de la localización de las perforaciones pleuropulmonares, así como para el estudio de la naturaleza, evolución y pronóstico de las diversas reacciones exudativas pleurales.

3.^a La endoscopia establece con certeza la forma, localización y naturaleza de las adherencias pleurales para la práctica de la neumolisis, deduciendo las indicaciones reales de esta operación. Los datos radiológicos aportan en principio solamente la indicación endoscópica.

4.^a La transluminación de las adherencias revela el contenido de las bandas y bridas fibromembranosas gruesas, deduciendo su operabilidad y marcando la conducta a seguir, para evitar complicaciones.

5.^a La neumolisis intrapleurale es un método complementario obligado de la terapéutica por el neumotórax artificial; cuando éste es ineficaz por adherencias, ya que en nuestra experiencia se logra inactivar al 66,6 por 100 de los enfermos (Sayé, 59 por 100; Coulaud, 50 por 100; Diehl y Kremer, 63 por 100).

6.^a La técnica mixta diatermocoagulación y galvano-cauterio combinados es el método de elección en las adherencias fibrosas anchas, tiendas y bandas, por la seguridad que ofrece previniendo las hemorragias. Las adherencias membranosas finas, los hilos y cordones son tributarios del procedimiento primitivo de Jacobaeus.

7.^a La persistencia de la expectoración bacilífera en un enfermo tres meses después de instaurado el neumotórax artificial impone la práctica de la endoscopia y de la neumolisis intrapleurale.

8.^a En los enfermos con hemoptisis persistentes, aun después de instaurado el neumotórax, es aconsejable la práctica precoz de la intervención.

9.^a Todo colapso pulmonar insuficiente por adherencias, aun cuando la expectoración no contenga bacilos de Koch, debe ser completado por la neumolisis, en evitación de complicaciones.

10. El neumotórax bilateral ineficaz es justificable, asimismo, de la doble neumolisis intrapleurale, prestando en estos casos valiosa ayuda la capacidad vital para decidir el momento oportuno de cada intervención.

11. Cuanto más reciente sea el neumotórax, mayor es la eficacia de la neumolisis, resultando al mismo tiempo más sencilla su ejecución y menos expuesta a complicaciones.

12. La sección incompleta de las adherencias resulta peligrosa, especialmente si el pulmón queda suspendido de la adherencia parcialmente seccionada, ya que puede desgarrarse y ocasionar hemorragias y perforaciones pulmonares.

13. Las complicaciones secundarias, enfisema subcutáneo y exudados que cubren seno costodiafragmático carecen de importancia práctica.

14. Las perforaciones pulmonares y las hemorragias

son accidentes graves que ponen en peligro la vida del enfermo.

15. La mortalidad de la operación de Jacobaeus, que es reducidísima, según otros autores (Ulrici, 0,7 por 100), resulta nula en nuestra experiencia.

(Continuará.)

La insuficiencia del corazón y la tuberculosis pulmonar

POR

MANUEL ALGORA NIETO

Nos referimos en este artículo únicamente a la tuberculosis pulmonar crónica del hombre.

Sabemos que la estrechez de la arteria pulmonar predispone, por dificultad circulatoria, a la tuberculosis pulmonar, y se la ve desarrollarse en el pulmón izquierdo en ciertos casos de aneurisma aórtico que comprime la rama izquierda de la arteria pulmonar.

Sabemos también que la tuberculosis pulmonar crónica comienza casi siempre en el vértice, y ello hace pensar que existe a nivel de esa región una predisposición local. Aun en circunstancias normales está demostrado que los vértices no respiran tan ampliamente como las demás regiones del pulmón, y que en ellos la fosa espiratoria está especialmente dificultada. Esta ventilación insuficiente determina una circulación sanguínea y linfática defectuosa.

Asimismo sabemos que en la insuficiencia del corazón hay una disminución de la velocidad de la corriente sanguínea en el pulmón y un éxtasis sanguíneo que producen una deficiente ventilación pulmonar.

Como vemos, en la insuficiencia del corazón existe una dificultad en la circulación y ventilación pulmonar, al igual que sucede en los vértices y en la estenosis de la arteria pulmonar, y, por lo tanto, podemos decir que en la mayoría de los casos la tuberculosis pulmonar tiene como causa coadyuvante para su desarrollo una insuficiencia del corazón.

Viene a confirmar la idea de que la insuficiencia del corazón es causa coadyuvante en la producción de la tuberculosis pulmonar el que la alimentación insuficiente y el exceso de trabajo, que se consideran por todos los autores como causas predisponentes de la tuberculosis pulmonar, son consideradas en patología cardíaca como formas clínicas de insuficiencia del corazón.

Lógicamente, hay que pensar que tratando la insuficiencia del corazón, la tuberculosis pulmonar se curará o mejorará; y, en efecto, así sucede, pues el régimen higiénico-dietético de la tuberculosis pulmonar no es otra cosa que el tratamiento de la insuficiencia del corazón.

El reposo, que es el más poderoso recurso de que dispone el médico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, obra evitando la fatiga del corazón y la insuficiencia circulatoria, con lo cual la circulación pulmonar se modifica, mejorándose.

La cura de ejercicio que se emplea cuando el equilibrio se ha restablecido la interpretamos como la cura de terrenos aconsejada en los cardiopatas por Oertel en el período de tolerancia de las enfermedades del corazón.

El empleo de la dieta hipoclorurada, tan defendido por Saner Cruch, el cual dice: "El que ha presenciado la mejoría y aun la curación completa centenares de veces

en casos graves y desahuciados por la influencia del régimen de Gerson, no podrá menos de hacer todo lo posible para ayudar a conseguir la adopción universal de este método terapéutico tan eficaz."

Interpretando la acción del régimen declorurado con arreglo a la mecánica circulatoria, sabemos que en la asistolia existe una fuerte y persistente retención hidroclorurada, que fué puesta de manifiesto por Achard y Loepper por la prueba de la cloruria provocada.

También, como en los enfermos del corazón, deberemos limitar en cuanto nos sea posible la ingestión de líquidos. Los trabajos de diferentes autores, Hermann, Aoïfer, Laucly, etc., ponderan la acción curativa de la dieta seca.

Por lo expuesto, nosotros consideramos el régimen higiénicodietético de la tuberculosis pulmonar como el de la insuficiencia del corazón.

Pero, además del régimen higiénicodietético, existen otros tratamientos que se emplean con éxito en la cura de la tuberculosis pulmonar, y para explicar esto vamos a establecer una comparación entre lo que sucede en la cistitis y en la tuberculosis pulmonar.

La clínica demuestra que la infección llevada a la vejiga no basta para provocar su inflamación.

Si se inyecta en la vejiga de un perro un cultivo microbiano, la orina vuelve a ser aséptica al cabo de algunas horas, sin que haya sobrevenido cistitis.

Pero si se determina retención de orina ligando la verga de ese animal doce horas, o también, bien si se araña la mucosa vesical de manera que se provoque la caída del epitelio, o si se provoca una congestión intensa de la pared vesical por ingestión de cantáridas, se declara una cistitis intensa. El papel de la retención, traumatismos y congestión, está demostrado experimentalmente.

En la tuberculosis pulmonar crónica del hombre, la penetración de bacilos en el pulmón no basta para producir la afección, porque el pulmón dotado de aparato linfático sano consigue eliminar, destruir o reducir al estado latente a los bacilos aspirados.

El bacilo no basta para crear la enfermedad: es necesario que haya una *dificultad circulatoria*, y la más frecuente es la que se crea a consecuencia de la insuficiencia del corazón.

Vemos, pues, cómo la dificultad circulatoria hace en la tuberculosis pulmonar el papel que en la cistitis hace la retención urinaria.

En esquema, diremos que, para tratar una cistitis, primeramente trataremos la retención causante de la infección, y a esto se añade un tratamiento de las lesiones que se han creado en la mucosa vesical, y para tratar la tuberculosis pulmonar, el principal recurso es tratar la insuficiencia del corazón causante del desarrollo de la enfermedad en la generalidad de los casos, y, además, tratar las lesiones que se han creado en el pulmón por procedimientos adecuados.

