



# EL SIGLO MÉDICO

## SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

### PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)

«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica» (1865)

«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 \* AÑO NOVENTA Y DOS \* 1946

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 63535

### Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.

Para los demás países: 100 pesetas al semestre

Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).

Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

### EDITOR RESPONSABLE:

**Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes**

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.

Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 21 de septiembre de 1946

NÚMERO 4.718







# Boldevón



Regulador de la función hepato-biliar por la sinergia colagoga, colerética y espasmolítica de sus componentes: boldo, evonimina, bilis de buey y belladona, en grageas

## Dosis

Una gragea después de cada una de las tres principales comidas, pudiendo doblarse en la de la noche.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
VERGÉS & OLIVERES, S. A.  
TORTOSA

C. S. 8.303



clásica en el tratamiento  
interno de las dermatosis

«Azufre y Bardana»  
justamente reivindicada y  
superada con

## Sulfolapina



## SULFOLAPINA

### COMPOSICIÓN Y FORMA

Comprimidos de azufre sublimado lavado y extracto de raíz de bardana (ââ 0'15 gramos).

### INDICACIONES

Eczemas en general. Linfatismo, escrófula y dermatosis consecutivas. Dermatosis y manifestaciones alérgicas en general. Furunculosis. Acné. Estados luéticos especiales.

### DOSIS

De uno a dos comprimidos (ordinariamente un comprimido), antes o después de cada una de las tres principales comidas.

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO  
VERGÉS & OLIVERES, S. A.  
TORTOSA

Censura Sanitaria N.º 2810



# EL SIGLO MÉDICO

## SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

Con la colaboración científica médica nacional y divulgación de la extranjera y de especialidades.

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: COLABORACIONES: *Consideraciones sobre las queratitis herpéticas. Exposición de datos clínicos*, por el Dr. José Arriaga Cantullera. *Pitiriasis versicolor acrómica*, por el Dr. José Cabral Gil. DIVULGACIONES NACIONALES: *Tratamiento quirúrgico de las úlceras duodenales bajas*, por el Dr. Joaquín García Morán. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Los progresos de la terapéutica*, por el Dr. Héctor J. Rossello. *El estudio fisiológico de la visión en Francia. El aspecto estrellado de las fuentes luminosas brillantes*, por Jean-Louis Destouches. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

## COLABORACIONES

### CONSIDERACIONES SOBRE LAS QUERATITIS HERPÉTICAS EXPOSICION DE DATOS CLINICOS

por el

Doctor JOSE ARRIAGA CANTULLERA

Comandante médico de Aviación.—Jefe del Servicio de Oftalmología.

Hasta que en 1912 GRÜTER DE MARBURGO, con sus investigaciones, no descubrió la naturaleza infecciosa del herpes, las enfermedades herpéticas en general y las oculares en particular se atribuían a las causas más diversas. Así, AUBINEAU piensa que el herpes no sería debido a un proceso tóxico o infeccioso, sino a un desequilibrio físico-químico producido por un choque anafiláctico desencadenado por diversas causas, entre ellas una infección y, particularmente, el paludismo, donde la acción anafiláctica interviene en los accesos febriles, siendo precisamente en esta enfermedad donde se da con gran frecuencia el herpes. Otros autores, para la queratitis disciforme principalmente, invocaban trastornos trofoneuróticos que conducirían a una necrobiosis de las células corneales, y la queratitis punctata epidémica se consideraba como escrófula ocular, queratitis vasomotora angioneurótica, etc. GERHARDT suponía que en el período febril del herpes las arterias dilatadas comprimirían los ramitos nerviosos del trigémino en los conductos óseos, dando con ello lugar a la aparición de las vesículas.

A partir de los trabajos de GRÜTER, logrando la inoculación positiva del herpes a la córnea del conejo, las enfermedades herpéticas entran en una nueva era, que es la de la investigación experimental, pudiéndose afirmar, después de los trabajos de LOWENSTEIN, que el virus del herpes febril es un virus filtrable, termolábil, ya que el calor a 56°

durante media hora lo destruye, así como la bilis, resistente a la desecación, no cultivable en medios desprovistos de células, virus neurotrofo y muy patógeno para el epitelio corneal, que en los animales de experimentación provoca inmunidad y en la córnea humana predisposición a la recidiva. Hasta el presente no ha sido descubierto morfológicamente con seguridad. Acerca de las inclusiones desmritas por LIPSCHÜTZ en el núcleo de las células corneales, en el herpes corneal febril y en el herpes zóster, e independientemente de él por LUGER y LAUDA, y que algún tiempo se consideraron como clamidozoos por LIPSCHÜTZ y como reacción degenerativa del núcleo, pero no específica, del virus, por LUGER y LAUDA, se identifican hoy estos corpúsculos por GRÜTER como reacción del aparato reticular de Golgi de la célula frente al virus, y en un todo análogos a los corpúsculos de GUARNIERI en la viruela, de NEGRI en la rabia, de PROWACZEK en el tracoma y de TYZZER en la varicela.

Se encuentra saprofita en el organismo (recuérdese el papel principalísimo asignado por GRÜTER a los portadores de gérmenes queratógenos en la saliva de los hombres sanos), activándose su virulencia cuando disminuyen las resistencias orgánicas (enfermedades febriles, traumatismos, intoxicaciones, hipoalimentación, etc.), haciendo entonces su aparición la enfermedad.

Consecuencia de estas investigaciones sobre vi-



rus herpéticos ha sido la identificación como enfermedades herpéticas de múltiples afecciones oculares, y especialmente corneales, que antes andaban desperdigadas en distintos apartados etiológicos, y especialmente en ese indefinido concepto de las trofoneurosis. Hoy, aunque con algunas reservas por parte de varios autores, se admiten como afecciones herpéticas las queratitis dendrítica, geográfica, filamentosa, estriada, disciforme, punctata de FUCHS; la estelata, en letra de HAAB; la vesiculosa, con su variedad ampollosa o bullosa, que se da principalmente en los ojos mal nutridos, entrando por este motivo, según algunos autores, más de lleno en las degeneraciones corneales, aunque bien pudiera pensarse que esta misma degeneración de los elementos corneales pudiera ser una disminución de resistencia frente al germen y favorecer la aparición secundaria de la infección; la queratitis punctata epidémica consecutiva, o conjuntivitis, puesta de manifiesto por los autores alemanes, principalmente a raíz de la epidemia aparecida en Alemania en el año 1938, y que, según JAANCKE, BECKER y otros, estaría producida por una modalidad de herpes-virus que es diferente, en su virulencia y modo de acción, al virus del herpes corneal común. Otros autores (DÍAZ DOMÍNGUEZ y ARQUÉS) no admiten esta etiología, sobre todo para las de corta duración, considerándolas más bien como una forma de reaccionar de la córnea ante los virus patógenos de la conjuntiva, análoga a la queratitis avascular de los tracomatosis; el herpes del borde palpebral, erosión recidivante de la córnea, el herpes iridis, la enfermedad de KOYANAGUI (SCHALIJ y el mismo KOYANAGUI), y, según A. von SZILY, hasta la misma oftalmía simpática, fundando esta opinión en que, experimentando en animales, descubrió una enfermedad endo-ocular después de haber vacunado el otro ojo con el virus del herpes.

En cuanto a la identidad el virus del herpes simple con el del herpes zóster, varicela, viruela, encefalitis, vacuna y la identidad o afinidad de estos virus entre sí, las opiniones son distintas, y todavía no hay pruebas concluyentes que puedan determinar (por lo que a algunos de ellos respecta) si, efectivamente, son gérmenes distintos, aunque con gran afinidad, o, por el contrario, es el mismo germen en fases distintas de evolución y virulencia.

Efectivamente, por lo que se refiere a la identidad del germen del herpes zóster y la varicela, ya hizo notar BOKAY, de Hungría, en el siglo pasado, que «el producto infeccioso productor de la varicela, a consecuencia de circunstancias que ignoramos, puede provocar, en vez de la erupción generalizada de la varicela, la del herpes zóster, el cual, al contagiarse a otros sujetos, determina la aparición de la varicela». Este mismo autor comprobó en repetidas ocasiones la observación de que en muchos casos una enfermedad que comienza por un herpes zona localizado, acaba produciendo una

infección generalizada con múltiples localizaciones de tipo variceloso, acompañado este cuadro de fiebre y alteraciones de las reacciones humorales. Por el contrario, nunca observó el comienzo opuesto. Las observaciones de dependencia entre estas dos afecciones continúan en número creciente, y numerosos autores, FEER, LE FEUVRE, FREI, BAUER, PUJOL, NETTER, KRAUSE, LOW, etc., realizaron comunicaciones en este sentido. KUNDRA-LITZ, con sus inoculaciones, demostró que la vacunación cutánea e intradérmica con el germen del herpes zóster preserva del contagio de la varicela. De todos estos hechos deduce MAYERHOFER que es preciso el aislamiento inmediato de todo enfermo de herpes zóster. CRANSTON LOW emite la hipótesis de que la infección del herpes zóster primitivamente se localizaría y avanzaría, teniendo como puerta de entrada las fosas nasales, a través de las formaciones nerviosas, y en caso de infecciones masivas pasaría al torrente circulatorio, dando lugar a la varicela. CORNELIA DE LANGE demuestra la existencia de anticuerpos comunes a los dos gérmenes, y otros autores han hecho pruebas de aglutinación cruzada con suero de pacientes de ambas enfermedades. Citológicamente, tendrían también afinidad, ya que las inclusiones descritas por TYZZER en 1966 para la varicela son análogas a los corpúsculos  $\beta$  (beta) de LIBSCHÜTZ del herpes zóster.

Otros autores creen que se trata de gérmenes distintos, ya que el suero de convalecientes del herpes zóster no puede inmunizar a los niños contra la varicela. COMBY, LESNE, SCHEER, COZZOLINO, SICAR, y TEISSER, etc., han observado enfermos que han padecido una varicela y posteriormente han padecido un herpes zóster, rechazando, por tanto, la teoría unitaria. DOLD y KOLMAR piensan que es posible que el suero-diagnóstico consiga diferenciar dos entidades nosológicas distintas: un herpes zóster variceloso infeccioso y un herpes zóster ordinario no contagioso.

H. RUSKA (*Klinische Wochenschrift*, 1943) expone los puntos de contacto y de disparidad entre los virus de la varicela y del herpes zóster, estudiando al mismo tiempo estos virus con el microscopio electrónico, afirmando que los dos gérmenes son pequeños, de 145 milimicras, esféricos, en contraposición de los virus de la viruela, vacuna y molluscum, que son de forma sillar.

Esta misma disparidad de opiniones nos encontramos acerca de la identidad de los virus del herpes simple y el de encefalitis letárgica, aunque parece ser que en este caso lo más verosímil es la teoría unitaria. DOERR y SCHNABEL, e independientemente de ellos BLANC y CAMINOPETROS, inocularon a conejos virus de secreción herpética, los primeros autores por vía intravenosa y los segundos por vía dural, apareciendo el cuadro de encefalitis letal idéntica a la provocada por LEVADITTI y HARVIER con producto patológico de encefalitis epidémica, con lo que demostraron la identidad de ambos vi-



rus. Inversamente, a los ocho días de la inyección corneal con una densa emulsión de cerebro virulento, se desarrolla intensa queratitis. Experimentos de inmunidad cruzada han confirmado la formación de anticuerpos comunes. SCHNABEL se inyectó en su propio labio una emulsión de un trocito de cerebro de un conejo inyectado con virus encefalítico, apareciendo un herpes típico, benigno, y con el contenido de este herpes labial inyectó en la córnea de un conejo, provocando la queratitis típica. A pesar de estas pruebas concluyentes, DANJLA, STROE, JAHNEL, ILLEN, TWORT, BULL y ARCHER, entre otros, han opuesto opiniones donde aseguran la afinidad de estos gérmenes, pero no su identidad.

Por otra parte, LEVADITI y su escuela, por medio de la inmunización cruzada, y NETTER, CESARI, SICARD y otros, por diversos procedimientos de experimentación, encontraron en la saliva de los portadores un virus idéntico al de la encefalitis.

De forma que, por un lado, tenemos un grupo de virus idénticos, que son el herpes simple o febril con sus distintas localizaciones (labial, genital, corneal, etc.), el virus de la encefalitis letárgica y los salivales, que son idénticos, no siendo más que fases distintas de su evolución los distintos cuadros clínicos que provocan, dependiendo del factor terreno y resistencia orgánica que exaltan o disminuyen su virulencia. Este grupo de virus produce sobre la córnea varias queratitis superficiales, pudiendo tomar como genuina representante del grupo la queratitis dendrítica, que aparece en el curso de una enfermedad febril generalmente (gripe, pulmonía, etc.) o, en otros casos, a seguida de un traumatismo mínimo del epitelio corneal.

Por otro lado, tenemos un grupo formado por el herpes zóster y varicela, que son idénticos entre sí, o por lo menos extraordinariamente afines, produciendo en la córnea una queratitis profunda que generalmente no se tiñe por la fluoresceína, con alteraciones constantes e intensas de la sensibilidad corneal, y que son infiltraciones en forma de disco descritas por V. ARL con el nombre de *abscessus sicus*, y por FUCHS con el de queratitis disciforme, relacionándola ya con el herpes. Lo más constante es que vaya acompañada de erupción de vesículas en el territorio de la primera rama del trigémino.

Estos dos grupos de gérmenes tienen también diferencias esenciales en su comportamiento cuando se inoculan en la piel del mismo enfermo o de otro sujeto, ya que la inoculación del virus del herpes simple es positiva, mientras que en el herpes zóster la negatividad es la regla.

Ante estos hechos cabe hacerse la pregunta que se hace URBANEK: ¿Qué relaciones tienen el herpes zóster y el herpes simple?

GRÜTER, después de sus trabajos de experimentación, concluye admitiendo dos clases de virus del

herpes, uno con propiedades dermatropas, productor de infiltraciones gris-blancuecinas, que el romperse producirían eflorescencias epiteliales con destrucción del tejido epitelial, y cuadro clínico de la queratitis dendrítica. No es esta forma únicamente la producida por el virus dermatropo, sino que la queratitis punctata superficial, la filiforme, etc., lo reconocerían como causa; y otro virus dermatropo puede alcanzar las capas más profundas de la queratitis disciforme, acompañada de lesiones más o menos marcadas de la piel en el territorio del trigémino. Este virus neurotropo, por calentamiento, se quedaría reducido a actividades dermatropas.

Claro está que en la práctica no ocurren las cosas de una forma tan esquemática, ya que el virus dermatropo puede alcanzar las capas más profundas de la córnea y formar a continuación de la queratitis dendrítica infiltraciones discoideas profundas de la córnea, que en nada se diferencian de la queratitis disciforme, hasta el punto de que para GOEDBLOED la queratitis dendrítica sería el primer estadio de la queratitis disciforme, de la misma forma que la queratitis estrellada, según GUILLET DE GRANDMON, lo sería de la queratitis dendrítica, no admitiendo, por tanto, esta dualidad de virus dermatropo y neurotropos, sino un mismo germen en distintas fases de su evolución, produciendo ambas lesiones superficiales y profundas. Estos mismos hechos han sido confirmados por URBANET después de observar en varios enfermos que la queratitis disforme se presentaba tanto en los que tenían lesiones en la piel de herpes zóster como en los que presentaban lesiones de herpes simple, y aun en enfermos en que el análisis más minucioso no pudo descubrir ninguna lesión en la piel, aunque reconoce que las queratitis disciformes del herpes simple son de evolución mucho más rápida que las primeras. NORMAN y DUHAMEL han publicado dos observaciones en las que presenciaron la transformación de una queratitis herpética superficial clásica en una queratitis disciforme.

Ante la serie de hechos anteriormente expuestos, es muy difícil pronunciarse acerca de la identidad o no de los gérmenes del herpes, aunque lo más lógico es pensar que el virus del herpes zóster es distinto del grupo del virus del herpes simple. CIPOLLA (citado por MARINESCO), fundándose en que la inoculación del herpes zóster es rara vez positiva en la córnea del conejo, mientras que la inoculación del contenido de las vesículas del herpes febril son siempre positivas, niega la identidad de ambos gérmenes. En el mismo sentido se pronuncian MARINESCO y DRAGANESCO, por haber comprobado los hechos anteriores, y coinciden con LIPSCHUTZ acerca de la rareza de la transmisión del zona a la córnea del conejo, y en caso de positividad las lesiones son menos intensas y más torpidas que las del herpes febril.

Con las investigaciones iniciadas por STANLEY y



WIKHOFF, y continuadas por RUSKA y su escuela, acerca de virus-proteínas, se abre una nueva era en las concepciones biológicas de los virus, que acaso en ellas resida la solución de su misteriosa patología. En la revisión de conjunto hecha por GRAS RIERA termina diciendo «que los virus se pueden considerar como núcleo-proteínas de naturaleza físico-química más o menos compleja y especial, capaces de provocar una modificación en el metabolismo proteico de las células, determinando que éstas, en lugar de producir sus proteínas normales, diesen lugar, por un estímulo específico similar al citado en el caso de los anticuerpos, a la formación de virus-proteínas, creando con ello un círculo vicioso de resultados netamente patógenos». Es de esperar que estas investigaciones, proseguidas con los poderosos medios modernos, tales como la ultracentrifugación por aire comprimido, que alcanza cifras de 30.000 revoluciones, y el microscopio electrónico, acaben de resolvernos este oscuro problema.