Alcalá de Guadaira, 2 julio 1936.

BIBLIOGRAFIA

- BEGAUN, BOURGEOIS, etc.: "Patología quirúrgica".
BAERMEISTER: "Enfermedades del pulmón".
BOMBERG: "Tratado de enfermedades del corazón y de los vasos".

PERIODICOS MEDICOS

F. HOLTZ.—*La insuficiencia de las paratiroides y su tratamiento.*

La hipofunción de las paratiroides puede ser de origen operatorio, espontánea (mejor dicho, de causa desconocida) y consecutiva a tuberculosis. Hay un gran número de casos abortivos que permanecen latentes durante muchos años. Para su diagnóstico se utiliza la determinación del Ca en la sangre; normalmente hay 9,5 a 11,0 miligramos en 100 centímetros cúbicos, y el calcio coloideo y el inonizado están en la relación de 1 : 1. Esta última determinación tiene, contra lo que se creía, escaso valor diagnóstico. La cifra de la calcemia dista de estar en relación directa con la gravedad de la tetania. El tratamiento por la vitamina D es inútil y puede ser peligroso, pues es capaz de provocar hiperavitaminosis por sus efectos acumulativos. Lo útil es el tratamiento con hormonas (parathormon o A. T. 10, que el autor prefiere por ser alemana). El A. T. 10 tiene la ventaja de poderse administrar por vía oral. En esta forma, sus efectos se hacen sensibles al segundo o tercer día, alcanzando su máximo al quinto o sexto, y desapareciendo al cabo de una semana. Las hormonas en inyección manifiestan su actividad a las dos o tres horas, alcanzando su máximo a las doce o veinticuatro, y el efecto desaparece al tercer día.

Las experiencias en perros demostraron que entre hormona del paratiroides y hormonas femeninas existían relaciones indudables: las hormonas sexuales eran antagonistas de la paratiroidea. En la mujer se ha observado que durante el embarazo, las dosis normales de hormona paratiroides eran ineficaces, y había que dar dosis cuádruples y quintuples. Al llegar el puerperio se restablecía lentamente la normalidad.

Más útil que la busca de la calcemia es la exploración de la excitabilidad nerviosa para hacer diagnósticos precoces de tetania latente. Una sacudida al cierre, en el cátodo, con intensidades menores de cinco miliamperios, es suficiente, según algunos, para asegurar el diagnóstico. En cambio, la exploración de la cronaxia no da cifras útiles.

La hormona suprime todo síntoma de hiperexcitabilidad nerviosa, tanto sensitivo como motor, así como los trastornos psíquicos. Sus efectos son notables para combatir la reducción del campo visual y disminución de la agudeza. También es muy útil para combatir los accesos de jaqueca y epilepsia debidos a espasmos vasculares tetanoideos, que se diagnostican por el descenso de la calcemia, que persiste de veinticuatro a cuarenta y ocho horas. Del mismo modo debe ensayarse en los ataques de angina de pecho por espasmo de las coronarias, siendo útil para hacer el diagnóstico el examen del electrocardiograma, que da la exageración de la S. T. y la disminución del pico T. Otras manifestaciones de la insuficiencia de las paratiroides son: fragilidad y caída del cabello, eczemas, intertrigo herpetiforme, opacidades del cristalino y trastornos de la pigmentación. Es necesario hacer diagnóstico precoz de las opacidades del cristalino, pues su tratamiento por la hormona sólo es eficaz en el comienzo. En cambio, la tetania pura de los niños es

más bien debida a la avitaminosis D que a la insuficiencia de paratiroides.

Para aplicar el tratamiento es preciso tantear la susceptibilidad del enfermo, y a ese fin conviene hacer determinaciones de calcemia antes de empezar el tratamiento, dar hormona por vía oral y determinar la calcemia a los seis días. La dosis previa de hormona debe ser de 10 a 15 centímetros cúbicos, y sólo en los casos graves y urgentes se darán de primera intención dosis de 40 a 50 centímetros cúbicos.—(Sociedad Médica de Berlín, sesión del 18 de febrero de 1936.—*Die Medizinische Welt*, 1936, núm. 16.)—F. G. D.

EULOGIO RENEDO RUIZ.—*El uroselectan en urología.*

Debido al gran interés que este trabajo tiene para los urólogos, no dudamos en copiar íntegras sus conclusiones:

- 1.^a La inyección de uroselectan va seguida de poliuria en los sujetos normales o que tienen un riñón sano.
- 2.^a Esta poliuria es más intensa generalmente en la primera media hora que en las medias horas restantes.
- 3.^a La poliuria observada es debida exclusivamente a la acción de dicha substancia sobre el epitelio renal.
- 4.^a Después de la inyección de uroselectan se observa un aumento de la densidad de la orina en los sujetos normales o que tienen un riñón sano.
- 5.^a Este aumento es debido únicamente a la eliminación por la orina del uroselectan inyectado.
- 6.^a En sujetos normales hemos observado que el aumento de la densidad de la orina dura un período que oscila generalmente entre dos y cuatro horas. En la mayor parte de los casos la duración ha sido alrededor de las dos horas, y muy rara vez ha llegado hasta las cuatro.
- 7.^a En sujetos cuyo funcionamiento renal no es normal, este período es mayor, dependiendo su duración de la mayor o menor proporción en que esté alterado dicho funcionamiento.
- 8.^a En los sujetos con buen funcionamiento renal la máxima densidad se alcanza durante la primera media hora, algunas veces durante la segunda.
- 9.^a La altura alcanzada por la densidad de la orina está en estrecha relación con la cantidad de orina eliminada, influyendo en esta última condición el régimen a que haya sido sometido el enfermo antes de la inyección de uroselectan.
10. A consecuencia de la inyección de uroselectan se produce un descenso de la eliminación de urea y cloruros por la orina.
11. Creemos erróneos los procedimientos de dosificación del uroselectan en la orina basados en el aumento de la densidad de la misma, aun haciendo las correcciones que el Prof. Ascoli efectúa.
12. Creemos haber hallado un método fácil y cómodo para dosificar el uroselectan en la orina, que sirve para estudiar el funcionamiento renal.
13. La eliminación del uroselectan está en estrecha relación con el funcionamiento renal, siendo la eliminación tanto más lenta cuanto mayor sea el grado de deficiencia renal.
14. En los sujetos normales la eliminación de una ampolla de uroselectan—15 gramos de substancia—se

termina prácticamente entre las dos y tres horas siguientes a la inyección.

15. En los sujetos con deficiencia funcional este período se alarga, siendo mayor cuanto más profunda sea la disminución de la función.

16. En los sujetos normales la máxima eliminación se produce durante la primera media hora, descendiendo rápidamente las medias horas siguientes, eliminándose 11 gr. en dos horas de los 15 gr. inyectados.

17. En los individuos con gran alteración funcional de su aparato urinario el momento de máxima eliminación es sumamente variable.

18. Creemos necesario, para una mejor obtención de pielogramas descendentes con uroselectan, privar a los enfermos de líquidos desde dos horas antes de la obtención de la prueba.

19. En los sujetos con buen funcionamiento renal, la pielografía debe hacerse a los quince minutos de la inyección intravenosa de uroselectan.

20. Cuando el funcionamiento renal está algo disminuido, la obtención de la pielografía descendente debe hacerse entre los veinticinco y los treinta minutos de la inyección de uroselectan.

21. Cuando el funcionamiento renal está muy alterado, no es posible precisar el momento de la obtención del pielograma. En estos casos debe obtenerse una primera pielografía a los treinta minutos de la inyección de uroselectan, que se repetirá a los sesenta si la primera no fué lo suficientemente demostrativa.

Al trabajo, que fué calificado con la más alta nota, acompaña una muy numerosa y moderna bibliografía. ("Tesis doctoral de la Facultad de Medicina de la Universidad Central." Año 1936.)—J. H.

D. KULENKAMPF.—*Diagnóstico de las enfermedades pulmonares.*

Las divide en dos grupos: uno, en que las enfermedades se han producido por aspiración de productos, y el otro, en que se han producido por vía sanguínea.

Entre éstas, da particular importancia a las enfermedades que se producen a consecuencia de embolias, cuyo punto de partida puede estar en las más diversas partes del organismo. Las embolias no siempre dan el cuadro típico de la gran embolia, sino que, muchas veces, principalmente cuando son de pequeño tamaño y múltiples, adoptan la forma de una neumonía o de una bronconeumonía, con su cuadro característico de colapso, esputos hemorrágicos, etc., otras veces se enmascaran con la producción de exudados pleurales. El número de estas enfermedades resulta muy inferior al generalmente admitido cuando se hace bien el diagnóstico de trombosis. Es necesario pensar en ellas cuando existe, además, una apendicitis, colecistitis, anexitis, enfermedad del estómago, varices de las piernas, etc. Como terapéutica, da un excelente resultado la autohematoterapia. Es muy conveniente el empleo de narcóticos, que actúan favorablemente, tanto en el caso de embolias como en el de espasmos localizados, que dan un cuadro parecido, pero más pasajero y variable. Es necesario emplear también espasmolíticos, y, como en ambos procesos existe hipermia, hay que recurrir a la fisioterapia: compresas de Pressnitz, baños, ventosas secas y escarificadas. El otro grupo de enfermedades es producido por la aspiración de substancias propias o extrañas al organismo. La in-

fección aerógena se produce por una necrobiosis, y es el resultante de una variación de alguno de los dos factores—organismo y bacterias—que están en simbiosis.—(*Med. W.*, 936, 23, 1936.)—M. B.

P. KOURÍ, J. G. BASNUEVO y R. ARENAS.—*Contribución al conocimiento del ciclo evolutivo del "strongyloides stercoralis"*.

En un gran número de coprocultivos del "strongyloides stercoralis", los autores señalan algunas particularidades presentadas por estos parásitos en Cuba, así como hacen una contribución al conocimiento de la fase extrahumana del ciclo evolutivo de dicho parásito.

Las larvas rabaditoides se comportan de distinta manera en los coprocultivos, según la procedencia de las heces y a igualdad de procedencia, según las distintas muestras de excretas emitidas por el mismo enfermo.

En sus coprocultivos, los autores encuentran, en ocasiones, larvas strongiloides envainadas, pero, posteriormente, éstas abandonan la vaina.

Las larvas rabaditoides crecen, antes de mudar, para transformarse en formas sexuadas o en larvas strongiloides.

En uno de los coprocultivos, que evolucionó durante ocho meses, obtienen numerosas generaciones del parásito, observando que en las últimas generaciones se producen solamente larvas rabaditoides y hembras rabaditoides ovíferas, no encontrándose ni larvas strongiloides ni machos, lo que les hace pensar que el parásito se convirtió en animal de vida absolutamente libre, y la hembra, en partenogética. Estas últimas hembras se hacían cada vez más pequeñas, disminuyendo paulatinamente su fecundidad, pues a cada nueva generación dichas hembras ovíferas contenían un menor número de huevos intrauterinos.

Los machos, aparecidos en el comienzo del mismo coprocultivo, presentaron, a más de dos espículas y el gorguete, cuatro cerdas postanales y dos preanales.

El trabajo se encuentra ilustrado con trece grabados, en su mayoría micrografías, y un esquema, originales. En la segunda parte del trabajo hacen un estudio de los caracteres diferenciales entre larvas de necator americano y de "strongyloides stercoralis", frecuentemente asociados en Cuba. Muestran las distintas hembras encontradas en sus coprocultivos y los caracteres de la extremidad posterior del macho, de acuerdo con sus observaciones personales.—(*Revista de Parasitología, Clínica y Laboratorio*, vol. II, núm. 1, Habana, enero-febrero 1936, pág. 1.)—M. A. C.

H. REICHEL.—*Valor práctico de la velocidad de sedimentación de las hemáties.*

Esta reacción, utilizada desde hace dieciocho años, ha dado lugar a más de dos mil publicaciones. Es rápida, no necesita instrumental costoso y todo médico puede hacerla en su consulta. Los resultados obtenidos con diferentes métodos y aparatos no son comprobables, por lo que conviene que cada médico use siempre el mismo. La velocidad es independiente de alimentación, menstruación y hora del día. De ordinario, se hace con una mezcla de tres partes de sangre y una de solución de citrato sódico al 3,8 por 100.

Depende principalmente del valor relativo de las dife-

rentes fracciones de la albúmina, aumentando cuando predominan las globulinas y fibrinógeno, y disminuyendo cuando prima la albúmina. Todos los procesos en que hay destrucción exagerada de albúminas aumenta la velocidad de sedimentación. En el embarazo y en diversas enfermedades, que aumentan la permeabilidad de los capilares, la albúmina, que tiene moléculas más pequeñas, los atraviesa y va al plasma intersticial, mientras que las globulinas y el fibrinógeno, de moléculas más gruesas, quedan retenidos en la sangre, con lo que la velocidad de sedimentación aumenta. En las supuraciones, la velocidad aumenta con la cantidad de pus. En las personas normales, el éxtasis provocado por una venda en un miembro no influye en la velocidad de sedimentación; pero, en los que padecen o son propensos a las inflamaciones serosas, sí. Los procesos inflamatorios, las necrosis, las destrucciones de tejidos y la proteinoterapia, determinan aceleraciones; pero si el proceso inflamatorio es superficial y los exudados salen al exterior—bronquitis, úlcera ventricular—, no se acelera la sedimentación. Aumenta en el puerperio, en el que el útero pasa, en seis semanas, de un peso de 900 gramos al de 50 a 60. En las infecciones, aumenta, y todavía más al presentarse complicaciones—orquitis en las parótidas, bronconeumonía en la gripe—. En estos casos, el aumento de la velocidad de sedimentación precede a los signos clínicos de la complicación. En la tuberculosis sirve para medir la extensión de los procesos exudativos. En las pleuresías, se exagera, si ésta reaviva un foco tuberculoso, y desciende en el momento de la resorción del exudado. En la trombosis de las coronarias queda normal en las primeras veinticuatro horas, y después se exagera; en los accesos de estenocardia aumenta, aunque el electrograma quede normal. Está aumentada en la mesaortitis luética, y es normal en las arteriosclerosis sin lesión de miocardio.

Queda normal el primer día de las apendicitis agudas. Cuando se diagnostica clínicamente apendicitis y hay sedimentación acelerada, en el primer día, debemos pensar en una participación de colecistitis o anexitis. También es normal en las ictericias catarrales y parenquimatosas, y en las provocadas por el salvarsán, y está aumentada en la ictericia congénita de los niños. Normal en las hipertónías, se acelera en las nefritis agudas y crónicas, siendo un buen medio de diagnóstico diferencial. Exagerada en la tuberculosis renal, queda normal en las cistitis tuberculosas, dando el carácter superficial del proceso.

Sirve para hacer diagnósticos diferenciales entre parálisis general y sífilis cerebral (con sedimentación acelerada) y la arteriosclerosis cerebral (sedimentación normal). En cambio, no sirve para diagnósticos precoces de tumores, pues la exageración de sedimentación sólo se inicia con la destrucción de tejidos. Sólo el *ulcus serpens* acelera la sedimentación en las enfermedades del ojo; cuando ven oftalmías con sedimentación exagerada, hay que pensar en procesos secundarios por leucemias, artritis, nefritis, etc.

La sedimentación acelerada contraindica la proteinoterapia; la movilización de las articulaciones tuberculosas, la terapia activa en las laringitis bacilares, y debe hacerse con cautos antes de emprender un neumotórax. (*Sociedad Médica de Viena*, sesión del 24 abril 1936. *W. m. W.*, 1936, núm. 18.—F. G. D.

R. ELLIS y W. PAYNE.—*"Glycogen disease". (En enfermedad de v. Gierke o Hepatomegalia glicogénica.)*

Dan cuenta los autores de cinco casos de observación personal de esta enfermedad, cuyo diagnóstico se hace con mucha más frecuencia a medida que va siendo más conocida.