Por lo que respecta al tratamiento de las afecciones oculares herpéticas, ni qué decir tiene que ha ido evolucionando a la par que han aparecido las distintas concepciones patogénicas. No es de extrañar, y más teniendo en cuenta la tenacidad de algunas formas clínicas, que se hayan empleado los medicamentos más diversos, respondiendo a una indicación etiológica o simplemente sintomática. Así la quinina a altas dosis, el salicilato sódico, los antipiréticos, el cianuro mercurio, etcétera, junto a los antiespasmódicos e hipnóticos, han llenado una época con sus indicaciones.

NAVARRO MARTÍN y DÍAZ CANEJA comunicaron al XVII Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, en 1932, los resultados obtenidos con el tratamiento biológico del herpes ocular fundado en la desensibilización específica con dosis pequeñas (0,2 c. c.) en inyección intradérmica, empleando como antígeno una emulsión de conejo inoculado con virus herpetoencefálico B, de LEVADITI, con resultados alentadores.

GRÜTER, fundándose en la poca resistencia del virus a los antisépticos, la formación en las lesiones de lipoides y el estar acantonada la enfermedad en los primeros estadios en el epitelio corneal, instituyó su conocido método de tratamiento por la destrucción del epitelio corneal con éter sulfúrico, y a continuación tocar con tintura de yodo la superficie cruenta. Numerosas observaciones han confirmado la utilidad de este método. ROGGENKAMPER emplea desde 1938 el éter sulfúrico únicamente en aplicación local sobre la córnea, y, según KRONENBERG, tendría sobre el yodo la ventaja de no producir la más ligera reacción ni el menor dolor. Según KRONENBERG, su acción sería debida a una afinidad química por el germen, que en su trabajo no explica.

Por la termolabilidad del virus se ha aconsejado el calor, con buenos resultados, como tratamiento

local, bien en forma de onda corta o de compresas húmedas calientes.

DEVOIS y PRONA, en Francia, y FIURICELLI, en Italia, emplean los rayos ultravioletas en el tratamiento del herpes zóster, con buenos resultados. Utilizándolos en los primeros momentos, los consideran como una cura abortiva. El doctor SCHERER (citado por HÖHR CANSTAN) estima muy conveniente el empleo de las radiaciones *Roentgen* lo más pronto posible en la queratitis punctata epidémica, y aun no empleándolo tan tempranamente acorta la duración del proceso. ROBERT consigue con la radioterapia un alto porcentaje de curaciones y efectos profilácticos. Aconseja la dosis de 155r., repitiéndola a los catorce días, dando esta dosis y con este intervalo las veces que sea necesario. En un enfermo la repitió hasta catorce veces. No creen que sean necesarias dosis mayores.

NORMAN FLEMING, fundándose en las propiedades analgésicas y descongestivas de la ionoterapia, la utiliza en el tratamiento del herpes ocular, asegurando que en dos casos tratados en fase temprana los síntomas subjetivos de fotofobia, dolor, etc., tuvieron un alivio inmediato, y con un tratamiento continuado curaron sin complicaciones. BRUCE HAMILTON recomienda la carbonización como tratamiento por excelencia en las úlceras dendríticas, habiendo tenido ocasión de comprobar sus resultados en las queratitis observadas en el Este de Australia, en que la mayoría de ellas (63 por 100) son de naturaleza herpética.

K. RABY comunica en el *Nordisk Medicin* que en cuatro casos de herpes de su observación, la administración de sulfosín produjo la desaparición de las crisis dolorosas. Asegura que la eficacia de la medicación es tanto mayor cuanto más precoz. A. STOEKLEY trata el herpes zóster con ginergeno, basándose en los datos aportados por la escuela danesa, que propusieron este tratamiento pensando en la similitud del dolor local del herpes con la sensación dolorosa de la jaqueca. Presenta doce casos tratados con este procedimiento, y sólo en uno de ellos no hubo modificación alguna, aunque asegura que se consiguió el acortamiento del proceso. La técnica empleada es poniendo una dosis inicial de 1/2 c. c. y después una ampolla diaria de 1 c. c., comprobando que muchas veces a la segunda inyección se nota una disminución marcadísima de los síntomas subjetivos.

Como no podía menos de suceder, también han sido empleadas las sulfamidas en el tratamiento de las afecciones herpéticas, añadiéndose una más a la lista de las indicaciones de la sulfamidoterapia. MARKOFF, experimentando con el irgamid, dice haber obtenido buenos resultados en el herpes zóster y complicaciones. SCHMID asegura lo mismo empleando otro preparado sulfamídico. MATA, en un caso de queratitis dendrítica en que habían fracasado el cromo-sulfol *per os* y el betabión, en in-



yecciones y localmente, la pomada de B<sub>1</sub>, empleando la pomada sulfopirídica curó rápidamente. REY PUGA, sin embargo, afirma que en las queratitis herpéticas las sulfamidas, tanto en aplicación local como general, no son eficaces, sin explicar en qué funda su opinión.

Sobre la aplicación de las vitaminas del grupo B, y especialmente la B<sub>1</sub>, en las afecciones herpéticas, son numerosos los autores que se han ocupado de esta cuestión, con resultados, en general, satisfactorios. Teniendo en cuenta el papel protector del tejido nervioso asignado a la vitamina B<sub>1</sub>, y también la frecuencia con que las afecciones herpéticas presentan sintomatología de hipoestesia y aun de anestesia de las zonas atacadas, no es de extrañar que se pensase que estos trastornos fueran susceptibles de curar por la aneurina. Conocido es que los trastornos de la sensibilidad corneal es un síntoma acompañante casi obligado de las queratitis herpéticas, sobre todo de las producidas por el grupo del herpes zóster, y el trastorno de la sensibilidad es tan intenso, que en un estudio minucioso hecho por E. MARX, de Róterdam, de las afecciones oculares que producen trastornos de la sensibilidad corneal (iridociclitis, glaucoma, queratitis parenquimatosa y herpes corneal, citadas por orden de intensidad), el herpes ocupa el lugar preferente, con bastante diferencia a las demás afecciones.

En cuanto al mecanismo de acción de esta terapéutica, no hay más que hipótesis. URBANEK, paragonando el virus del herpes con el virus-proteína del mosaico del tabaco (según las modernas concepciones de los virus-proteínas de STANLEY y WILKOFF), que tiene un papel catalizador transformando la albúmina del huésped (organismo enfermo) en albúmina propia del virus, y extraña al organismo, rompiendo el equilibrio dinámico huésped-virus a su favor, el papel de la vitamina B<sub>1</sub> sería anticatalizador, desintegrando las toxinas del virus e impidiendo la formación de albúmina extraña. Puede invocarse también la falta de absorción de vitamina B<sub>1</sub> en enfermos con lesiones del aparato digestivo, el consumo extraordinario que de vitaminas en general se hace en todas las infecciones, la falta de aporte de B<sub>1</sub> por hipoalimentación, habiendo comprobado URBANEK un aumento en la frecuencia de las formas de herpes ocular en estos tiempos de restricciones alimenticias.

La experimentación clínica ha demostrado que la vitamina B<sub>1</sub>, ya empleada en afecciones nerviosas y especialmente en la neuritis retrobulbar en las afecciones herpéticas, bien en la forma de inyección o en pomada da buenos resultados. Así lo comunican NITZULESCO y TRIANDORT, FAZACAS, SCHOEDER, CZUKRASZ, von GROSZ, para las distintas formas del herpes corneal. LANGE, KOEPMARK (citados por STEPP, KUHNAU y SCHROEDER), comprobaron estos resultados para el herpes zona. BIETTI, citado por GARCÍA MIRANDA, utiliza la

aneurina, aparte del tratamiento general por el mismo medicamento, bajo la forma de iontoforesis, con una intensidad de corriente de 0,5 a 2 miliamperios, de seis a quince minutos, colocando el polo negativo en la nuca y el positivo en la solución acuosa de aneurina, en contacto con la córnea. Dice haber obtenido buenos resultados en distintas formas de queratitis herpética. MATA LÓPEZ y ROMERO ROBLES, en la discusión a la ponencia de avitaminosis del profesor GARCÍA MIRANDA al XX Congreso de la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana, citan un caso de queratitis dendrítica y otro de herpes zóster, respectivamente, en que las lesiones curaron rápidamente con vitamina B<sub>1</sub>. URBANEK, en su documentadísimo trabajo *La influencia de las vitaminas del grupo B sobre las afecciones herpéticas oculares*, aunque no la considera como medicación específica, ha obtenido en sus casos resultados favorables.

A continuación se exponen unos casos clínicos de herpes ocular tratados por betabión:

J. P. B., de sesenta y ocho años, natural de Valdepeñas. Viene a consultar en abril de 1943, diciendo que hace aproximadamente un mes, con unos fuertes dolores, le salieron unas ampollas en el lado derecho de la nariz y de la frente, al mismo tiempo que el ojo derecho se ponía irritado y doloroso y no veía casi nada.

Sin antecedentes familiares ni personales de interés.

En el momento actual presenta unas costras negras en la mitad derecha de la frente, y menos numerosas en la aleta derecha de la nariz, que al desprenderse dejan una mancha pigmentada. Voluminosa ectasia de saco lagrimal, con obstrucción de vías lagrimales. Globo ocular derecho, hiperhémico, con fuerte reacción periquerática. En la córnea se observa una opacificación difusa de la parte central e inferior, con dos o tres puntos minúsculos que se tiñen con la fluoresceína. Anestesia corneal. La pupila, en midriasis media e inmóvil, con abundantes sinequias posteriores. Tensión normal.

Biomicroscopía: Opacificación de las capas corneales, más intensa en las capas de la sustancia fundamental, con edemas y vasos profundos. Pequeñas ulceraciones, teñidas por la fluoresceína; grandes pliegues y surcos en la Descemet. Turbidez del acuoso. Iris soldado a la cristaloides en casi toda su extensión, con bordes desfilcados y numerosos depósitos pigmentarios en cristaloides. No hay precipitados.

Agudeza visual: O. D., percepción luminosa. O. I., un tercio. Escala de optotipos del profesor MÁRQUEZ.

Fondo: No se ilumina.

Wassermann y complementarias: Negativas. No hay caries.

Diagnóstico: Queratitis disciforme por herpes zóster.

Se hace extirpación de saco lagrimal, y como tratamiento local, atropina y oclusión, y posteriormente compresas húmedas calientes. Sulfamidas al interior y proteinoterapia.

Al cabo de un mes han cedido los fenómenos agudos y queda la queratitis disciforme con moderada reacción periquerática, con la opacidad menos extensa y más definida por haberse aclarado la zona corneal no afectada. A la lámpara de hendidura sigue el mismo cuadro de pliegues y surcos de la Descemet, con grandes vasos profundos, y en uno de ellos, más voluminoso, se ve la corriente sanguínea. En esta fecha, la visión del O. D. es de 1/20. Se repite el Wassermann, previa reactivación, que sigue siendo negativo, y sucesivamente se va tratando con cianuro mercurio, yodo, antiohemoterapia subconjuntival (cuatro inyecciones) y nuevamente sulfamidas, sin conseguir ningún resultado positivo, a excepción de una mejoría subjetiva, hasta que en el mes de noviembre se hace el toque de yodo en córnea, según el método de GRÜTER, que aclara bastante la opacidad, hasta conseguir una visión de 1/8. En el mes de junio de 1944 vuelve con la visión descendida a 1/16, con el ojo nuevamente irritado, con sus pliegues en la Descemet y sus vasos profundos, y con finos precipitados en cara posterior de córnea. Se pone un tratamiento de atro-



pina local, autohemoterapia general y betabión fuerte (una ampolla diaria), con un total de tres cajas de betabión fuerte y dos normal, que consigue aclarar mucho la córnea, no quedándole más que unos cuantos nódulos de queratitis en sector inferior, permitiendo, una vez corregido su astigmatismo miópico de 5 dioptrías, una visión de 1/6.

En el mes de agosto se le da de alta.

M. V. L., de cincuenta y seis años de edad, natural de Puerto de Santa María.

Se presenta en consulta el 10 de abril de 1944, diciendo que desde hace tres o cuatro días tiene unos dolores muy fuertes en la mitad derecha de la cara, donde al mismo tiempo nota como acorchamiento. Además, con el O. D. ve todo confuso y borroso y con fuertes dolores.

No presenta antecedentes de interés.

En el momento actual presenta numerosas vesículas de herpes zóster en la mitad derecha de la frente y el dorso y ala derecha de la nariz, en diferente estado de evolución, estando unas secas y a punto de desprenderse y otras llenas de líquido seroso. Ojo irritado y doloroso, con dolor espontáneo, y fuerte dolor a la presión en la región ciliar. Intensa reacción periquerática. Infiltración en masa de casi toda la córnea, a excepción de un pequeño rodete periférico transparente, y que tiene en su superficie algunas descamaciones epiteliales que se tiñen por la fluoresceína.

Biomicroscopia: Infiltración de las capas corneales, más intensa en las capas medias, con pliegues en la Descemet. Abundantes precipitados en la cara posterior de córnea. Turbidez del humor acuoso. Iris desdibujado y borroso, con sinequias posteriores y finos precipitados y depósitos pigmentarios en cristaloides anterior. Hipoestesia corneal bastante acusada. O. I., normal.

Diagnóstico: Queratitis disciforme de O. D. por herpes zóster, con iridociclitis concomitante.

Se manda localmente atropina y compresas húmedas calientes y betabión fortísimo en inyección intramuscular diaria, poniéndose en total, hasta el 29 de mayo, dos cajas de betabión fortísimo, dos del fuerte y tres del normal. Al mismo tiempo, se puso una caja de caseosán. A las primeras inyecciones cedieron los fenómenos dolorosos, y en la actualidad se encuentra muy mejorada de sus lesiones, hasta el punto de que no queda más que una ligera infiltración de córnea, persistiendo, sin embargo, los pliegues de la Descemet.

Posteriormente ha tenido un botón de episcleritis en el mismo ojo, que cedió con salicilato sódico intravenoso. La córnea estaba bastante transparente, persistiendo, aunque en menos intensidad, los pliegues de la Descemet y la hipoestesia corneal.

F. G. S., de treinta años de edad, natural de Sevilla.

Se presenta en consulta el 17 de enero de 1945, diciendo que desde hace tres días tiene los ojos irritados, con mucha secreción y molestias, que se acentúan al atardecer. Los párpados amanecen muy pegados.

Antecedentes personales: Neumonía. Un hijo sano.

En el momento actual, presenta una hiperhemia conjuntival muy marcada en ambos ojos, sobre todo en fondo de saco, con abundante secreción, edema palpebral y quemosis conjuntival, con formación de pseudomembranas en conjuntiva tarsal superior.

Análisis de secreción conjuntival: Abundantes bacilos de Koch-Weeks, con numerosos leucocitos polinucleares, y células epiteliales.

Se instituye un tratamiento local de instilaciones de mercurocromo cada dos horas, pomada de sulfotiazol al 10 por 100 por la noche, dejando un espacio de tiempo de dos horas entre la última instilación de mercurocromo y la pomada, y un tratamiento general con sulfamidas a las dosis habituales.

A los diez días ha desaparecido la secreción y las pseudomembranas, cediendo mucho la hiperhemia conjuntival; pero aparece una intensa fotofobia, apreciándose múltiples focos de queratitis punctata superficial, más abundantes en córnea izquierda, alguno de los cuales se tiñe por la fluoresceína, con moderada reacción periquerática. Al mismo tiempo, cuenta el enfermo que todos estos días ha tenido fiebre y malestar general.

Se instituye un tratamiento con atropina local, lactogen y cibazol. Sin mejoría apreciable continúa diez días más. Se hace serología, que resulta negativa, y el día 10 de febrero se pone un tratamiento con autohemoterapia y betabión fuerte,

poniéndose hasta fin de febrero dos cajas de betabión fuerte y dos del normal, desapareciendo toda sintomatología subjetiva, permitiéndole restituirse al trabajo, pero persistiendo los nódulos de queratitis, aunque mucho más limitados.

Se vuelve a ver el enfermo el 13 de abril, que lleva ya mes y medio trabajando sin ninguna molestia, con una agudeza visual de la unidad en cada ojo y con algunos nódulos dispersos de queratitis en O. I.

M. S. C., de treinta y dos años de edad, natural de Coria del Río.

Se presenta en consulta el 19 de diciembre de 1944, diciendo que hace un mes que siente molestias en el O. D., consistentes en sensación de arenilla en los ojos, alguna secreción y que se le irrita mucho por la tarde; pero desde hace cinco o seis días que estas molestias han aumentado extraordinariamente, hasta el punto de que no puede abrir los ojos por poca luz que haya.

Antecedentes personales: Sarampión, tos ferina y catarros frecuentes.