Se trata de casos muy típicos que representan un gran retraso en el desarrollo con respecto a los niños normales de su misma edad. El abdomen, sumamente aumentado, debido a la gran hipertrofia del hígado, que en algunos casos desciende muy cerca del pubis. El corazón y los riñones son, con frecuencia, hipertróficos, por depositarse también en ellos gran cantidad de glucógeno. Existen signos de insuficiencia hepática, principalmente en lo que se refiere al metabolismo hidrocarbonado. La insuficiencia del miocardio se manifiesta frecuentemente por cianosis. No suelen aparecer síntomas de insuficiencia renal. En algunos casos, existe obesidad; pero otros, en cambio, son enfermos muy delgados. La ictericia, que se produce en estos casos con relativa frecuencia, es, sin duda, debida a la facilidad que encuentran para desarrollarse los gérmenes productores de la ictericia catarral, dado el mal metabolismo hidrocarbonado. No han encontrado hirsutismo ni hiperpigmentación, descritos en otros casos de la literatura.

Los caracteres químicos son: La existencia de gran cantidad de glucógeno en el hígado y otros órganos; la presencia de acetona en la orina, sobre todo por la mañana, después del ayuno nocturno; la hipoglucemia en ayunas, y el aumento del glucógeno sanguíneo. Falta la hiperglucemia adrenalínica, y existe un retardo en la desaparición de la hiperglucemia, provocada por la ingestión de glucosa. (Hipercolesterinemia.)

De las tres hipótesis defendidas para explicar la patogenia de esta enfermedad, que son: la existencia en estos enfermos de un glucógeno distinto del normal, o bien, de un glucógeno normal combinado anormalmente en las células, o, por último, de que se trate de una mala movilización del glucógeno, por estar disminuidas las enzimas, tienden los autores a aceptar esta última, puesto que también está retardada la formación de glucógeno a partir de la glucosa ingerida, en cuyo proceso intervienen los mismos fermentos. (*The Quarterly J. of Med.*, 31-IV-1936.)

CARLES, MASSIERE y BARÓN.—*Sobre un caso de curación de absceso de pulmón tratado por el benzoato de sodio intravenoso.*

El tratamiento médico de las supuraciones pulmonares es muy discutido. No se puede negar la eficacia de algunas medicaciones específicas: la emética, en los abscesos de origen disintéricos; el neo, en casos de asociación fusospirilar; el suero antigangrenoso, en las colecciones pútridas. Pero la vacunoterapia, la sueroterapia, la tintura de ajos, las inyecciones intravenosas de tripaflavina, la cura de sed, las inyecciones intravenosas de alcohol, etc., dan resultados muy discutidos.

En un caso hemos utilizado las inyecciones intravenosas de benzoato de sodio, según aconseja Goldkorn. (*Presse Médicale*, núm. 102, 21 diciembre 1935.)

Mujer de cuarenta años, con absceso de pulmón, rebelde a un tratamiento mediante inyecciones intravenosas

de alcohol al 10 por 100, en días alternos; a quince inyecciones intramusculares de 2 cc. de azufre coloidal. Es cuando, con agravación del estado general se inician las inyecciones intravenosas diarias de 20 cc., de una solución de benzoato de sodio al 20 por 100, según el método de Goldkorn; dosis suficientemente provocadora de síntomas de saturación; sensación de calor en cabeza y pecho y percepción de olor aromático. A partir de la tercera inyección, la temperatura desciende progresivamente, para llegar a la normal a la tercera. Los esputos se vuelven mucosos; su cantidad disminuye, y el olor no es fétido. Después de veintidós inyecciones de alcanfor-guayacol, la apirexia persiste, el apetito renace, la enferma no tose, y persiste una mejoría progresiva, tanto local como general. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 3 mayo 1936, año 57, núm. 18, pág. 283.)—M. A. C.

A. RAVINA.—*Tratamiento de la sarna por el benzoato de bencilo.*

Dice cómo el tratamiento de esta afección es de siempre el azufre, si bien presenta el inconveniente de ser muy irritante; en cuanto a los polisulfuros de potasio, que lo son menos, también son mucho menos activos. En cuanto al bálsamo del Perú, de buenos e indiscutibles efectos, sobre todo en los niños, es muy caro.

Parece ser que la acción antiparasitaria del bálsamo del Perú parece unida al benzoato de bencilo que contiene, y Kissmeyer considera a éste como el tratamiento de elección de la sarna. El ha usado este tratamiento en su servicio; la aplicación debe hacerse general, y es casi siempre tan sólo necesaria; no suele dar lugar a irritaciones, y la piodermitis no es una contraindicación.

El tratamiento consiste en una fricción con jabón por todo el cuerpo, dada en un baño a 38°; al salir del mismo el enfermo se le pincela con la siguiente fórmula:

Benzoato de bencilo.....	} aa 50 gr.
Alcohol de 90°.....	
Jabón blando.....	

Con esta cantidad suele haber suficiente para una persona; la fricción debe practicarse muy fuertemente. (*La Presse Médicale*, núm. 13, miércoles 12 febrero 1936.)—J. H.

W. LÓPEZ ALBO.—*Un caso de psicosis coreica tratado por violeta de genciana.*

La corea suele acompañarse de disturbios mentales, que algunas estadísticas sobrepasan el 50 por 100 de las observaciones y en mayor o menor intensidad y gravedad sintomática.

Hemos tenido la oportunidad de prestar asistencia a una enferma de corea y disturbios psíquicos, en la que hemos empleado, con efectos al parecer rápidos, el tratamiento por medio de violeta de genciana.

Por el estado de la enferma, que se negaba a todo intento de exploración, no fué posible administrar por vía endovenosa el violeta de genciana; se inyectaron cada cuatro días cinco centímetros cúbicos del colorante al 1 por 100. Después de la tercera inyección, la remisión sintomática fué completa, y la curación, definitiva. (*Revista Clínica de Bilbao*, abril 1936, año XI, núm. 4, página 251.)—M. A. C.

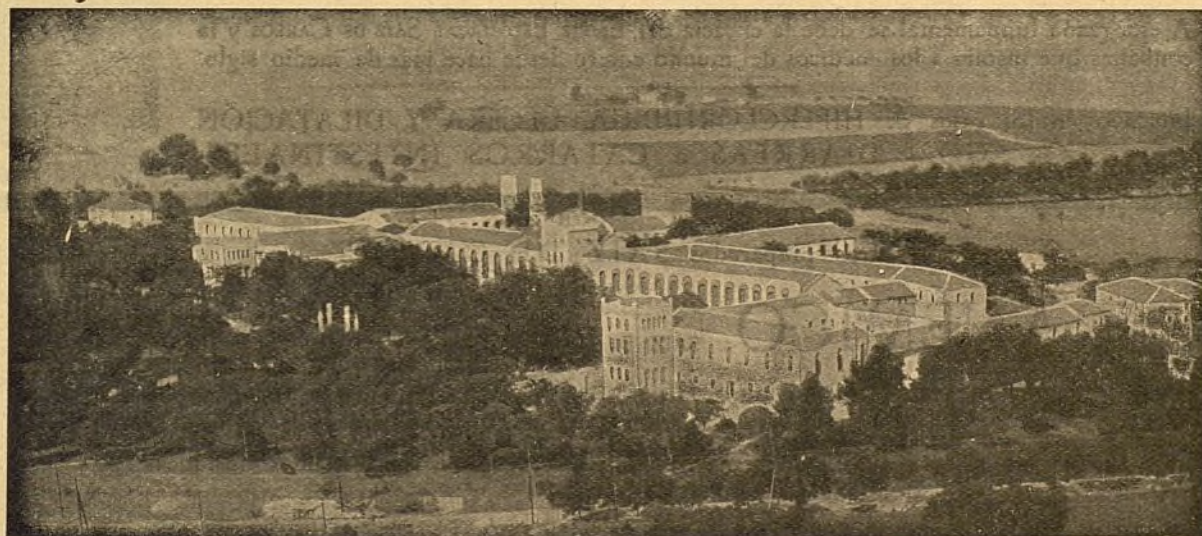
LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Draeger.