A la exploración presenta un tracoma de O. D. con pannus moderado. O. I., normal. Se pone un tratamiento con sulfatiazol (40 gramos en tres semanas con ocho días de descanso en la segunda semana) y pomada de sulfatiazol. Al mismo tiempo se le aconseja la limpieza de caries, ya que tiene una boca séptica. Con este tratamiento desaparecen rápidamente las molestias, mejorando extraordinariamente los síntomas objetivos, sobre todo el pannus. Se aconseja un tercer tratamiento de 20 gramos de sulfatiazol en una semana, mandándole volver al terminar la cura de sulfamidas. La enferma no aparece hasta finales de febrero, diciendo que ha estado enferma con gripe, dándole fiebre alta, con aparición de dos vesículas de herpes en los labios, y el ojo, después de haberse puesto totalmente bien, ahora vuelve otra vez a molestarle.

A la exploración se comprueba una queratitis punctata superficial con algunos puntos que se tiñen por la fluoresceína. Las lesiones tracomatosas han regresado. Se instituye un tratamiento con betabión, encontrándose en la actualidad clínicamente curada, aunque persisten algunos nódulos de queratitis.

NOTA.—Después de haber redactado este trabajo, hemos vuelto a ver a la enferma número 1, y está la córnea totalmente aclarada, a excepción de un nódulo opaco en sector infero-externo, del tamaño de una cabeza de alfiler, persistiendo, sin embargo, la anestesia corneal.

## RESUMEN

1.º Se hace una revisión de los conceptos etiológicos de las enfermedades herpéticas, con enumeración de las enfermedades oculares consideradas actualmente de naturaleza herpética.

2.º Se exponen los distintos tratamientos empleados en esta enfermedad.

3.º Se presentan cuatro historias clínicas (dos de queratitis disciforme y dos de queratitis punctata superficial) de enfermos tratados con betabión, habiendo obtenido resultados satisfactorios.

## BIBLIOGRAFIA

- RIVAS VALERO.—«Queratitis vesiculosas». *Revista Médica de Sevilla*, mayo 1924.  
G. MARINESCO.—«Nouvelles contributions a la pathogenie et a la physiologie du zona». *An. de Der et Syph.*, junio 1931, pág. 641.  
FUCHS-SALZMANN.—«Tratado de Oftalmología». Editorial Labor, 1935.  
M. FAGE (Amiens).—«Variabilité des formes de l'herpes de



- la corneé». *Boll. de la Soc. Fran. d'Oph.*, 1932. Masson et C., París, pág. 131.
- M. E. MARX.—«Recherches sur la sensibilité de la corneé». *Boll. de la Soc. Fran. d'Oph.*, 1932. Masson et C., París, página 116.
- A. NAVARRO MARTIN y E. DIAZ CANEJA.—«Tratamiento biológico del herpes ocular». *Arch. de la Soc. de Oftalmología H. A.* Junio 1933, pág. 367.
- JOCHMANN y HEGLER.—«Tratado de las enfermedades infecciosas». Edit. Labor, 1935.
- KRONENBERG.—«Tratamiento de la queratitis herpética con éter». *Arch. de la Soc. de Of. H. A.*, agosto 1941, pág. 247.
- MARKOFF.—*Schmeiz Med. Woch.*, 1941, págs. 904 a 907.
- ROBERT.—«A propósito del tratamiento del herpes recidivante por la radioterapia». *Rev. Dermatológica*, 1940, pág. 108.
- J. BRUCE HAMILTON.—«Nota previa sobre una forma de queratitis debida, probablemente, al virus del herpes simple». *Brit. J. of Oph.*, febrero 1943, pág. 80.
- NORMAN FLEMING.—«Iontotherapy. As an aid in ophthalmic therapeutics». *Brit. J. of Oph.*, agosto 1943, pág. 359.
- K. RABY.—«Herpes zóster tratado con sulfosín». *Nordiks Medicin*, 13-VI-42.
- SCHMID.—«Sulfamidoterapia local en el herpes labial». *Revista Dermatológica*, 1942, pág. 47.
- MARIT AMAT.—«Síntesis médica». 1942.
- STEEP, KUHNAU y SCHROEDER.—«Las vitaminas y su utilización práctica. Edit. Bayer, Barcelona, 1942, pág. 92.
- GARCIA MIRANDA.—«La avitaminosis en Oftalmología. Ponencia oficial al XX Congreso de la Soc. de Of. H. A.» *Archivo de la Soc. de Of. H. A.*, octubre de 1942, pág. 344.
- II. RUSKA.—«Sobre el virus de la varicela y del herpes zóster». *Klinische Wochenschrift*, 13-XI-43.
- A. STOEKLEY.—«El tratamiento del herpes zóster por el gínérgeno». *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 21-XI-42.
- RUY PUGA.—«Aplicación local de las sulfamidas en las afecciones oculares». *Arch. de la Soc. de Of. H. A.* Mayo-junio 1943.
- MATA.—«El tratamiento local por las sulfopiridinas en las lesiones corneales y especialmente en el úlcus serpiginoso». *Arch. de la Soc. de Of. H. A.* Mayo-junio 1943, pág. 362.
- HOHR CASTAN.—«La querato-conjuntivitis superficial epidémica». 1938. *Arch. de la Soc. de Of. H. A.* Mayo-junio 1944, página 343.
- J. URBANEK.—«Influencia de algunos preparados vitamínicos (principalmente del grupo B) sobre las afecciones herpéticas oculares». *Kl. Mb. f. A.*, 31 agosto 1943.
- GRAS RIERA.—«Medicina Clínica».
- WILHELM GRUTER.—«Las enfermedades herpéticas oculares a la luz de las modernas investigaciones del virus». *Archivo de la Soc. de Of. H. A.* Noviembre-diciembre 1943.
- DIAZ DOMINGUEZ y ARQUES.—«La biomicroscopia del epitelio corneal en las afecciones conjuntivales». *Archivo de la Soc. de Of. H. A.* Noviembre-diciembre 1943.

(Divulgaciones de la Junta Rectora Central de Jornadas Médicas Españolas.)



# KARANUM

(Dibutirato de 2-metil-1, 4-naftohidroquinona)

Para el tratamiento por la  
vitamina K

Tabletas

Ampollas

*E. Merck*

FABRICA DE PRODUCTOS QUÍMICOS DARMSTADT

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 110.)



# PITIRIASIS VERSICOLOR ACRÓMICA

por el

Doctor JOSE CABRAL GIL

Capitán médico del Hospital Militar de Ceuta.

Título más adecuado para la presente nota clínica sería el epidermomicosis acromiante marroquí, y más aún, hipocromía por *Malassezia furfur*. En efecto; el carácter acrómico de las lesiones y el hallazgo del citado hongo abarca todos los casos y no el título que con inexactitud notoria le pusimos a la ligera en noviembre del año pasado, cuando no habíamos realizado todas las observaciones que aportamos. Esta inexactitud terminológica estriba en que unas lesiones no son pitiriasicas (de salvado en griego) y otras no cambian de color, sino que, por el contrario, siempre son acrómicas o, si se quiere, hipocrómicas. Sería mejor también darle los apellidos etiológicos al proceso, para seguir el criterio del profesor PAUTRIER, paladín de la unificación terminológica de la Dermatología, que compartimos aquí con el eminente profesor de Estraburgo, por ser la etiología y no la morfología lo más estable en el proceso que nos ocupa.

Respecto a la acromía, se ha discutido mucho si realmente había acromía verdadera o si, por el contrario, se trataba simplemente de un fenómeno de contraste. Entre los que sostienen la primera tesis están los autores de lengua alemana STEIN, OPPENHEIM, WESHEIM, POLLAD, etc.; entre los franceses, el profesor GOUGEROT, y entre nosotros, SOLER y FAURA.

Hechas estas salvedades sobre el título, pasaremos a exponer la circunstancia en que hicimos nuestras primeras observaciones.

En un período de tiempo relativamente corto hemos tenido ocasión de observar varios casos de acromías, de los cuales, los primeros, en su comienzo, nos tuvieron desorientados, hasta que la repetición de las observaciones contribuyeron a perfilar el cuadro clínico y el laboratorio dió la clave diagnóstica.

El primer caso cronológico (15.068) nos hizo pensar en una leucomelanodermia sifilítica, por antecedentes de lesiones genitales y la aparición de nuevas lesiones coincidiendo con la puesta en práctica de una reactivación serológica por yodobismutato de quinina. Si con esta observación nos hubiéramos dado por satisfechos, habríamos cometido uno de los errores tan censurados por el profesor GOUGEROT cuando insiste en hacer ver la ligereza con que se diagnostican sin justificación leucodermas sifilíticas, a pesar de que BECKER y OBERMAYER dicen que no pueden confundirse; pero, de hecho, el error se da como señalado por otra parte, por LIPSCHÜTZ. Aquí no tuvo lugar la confusión, por los siguientes motivos: 1.º, la repe-

tición de los casos en dos unidades tácticas (R. 3 y II T. L.), observados en poco tiempo de intervalo, lo que hacía pensar en un proceso de alguna contagiosidad; 2.º, la presentación de la dermatosis en el primer caso (15.068), no por brote brusco, sino, por el contrario, sucediéndose las lesiones, como si se tratase de una diseminación o siembra desde el exterior que afectase a epidermis, desorganizando y disminuyendo la adherencia del cuerpo mucoso malpighiano; 3.º, la explosión detenida en este sentido del caso (15.068) pudo hacernos ver cómo alternaban lesiones antiguas de acromía con otras más recientes discretamente pitiriasicas; 4.º, la observación, minuciosamente proseguida más adelante en uno de los anteriores enfermos (487), hubo de obligar a abandonar la hipótesis de una etiología sifilítica, precisamente cuando parecía establecerse definitivamente con unas alteraciones de líquido céfalorraquídeo, que a la ligera permitirían mantener la relación entre sífilide pigmentaria y lesiones sifilíticas del sistema nervioso, hipótesis demostrada errónea cuando el laboratorio puso en evidencia en las lesiones acrómicas la presencia de un hongo.

Ante el proceso que afectaba a los enfermos que sirven de base a esta nota, hicimos el diagnóstico diferencial, pensando en leucoderma sifilítico, que desechamos, porque es más extenso, se presenta en collar y se acompaña, ya de la roséola acrómica, ya de melanodermia, que da el aspecto de suciedad; ya de otros síntomas habituales en la sífilis secundaria florida. La discromía leprosa, lepra maculosa vitiligoide o vitiligo gravior, va precedida de infiltración, no descama y cursa con alteraciones de la sensibilidad superficial. El vitiligo es una dermatosis adquirida primitivamente en la edad juvenil, caracterizada por acromía completa, incluso para los pelos que nacen en ella; a menudo simétrica, rodeada de hiperpigmentación; por acción del sol se hace eritematosa más intensamente que la piel sana, y es de carácter dopanegativo; aunque a primera vista parece no hay posibilidad de confusión, GALLEGU y CASANOVAS la han referido en un enfermo asistido por un distinguido especialista de Barcelona. La morfea de WILSON es ebúrnea, atrófica, y se encuentra rodeada por un ribete lila. Las leucodermias névicas anémicas son congénitas, estacionarias y se modifican por vitropresión. Las acromías por protección contra las radiaciones se producen por acción desigual de los rayos excitantes de la melanogénesis cuando hay algo que impida esta acción homogénea, y se da por las causas más variadas, pudiendo in-



# TIROIDES LEO



En tabletas biológica-  
mente estandariza-  
das y valoradas de  
manera que cada  
tableta:

Actividad  
terapéutica  
siempre  
constante.

N.º 1 equivale a 0,1 mg. de tiroxina

N.º 2 — 0,2 — —

N.º 3 — 0,4 — —

Conservación  
indefinida.



**COMERCIAL IBERO DANESA S.A.**  
LABORATORIO LEOBYL

Apartado 439 - MADRID

Sarriá, 7 - BARCELONA

## TOS, BRONQUITIS, CATARROS

### JARABE

# HISPANOFFEDRINA

## EFEDRINA ESPAÑOLA



#### COMPOSICIÓN

EFEDRINA CLORHIDRATO • DIONINA • SULFO-  
GUAYACOLATO POTÁSICO • ESCIPIENTE  
AROMATIZADO DE SABOR AGRADABLE

#### INDICACIONES

TOS • DISNEA • BRONQUITIS • ENFISEMA  
BRONQUITIS ASMÁTICA • TOS FERINA • ETC



TELEFONO 55386

APARTADO 9030

CENSURA SANITARIA N.º 5427

MADRID

Fco NAVACERRADA 62





# Jornadas Médicas Españolas

## JUNTA RECTORA CENTRAL

### COMISARIA DE ORGANIZACIÓN

*Esta Comisaría ha enviado, según el aviso oportunamente hecho público, los tomos I y II de la reunión de Sevilla a los señores Jornadistas numerarios, a reembolso de los gastos de embalaje y correo. Hasta el día de la fecha han sido devueltos por la Administración de Correos los envíos pertenecientes a los señores que seguidamente se determinan, por no haber sido recogidos en el plazo que dispone la ley.*

*Se avisa a los señores interesados que deberán dirigirse por carta a esta Comisaría de mi cargo (calle de López de Hoyos, 11, Madrid) para que nuevamente se les envíen los tomos de referencia, que deberán recoger con el recargo de 0,85 pesetas de nuevo franqueo.*

*Los señores que no lo soliciten en la forma indicada, o no recojan personalmente los libros en estas oficinas, se entenderá que renuncian a su derecho sobre los referidos tomos.*

*Madrid, 21 de septiembre de 1946.*

*El Comisario, F. J. CORTEZO.*

Gálvez Rodríguez, Enrique.  
Blanco Soler, Carlos.  
Cárdenas Rodríguez, Manuel.  
Rodrigo Sabalet, Pedro.  
Gracián Casado, Miguel.  
Carrato Ibáñez, Salcedo.  
Torres Gost, Juan.  
Menéndez Zapino, Mariano.  
Valle Parrilla, Ricardo.  
Huerta Lavega, José.  
Torres López, Antonio.  
García Romero, Angel.  
Barcia Gollanes, Juan José.  
Fenollera Belón, Jaime.  
Muñoz Rodríguez, Angel.  
Balén García, José.  
Pérez Cabrera, Juan Manuel.  
Colls Gómez Trevijano, Jaime.  
Escobar del Más, José.  
Regli Fernández, Emilio.  
Blázquez Bores, Francisco.  
González Garván, José María.  
Romero Escancena, Gonzalo.  
Altube y Fernández, Antonio.  
Fernández Rodríguez, Juan.  
Galganes y López, Evaristo.  
Hernández Díaz, Alfredo.  
Acevedo Alvarez, Antonio.  
Calvente Fernández, Domingo.  
Paradera del Bosque, Justino.  
Duclós Pérez, Francisco.

Crespo Alvarez, Antonio.  
Planel Moros, Enrique.  
Gil Vernet, Salvador.  
Morales González, Juan Luis.  
Tercedor Avilés, Juan A.  
Alonso Leal, Pascual.  
Jiménez de la Rubia, Juan.  
Pallardo, Luis Felipe.  
Cartelle Brage, José.  
Díaz Caneja, Emilio.  
Mozota, José Ramón.  
Mariscal Hernando, Federico.  
Portaceli, Manuel.  
Cortés Lladó, Antonio.  
Alvora Nieto, Julián.  
Roda Pérez, Emiliano.  
Alonso Ferrer, Ernesto.  
Sánchez Sánchez, Ernesto.  
González Bueno, Carlos.  
Maza Saavedra, Tomás.  
Martín Renedo, Julián.  
Fuente Chaos, Alfonso de la.  
Lorenzo Blázquez, Benigno.  
Gómez Orbaneja, José.  
Sánchez de la Cuesta, Gabriel.  
Fedriani Hernández, Ignacio.  
García Moreno, Francisco.  
Otero Bravo, José.  
Palma Alonso, José.  
Murga Machado, Adolfo.  
Martín Sánchez, Antonio.