SANATORIO PSIQUIATRICO
ESQUERDO
FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. . . { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20

Elixir Estomacal



SAIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Citrato de bismuto soluble, 30 centigramos; Extracto de quina, 5 centigramos, y Alcalinos, para cada cucharada grande.

DILUYA una pequeña cantidad del producto en igual porción de agua, y añadidas unas gotas de solución diluída de ácido clorhídrico, se forma un precipitado coloidal de sales bismúticas.

ESTA es una reacción análoga a la que se produce en el estómago, al ponerse en contacto el medicamento con el jugo gástrico, quedando tapizada la mucosa por este precipitado coloidal de bismuto, con una homogeneidad imposible de conseguir con el uso de medicamentos sólidos (tabletas, polvos, etcétera), aún empleados a grandes dosis.

A esta razón fundamental se debe la eficacia del ELIXIR ESTOMACAL SÁIZ DE CARLOS y la confianza que inspira a los médicos del mundo entero desde hace más de medio siglo.

INDICADO en los casos de HIPERCLORHIDRIA, ÚLCERA Y DILATACIÓN DE ESTÓMAGO y DIARREAS o CATARROS INTESTINALES.



166

Otros preparados SÁIZ DE CARLOS:

NEURANÉMICO SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Yoduro ferroso puro, Hipofosfito de sodio, Hipofosfito de cal, Nucleol, Quinina y Tintura de nuez vómica, en forma de jarabe.

INDICACIONES: Anemia, Neurastenia, Histerismo, Raquitismo, Pérdidas fosfáticas y Menstruación difícil.

PURGATINA SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Aloes, Ruibarbo y Podofilino, en forma de comprimidos.

INDICACIONES: Estreñimiento, estados biliosos.

QUINOFEBRINA SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Quinina, Azul de metileno, Citrato de hierro y Genciana, en forma de comprimidos.

INDICACIONES: Fiebres palúdicas.

PIDAN MUESTRAS A **LABORATORIOS SÁIZ DE CARLOS**, SERRANO, 28.-MADRID

Núme

La fun
rantia

SUMAR
Tertulia.

BO

Se

La
terio d
mediat
Institu
discipli
disuelta

He
portan
de la A
distrito
ro que
plantea
Dice

MINIS

Habi
serto en
debidan

La
toda la
guno d
rriente
dicalme
nido su
nuestro
consona
tre esta
tural, la
trucción

Tenie
de Min
y Bellas

Veng
Artic

publicac
dependi

Bellas

demia

San Fe

y Natur

cas y la

Entre

tas Aca
drán ba

pasará a
tivo.

Todos

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional. Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana. — Disposiciones oficiales. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Se disuelve la Academia Nacional de Medicina y se crea el Instituto Nacional de Cultura

La *Gaceta* del día 16 publica un Decreto del Ministerio de Instrucción Pública en el cual se dispone la inmediata disolución de las Academias y la creación de un Instituto Nacional que comprende en sus secciones las disciplinas que fueron cometido de las Corporaciones disueltas.

He aquí el texto de la disposición oficial, cuya importancia es grande para las clases médicas, que, además de la Academia Nacional, contaban con las Academias de distrito, sobre las cuales nada se dice en el Decreto, pero que suponemos entren en la reforma general que se plantea por el Ministerio.

Dice así el Decreto:

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Habiéndose padecido error de copia en el Decreto inserto en la *Gaceta* de 16 del actual, se reproduce íntegro, debidamente rectificado.

DECRETO

La honda transformación que está experimentando toda la vida de nuestro país no puede detenerse ante ninguno de los organismos oficiales de la cultura. Esta corriente transformadora obliga a suprimir o modificar radicalmente, en su función, instituciones que habiendo tenido su razón de ser en otras épocas de la historia de nuestro país, han quedado anquilosadas o no están en consonancia con la marcha de la vida social de hoy. Entre estas instituciones se encuentran, en el terreno cultural, las Academias dependientes del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Teniendo esto en cuenta, de acuerdo con el Consejo de Ministros y a propuesta del de Instrucción Pública y Bellas Artes,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Quedan disueltas, desde la fecha de la publicación del presente Decreto, todas las Academias dependientes del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; a saber: la Academia Española, la Academia de la Historia, la Academia de Bellas Artes de San Fernando, la Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, la Academia de Ciencias Morales y Políticas y la Academia Nacional de Medicina.

Entretanto se da a los edificios y patrimonio de estas Academias la aplicación oportuna, aquéllos se pondrán bajo la custodia directa del Ministerio, del cual pasará a depender también todo su personal administrativo.

Todos los miembros de estas Academias, cualquiera que

sea su carácter o título de su designación, cesarán en sus funciones.

Artículo 2.º Se crea un Instituto Nacional de Cultura, al que pasarán, adscribiéndose a sus respectivas Secciones, todos los bienes muebles e inmuebles, legados, fundaciones, premios y todo el patrimonio en general perteneciente en propiedad o en patronato a las Academias que quedan disueltas.

Las partidas que en el Presupuesto vigente del Estado se hallan consignadas para las distintas Academias serán libradas a favor de las Secciones correspondientes del Instituto Nacional de Cultura.

Artículo 3.º El Instituto Nacional de Cultura estará regentado por una Junta directiva constituida por un presidente y un secretario general y por los directores y secretarios de las distintas Secciones del Instituto.

Artículo 4.º El Instituto Nacional de Cultura se compondrá de las siguientes Secciones:

Lengua y Literatura. (Esta Sección se denominará "Academia Española de Lengua y Literatura".)

Historia.

Ciencias Sociales.

Medicina.

Ciencias Matemáticas y Físico-Químicas.

Ciencias Naturales.

Bellas Artes.

Cada una de estas Secciones estará regida por una Junta directiva compuesta de presidente y secretario.

Artículo 5.º Los puestos de Dirección del Instituto Nacional de Cultura y de sus Secciones se proveerán por designación del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Artículo 6.º El número de miembros de cada Sección no podrá ser inferior a quince ni exceder de veinticinco. Para la constitución de las distintas Secciones del Instituto Nacional de Cultura, sus miembros serán designados libremente por el Ministerio. Las vacantes que se produzcan después de constituido el Instituto Nacional de Cultura se proveerán por elección dentro de cada una de sus Secciones.

Artículo 7.º La función del Instituto Nacional de Cultura y de sus diversas Secciones será la de dirigir y orientar como organismo supremo de la cultura española todas las actividades culturales, científicas, artísticas, docentes y de investigación de nuestro país; fomentar la producción científica y artística en su propio seno, asesorar al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes en los altos problemas de la cultura y presidir todas las actividades de los Centros de Ciencia, cultura y enseñanza de España.

La Junta directiva del Instituto Nacional de Cultura procederá, con la máxima urgencia, a determinar la organización interna que haya de darse a este organismo y a cada una de sus Secciones dentro de las normas gene-

rales del presente Decreto, y someterá al Ministerio, en término de un mes, el proyecto de Reglamento por que haya de regirse el Instituto Nacional de Cultura.

Artículo 8.º El Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes dotará al Instituto Nacional de Cultura de todos los medios necesarios para el cumplimiento de su elevada misión científica y cultural, dándose a estos medios la distribución adecuada a la organización que trace el futuro Reglamento.

Dado en Madrid a quince de septiembre de mil novecientos treinta y seis.—MANUEL AZAÑA.—El Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, *Jesús Hernández Tomás*.

DISPOSICIONES OFICIALES

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

DECRETOS

De acuerdo con el Consejo de Ministros, a propuesta del de Trabajo, Sanidad y Previsión, y en virtud de lo prevenido en los Decretos de la Presidencia del Consejo de Ministros de 21 y 31 de julio último,

Vengo en decretar la cesantía, con separación definitiva del servicio y pérdida de todos sus derechos y cargos que se citan, de los funcionarios siguientes:

Don Angel Castresana Guinea, médico oculista radiólogo en el Instituto Oftálmico Nacional; D. Jacinto Valentín Gamazo, médico oftalmólogo auxiliar en el Instituto Oftálmico Nacional; D. Agustín Galiana, médico auxiliar en el Manicomio de Leganés; D. Antonio Martín Vegue, médico supernumerario residente en el Manicomio de Leganés; D. Saturnino Moreno Llop, practicante de primera del Cuerpo de Practicantes de la Beneficencia general, con destino en el Manicomio de Leganés, y D. Nicolás Armesto López, celador de departamento del Manicomio de Leganés.