Molián Gijón, José.  
Farfán Crespo, Francisco.  
Talegón Arcas, Julio.  
Martínez Otero, Luis.  
Vergné Herrero, Juan.  
Cordón Casanueva, Manuel.  
López de Heredia, Sebastián.  
Zapato Moore, Manuel.  
Pérez Montoya, Laureano.  
Guerra Jiménez, José.  
López Romero, Ramón.  
Díaz Tenorio, Pedro.  
Mier Terán, José.  
Rojo del Castillo, Juan.  
Bermejillo Martínez, Manuel.  
Morales y González, José Luis.  
Angulo Iníguez, José Luis.  
Ríos, Miguel de los.  
López Oliveros, F.  
López de la Garma.  
Poyales Urueña, Alvaro.  
Sopena Bonconte, José.  
Mallorga Salbago, José.  
Rey Cebrián, José.  
González Pea, Senén.  
Murillo Herrera, Camilo.  
Molina Núñez, Jerónimo.  
Galdó, Antonio.  
Soler Basch, Arturo.  
Raventós Bordai, Jacinto.  
Raventós Rafarón, José.



cluírse aquí, por ejemplo, los casos de leucomelanodermia postlesional solar del profesor GOUGEROT, debida al tricoftón equino, y el caso de GALLEGO por eritrasma; las cicatrices sometidas a las radiaciones ultravioletas, si están recubiertas de costra, quedan acrómicas, y si están libres, resultan hiperpigmentadas. Las acromías postdermatósicas no parasitarias de eczemátides y pitiriasis rosada, coexisten con eritema y elementos escamosos grasos adherentes, que, aplastados sobre un trozo de papel, producen una mancha grasa en aquélla y en éste, con medallones de aspecto parecido a gamuza su centro; el leucoderma residual de parapsoriasis en gotas quedaría eliminado por desaparecer en el curso de dos a cuatro semanas, y la dermatosis que nos ocupa es más duradera; no coincidir con otras lesiones en aquélla y faltar otras alteraciones como los elementos típicos en sellos de cera; el psoriasis gyrata tiene otra localización; por raspado metódico de BROcq, da los signos de la vela de DUNCAN-BULCKLEY y de AUSPITZ; las escamas son más blancas, debajo hay eritema y, finalmente, las acromías postpsoriásicas, cuando más, duran un año; en la urticaria, prurigo y eczema tiene valor la historia, manifestando los enfermos espontáneamente el prurito que acompaña el brote; en todas estas dermatosis, la acromía se produce por inflamación de las capas más superficiales del dermis; la acromía histiógena estudiada por PARDO CASTELLO es comparable a las anteriores y a las consecutivas a impétigo y otras estreptococias. La pitiriasis esteatoides y paraqueratosis de BROcq no contienen parásitos. Epidermoficeas acromiantes tropicales, pitiriasis circinada japonesa de TOYAMA, y particularmente la tricoficea nummular invade la cara, y en todas los parásitos se ven peor que en la llamada pitiriasis versicolor.

Este proceso ha recibido distintos nombres, tratando de definir sus caracteres clínicos más salientes, señalando su patogenia o apuntando su etiología, y así figura el de acromía parasitaria, dado por JEANSELME; pseudoacromía postparasitaria KISIAKOWSKI; pitiriasis versicolor invertida de HADRIA; tinea flava de GIOT; pitiriasis alba, acromía de recrudescencia estival, pitiriasis acrómica estival, por presentarse en verano con más frecuencia, hecho observado también por nosotros; acromía de recrudescencia solar, que ya indica uno de sus mecanismos de su producción; leucomelanodermia parasitaria, pseudoacromía parasitaria y hodi-potsy. Este eufónico nombre del idioma malgache, perteneciente al grupo occidental de los malayos y separado de sus afines hace casi doscientos años, significa piel blanca en él, y seguramente ha inducido a error a ciertos autores españoles, que al publicar el año pasado un caso como el primero, observado al Norte del Sáhara, no tuvieron en cuenta los del profesor GOUGEROT, entre los fran-

ceses, y entre nosotros los de GALLEGO y CASANOVA, en Cataluña; GALLEGO y RIVAS, en Madrid; GALLEGO, SOLER y FAURA, en Valencia, sin duda por no haber sido publicados con este nombre. A este propósito diremos, de paso, que el proceso que nos ocupa ha sido descrito en Asia (Ceylán, India e Indochina) y en Oceanía (Insulindia, Indonesia o archipiélago de Malasia), por JEANSELME; en América, por HORTA, CORNBLEET, LEWIS y HOOPER, SULZBERGER y otros; en Africa, por SMITH en Nigeria y por FONTOYNONT y CAROUGEAU en Madagascar; en Europa, por el profesor GOUGEROT en Francia y colonias francesas del Norte de Africa (Marruecos francés, entre otras), por ARTOM en Italia, y en España principalmente por los dermatólogos levantinos, como ya dejamos dicho. Vemos, por lo tanto, que aunque se empezó describiendo en países y estaciones cálidos y húmedos (Madagascar, Ceylán, Brasil, Malasia, etc.), también se da en clima mediterráneo y aun en la fría meseta castellana.

Morfológicamente, no difiere unas veces de las otras formas clínicas de pitiriasis versicolor (típica, eritematosa, circinada, pitiriásica) más que en la acromía, mientras que otras veces hay casos atípicos, tanto por su localización, como ha sucedido, por ejemplo, en nuestra observación octava, como por su aspecto no pitiriásico, sino solamente acrómico, como ha sucedido en más de un caso nuestro. Las breves historias clínicas que van continuación nos ahorran toda descripción, por creerlas suficientemente demostrativas, habiendo ejemplos, tanto de la escamosa o pitiriásica alba con melanodermia como de la punteada alba, de la circinada alba con escamas coherentes, así como de la forma que el profesor GOUGEROT denomina reliquia leucomelonadérmica; pero que a diferencia de los casos del eminente profesor parisiense, en los nuestros se han visto parásitos, razón suficiente para considerarla como una forma en evolución, de mayor o menor latencia, pero no como reliquia. Mantiene esta opinión, por otra parte, el hecho de la tendencia recidivante característica de la enfermedad en ausencia de otro tipo de lesión, habiendo, por lo tanto, motivo para suponer que sea a expensas de las lesiones acrómicas desde las que parten las recidivas, y las cuales no se producirían si la acromía tuviera solamente el valor de reliquia.

De uno de nuestros casos, el sexto, hemos podido hacer fotografías, que, aunque con poco detalle, ilustran la presente nota clínica.

*Observación 1.<sup>a</sup>*—Hamido Ben Abselan Tangeni, 487, soldado del batallón de Transmisiones de Marruecos. En diciembre de 1942, lesiones genitales, que sin ultra ni serología son tratadas con seis inyecciones de neo y tres de bi rojo. En la fecha de la consulta (10-X-43), máculas algo pruriginosas, acrómicas, de varios tamaños, las más pequeñas como lentejas, algunas confluentes y policíclicas, con borde ligeramente hiperpigmentado, de situación en parte superior de tórax y cuello; cicatriz de gran chanero en glándula; discreta adenopatía inguinal y epitroclear izquierda sifiloide; astenia, artralgias,



ligero enantema faríngeo (eritema), sudores nocturnos. Serología: M., K. y C., negativas. Líquido céfallo-raquídeo: células, dos por milímetro cúbico; albúmina, 17 centigramos por 1.000; globulinas (Pandy, Nonne-Apelt y Weichbrodt), negativas; floculación (M., K. y C.), positivas. En el curso de la reactivación con dos inyecciones de yodobismutato de quinina, que no modifica la serología, aparecen nuevas lesiones de morfología análoga a las anteriores, pero que, además, por raspado, dan fina descamación, sin signos de viruta. Investigación de hongos en escamas: *Malassezia furfur*.

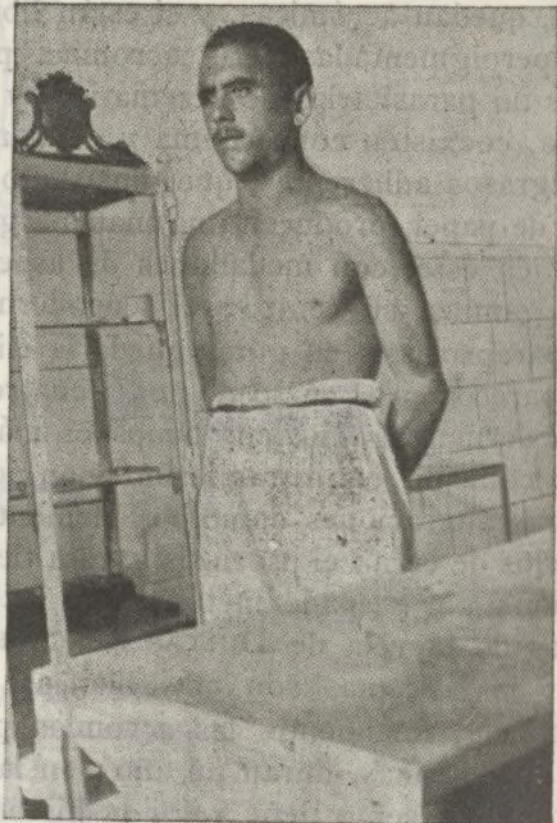
**Observación 2.<sup>a</sup>**—Abselan Ben Mohamed, 15.068, cabo del Grupo de Regulares de Infantería de Ceuta, número 3. En 1939, lesión genital, tratada con seis inyecciones de dmelcos, doce inyecciones de neo-faes y una de bismuto. Por hemorroides ingresa en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Ceuta, en el que se le practica serología, que por ser positiva lleva a nuestra consulta al enfermo, presentando entonces (17-XI-43) cicatriz en prepucio, reliquia de la lesión citada; discreta adenopatía epitroclear derecha sifiloide; acromia en parte anterior y posterior izquierda de tórax en forma de elementos con el tamaño de lentejas, algunos de discreta tendencia a la descamación y otros mayores, confluentes, no descamativos y algo pruriginosos; falsa alopecia en claros (lesiones muy frecuentes en los moros; casi siempre secuela de procesos padecidos en la infancia) y hemorroides externas. Serología: M. ++, K. y C. +. El 21-XI-43 se observa una nueva lesión, cuya epidermis, que se pliega fácilmente, descama por el raspado, pero en pequeña cuantía, y que no da el signo de la viruta. Se investigan hongos en las escamas de las lesiones recientes, que son las únicas que las presentan, y se observa el *Malassezia* o *Microsporon furfur*. Después de dos inyecciones de yodobismutato de quinina, las máculas no sólo no se han modificado, sino que aparece alguna otra.

**Observación 3.<sup>a</sup>**—V. M. Y., segundo Tercio de la Legión. Sin antecedentes patológicos algunos. El mes de mayo de 1943, y al irse a bañar, nota en hombro derecho unas manchas blancas, que posteriormente, sin coincidir con sudores, se han ido extendiendo. No acusa síntomas subjetivos. En la fecha de la observación (2-X-43), lesiones maculosas del tamaño de lentejas, no confluentes, localizadas en hombro, brazo derecho y cuello, cuya epidermis se arruga al plegarse, y que por raspado da el signo de la viruta, aunque no muy típico. La investigación de hongos da *Malassezia furfur*.

**Observación 4.<sup>a</sup>**—Abselan Ben Mohamed, 24.860. R. 3. Últimos coitos en febrero y marzo de 1944, e inmediatamente de éste, lesión genital, que ha sido tratada localmente. No ha tomado sol desnudo; sudores. El 20 de abril de 1944, lesión pápulo-ulcerosa, dura, de rafe peneano, próxima a frenillo; linfitis dorsal del pene, discreta adenopatía sifiloide con el elemento inflamatorio en ingle izquierda, que es el motivo de la consulta. En parte superior del tronco, lesiones maculosas acrómicas pitiríásicas del tamaño de lentejas, ocupando aquí una extensa zona en línea media. Signo de la viruta, positivo en las lesiones recientes. Las máculas las tiene hace un año, y el enfermo las atribuye a que se salpicó encalando una pared. Alopecia cicatricial consecutiva a proceso crónico de cuero cabelludo (Favus). Investigación de estreptobacilos en la lesión genital: negativa. Investigación de hongos en las lesiones cutáneas: esporos y micelio de *Malassezia furfur*. Serología: M., K. y C. +. Líquido céfallo-raquídeo (células, albúminas y globulinas), normal.

**Observación 5.<sup>a</sup>**—M. R. V. Cabo del 2.<sup>o</sup> Tercio de la Legión, de veinticinco años. En noviembre de 1942 lesión genital, tratada localmente como venérea y al interior con sulfamidas. En la primavera de 1944 nota en línea media anterior del tórax una mancha más oscura que la piel circundante, y al poco tiempo otras en parte antesuperior de tórax; más tarde, con motivo de tomar baños de sol, se oscurece la piel que rodea a aquéllas y éstas se hacen más blancas. En la fecha de la consulta (26-IX-44) se aprecian en parte anterosuperior de tórax máculas hipocrómicas, confluentes las mayores, del tamaño de lentejas otras, algunas puntiformes; en ellas la epidermis se encuentra con ligera tendencia a la estriación, y por raspado no dan el signo de la viruta, pero sí una descamación coherente. La lesión primeramente aparecida, situada sobre piel poco hiperocrómica en parte inferior de apéndice xifoides, es menos acrómica y da el signo de la viruta, lo que sucede con otras análogas

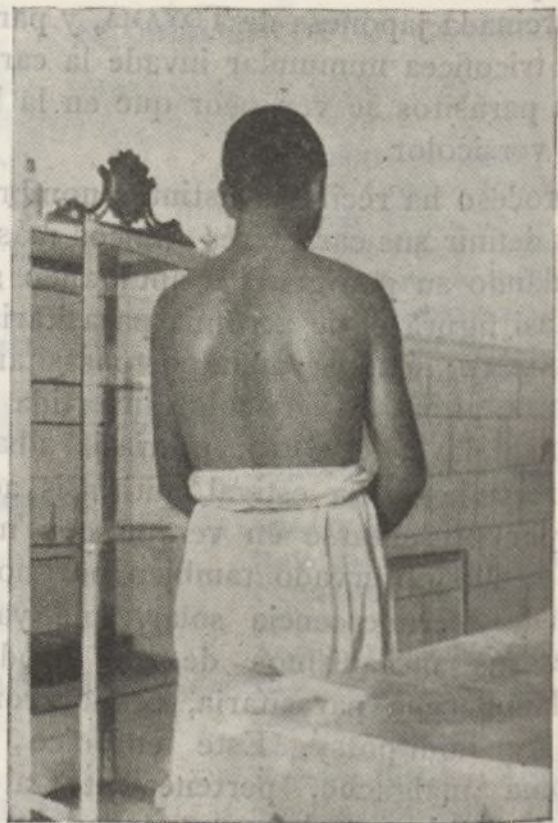
sobre el tatuado y sobre piel poco tostada. En triángulo anterior del tórax de base superior, limitando con cuello y donde da el sol a través de escote de camisa legionaria, la piel es eritematosa y las lesiones son casi imperceptibles, no dando el signo de la viruta. En flanco derecho placa acrómica de superficie normal y contornos irregulares que, según el



Observación 6.<sup>a</sup>

enfermo, es congénita, y por raspado no da el signo de la viruta ni descamación (Nevus acrómico). En línea media dorsal angioma plano y acné. Varios tatuados en cara anterior del tórax y en brazo izquierdo. Investigación de hongos: Micelios y esporos de *Malassezia furfur*.

**Observación 6.<sup>a</sup>**—M. T. M. Legionario del 2.<sup>o</sup> Tercio de la Legión, con domicilio en Riffien, donde ha estado expuesto

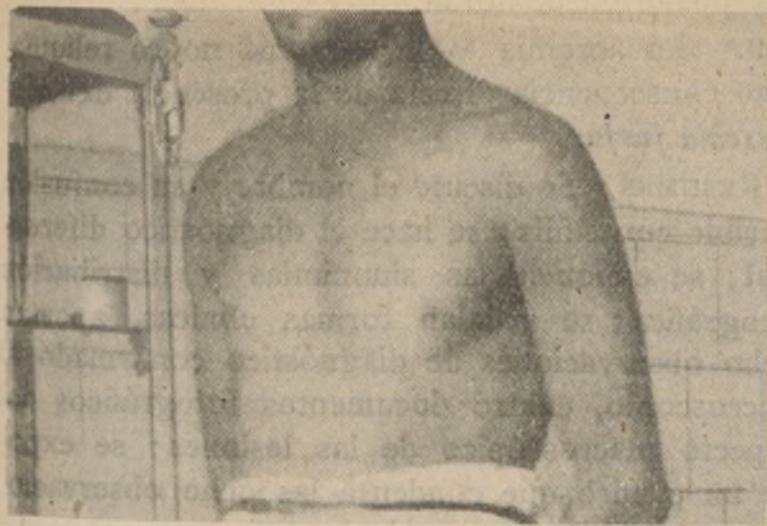


Observación 6.<sup>a</sup>

al sol. Es visto por primera vez en consulta el 10 de abril de 1943 con sífilis primaria seropositiva; posteriormente padece paludismo y el 11-X-44 acude de nuevo a consulta con motivo de su lúes y de lesiones de piódermitis en cara, pre-



sentando además, sobre una piel hiperpigmentada, máculas hipocrómicas en parte anterior y posterior de tórax, más numerosas en línea media, aunque también aparecen en re-



Observación 6.ª

gión del trapecio y deltoides; estas manchas son de distintos tamaños, desde el de una cabeza de alfiler a una moneda de 5 pesetas, las mayores confluentes y las pequeñas circulares, algunas de cuyas características se pueden ver en las cuatro fotos adjuntas. Las máculas dan el signo de la viruta por raspado, y el microscopio denuncia la existencia de micelio de *Malassezia furfur*.

Observación 7.ª—E. G. R. Cabo de Artillería, 31, con domicilio en Larache, hospitalizado por hipertrofia de cornetes el 16-X-44, y de la Clínica de Otorrinolaringología es mandado a consulta el 25-X-44. Se aprecia pitiriasis en cara y cuello y en parte anterior de ésta, por debajo y a la izquierda de cartilago tiroides, placa elíptica acrómica del tamaño inferior a una moneda de 5 céntimos, pitirásica por raspado, balanopostitis. Investigación de hongos en la placa del cuello: *Malassezia furfur*. El 30-X-44 en parte derecha de cuello, también zona soleada, tres elementos aislados, dos en la zona de externo-cleido-mastoideo, de forma elíptica y tamaño inferior a lentejas, y otra mayor en fosa supraclavicular, todos acrómicos, y por raspado dan el signo de la viruta.