Dado en Madrid a doce de septiembre de mil novecientos treinta y seis.—MANUEL AZAÑA.—El Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, *José Tomás y Piera*.

(Gaceta del 13 de septiembre de 1936.)

ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Vacantes en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional dos plazas de Jefes de Negociado de segunda clase por ascenso de don Francisco Borja Martín y D. Federico Emilio Bravo a la categoría inmediata superior,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que D. Antonio Bencomo Maciá, Director de Sanidad Exterior del Puerto de la Cruz, y D. Emilio Baeza Alonso, Inspector provincial de Sanidad de Teruel, Jefes de Negociado de segunda clase que se hallaban en comisión en la de tercera, pasen a ocupar las expresadas vacantes a los efectos de percibo de los haberes de 7.000 pesetas anuales correspondientes a su categoría efectiva, que le serán abonadas con cargo al capítulo 1.º, artículo 1.º, grupo 14, concepto único, sección 3.ª, del presupuesto vigente y con las efectividades de 7 de junio y 9 de agosto último, respectivamente.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 6 de septiembre de 1936.—P. D., *Jesús Jiménez*.—Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

Ilmo. Sr.: Dispuesta por Orden de 8 de diciembre de 1933 la vuelta al servicio activo en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y en su cargo de Director del Sanatorio Marítimo de Oza, de D. Rafael Fernández y Fernández, con la categoría de Jefe de Administración civil de tercera clase del expresado Cuerpo, en comisión en la de Jefe de Negociado de primera en tanto se producía vacante en la anteriormente citada, y habiéndose producido por fallecimiento de D. Gabriel Ferret Obrador,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que D. Rafael Fernández y Fernández ocupe, en cumplimiento de la mencionada Orden, la expresada vacante a los efectos del percibo de los haberes correspondientes a la categoría que le fué reconocida en la misma y con la efectividad a dicho fin de 17 de junio último.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 6 de septiembre de 1936.—P. D., *Jesús Jiménez*.—Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

(Gaceta del 13 de septiembre de 1936.)

Ilmo. Sr.: Vacantes en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional dos plazas de Jefe de Negociado de primera clase, por ascenso de D. Rafael Fernández y Fernández y fallecimiento de D. Rafael Estébanez León,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que D. Francisco Borja Martín y D. Federico Emilio Bravo, números 1 y 2 de la categoría inmediata inferior, asciendan a la expresada de Jefe de Negociado de primera clase, con el haber anual de 8.000 pesetas, que percibirán con cargo al capítulo 1.º, artículo 1.º, grupo 14, concepto único, sección 3.ª, del Presupuesto vigente y con las efectividades de 7 de junio y 9 de agosto últimos, respectivamente, quedando confirmados en los cargos de Subdirector de Sanidad Exterior de Alicante y Director de Sanidad Exterior de Port-Bou, que actualmente desempeñan.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 6 de septiembre de 1936.—P. D., *Jesús Jiménez*.—Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

(Gaceta del 15 de septiembre de 1936.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Desde el domingo último se vienen produciendo numerosos casos de catarros de las vías respiratorias altas, de poca importancia, salvo la inevitable molestia.

En los niños hay frecuentes impétigos y subsisten las piodermitis.

CRONICAS

"Inmunidad".—Esta obra sobre higiene es el mejor libro del ilustre Dr. Manuel Martín Salazar (con un folleto del Dr. Marañón). 20 pesetas ejemplar. Pedidos, a EL SIGLO MEDICO.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplar. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Sil - Al Silicato de aluminio, fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, VALENCIA - J. Gayoso, MADRID

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres Gráficos. Altamirano, 58. Madrid.

Para

VERO
Laboratorio



LI
Compr

Impide
das y
hace,
lidad.
dejand
para

El ap

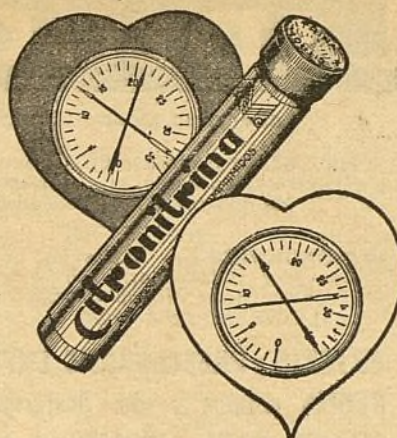
LA
VER

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos.*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

Vergés & Oliveres



CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrato sódico y la hipoviscosa del citrato.

INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

Composición por comprimido: Citronitrato sódico, 0'10. Citrato sódico, 0'40. Sustancia inerte, c. s.

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosis corriente, 3 comprimidos.

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

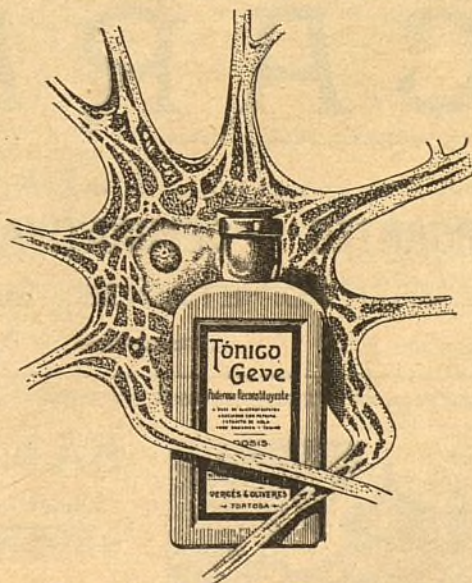
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

TÓNICO "GEVE"

Granulado a base de glicerofosfatos asociados a la kola y con pepsina



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

Dosis. *Adultos:* Cucharadita de las de café, bien llena, después de la comida y cena.—*Niños:* Mitad dosis.

Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

Aceite yodado francés a 54 centigr. de yodo puro por centi-cúbico (cubo) sin ningún rastro de cloro de una tolerancia casi ilimitada.

INDICACIONES. — Todas las del yodo, de los derivados yodados orgánicos y yoduros, sin sus inconvenientes; ningún yodismo, ninguna acción congestiva sobre el pulmón.

ARTERIO y PRESCLOROSIS, ENFISEMA, ASMA, REUMA crónico y que desforma, LUMBAGO, CIATICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO, SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.

FORMAS FARMACÉUTICAS :

Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.

Cápsulas : 0 gr. 20 de yodo puro por cápsula (2 a 3 por término medio por 24 horas).

Emulsión : 0 gr. 20 de yodo por cucharadita pequeña.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :

André GUERBET & C^{ie}
22, Rue du Landy
Saint-Ouen - París

Solo se ha de aceptar el producto que lleve el marbete "AZUL"

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9,
Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias : B. APOLINARIO Farmaceutico, Las Palmas.

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA El mejor desinfectante intestinal

Simblosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximun de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

En gastroenteritis, tóxicas diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de notable éxito

LACTOBULGARINA

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANA

« LA FAVORITA »

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI
MADRID



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

y luego, aprisa y sin cesar, se dió media docena de puñadas en el Rostro y en las Narices, que se las bañó todas en sangre. (Cap. XXVII, 2.^a) Hallándose en Barcelona visitando las galeas, sigue Sancho sin poder dominarse, pues: *Pensó que el cielo se desencajaba en sus quicios y venía a dar sobre su cabeza, y, agobiándola, lleno de miedo, la puso entre las piernas.* (Cap. LXIII, 2.^a) Este golpe de la entena también sorprende a Don Quijote, quien *...se estremeció y encogió de hombros y perdió la color del Rostro.* (Cap. LXIII, 2.^a) También Don Quijote siente los efectos del trisplánico al oír del cura la aventura de los galeotes. Frente a las insinuantes palabras de su censor y amigo, al hidalgo *...se le mudaba la color a cada palabra.* (Cap. XXIX, 1.^a) En la misma capital de Cataluña, todos los que con Don Quijote presenciaban la respuesta de la cabeza encantada hacen que Cervantes diga: *...aquí sí que fué el erizarse los Cabellos a todos de puro espanto.* (Cap. LXII, 2.^a), demostrando con ello un miedo colectivo.