Observación 8.ª—M. M. R. Soldado del Regimiento de Infantería núm. 54, destacado en Tzelata de A. El 16-I-45 ingresa en el Hospital Militar de Ceuta con el diagnóstico de pleuresía derecha, apreciándose por auscultación en hemitórax derecho abolición del murmullo vesicular, zona de matidez coincidente y que sube más en línea axilar posterior; vibraciones disminuidas en esa zona, temperatura con oscilaciones diurnas de 2 grados, aunque ello no es constante a diario. A rayos X condensación en base y parte media de pulmón derecho. Puncionada la colección pleural, se obtiene líquido con treinta gramos por mil de albúmina, con abundantes polinucleares, escasos linfocitos, algún monocito y sin gérmenes al Gram y al Ziehl. Velocidad de sedimentación: primera hora, 115; segunda hora, 121, y V. M., 87,75. En una de las exploraciones descubrimos casualmente una discromía con los siguientes caracteres: máculas hipocrómicas en línea media dorsal, del tamaño de lentejas unas y otras algo mayores, confluentes, sin signo de la viruta, pero con descamación pulverulenta al raspado, en la que se ven esporos y micelios de *Malassezia furfur* y rodeada de piel de



Observación 6.ª

aspecto normal. Ha tomado baños de sol el verano pasado, tiene sudores nocturnos.

Las anteriores observaciones pueden resumirse a continuación en el siguiente cuadro:

Observación	Filiación	Lugar de procedencia	Raza	Motivo 1.ª consulta	Viruta	Sol	Sudor	Diagnóstico
1	487, B. T. M....	Ceuta.....	Mahometana.	Sí	No	Sí	Sí	Lues latente y pitiriasis versicolor acrómica.
2	15.068, R. 3.....	Ceuta.....	Mahometana.	No	No	No	No	Sífilis II, hemorroides y p. v. a.
3	V. Y. M., II T.º..	Riffien.....	Blanca.....	Sí	Sí	Sí	No	Pitiriasis versicolor acrómica.
4	24.860, R. 3.....	Ceuta.....	Mahometana.	No	Sí	No	Sí	Alopecia postfálica, sífilis y p. v. a.
5	M. R. V., II T.º..	Riffien.....	Blanca.....	Sí	Sí	Sí	No	Nevus acrómico, angioma plano, acné, taraceos y p. v. a.
6	M. T. M., II T.º..	Riffien.....	Blanca.....	No	Sí	Sí	No	Sífilis latente, piodermis y p. v. a.
7	G. R., Art.ª 31...	Larache.....	Blanca.....	No	Sí	Sí	No	Balanopostitis y p. v. a.
8	M. M. R., Inf.ª 54.	Tzelata .....	Blanca.....	No	No	Sí	Sí	Pleuresía y p. v. a.

El diagnóstico en todas las observaciones ha sido comprobado por el Laboratorio, gracias al interés, competencia y amabilidad del jefe del Laboratorio del Hospital Militar de Ceuta, el comandante médico don Antonio Torres Salas, a quien desde aquí mostramos nuestro agradecimiento por haber avalado con su cultura micológica esta modesta comunicación.

Después de todo lo que antecede, creemos estar en condiciones de poder sentar las siguientes conclusiones:

1.ª En los musulmanes, la forma clínica acrómica de la *Microscorosis furfur* se produce por mecanismo ajeno a la acción del sol.

2.ª El signo de la viruta no es constante en la acromía del *Microscorum furfur*.



3.<sup>a</sup> La acromía del *Malassezia furfur* es muy frecuente en Marruecos, y la mayor parte de las veces su hallazgo es accidental (sólo tres de los ocho casos acudieron a consulta por su dermatosis).

4.<sup>a</sup> En ella los sudores no son tan frecuentes como se ha invocado y menos aún la tuberculosis.

5.<sup>a</sup> Debe ser algo contagiosa y posiblemente hacen falta condiciones individuales especiales y malas respecto a higiene.

6.<sup>a</sup> El sol siempre motivó la acromía, en colaboración con el parásito, cuando afectó a individuos de la raza blanca.

7.<sup>a</sup> Nuestros enfermos han ofrecido lesiones de todas las formas clínicas descritas en la pitiriasis versicolor acrómica.

8.<sup>a</sup> Hemos observado dos casos de localización atípica, uno en cuello y otro en línea media posterior de tórax.

9.<sup>a</sup> La acromía o hipocromía no es reliquia, sino consecuencia directa de la presencia del *Malassezia furfur*.

RESUMEN: Se discute el nombre y su confusión posible con sífilis; se hace el diagnóstico diferencial; se exponen las sinonimias y distribución geográfica; se señalan formas clínicas, aportan ocho observaciones de diagnóstico confirmado al microscopio, cuatro documentos fotográficos del aspecto macroscópico de las lesiones; se expone un cuadro que condensa las ocho observaciones, y se formulan conclusiones.

## Divulgaciones nacionales

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ÚLCERAS DUODENALES BAJAS

por el

Doctor JOAQUIN GARCIA MORAN

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo en el Hospital Provincial de Oviedo.

#### ÚLCERAS DUODENALES QUE NO ASIENTAN EN EL BULBO

Como es bien sabido, las úlceras duodenales son las más frecuentes, y la localización predominante de las mismas es en el bulbo, en la primera porción del duodeno. Las úlceras situadas más abajo se tienen por muy raras; pero lo cierto es que existen, y que la radiología va descubriendo cada vez más. Al estudio de estas úlceras, que hay bastante acuerdo en llamar úlceras duodenales extrabulbares, se han dedicado multitud de trabajos (de BIGNAMI, COLVIN, GAVAZZENI, GUTMANN, LOSSEN y SCHNEIDER, PARTURIER, PERAIRE, TOYE-LAZRIN, VIVIANI, entre otros).

Pueden, las lesiones ulcerosas localizadas más allá del bulbo, dar la sintomatología corriente de las úlceras pépticas; pero la vecindad del páncreas y de las vías biliares cabe que preste al cuadro clínico características muy particulares, que lleven la atención hacia procesos hepatobiliares, que no siempre se interpretan debidamente. Ya hace muchos años que MACKENZIE señaló la coincidencia clínica de úlcera e ictericia, y, posteriormente, GALLART, entre nosotros, ha hecho alusión a la misma imbricación sintomática, hablando de la úlcera duodenal de forma icterica. MC. CARTY apuntó que la úlcera de la segunda porción del duodeno puede motivar la aparición de cirrosis. También es preciso pensar en las localizaciones distales del ulcus, cuando la sintomatología de tipo más o menos claro de tal padecimiento se acom-

paña de cuadros anémicos debidos a melenas y, radiológicamente, no se descubre la úlcera en los sitios en que es habitual que esté (1). En fin, puede, además de sangrar, complicarse la úlcera extrabulbar, de la misma forma que las demás úlceras pépticas, con estenosis, a veces situadas por debajo de la desembocadura del colédoco (PERAIRE), o con perforación (DUCASTAIGNE y MOULONGUET).

Tanto las observaciones clínicas como radiológicas y anatómicas de estas úlceras extrabulbares son poco frecuentes. La proporción de 10 por 100 que señalaba MOYNYHAN en 1922 y CARMAN en 1926, entre la totalidad de las duodenales, ha sido confirmada por otros autores, pero más recientemente se tiende a considerarla como bastante más baja (MAINGOT), apenas alcanzando el 1 por 100. Como ya se puede comprender, ha sido la radiología, con el control operatorio, la que ha servido para conocer debidamente el problema. Signos indirectos para establecer el diagnóstico, tales como la ptosis gástrica y duodenal a que han hecho alusión PARTURIER y AIMARD, son de poca solidez. La radiología, siguiendo las normas de AKERLUD, ha servido a la mayoría de quienes se han ocupado de esta cuestión para precisar el diagnóstico. BUSI ha insistido, con razón, en la gran dificultad que pue-

(1) Es oportuno recordar aquí que todo esto también puede ocurrir con pequeños tumores yeyunales altos. Yo he tenido un caso de estos.



de surgir para la diferenciación entre formaciones diverticulares y úlceras. Para explorar radiológicamente la segunda porción del duodeno, hay que tener presente que, muchas veces, está recubierta por el bulbo duodenal, y que incluso éste puede estar oculto tras el antro pilórico. Con esto queda indicada la manera cómo se ha de proceder: se efectuarán observaciones en posición oblicua, que vayan haciendo visible la porción de duodeno a explorar. Hasta podrá ser de necesidad recurrir a las que GUTMANN llama posiciones acrobáticas. Naturalmente, de esta laboriosa exploración se echa mano cuando, con una historia clínica muy sospechosa de úlcera, no se encuentran señales de lesión ni en el estómago ni en el bulbo duodenal. La mayoría de las veces la úlcera de segunda porción del duodeno asienta por encima de la ampolla de Vater. La expresión radiológica de esta lesión es el nicho, y GUTMANN ha señalado la curiosidad de que, al ser penetrante y fijar la úlcera, la movilidad de las porciones que están por encima y por debajo hacen parecer al nicho como de posición variable. Juntamente con el nicho hay irregularidades segmentarias en el dibujo de los contornos de la segunda porción, que incluso por sí mismos pueden hacer sospechar la existencia de úlcera cuando esté tapada la parte en que asienta el nicho.

Las úlceras duodenales extrabulbares, como las demás, pueden presentarse en cualquier momento de la vida, en edades tempranas (THEVENARD ha visto un caso en un niño de once años), y por encima de los sesenta años.

Son más frecuentes en el hombre que en la mujer, al igual que ocurre con las localizaciones más frecuentes.

Tiende a asignárseles dentro de la sintomatología (que, como he dicho, fuera de casos excepcionales, es la misma de las demás ulceraciones pépticas), la aparición muy tardía del dolor (cinco o seis horas después de haber comido), nervosismo exagerado, náuseas y regurgitaciones, etc., que, desde luego, son signos de escasa o nula precisión orientadora para establecer el diagnóstico. Es más, todo esto puede darlo cualquier divertículo duodenal. Para BENSAUDE y VASELLE tiene interés diferencial la edad, puesto—dicen—que la diverticulosis es más propia de gente de más de cincuenta años. Mas ya quedó indicado cómo estas úlceras de que nos ocupamos pueden aparecer después de los sesenta años.

#### CONCEPTO QUIRÚRGICO DE «ÚLCERAS DUODENALES BAJAS»

En la práctica quirúrgica no tiene exacta correspondencia con la Clínica el término de úlcera duodenal baja; pues si bien es cierto que todas las úlceras extrabulbares plantearán el problema operatorio—si es que lo plantean—de las úlceras bajas, en la mesa de operaciones se encuentran, ade-

más, muchas úlceras bulbares (y, a veces, pilóricas y hasta francamente gástricas), que no permiten la liberación más allá de donde asientan y obligan a poner en juego los recursos especiales del tratamiento quirúrgico de las que anatómicamente están más abajo.

Las úlceras quirúrgicamente bajas—y ya prescindiendo aquí de las extrabulbares—son, generalmente, úlceras de cara posterior, que, estableciendo íntimas adherencias con el páncreas, llegan a constituir una masa de la que es difícil, y, sobre todo, muy peligroso, despegar el duodeno. Por deshacer a toda costa esas íntimas adherencias, estimando, por ejemplo, que una úlcera sangrante con ese asiento era impropio dejarla *in situ*, han ocurrido, sin duda, infinidad de catástrofes, a las que no hay por qué exponerse, conociendo la cuestión. Pero aun sin llegar a esas tumoraciones inflamatorias de páncreas determinadas por la penetración de una gran úlcera, hay que hacer mérito, al objeto de lo que venimos tratando, de las pequeñas úlceras duodenales de cara posterior, también con adherencias íntimas al páncreas, del que son francamente difíciles de separar. Cuando estas úlceras no apuntan en el mismo borde pancreático duodenal (y aun percibiéndose en este sitio), habrá que pensar que su liberación va a ser arriesgada y laboriosa. Una orientación práctica de bastante valor para decidir si procede o no la liberación, será coger entre el índice y el pulgar de la mano derecha la zona de la verosímil reacción pancreática. Si se aprecia una masa dura, un bloque firme, lo mejor será abstenerse de proseguir la disección. Justamente—y yo creo, con las consiguientes reservas, que por fortuna—han pasado muchas veces inadvertidas úlceras de éstas, cuando al laparatomizar a un individuo con auténtico cuadro ulceroso, mirando y palpando el estómago y el duodeno por ambas caras, no se apreciaba nada llamativo y se cerraba el vientre, concluyendo que se trataba de una hiperclorhidria simple, de una gastritis o de una neurosis. Con la inhibición consecutiva a una exploración de esa índole, es bien seguro que se han evitado atrevimientos y decisiones que no siempre hubieran llegado a ser coronados por el éxito. Hoy, por lo que respecta a muchas úlceras de cara posterior de duodeno, dice o puede decir más la radiología que la visión directa o que la palpación. El nicho, buscado con la compresión, es precisamente la imagen constante de la lesión, y, si se ha visto, puede tenerse la seguridad de que la úlcera existe o existió, aunque a nuestros ojos y a nuestro tacto se les escape. Para estas úlceras es para las que, con criterio metódico, se indica la duodenotomía exploradora. A mí me parece innecesaria, o recurso de muy excepcional justificación, precisamente porque si la radiología aseguró el diagnóstico y la exploración laparotómica habitual no encontró nada, no va a ser terminante para una



decisión de hallar un punto umbilicado y sangrante en la mucosa posterior del duodeno o el no encontrarlo. La úlcera duodenal en período de apagamiento puede ser imperceptible, y nuestra inhibición operatoria, al no descubrirla franca y manifiesta, puede condenar al paciente a continuar con su calvario. ¡Cuántos reoperados con lesiones francas no hubieran necesitado la reintervención si se hubiera pensado que hay esas pequeñas lesiones duodenales imperceptibles en los períodos de calma y se les hubiera gastrectomizado al laparotomizarles por primera vez! ¡Y en cuántos que con hiperclorhidrias resistentes a tratamientos médicos se decidieron por la operación, y los cirujanos optaron por la resección, practicando, sin darse cuenta de ello, una exclusión, se ha resuelto definitivamente el problema del padecimiento!

Por cuanto queda dicho, se comprende el extraordinario interés que puede tener un buen estudio radiológico para proceder acertadamente ante la cuestión.

No es tan frecuente como en el páncreas la penetración de una úlcera en las vías biliares. Ocurre esto alguna vez con ciertas úlceras del borde superior del bulbo duodenal, en las que la reacción inflamatoria periulcerosa retrae primeramente el ligamento duodeno-hepático aproximando el úlcus al colédoco, en el que penetra alguna vez. El acontecimiento, repito, es raro. Lo que ya no es tan raro es la abertura en vesícula. Por esto suele ocurrir que una úlcera duodenal de cara anterior se perfora, y la vesícula biliar, tan próxima, efectúa espontáneamente el cierre de la brecha, a costa de su definitiva adherencia. Ulteriormente surge la comunicación, que, aunque más frecuente que la abertura en el colédoco, tampoco es complicación que se dé muchas veces.

Desde el punto de vista de la resecabilidad de las úlceras duodenales y del concepto quirúrgico de úlceras bajas a que me vengo refiriendo, puedo decir, juzgando por mi experiencia, que la infranqueabilidad (o la liberación difícil y muy arriesgada) está en las úlceras de cara posterior del duodeno y en algunas del borde superior del mismo. Las de cara anterior, aun con adherencias muy íntimas a vesícula, consecutivas al cierre espontáneamente hecho por ésta en ocasión de perforación, no suelen ser de muy difícil liberación. En mi monografía sobre perforaciones cubiertas hago alusión a un caso en el que los episodios de cólico vesicular pasaron a ocupar el primer plano del padecimiento, después que ocurrió la perforación y la tapó la vesícula. Posteriormente he visto algunos más, en la que la disposición de úlcera y vesícula correspondía al mismo acontecimiento, y en ellos se ha podido franquear el paso sin grandes dificultades y se ha secado la úlcera. La coexistencia de una úlcera de cara anterior en estas condiciones con otra de cara posterior, puede dificultar la resección si la segunda es baja o penetrante en el páncreas.

#### DIFICULTADES Y PELIGROS DE LA LIBERACIÓN DE LAS ÚLCERAS DUODENALES BAJAS

Si un cirujano se impusiera la absurda decisión de liberar todas las úlceras duodenales, es seguro que lo conseguiría siempre, pero a costa de contratiempos fatales.

De abertura del colédoco durante el acto operatorio, se han citado repetidamente casos en la literatura; pero, sin duda, son muchos más los que no se han publicado. Casi siempre es la consideración de que la lesión ulcerosa dejada *in situ* seguirá comprometiendo al enfermo con hemorragias o con fistulas, la que decide el ánimo del cirujano a proseguir la liberación hasta conseguir resecarla; pero no pocas veces quedará contristado al terminar la operación, con la idea de que lo prudente hubiera sido proceder sin tanto afán de radicalidad.

En un enfermo con hemorragias considerables y repetidas, que tenía un gran nicho duodenal correspondiente a una úlcera penetrante en el páncreas, me vi en la necesidad (cuando ya la liberación estaba muy avanzada) de seccionar y ligar el colédoco. La operación, ya de por sí extraordinariamente laboriosa, con las obligadas y peligrosas manipulaciones en el páncreas, tuvo que prolongarse con una colecistoyunostomía. El enfermo no soportó el shock operatorio.

Ahora bien: el capítulo grande de los riesgos está constituido no por los casos excepcionales como el citado, sino por la simple penetración del úlcus de cara posterior del duodeno en el páncreas, que se da en un número de enfermos de bastante consideración. HABERER, tan experto en cirugía gástrica, hablaba de un 60 por 100 de casos no operables, en los que se decide por la gastroenterostomía, pues, opuesto terminantemente a resecar dejando la úlcera, agota los recursos por liberar el mayor número de lesiones, por bajas que asienten. Este criterio y su maestría, seguramente han sido los factores que contribuyeron a que el número de sus casos no resecables fuese tan reducido. FLOERCKEN, en cambio, hablaba de un 20 por 100 ulcerosos en los que no debía intentarse la extirpación de la lesión.

En un período de cuatro años se operaron en el Servicio que está a mi cargo, en el Hospital de Oviedo, 387 casos de úlcera duodenal. En 45 de ellos (12 por 100) hice resección con exclusión, y en 23 (6 por 100) gastroenterostomía.

¿Cuáles pueden ser los peligros de liberar y resecar a toda costa las úlceras duodenales bajas? Fundamentalmente, dos: por parte del páncreas y por parte del muñón duodenal.

Los peligros de las alteraciones del páncreas están en la pancreatitis de causa traumática e infecciosa, con punto de origen en la zona duodenal que se despegas, y, sobre todo, en la nefasta consecuencia que puede acarrear la digestión del hilo que cierra el muñón por la acción del jugo pancreático. HABERER ha recalcado, al decir de muchos, con exageración los peligros que encierra la



no perfecta integridad del páncreas, y cree que los muñones duodenales corren riesgo, no sólo cuando se producen mínimas lesiones de la glándula durante la operación, sino también cuando las úlceras son penetrantes.

Por parte del duodeno, el dejar un muñón deficiente trae consigo el peligro de dehiscencia del mismo, causa, sin duda, comprobada dolorosamente por todos los cirujanos, de una gran parte de los fracasos operatorios. Muñones duodenales infiltrados, con aparente buen cierre y protección, se abren a los tres o cuatro días, cuando ya el cirujano se ha hecho a la idea de un buen curso postoperatorio, y alguna vez bastante más tarde.

Unas veces ocurre la dehiscencia con un cuadro claro de perforación, manifestado por el dolor violento, y otras veces se presenta de manera solapada, sin iniciación tormentosa. En uno y otro caso surge la peritonitis, que en pocas ocasiones se localiza en forma de flemón con la consiguiente formación de fistula al abrirse hacia el exterior, y que en otras, las más, se hace generalizada y fatal. En mi experiencia, esto último es lo que ha acaecido más veces, incluso en casos en los que he hecho el diagnóstico, se llegó pronto a tapar la brecha y se dejó un drenaje. Es, pues, la dehiscencia del muñón duodenal un acontecimiento sombrío que habrá que prevenir al máximo, no sólo con cierres herméticos, sino con el cuidado de evitar el que las suturas recaigan en tejidos alterados con una vecindad tan peligrosa como la del tejido pancreático, que no está indemne. Yo estimo que la causa más frecuente de muerte en mis gastrectomizados ha sido la dehiscencia del muñón duodenal.

JEREZ, en su tesis doctoral ha revisado los motivos que llevan a tal dehiscencia. Aunque todos los que enumera suman su acción para consumar el hecho, la causa fundamental de la grave complicación está en el mal tejido del cabo duodenal. La periulceritis y las manipulaciones liberadoras dejan una pared duodenal friable, en la que el acúmulo secretorio del interior del asa, la infección, la acción digestiva del jugo pancreático rezumante por la zona despegada y la peritonización forzada, encuentran condiciones muy favorables para su colaboración fatal.

La infección de origen intrainestinal, que es acontecimiento lógicamente frecuente a nivel de las suturas y que se ha comprobado con estudios experimentales, no tiene expresión clínica llamativa en la inmensa mayoría de los casos, porque la peritonización constituye una barrera que se opone a su desagüe hacia la cavidad del peritoneo, con la consiguiente facilidad para hacerlo hacia la luz del intestino. La formación de abscesos, a partir de esta infección, que se abren hacia la cavidad peritoneal, es acontecimiento raro, pero registrado en la literatura. Como mientras ocurre todo el proceso ya se han instaurado adherencias, lo co-

rriente es que tales abscesos busquen camino hacia el exterior o se abran en otra víscera (por ejemplo, en el colon). Más raro es que se abran en la cavidad general del peritoneo, pero lo hacen alguna vez. En algunos gastrectomizados, en los que después de ocho o diez días de buen curso aparece peritonitis, se encuentra como responsable un absceso formado a nivel de la sutura y abierto ulteriormente.

Cuando la flexibilidad y buena calidad del muñón duodenal permiten su fácil invaginación, la falta de peritoneo en la cara posterior de aquél no constituye un gran inconveniente. Entonces sirve, y sirve bien, para efectuar el cierre, cualquiera de los ingeniosos recursos de que se echa mano, teniendo siempre por base el que sea la cara anterior del duodeno, bien peritonizada, la que lleve el peso de la protección. Pero si el muñón duodenal está infiltrado y su invaginación es forzada, resultará que ésta será más difícilmente contenible, y el peritoneo, que participa en la alteración de toda la pared, poco podrá oponerse, por muy ingeniosamente que se le disponga, a que surja la dehiscencia.

Otro tanto podemos decir de la hiperpresión dentro del asa duodenal en los casos de gastrectomía. Ordinariamente, el acúmulo de secreciones y la motilidad, pugnando por una evacuación retrógrada, no elevarán la presión dentro del duodeno en grado suficiente para vencer el cierre de un buen muñón antes de encontrar la salida por el camino expedito.

Como decía, el cuadro clínico de la dehiscencia puede surgir brusca y solapadamente. En los que ocurre esto último, la evolución peritonítica se va desarrollando con apariencias angustiosamente lenta ante nuestros ojos, y nuestra imaginación rebusca la causa de la peritonitis, pasando revista a los posibles motivos. Es en la autopsia de estos casos donde se encuentra el absceso de vecindad de la sutura, punto de partida de la difusión. En los casos afortunados en los que la formación de adherencias impide la generalización del absceso, que se fragua camino hacia el exterior a través del que se siguió operatoriamente, encontrando así el contenido duodenal una ruta fácil al abrirse ulteriormente el muñón, ocurre que hay un período prodrómico que corresponde a la formación del mismo absceso (fiebre, mal-estar, meteorismo). Este período, como se comprende, también puede existir en casos en que no hay la fortuna de que se establezca comunicación con el exterior, y surge la difusión y la peritonitis. Este momento de la iniciación de la difusión suele marcarse por la agravación del cuadro, unas veces con el carácter bruscamente doloroso de la perforación, lo mismo que en los casos de dehiscencia rápida y otras veces sin ese episodio doloroso tan llamativo, pero con evidente resalte para hacer pensar que ha surgido el episodio grave que



va a determinar la evolución ya rápidamente fatal. Es natural que se piense que si las cosas pueden ocurrir de esa manera, el reconocer los síntomas prodromicos ya justificaría el intervenir, creando un camino desde el foco hasta el exterior y dejando un drenaje. Pero en la práctica hay que pesar mucho si ha de intervenir o no. Y como el reoperar a los pocos días a un enfermo tan en déficit orgánico como es el gastrectomizado, en que se suman los efectos de un padecimiento prolongado y de un traumatismo serio, no está desprovisto de riesgos, y como sería muy aventurado decidir la forma terminante que la elevación térmica y el malestar impreciso se deben a una infección del foco perisutural, lo corriente es que no se intervenga y se piense que aquella complicación febril que hace su aparición a los cuatro o seis días tenga su origen, sencillamente, en una simple infección de la pared abdominal.

El tratamiento útil de las dehiscencias duodenales está (salvo en afortunados casos, en los que, llegando a tiempo, resuelve la situación el cierre de la brecha y el desagüe) en la colocación de un drenaje preventivo en las proximidades del duodeno, cuando quede la menor sospecha de que las suturas que lo cierran pueden fallar; *pero está, sobre todo, en evitar a toda costa que queden malos muñones duodenales.*

#### OPERACIONES CON LAS QUE SE EVITAN LOS MUÑONES DUODENALES PROPICIOS A LA DEHISCENCIA

El mal cabo duodenal, si resulta peligroso para el cierre que se establece cuando se hace la resección del tipo Billroth II, imaginemos cuánto lo será en casos en que se instaura una sutura gastroduodenal a lo Billroth I.

Quien viva de cerca los problemas referentes al tratamiento operatorio de la úlcera, no habrá dejado de notar la fiebre gastrectomizadora que, desde hace algunos años, reina en los ambientes quirúrgicos. Es un pugilato en el que quiere exhibirse el dominio de las técnicas difíciles, con un desprecio olímpico para métodos más conservadores. Es indudable que la extirpación de la úlcera y de una gran porción de estómago es un recurso práctico y muy justificado, mientras no se encuentre el tratamiento médico verdaderamente eficaz; pero cuando se leen estadísticas en las que se dice que en Centros donde concurren muchos ulcerosos no se hacen más que gastrectomías, piensa uno que a tales Clínicas no ha llegado ese contingente no despreciable de enfermos con un bloque pancreático inflamatorio, en los que, bastantes veces, si se consigue la liberación, es a costa de traumatismos y de lesiones que, sin duda alguna, aumentarían las insignificantes cifras de mortalidad de que suele hacerse gala. Justamente la exposición que vengo haciendo ha querido demostrar la realidad de este problema de las úlceras difícil y peligrosamente extirpables.

Para evitar los peligros de la decisión que pretende ser sistemáticamente radical, se han puesto en práctica diversos recursos, que, en esencia, pueden reducirse a dos: la gastroenterostomía y la resección con exclusión.

La gastroenterostomía es una operación sencilla, demasiado sencilla ha dicho HABERER, y, precisamente por esto, se ha puesto en práctica con absurda sistematización, muchas veces, por supuesto, injustificada. Sin encontrar lesiones manifiestas, después de indicaciones operatorias sin fundamento, se ha hecho infinidad de veces, creyendo, de un modo pueril, que podía ser útil, y pensando que no era muy lucido haber abierto el vientre para no hacer nada. Con justificación clínica más razonable, pero sin hallazgo operatorio seguro, también se ha practicado mucho. Con lesiones ulcerosas extirpables también se hace, y hay ambientes quirúrgicos en los que se tiene a la gastroenterostomía por el gran recurso operatorio para las úlceras pépticas. Ahora bien: las gastroenterostomías, que es operación sumamente útil y brillante en los casos apropiados, no lo es siempre, y, además, lleva consigo peligros de suficiente importancia para meditar sobre la cuestión. Ese elevado porcentaje de molestias residuales que se señalan en gastroenterostomizados, corresponde casi en su totalidad a enfermos en los que la indicación de la gastroenterostomía era bien discutible; y otro tanto podría decirse de las úlceras pépticas que hacen su aparición en la boca anastomótica.

Hoy, que se dominan las técnicas de resección, se puede tener un criterio más ecléctico. La gastroenterostomía es excelente recurso para la estrechez pilórica o duodenal, aun cuando la úlcera se halle alejada del sitio estrechado (como en casos de úlceras gigantes de curvatura menor, en la que el proceso periulceroso va determinando perigastritis y retracciones que conducen a la estenosis); pero lleva consigo el peligro de la úlcera péptica secundaria en el asa yeyunal anastomosada, complicación grave que se da en la no despreciable proporción del 3 ó 4 por 100. Yo llevo operados 54 casos de úlcera de esta clase, y sólo en el año 1945 he operado 11. ¿Pero es que se va a prescindir de una operación útil por el peligro cierto, pero remoto, de una úlcera secundaria? Justo es que no se practique la gastroenterostomía si no es de absoluta necesidad, porque precisamente es en los casos en que se llevó a cabo sin estar plenamente indicada en los que hacen aparición la mayor parte de las úlceras pépticas de boca anastomótica; pero en ulcerosos viejos, caquécticos, con retención prolongada de los alimentos en el estómago, que terminan expulsándolos con vómitos, en los que la laparotomía hecha bajo anestesia local nos muestra perspectivas de gastrectomía laboriosa, el recurso es de maravilla. Si se cuidase de hacer gastroenterostomía sólo en estos casos,



el número de reproducciones ulcerosas disminuiría marcadamente, no sólo en su aspecto global, sino también proporcionalmente, pues, como dije, es muy verosímil que las condiciones más propias para la úlcera secundaria se den en los casos en que se practica la operación sin una necesidad obligada (caso, por ejemplo, de úlcera duodenal, sin estrechez, con cifras muy elevadas de acidez).

Ya he dicho cuáles son, a juicio mío, las condiciones razonables para indicar la gastroenterostomía: retención, caquexia y difícil extirpabilidad. Todo esto se da en un cierto número de las úlceras bajas a que vengo haciendo referencia. En el lote de 387 casos de úlcera duodenal intervenidos por mí en los últimos cuatro años, la hice 23 veces (en el 6 por 100).

#### LA RESECCIÓN CON EXCLUSIÓN

No voy a repetir todas las razones en que fundamentan su proceder los partidarios de la resección con exclusión, ni todos los argumentos de los que los combaten; pero hay que convenir en que los primeros manejan un razonamiento sugestivo: que evitan manipulaciones muy arriesgadas. Los contrarios aducen, para sostener su criterio, la frecuencia de las úlceras secundarias en los casos en que se hace la exclusión a lo LAMBERT, a lo EISELSBERG, a lo DOYEN o a lo DEVINE, y llegan a la conclusión de que, no pudiendo resecar la úlcera, es preferible conformarse con la gastroenterostomía (NORDMANN, VON HABERER). Un maestro tan destacado de la Cirugía gástrica como FINSTERER, estima como muy útil la operación propuesta por él, *con tal que se haga una resección amplia*. Procediendo así, se obtienen buenos resultados, con poco riesgo y baja mortalidad. En cambio, los que, sugestionados por la idea de que dejar el píloro o parte del antro—punto de partida de los reflejos secretorios—es motivo de fracasos, concretamente de aparición de úlceras secundarias, se esfuerzan en excluir únicamente los casos en que sea posible seccionar sobre el mismo duodeno. Esto, que puede conseguirse alguna vez en úlceras bajas sin reacción periulcerosa, no se logra la mayoría de las veces, porque en una gran parte de casos la pared del duodeno está alterada y es poco propicia para un cierre de garantía. FLOERCKEN, que es uno de los que propugnan esta relativa radicalidad en las exclusiones apurando en lo posible la resección por el lado piloroduodenal, aconsejaba, hace poco, para proteger esos muñones rígidos que no pueden invaginarse y cerrarse con una sutura en bolsa, dar los puntos desde la cápsula del páncreas en la cara posterior del duodeno a la cara anterior, bien movilizada por debajo de la úlcera, a fin de prestarle la flexibilidad que se requiere para que sea esa cara la que lleve el peso de la protección. KOENNECKE, partidario del proceder al estilo de FLOERCKEN, dejando lo más

reducido el muñón piloroduodenal, señalaba 11,7 por 100 de mortalidad para los casos en que se actuó de esa manera, y aunque atribuye los fracasos a diversos motivos, la cifra de bajas es de mucha consideración, y hace pensar que la exclusión practicada de esa forma es operación peligrosa y que no merece la pena huir de ella, por temor a la úlcera secundaria, ni de la gastroenterostomía, ni de la exclusión con un muñón pilórico de garantía. FINSTERER insiste, como he dicho, en asegurar que tal contratiempo se evita con la amplia gastrectomía.