Los efectos del simpático en determinados instantes no se le ocultan al excelso escritor, pues dice que, al oír el nombre de Fernando Cardenio, *mudó la color del rostro y comenzó a trasudar con tan grande alteración..., sin hacer otra cosa, no obstante los temores del cura y el barbero, que trasudar y estarse quedo.* (Capítulo XXVI, 1.^a) Ante las geniales salidas de Sancho en el castillo de los Duques, *púsose Don Quijote de mil colores, que sobre lo moreno le jasaban y se le parecían.* (Capítulo XXXI, 1.^a) En otro grandioso pasaje que se desarrollaba en el me-

una ventana esperando los acontecimientos.

FISIOLOGISMO DERMOMUSCULAR Y HÁBITO FUNCIONAL.

Del todo permanente, que es la característica de los maseteros durante la vigilia, hace fe Sancho al aplicar acertadamente este refrán: *Qué mejores que entre dos muelas cordiales, nunca pongas los pulgares.* (Capítulo XLIII, 2.^a) El reintegro que hace el sistema músculoestriado a su habitual funcionamiento, tras prolongada inmovilidad, no lo deja en el ol-

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)
● INYECTABLE ●

vido, pues leemos de Don Quijote que, *lo primero que hizo, fué estirarse todo el cuerpo* (Cap. XLIX, 1.^a) (cuando salió de la jaula). Lo mismo hace notar después del sueño: *Despertó y esperezóse, sacudiéndose y estirándose los perezosos miembros.* (Cap. LXVIII, 1.^a) De qué modo cuesta gran trabajo al organismo hecho a delicadezas amoldarse a la rigidez de la naturaleza los señala de mano maestra, después de realzar la hermosura de Luscinda, con sus cabellos, *que pudieran los del sol tenerles envidia, y sus manos, semejantes a pedazos de apretada nieve, cuando al intentar huir del cura y el barbero, no pudiendo sufrir los delicados pies la aspereza de las piedras, dió consigo en el suelo.* (Cap. XXVIII, 2.^a)

Subraya la acción continua del dinamismo natural por boca de Sancho, quien dice a los Duques: *Yo he oído decir que esto que llaman Naturaleza es como un Alcaller que hace vasos de barro, y el que hace un vaso hermoso, también puede hacer dos y tres y ciento* (Cap. XXX, 2.^a) (dice Sancho al hablar a los Duques). La adaptación de nuestra economía, después de un aprendizaje, se patentiza con claridad suma en esta tan graciosa como sencilla aseveración: *Esta Ciencia (la del rebuzno) es como la del nadar, que, una vez aprendida, nunca se olvida...* (Capítulo XXVII, 2.^a) De cómo la locuacidad influye en las glándulas digestivas lo

que hemos hablado se nos pegan al paladar las lenguas, pero yo traigo un despegador pendiente del arzón de mi caballo...» (Cap. XIII, 2.^a) Este consejo dióle el escudero del Bosque.

DEMENCIA Y SUGESTIÓN.

Para Sancho, la normal satisfacción de las perentorias necesidades digestivas era la principal prueba de la normalidad mental y de la no dependencia del cerebro o factores extraños. Así, él dice a sus acompañantes, obstinándose en que su amo no va en la jaula sometido a encantamiento: *El tiene entero su juicio, él come y bebe y hace sus necesidades como los demás hombres, y como las hacía ayer, antes que le enjaulasen.* (Cap. XLVII, 1.^a) Grandes congojas debió de pasar, teniendo que reprimir en parte los deseos imperiosos de los emuntorios naturales, pues al preguntarle Sancho: *...¿le ha venido gana y voluntad de hacer aguas mayores y menores, como suele decirse?* Después de decir que no entiende, al comprender, contesta: *Sí, y muchas veces, y ahora la tengo; sácame deste peligro, que no anda todo limpio.* (Cap. XLVII, 1.^a) Por eso, al salir de la jaula se apartó con Sancho en remota parte, de donde vino más aliviado. (Cap. XLIX, 1.^a)

VÍAS RESPIRATORIAS.

La necesidad para cantar de tener limpio de secreciones el conducto aéreo, no se le escapa a Cervantes. Por esto, cuando Don Quijote toma la vihuela para corresponder a las estrofas que le dedicara Altisidora, hace notar que *escupió y remondóse el pecho.* (Cap. LVI, 2.^a)

(Continuará.)

ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

són sabemos que: *Paróse colorada con las razones de Sancho, Dorotea, porque era verdad que su esposo, don Fernando, alguna vez, a hurto de otros ojos, había cogido con los labios parte del premio que merecían sus deseos...* (Cap. XLVI, 1.^a) La emoción también impide la emisión de sonidos articulados. Tal ocurrió a la condesa Trifaldí, según cuenta Don Quijote: *Turbéme, pegóseme la voz a la garganta y quedé mohina en todo extremo.* (Cap. XXXIX, 2.^a) Señala también la emotividad sobre el músculo cardíaco, como cualquier médico dedicado hoy a la especialidad deportiva, pues no pierde la ocasión de hablar de los sobresaltos que dió el corazón (Cap. XXVI, 1.^a) mientras Cardenio se ocultaba en el hueco de

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico
ALCALA, 88. — MADRID

ve con claridad meridiana quien esto leyere: *Escupía Sancho a menudo, al parecer, un cierto género de saliva pegajosa y algo seca, lo cual, visto y notado por el caritativo y bosqueril escudero, dijo: «Paréceme que de lo*

Clases y medios de transformación artificial de los átomos

Por el Dr. WALTHER BOTHE

Profesor del Instituto de Física del "Kaiser Wilhelm-Institut für Medizinische Forschung", Heidelberg.

El fenómeno de la transformación artificial de los elementos fué descubierto en el año 1919 por Rutherford. En este caso, transformación artificial significa exactamente lo mismo que los alquimistas llamaban transmutación, es decir, la conversión de un elemento químico en otro. Dado que, como hoy sabemos, el carácter químico de un elemento tiene su base en el núcleo atómico, se trata, en realidad, de la transformación de éste. La transmutación del núcleo del nitrógeno, descubierta por Rutherford, se manifiesta porque cuando dicho gas es bombardeado por rayos alfa (veloces núcleos de helio emitidos por sustancias radiactivas) expulsa protones (es decir, nú-

TERTULIA MEDICA

cleos del hidrógeno ordinario). La denominación entonces elegida, «desintegración atómica», ya no es adecuada desde que se sabe que en la estructura nuclear entran en cierta parte las partículas alfa en sustitución de los protones expulsados (Blackett). Por consiguiente, se verifica un cambio o permuta de componentes del núcleo que en el caso del nitrógeno lo convierte en una especie de oxígeno.

El vertiginoso desarrollo que en los últimos años ha sufrido este campo fenomenológico hace que ya no se trate de un interesante fenómeno particular, sino de procesos que poseen casi la misma generalidad que los procesos químicos ordinarios. Por tanto, con toda razón se habla ya hoy de una *química nuclear* y de *reacciones nucleares*. Por otra parte, esta química ha debido quedar, por el momento, en manos de los físicos, pues

sólo una energía relativamente baja, que se les puede comunicar artificialmente por medio de tensiones eléctricas elevadas (Cockroft y Walton, Kirchner, Döpel y otros).

Tales *reacciones de sustitución*, en las cuales un componente del núcleo es reemplazado por otro, están frecuentemente acompañadas de una *luminiscencia de reacción*; la luz emitida (naturalmente, invisible para el ojo humano) cae en la región espectral de los rayos gamma del radio (Bothe y Becker). Por ensayos de coincidencia ha podido ser definitivamente aclarado el mecanismo de esta luminiscencia; está ligado, como se había supuesto ya desde un principio, a la existencia de ciertos estados de excitación del núcleo en transmutación (Bothe y von Baeyer).

De origen totalmente distinto son los rayos gamma que se presentan en el bombardeo de ciertos elementos con neutrones, y en cuyo caso el neutrón es apresado por el núcleo, pero sin emitir éste partícula alguna. En este caso, la energía liberada por la unión del neutrón es emitida en forma de luz (*luminiscencia de combinación*). A tales reacciones, para distinguirlas de las de sustitución, se las puede denominar *reacciones de fijación*. Presentan dos interesantes propiedades. Por una parte, se verifican de preferencia cuando previamente se enfrena la velocidad de los neutrones de bombardeo hasta alcanzar valores termocinéticos, haciendo que dichos neutrones verifiquen trayectorias en zigzag en el seno de una substancia de bajo peso atómico, como es el hidrógeno. En relación con esto está el hecho de que estos procesos puedan ser in-

ción de rayos gamma duros (*efecto fotoeléctrico nuclear*). Esto lo han conseguido Chadwick y sus colaboradores en el hidrógeno pesado y en el berilio.

Finalmente, todavía en el litio se ha observado el caso de que una partícula alfa que cruza veloz en las proximidades del núcleo provoca en el mismo la emisión de rayos gamma sin que ocurra una transmutación propiamente dicha. Este proceso, que fué supuesto primeramente por Bothe y Becker, ha quedado demostrado por Schnetzler de un modo definitivo.

Un fenómeno secundario de ciertas transformaciones artificiales, y de cuyas consecuencias prácticas y científicas todavía no se puede saber el alcance, es la *radioactividad artificial* (Curie-Juliot, Fermi). Consiste en que el núcleo transmutado continúa desintegrándose espontáneamente, de modo análogo a como sucede

SOPA DE AGRIMAX

Sopa de "Bébé" de "Bébé"

Leche parcialmente descremada y acidificada — con la adición de Hidratos de carbono —

MAX F. BERLOWITZ. Apartado 595.-Madrid
Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos

tanto la preparación de las reacciones nucleares como la comprobación de los productos que de ellas resultan exigen todavía considerablemente el empleo de métodos e instrumentos puramente físicos.

La gran extensión actual de este campo de investigación—nada menos que 270 trabajos han aparecido sobre este tema en los últimos doce meses—se debe a que, como elementos de reacción, además de la *partícula alfa* (con doble carga) y el *protón* (con carga simple), se han hallado aún dos nuevas partículas: el *neutrón*, es decir, un núcleo del átomo de *hidrógeno pesado*, recientemente descubierto y que tiene la misma carga, pero doble masa que el protón. Como productos de reacción pueden aparecer partículas alfa, protones y neutrones, mientras que, como proyectiles transmutadores, se pueden utilizar las cuatro clases de partículas. Respecto a esto, tiene especial importancia el que, para la realización de estas reacciones nucleares, ya no estamos atendidos exclusivamente al empleo de las radiaciones muy energéticas de las substancias radiactivas; las partículas simplemente cargadas, el protón y el deuterón, para actuar con capacidad transmutadora, más bien necesitan

CARABAÑA: el mejor purgante

fluenciados por vía térmica, lo que antes jamás pudo ser hecho con los procesos nucleares. Por otra parte, esta fijación de neutrones puede ser realizada, no tan sólo en los elementos ligeros, como en las reacciones antes citadas, sino que se observa todo a lo largo del sistema periódico de los elementos. Esto tiene su explicación en que el neutrón, como partícula sin carga, no tiene dificultad alguna para penetrar en el intenso campo eléctrico de los núcleos pesados (Fermi, Lea, Fleischmann). Es muy probable que tales procesos representen un decisivo papel en la formación cósmica de los elementos. Por lo demás, parece que, en algunos casos, estas reacciones de fijación resultan también empleando protones.

Todavía se presenta un nuevo tipo de transformación por la separación de un neutrón del núcleo, por la ac-

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la EPILEPSIA. VOMITOS DEL EMBARAZO. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

con los conocidos elementos radiactivos emisores de electrones, con la única diferencia que en el nuevo proceso pueden ser también emitidos electrones positivos (*positrones*) en lugar de electrones negativos ordinarios (*negatrones*). Por el hallazgo de los elementos radiactivos artificiales ya se ha podido ensanchar en diversas direcciones nuestro conocimiento sobre el fundamento del sistema periódico de los elementos. Muy satisfactorio es que la teoría sobre la estructura de los núcleos atómicos, ya iniciada por Heisenberg, se haya mostrado hasta ahora ajustada a la realidad de los hechos.

Entre unas 130 reacciones nucleares que hasta hoy nos son conocidas, no figuran todavía todos los tipos de reacción que cabría suponer posibles según la reseña que aquí hemos dado. Así, por ejemplo, todavía no se ha observado jamás que por el bombardeo con protones queden neutrones libres. No obstante, se tienen suficientes motivos para suponer que, con ciertas plausibles excepciones, las lagunas están exclusivamente motivadas por la actual limitación de nuestros medios experimentales. En todo caso, ya se pisa hoy terreno firme en este campo de investigación.

DULCIMIDA

PASTILLAS DE 0.03 gr.

DULZOR DE RÉGIMEN

LABORATORIOS MORATÓ

TROMBYL

COAGULANTE NACIONAL

LABORATORIOS MORATÓ

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocresota soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Curiel s. A. - Aragón 228 - Barcelona

FORTUNA y FELISA

Exdependientas de Doña Pepita

Compra y venta de libros.
Especialidad en obras de texto.
BACHILLERES, DERECHO.
MEDICINA, FARMACIA, etc.

Calle del Carmen, 31 - Sucursal de Reyes, 27

Teléfono núm. 27945

«LA ESTUDIANTIL»

© Adquiera usted la colección de Monografías editadas por

EL SIGLO MÉDICO



ANÁLISIS

de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

El Problema Médico-Social de la Tuberculosis

PARA MÉDICOS Y PROFANOS

Por el Dr. TOMÁS DE BENITO

(Dispensario «Amparo Landa»)

Precio, 7,50 pesetas.



Pedidos al Apartado 121

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

El empleo de la Soja en la Panificación, acontecimiento científico inapreciable, es una patente nacional de la

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40

Teléfono 74548 -:- MADRID

¡DIABÉTICOS! ¡NATURISTAS! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

DEPÓSITOS CENTRALES: Mantequerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda.

Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAYO” - LA MEJOR AGUA DE MESA

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmías, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fistula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc.

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.

Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA -:- Rambla Moncada, 29 -:- VICH (Barcelona)

NATEINA

(Comprimidos de vitaminas ABCD y fosfato cálcico)

EVITA Y COHIBE LAS HEMORRAGIAS

(Elósegui, Pittaluga, Pi y Suñer, Niekau, Klemperer, V. Domarus, Finkelstein, V. Falkenhausen, Bjoern-Hansen, etc.)

TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LOS ESTADOS DE CARENCIA Y DE DESCALCIFICACIÓN

COADYUVANTE EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (Klemperer)

NATEINA administrada durante el embarazo evita complicaciones hemorrágicas. Administrada a la madre durante la lactancia evita y cura los estados escorbúticos del niño y asegura su desarrollo normal.

DOSIS: DE 6 A 18 COMPRIMIDOS AL DIA



NATEL

Alimento vitaminado completo, de ingestión grata y tolerancia perfecta

HARINA NATEL (Vitaminas A B C D, fosfato cálcico y harina tostada).

NATEL LACTEADO. Es una nueva forma en la que se ha sustituido la harina por leche desecada al vacío en polvo, por lo que puede emplearse en la lactancia artificial desde el primer día.

LABORATORIO LLOPIS, S. A.

Directores: F. y M. Llopis, Farmacéuticos.

Nueva dirección:

VELAZQUEZ, 28. - MADRID