W. KOENIG precisa así las condiciones para la exclusión: «Se practica en úlceras duodenales bajas, penetrantes en páncreas, cuya movilización comprometería las vías biliares, pero que asimismo tengan por encima un trozo de duodeno sano que permita la movilización.» Se entiende que en los casos de úlceras irresecables en que no se den esas condiciones, procede la gastroenterostomía. No será, sin duda, ésta mala norma de conducta; pero supeditar la exclusión a que no quede el menor residuo gástrico por el lado duodenal, es una exageración más bien basada en disquisiciones teóricas que en hechos reales. Nada tienen que ver las exclusiones sin resección, en las que es muy cierto que la aparición de úlceras pépticas secundarias es de gran frecuencia, con las operaciones en que se deja el muñón pilórico, pero se *practica una amplia gastrectomía*. Yo, convencido de esto, tenía, sin embargo, hasta hace poco, mis reservas, porque el único caso de úlcera péptica secundaria que había visto entre mis gastrectomizados, daba la casualidad que se había presentado en un enfermo en el que hiciera la exclusión a lo FINSTERER, es decir, con gastrectomía subtotal; pero estas reservas, que eran de poca consistencia, se han disipado totalmente cuando hace pocas semanas me enfrenté con el segundo caso, un capitán de la Marina mercante, a quien once meses antes le había practicado una amplísima gastrectomía, extirpando la úlcera, que estaba en el mismo píloro. Este enfermo, conocedor de estas cuestiones por ser su padre y cuatro hermanos ulcerosos y haber tenido uno de éstos una úlcera péptica secundaria algunos años después que se le hiciera una gastroenterostomía, me pidió—pese a ser un estenosado de píloro con cuantiosa retención, para el que podía considerarse como buena operación la gastroenterostomía—que le hiciera una gastrectomía bien radical. Y así lo hice, y, sin embargo, apareció la úlcera secundaria, que se perforó, lo mismo que en mi otro caso. No está, pues, la explicación de la aparición de las úlceras secundarias en el dejar un muñón pilórico excluido, porque lo mismo que en mi segundo caso no existía, tampoco había quedado en otros tres casos reoperados por mí (en dos era la cuarta operación que se hacía por motivo de úlcera, y en el otro, la quinta), ni en otros registrados en la literatura



(como los de KONJETZNY y de PUIG-SUREDA, que baten la marca de las reintervenciones), ni en el número realmente exorbitante que BARON ha presentado a la Reunión de la Sociedad de Patología Digestiva, celebrada en Barcelona el pasado diciembre, casos estos últimos en los que se practicó la resección a lo Billroth I, lo que lleva implícito el que no quede el menor residuo gástrico por el lado duodenal, y exige una pared de duodeno de la máxima garantía. La explicación para muchos casos está en que no se han hecho resecciones muy económicas, y para otros, desde luego bastantes menos, en los que se ha resecado ampliamente, no hay, hasta el presente, más que la vaga expresión de que tienen una constitución ulcerosa, cuyos factores no están bien precisados.

Una técnica de exclusión practicable en bastantes casos, y que yo llevo hecha últimamente en ocho enfermos, es la de BANCROFT, mediante la cual se priva del argumento de la peligrosidad de la mucosa de antro excluida, a los que sostienen que es causa de la aparición de úlceras pépticas secundarias. Con esta técnica se extirpa toda la mucosa, hasta el píloro, del trozo de estómago que se va a excluir.

Los buenos resultados prolongados de exclusión, son evidentes. Quizá tenga que esperar más tiempo para afirmar esto con más seguridad; pero, hasta ahora, en todos los casos que he revisado, el bienestar es completo.

Aunque no cabe controlar radiológicamente la zona excluida en que asentaba la úlcera, el buen curso de los enfermos hace pensar en la curación, y ZUCKENSCHVERDT y HORTSMANN han tenido la feliz oportunidad de autopsiar un enfermo en el que tres semanas antes se había hecho la exclusión, y encontraron la úlcera curada.

## BIBLIOGRAFIA

- BANCROFT (F. W.).—«A modification of the Devine operation of pyloric exclusion for duodenal ulcer». *The Amer Jour of Surg.*, XVI, 2, 222. 1932.  
BENSAUDE et VASELLE.—«Los divertículos du duodenum». *Arch. des Mal. de l'Appar. Digest.*, 16, 876. 1925.

- BIGNAMI.—«Sull'ulcera extrabulbare del duodeno». *Quaderni Radiologici*, 3, 207. 1932.  
BSTEH.—«Die Operation tiefsitzender Zwölffingerdarmgeschwüre». *Zent. f. Chir.*, 68, 398. 1945.  
BUSI.—«Tratatto di diagnostica radiologica». Ed. Taddei. Ferrara, 1928.  
CASANOVA.—«Regla quirúrgica a seguir en las ulceraciones duodenales inextirpables». Comunicación al Primer Congreso Nacional de Patología Digestiva. *Libro de Actas*, 225. Valencia, 1931.  
DEVINE (H. B.).—«Gastric exclusion». *Surg. Gynec. and Obst.*, 47, 239. 1928.  
DUCASTAING.—«Ulcere perforé de la 2.<sup>a</sup> portion du duodenum». *Soc. Nat. de Chir.*, 21 dec. 1932.  
GALLART-MONES.—«Úlcera duodenal de forma icterica». *Libro de Actas del Primer Congreso Nacional de Patología Digestiva*, 371.  
CAVAZZINI (M.).—«L'ulcera extrabulbare del duodeno». *Arch. Ital. dell'Ap. Dig.*, vol. II, 561. 1933.  
GEREZ MAZA.—«Contribución al estudio de la evolución del muñón duodenal en los resecados de estómago». *Anales de la Casa de Salud Valdecilla*, VI-4-1935.  
CUTMANN (R. A.).—«Les syndromes douloureux de la région epigastrique», tomo I, 169. Doin, 1940.  
GUTMANN et NGUYEN-DIN-HOANG.—«L'ulcere postbulbaire». *Bull. et Arch. de la Soc. de Radiol. Med. de France*. Junio 1937.  
HABERER (H. v.).—«Ulcus pepticum jejuni und Magen-Duodarm-Dickdarmfistel». *Zentb. f. Chir.*, 1182. 1942.  
KOENING (W.).—«Ulcusresektion oder Resektion zur Ausschaltung». *Zentb. f. Chir.*, 1214. 1943.  
KOENNECKE (W.).—«Dis Resektion zur Ausschaltung beim inoperablen Ulcus duodeni». *Zentb. f. Chir.*, 70, 1212. 1943.  
LERICHE.—«Gastrectomie pour exclusion». *Mém. de l'Acad. de Chir.*, 70, 20, 240. 1944.  
LOSSEN und SCHNEIDER.—«Zur Klinik des tiefen Duodenalulcus». *Arch. f. Klin. Chir.*, 137, 445. 1945.  
MATYAS MATYAS.—«Drainage bei schwer versorgbarem Duodenastumpf». *Zentb. f. Chir.*, 658. 1942.  
PARTURIER et AIMARD.—«Ulcus de la II portion du duodenum. Contribution a la semiologie objective clinique et radiologique pasée sur 18 cas». *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 1666. 1920.  
PERIERE.—«Occlusion chronique sous-vaterienne du duodenum, suite d'ulcus». *Chir.*, 12, 446. Paris, 1920.  
SENEQUE (J.).—«Resection gastrique pour exclusion». *Mém. de la Acad. de Chir.*, 70, 241. 1944.  
THEVENARD.—«Ulcere de la seconde portion du duodenum chez un enfant de 11 ans». *Chir.*, 14, 590. Paris, 1922.  
TOYE-LAZARIN.—«L'ulcere duodenal postbulbaire». Tesis de Toulouse, 1937.  
VIVIANI.—«Contributio alla conoscenza dell'ulcera extrabulbare del duodeno». *Radiol. Med.*, VI, 17.1930.  
ZUCKENSCHVERDT und HORTSMANN.—«Operative Behandlung des nicht oder schwer resezierbaren peptischen Geschwüres». *Ergeb. Shir.*, 29. 1936.  
(Publicado en *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*, número 4, tomo V.)



# VERISCAL "C"

Gluconato de cal 10 % y Vitamina - C1.000 U. I.

En ampollas separadas y cajas de 10 amp. de cada clase

Para inyección intramúscular o intravenosa

Puede administrarse indistintamente, mezclando el contenido de las dos ampollas o por separado.

CAJAS de 2, 5 y 10 cc.

«Publ. Med. Garsis».



# Divulgaciones del exterior

## LOS PROGRESOS DE LA TERAPÉUTICA

por el

Doctor HECTOR J. ROSSELLO

Profesor titular de terapéutica en la Facultad de Medicina de Montevideo.  
Director del Instituto de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina, Montevideo.

Sin duda alguna el carácter actualmente más destacado de la terapéutica es su extraordinaria movilidad e inestabilidad, que hacen difícil al médico práctico la aplicación justa y bien informada de sus recursos y también la comprensión cabal, aun la simple noticia de los conceptos que la van dominando. Contémplese cualquiera de los dominios de la terapéutica, y en todos ellos se observará la misma trepidante sustitución de medios y de conceptos. Naturalmente, siempre rige en la ciencia médica el fundamental principio del determinismo causal basado en los métodos de demostración experimental instituidos y perfeccionados por los grandes investigadores del siglo pasado sobre todo, pero aun sometido a tal rigorismo experimental, la labor diariamente acumulada es tan inmensa y el ingenio individual es tan penetrante, que el caudal de hechos y el material acumulado resultan enormes; material constituido por nuevos agentes, nuevos aspectos descubiertos al fenómeno vital, nuevos conceptos e interpretaciones. La inestabilidad de la terapéutica actual consiste precisamente en esa destitución y sustitución de hechos y de materiales terapéuticos recién acumulados por hechos, y materiales inmediatos cada vez mejores y más adecuados. En esto, el trabajo científico de los hombres actuales, aun cuando se funde siempre en el clásico determinismo científico experimental, que ya proclamaba CLAUDIO BERNARD en su libro clásico, tiende a tomar un cierto carácter «provisorio» (si así puede decirse) que lo diferencia sustancialmente del trabajo de los hombres del siglo pasado, los cuales aspiraban siempre a obtener conquistas científicas definitivas de un inmovible carácter interpretativo. Resulta, en verdad, curioso que la mejora de los métodos científicos y el mayor rigor de los procedimientos experimentales hayan conducido a tal inestabilidad en terapéutica. Y todo hace prever que esa movilidad ha de ir acentuándose y que la conducta terapéutica del médico en el futuro tendrá que ser regida no por fórmulas estrictas, sino por un eclecticismo que le exigirá una información cada vez mayor y más rápida.

Antes de la guerra 1914-1918 parecían puestos en punto una serie de hechos y de conceptos fundamentales: se admitía la creciente posibilidad de la inmunización específica, la asepsia, los mé-

todos químicos y citológicos aplicados al estudio del sujeto vivo, los métodos anatomoclínicos para la interpretación de las enfermedades, el registro gráfico y radiológico; también había ocurrido un gran desplazamiento de la anatomía y de la fisiología mecánica por la fisiología química y la física biológica, y como medios terapéuticos se disponía principalmente de los sueros y vacunas inmunizantes específicos, de algunos preparados opoterápicos (principalmente la opoterapia tiroidea, que constituyó una de las más grandes conquistas terapéuticas del siglo pasado), de los anestésicos gaseosos, de los medicamentos contra el dolor de los agentes antisifilíticos (especialmente los arsenicales orgánicos, exagerada y peligrosamente empleados en un principio), de los antisépticos, y de algunos de los viejos y grandes medicamentos, aun interpretados empíricamente, como la quinina, los digitálicos, los salicílicos, etc. Sin embargo ante muchas enfermedades, ante los procesos sépticos generales y piógenos principalmente, ante los estados toxémicos de cualquier naturaleza, ante muchos trastornos del metabolismo y del crecimiento, la incapacidad del médico era aún considerable. Por ejemplo, la mortalidad por infección puerperal era, en general, de más de 50 por 100; el final, casi inevitable, de la diabetes era el coma, y la mortalidad por coma acidótico alcanzaba a 95 por 100 o más; la mortalidad por meningitis sépticas pasaba de 60 a 70 por 100, y se había transigido con la noción de la incurabilidad definitiva de la sífilis, a la cual parecía aplicable el viejo proverbio inglés sobre la lepra: «*Once a leper always a leper*», y tenía gracia y verdad la afirmación de un célebre clínico inglés que (decía) trataba a sus enfermos de fiebre tifoidea «con fe, con esperanza y con caridad». Sin embargo, muchos y grandes males habían sido definitivamente eliminados, especialmente las grandes pestes, y la terapéutica adquirió poco a poco un sentido cada vez mayor de seguridad y de capacidad, y hacia el año 1900 tres grandes enciclopedias sobre terapéutica y farmacodinamia habían sido publicadas, una en francés y dos en alemán; varios Congresos exclusivamente sobre terapéutica tenían lugar, aunque ellos más que una tentativa de coordinación significaron una exhibición de los medios terapéuticos en vigencia.



Por eso constituyó una dolorosa sorpresa en la guerra de 1914-1918 la aparición de ciertos hechos, hasta cierto punto verdaderamente inesperados, y ante los cuales el médico se encontró, en un principio, absolutamente desarmado. Fueron tres principalmente: la incapacidad para combatir las grandes hemorragias; la terrible gravedad inmediata de los sujetos intoxicados por gases, muertos en su gran mayoría por asfixia, y, en fin, el resurgimiento, con extremada violencia, de las viejas plagas de los heridos, la gangrena gaseosa, la necrosis traumática, el edema séptico, la putrefacción de las heridas.

Ocurre en el curso de las grandes guerras que ciertas conquistas terapéuticas encuentran mayor aplicación o son más urgentemente llevadas a un término práctico, por lo que parecen tomar vigencia precisamente en el transcurso de esa guerra, y fué así como durante esa guerra de 1914-1918 fueron logradas y opuestas victoriosamente a aquellos tres factores de mortalidad tres conquistas terapéuticas: la transfusión sanguínea, la oxigenoterapia y los sueros antitóxicos sépticos (anaerobios).

Bien sabidas son las circunstancias que condujeron a la difusión de la oxigenoterapia. Sin duda era conocida desde mucho tiempo atrás, pues ya en los tiempos en que los cirujanos y dentistas norteamericanos habían descubierto la posibilidad de la anestesia por los gases, había existido en Norteamérica, en 1798, un Instituto Neumático, cuyo fundador, BEDDOES, pretendía curar todas las enfermedades con gases, entre los cuales empleaba el oxígeno, y cuyos excesos y fracasos lo desacreditaron. También PAUL BERT, ya en 1878, y Mosso y luego RICHEL, en 1880, preconizaban la instalación de cámaras de oxígeno en los hospitales de París (sin lograrlo). Pero, en realidad, la oxigenoterapia era empleada en forma insuficiente y casi siempre como un «rito agónico» al moribundo. Durante esa guerra de 1914-1918 las primeras tentativas de oxigenoterapia en los sujetos gaseados fueron por inyección subcutánea, y resultaron, naturalmente, ineficaces: pero fué solamente cuando los fisiólogos ingleses (HALDANE, etc.) y belgas (NOLF, etc.) aconsejaron e hicieron práctica la inhalación, que la oxigenoterapia se mostró ampliamente eficaz y salvó muchas vidas. Data de entonces la inhalación por máscaras (HALDANE) y la inhalación por sonda nasal (NOLF), y el perfeccionamiento y difusión de la oxigenoterapia.

La transfusión sanguínea también era conocida desde varios siglos atrás, y ya en 1875 LANDOIS había registrado 347 tentativas de transfusión sanguínea al hombre, algunas felices (como las dos primeras de DENIS, de Montpellier, en 1667), pero la mayor parte desastrosas (como la última de DENIS, que le costó ser desposeído de su título de médico). El fracaso de tales tentati-

vas era casi fatal, pues eran ignoradas las tres condiciones fundamentales que hacen posible la transfusión: la asepsia perfecta, la inhibición de la coagulación sanguínea y la selección de una sangre compatible. La conquista de los procedimientos de la asepsia moderna y el descubrimiento por LANDSTEINER (Viena, 1900) de las «isoaglutininas» en la sangre humana, luego completados en 1902 por el hallazgo de un cuarto grupo por DE CASTELLO y STURLI, permitieron clasificar las sangres humanas en cuatro grupos, deduciendo de ahí su compatibilidad o incompatibilidad; pero no se había logrado aún evitar la coagulación; las inyecciones de simples soluciones salinas apenas lograban matener la «volemia» unos minutos más, pues la solución filtraba por los capilares y las primeras tentativas para tratar a los heridos «desangrados» durante la guerra de 1914-1918, principalmente realizadas por el fisiólogo inglés BAYLISS, consistieron en la inyección de suspensiones viscosas de coloides, de gelatina y de goma, cuya eficacia fué, sin embargo, muy relativa y no desprovista de peligros. Las transfusiones «sin anticoagulantes» debían ser realizadas muy rápidamente (lo que no siempre eximía de peligros) o por anastomosis arteriovenosa de brazo a brazo (lo que resultaba difícilmente practicable). Un decisivo perfeccionamiento fué logrado mediante los «anticoagulantes», especialmente el citrato de sodio, cuya acción anticoagulante era bien conocida por los filólogos ya desde los tiempos de SCHMIDT y de ARTHUS (1880-1890), pero que recién entonces fué utilizado para la trasfusión sanguínea por el belga HUSTIN (1914) y por el argentino AGOTE (1914), y que desde entonces fué empleado sistemáticamente para la transfusión en el hombre, y cuyo procedimiento ya logró gran difusión en los últimos años de esa guerra.

La infección séptica, por anaerobios, de las heridas, ha sido siempre una gran causa de mortalidad de los sujetos traumatizados, especialmente cuando en las guerras comenzaron a moverse grandes masas de hombres y a ser acumuladas en los hospitales de sangre grandes cantidades de heridos en los grandes traumatismos (heridas desgarradas, fracturas expuestas, etc.). La aparición del edema, de la serosidad espumosa y maloliente, son indicios de tremenda gravedad y constituían antes una indicación ineludible para la amputación, esa «amputación preventiva» a la que LISTER calificaba como el «oprobio de la Cirugía» y que causaba índices de mortalidad de 40 a 70 por 100 en las estadísticas de los célebres cirujanos del siglo pasado (antes de la era antiséptica), BILLROTH, LISTER, etc., y que en las guerras de la Revolución francesa y del Imperio, los célebres cirujanos de los ejércitos franceses LARREY, DESGENETES, DESSAULT y el cirujano del ejército inglés en Waterloo, GUTHRIE, veían llegar a 90



por 100. En la cirugía civil de los años de paz, la aplicación tranquila y reposada de los métodos antisépticos y asépticos había logrado casi siempre evitar la infección por anaerobios, y las infecciones sépticas de las heridas fueron hasta cierto punto «olvidadas» o consideradas como raras. Por eso constituyó una dolorosa sorpresa en la guerra de 1914-1918 el resurgimiento, con extremada violencia, de las plagas sépticas de las heridas que se creían eliminadas para siempre; el edema séptico, la gangrena gaseosa, la necrosis traumática, la putrefacción de las heridas, favorecida durante esa guerra por la septicidad de las tierras de labranza de Francia, ricamente abonadas, y por la necesidad de tratar con más premura a esos heridos, y ante cuya gravedad los médicos y cirujanos se encontraron desarmados en un principio; ellas reprodujeron, en efecto, en los primeros meses de esa guerra, las tremendas cifras de mortalidad de los heridos de las ambulancias francesas en la guerra de 1870-71 y en los hospitales de sangre rusos de la guerra de Crimea, en los cuales se debatiera inútilmente el heroico y célebre cirujano ruso PIROGOFF. La gran conquista terapéutica consistió entonces, en esa guerra de 1914-1918, en el descubrimiento de la mayoría de los gérmenes anaerobios, y en la preparación de los sueros antitóxicos realizados en ese frente francés por los bacteriólogos ingleses y norteamericanos (BULL y PRUCHT, ROBERTSON, BENGS-TEIN, etc.) y franceses (WEIMBERG y SEGUIN, ROSENTHAL, VEILLON, etc.), y cuya gran eficacia reconoció en 1919 el Congreso Médico Británico.

Luego de aquella guerra, en el precario intervalo de paz entre 1919 y 1939, la terapéutica tomó un desarrollo creciente y cada vez más acelerado, y asistimos entonces a la introducción de una enorme masa de hechos y de nociones nuevas. La industria del medicamento adquirió un despliegue extraordinario, perjudicial muchas veces por la multiplicación innecesaria de una nomenclatura diversificada al extremo e imposible de ser retenida y por la diversificación, también innecesaria, de los mismos medicamentos presentados al médico en formas variadísimas que lo confunden, pero proficua también muchas veces, por el análisis serio y eficaz que muchas de esas grandes Casas industriales han prestado a la ciencia médica. Ese amplísimo desarrollo de la industria del medicamento y la multiplicación de los grandes Institutos científicos sostenidos por el Estado, han sido, en realidad, los motores más eficaces de la aceleración del ritmo científico en la Medicina actual.

Las principales conquistas terapéuticas durante ese período de 1919 a 1939 consistieron en la extensión creciente de los métodos opoterápicos, principalmente la insulina (la génesis de cuyo descubrimiento comenzó con la célebre experiencia de V. MERING y MINKOWSKI en 1889, y que des-

pués de numerosas tentativas fué lograda por los fisiólogos de Toronto en 1921-1922), los diversos preparados extraídos del ovario (sustancias estrógenas y progestacionales), los preparados de hipófisis (muy lejos aún de estar agotados), los extractos ácidos de paratiroides, los preparados de hígado y estómago y el perfeccionamiento de los preparados de tiroides. Especialmente la insulina y la opoterapia hepática constituyeron entonces dos medios terapéuticos de enorme importancia. Pero fué aún de mayor eficacia la legislación universal adoptada respecto a todos estos preparados terapéuticos organoterápicos, ya iniciada en el Congreso de Edimburgo de 1923, en que fueron adoptadas las primeras «medidas» de la actividad terapéutica, completadas ulteriormente, y también ha constituido un progreso, no sólo de orden práctico, pero también de orden conceptual, la posibilidad de lograr, por síntesis química, la producción de muchos de esos principios endocrinos (sustancias andrógenas, estrógenas y progestacionales, etc.), más significativo aún, porque, en muchos casos, los preparados sintéticos han resultado más activos que los principios segregados por las propias glándulas. Sin embargo, los principios endocrinos de naturaleza proteica (como la insulina, las hormonas hipofisarias y paratiroidea, etc.), no han podido aún ser sintetizados y probablemente tardarán mucho tiempo en serlo.

Otro gran aporte de agentes terapéuticos de gran eficacia fué posible gracias al descubrimiento de las vitaminas. Al conocimiento ya muy antiguo de las grandes «lagas» por avitaminosis regionales y endémicas (escorbuto, beri-beri, pelagra, xeroftalmías, etc.) fué agregado el descubrimiento de las avitaminosis parciales, subclínicas y asociadas, que han tomado creciente importancia en la patología corriente de la vida civil, y se reconocieron así ocho o diez vitaminas (A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP, C, K, E, D), que tienen importancia en la terapéutica de diversos trastornos del hombre y muchos síntomas y síndromes, antes referidos a diversas causas, son actualmente curados o por lo menos mejorados o retardados mediante algunas de esas vitaminas: por ejemplo: caries dentarias (vitaminas A, C y D); trastornos de la osificación, osteítis, raquitismo y osteomalacia (vitaminas D y C); disturbios neuríticos y psíquicos, algiás, delirios, polineuritis (vitaminas B); síndromes hemorrágicos diversos en el niño y el adulto (vitaminas K y C); perturbaciones cardíacas (vitaminas B); perturbaciones gastrointestinales, anorexia, diarreas, constipación (vitaminas B); en fin, corizas, astenias, dermatitis, etc. La «patología por avitaminosis» toma en la actualidad una importancia creciente. La importancia es mayor aún por la extensión que ha alcanzado en la vida moderna el alimento conservado (conservas de carne, de verduras, de fru-



tas) y el alimento purificado (harinas blancas, pan blanco, azúcar purificada, leches esterilizadas, etcétera), cuyo empobrecimiento en vitaminas naturales es considerable. Eso ha inducido a enriquecer en vitaminas al alimento purificado y conservado, y si a eso agregamos la posibilidad creciente de obtener la síntesis química de ya muchas vitaminas (B, C, K, D), adivinamos una orientación, que seguramente no se detendrá en estos primeros pasos, hacia la «preparación sintética del alimento».

Por otra parte, el perfeccionamiento de muchos de los clásicos medicamentos de la vieja terapéutica, cuyo conocimiento parecía agotado, ha permitido la obtención de mayores y mejores recursos; por ejemplo, en lo que respecta a los digitálicos, el conocimiento mejor de sus acciones farmacodinámicas ha permitido extender sus indicaciones y ajustar su posología. Al viejo procedimiento de la dosis única seguido por POTAIN y los cardiólogos franceses de fines del siglo pasado (50 gotas de solución de digitalina clorofórmica) y a la aplicación restringida a los casos de taquiarritmia por fibrilación, prescrita por los cardiólogos ingleses (MACKENZIE, LEWIS), ha sustituido actualmente un concepto más amplio que permite mayores éxitos (procedimientos de las grandes dosis en masa o por inyección venosa). También el estudio, principalmente experimental, de los medicamentos dichos, colagogos y coleréticos y colecistoquinéticos, ya iniciado hace años por la Comisión de Edimburgo en 1869, ha permitido obtener agentes derivados de las sales biliares de positiva eficacia; es, en cierto modo, el mantenimiento del ya viejo concepto de que el mejor colagogo es la propia bilis, ya sostenido por STADELMAN, en 1896, y por DUFOUR y DOYEN, en 1897, pero mejorado por la purificación y aplicación de las sales biliares y otros derivados. En lo que respecta a los diuréticos, el progreso no ha sido tan considerable; ha aumentado mucho el número de los preparados y sustancias químicas de acción diurética propuestas por los distintos experimentadores e industriales, pero, en suma, en su mayor parte, todos o casi todos refieren su acción a los dos factores fundamentales de la diuresis, y que son, ya un aumento del filtrado glomerular, ya una disminución de la reabsorción tubular del agua; en cambio, la «capacidad de concentración» del riñón es todavía poco o nada aumentada en los casos patológicos, y aún puede ser mantenida aquella lamentación de humillación, en lo que respecta a las afecciones renales, que expresara BRIGHT en 1836.

También se han multiplicado enormemente los medicamentos sobre las funciones del sistema nervioso, procurando la industria agentes de muy diversos matices farmacodinámicos, hipnóticos (de acción rápida, inmediata y corta o de acción lenta y prolongada); anestésicos generales gaseosos, ca-

da vez más inocuos; antiespasmódicos que es posible graduar a voluntad; anestésicos locales substitutivos de la cocaína; analgésicos centrales derivados o substitutivos del opio, que sin duda desplazarían a la vieja droga de la terapéutica del dolor. Conjuntamente con esos medicamentos depresores del funcionamiento nervioso, la terapéutica ha introducido atrevidamente otras dos grandes series de acciones: por una parte, «los agentes sobre funciones autónomas», por ejemplo, los simpáticomiméticos, substitutivos de la epinefrina, y los estimulantes del parasimpático del tipo de acetilcolina y del tipo de la fisostigmina; por otra parte, «la terapéutica convulsivante» aplicada al tratamiento de las psicosis depresivas y atectivas y de la epilepsia, en la que la provocación de la descarga de la convulsión constituiría, según algunos, el mejor modo de derivar la epilepsia psíquica y los pequeños accidentes del pequeño mal, que tan resistentes son a los medicamentos antiespasmódicos. Otro ejemplo singular de multiplicación de los agentes derivados de una misma droga lo constituyen los alcaloides del cornezuelo de centeno; desde que TANRET, ya en el año 1875, aislara el primer alcaloide del cornezuelo de centeno, la ergotinina, el número de los alcaloides descubiertos en ese hongo ha ido creciendo considerablemente después de los últimos trabajos de BARGER y CARR, de STOLL y BINCKHARDT (1937), de SMITH y TIMMIS (1937), de DUDLEY y MOIR (1935), de THOMPSON (1935) y muchos otros, lo que justifica la afirmación de BARGER de que el cornezuelo es «a veritable treasure-house of pharmacological constituents». Si se compara la compleja y variable constitución de ese hongo con la constitución también inestable y compleja de la hoja de digital o de los vegetales purínicos o del opio se comprende que ya la acción farmacodinámica de una droga vegetal no puede ser referida «a un solo principio activo, único e invariable», que su constitución química es inestable y gira en torno a fórmulas no definitivas, variando la exacta composición de los principios según el tiempo y momento de la colecta, su conservación, su cultivo, etc. Esa variabilidad explica las discrepancias de muchos análisis químicos. El viejo «concepto del principio activo vegetal», inaugurado en el siglo pasado cuando fueron aislados los primeros alcaloides de la quina por PELLETIER y CAVENTOU, y luego la morfina y la estricnina, entre los años 1810 y 1820, a cuyo principio vegetal único e invariable (alcaloide, glucósido, etc.) era referida toda la acción farmacodinámica, tiende así a ser modificado, y admítase que, dentro de límites relativos, el vegetal tiene una constitución y una actividad farmacodinámica muy variables. Procediendo casi del mismo modo, variando parcialmente una fórmula química sintética fundamental, también el químico ha logrado sintetizar en su laboratorio series numerosas de sustan-



cias artificiales dotadas todas de una misma acción farmacodinámica fundamental, pero de matices variados; la fecunda labor de BARGER y DALE (1910) sobre los fenilaminas simáti-comiméticas (sustitutivos de la epinefrina) es un ejemplo clásico de ese orden de hallazgos.

Toda esta orientación de la farmacodinámica experimental y de la química farmacéutica, sobre cuyos dos grandes pilares se asienta actualmente la industria del medicamento (una de las grandes industrias del mundo actual), ha acentuado cada vez más aquella extraordinaria movilidad de la terapéutica aplicada a que nos hemos referido.

La metaloterapia constituye también otro ejemplo destacadísimo de la multiplicación de los medios terapéuticos. Antiguamente eran utilizados varios metales para tratar las enfermedades: el mercurio, con el que los médicos árabes de España curaban la sarna y las pediculosis cutáneas, ya en el siglo XI, y que BERENGARIO (de Carpi) y FRACASTOR y JUAN DE VIGO recomendaban, ya entre el 1400 y el 1500, contra la sífilis; y también el «oro potable», el plomo y el antimonio contra muchas enfermedades. Sin embargo, a principios de este siglo la metaloterapia había quedado circunscrita, puede decirse, al empleo del mercurio en la sífilis, empleado de manera casi absolutamente empírica. Luego, cuando fué descubierta la acción antiparasitaria de los arsenicales, entre los años 1905 y 1907, por diversos experimentadores, y luego, cuando EHRLICH y sus colaboradores, partiendo del atoxil, obtuvieron su numerosa serie de arsenicales orgánicos antisifilíticos (1907-1910), pudo creerse que se trataba de una acción parasitocida específica, y el fundamento básico de las doctrinas de EHRLICH, que le valió para orientar gran parte de su labor experimental, fué precisamente la obtención de sus célebres «balas mágicas químicas», es decir, sustancias de una gran acción «pasitropa» y no «órganotropa», capaces de ser fijadas exclusivamente por el parásito y no por las células de los órganos. Sobre ese concepto exclusivista edificó EHRLICH su célebre teoría y logró la preparación de sus maravillosos agentes antisifilíticos. Actualmente todo ese vasto edificio de la quimioterapia antiparasitaria «específica» ha vacilado, y el desconocimiento de la acción antiparasitaria (espiroquetosis, tripanosomiasis, etc.) de otros muchos metales (bismuto, antimonio, vanadio, etc.) ha hecho sustituir aquel concepto por nociones más amplias, pero aún no bien precisadas, de bacterostasis, de estímulo del sistema retículoendotelial, de macrofagia, de modificaciones de los equilibrios extra e intracelulares, de reacciones inflamatorias locales y viscerales asépticas, de aceleración (catalisis) de las defensas biológicas, etc., cuyo conocimiento está aún muy lejos de ser precisado. La metaloterapia (mercurio, arsenicales, antimoniales, bismuto) constituye actualmente uno de

los recursos más eficaces contra las afecciones parasitarias internas; sin embargo, esa acción parece sólo obtenida al precio de reacciones intersticiales más o menos destacadas, locales o viscerales, que no siempre es posible graduar, y en eso consiste su mayor riesgo.

En lo que respecta al paludismo, tal vez la enfermedad más frecuente en el mundo, la terapéutica, ha progresado considerablemente; a la vieja corteza de quina que la condesa de Cinchón, la virreina del Perú, introdujo en España en 1636, y que diera luego motivo a una de las especulaciones fraudulentas más escandalosas habidas en la historia de la Medicina, han sido luego agregadas la quinina y otros alcaloides, y, finalmente, otras drogas sintéticas, como la plasmoguina, la quinoplasmina, la radoquina, la atebrina, que han mejorado considerablemente la acción terapéutica.

En cambio, a pesar de una práctica ya de mucho tiempo, es aún vacilante y discutida por muchos la real eficacia terapéutica de algunos viejos medicamentos: el chaulmugra en la lepra, el oro en la tuberculosis, los salicílicos en el reumatismo agudo... Tal vacilación contrasta crudamente con la eficacia neta demostrada rápidamente, casi impositivamente, podríamos decir, de otras drogas aceptadas ya sin discusión al poco tiempo de haber sido propuestas: la opoterapia hepática en las anemias, los arsenicales en la sífilis, la insulina en la diabetes, etc., y eso despierta cierta duda sobre su real eficacia curativa.

En fin, en estos últimos cuatro o cinco años han sido propuestos dos grandes medios terapéuticos, que han alcanzado enorme difusión: los agentes anti-infecciosos bacteriostáticos (sulfanilamidas y penicilina) y la plasmoterapia. Podría afirmarse que, así como durante la guerra de 1914-1918 tomaron desarrollo la transfusión sanguínea, la oxigenoterapia y la sueroterapia antitóxica antianaeróbica, en esta última guerra mundial afirmaron su eficacia las sulfanilamidas, la penicilina y la plasmoterapia. Es bien conocida por todos y reciente la historia de estas tres drogas maravillosas y no habría por qué repetirla aquí.

Interesa solamente destacar las maneras diferentes como han sido presentadas para el empleo en la práctica las sulfanilamidas y la penicilina. El reconocimiento de la acción anti-infecciosa de las sulfanilamidas azoicas fué realizado en una institución industrial no oficial (laboratorios de la Casa industrial Bayer) por uno de sus técnicos, y el medicamento fué de inmediato librado al público sin restricción ni vigilancia, lo que trajo como consecuencia la producción de drogas similares por otros industriales, la competencia comercial, la multiplicación de las variantes químicas y la enorme diversificación de la nomenclatura en el comercio, multiplicada aun mayormente por los preparadores locales de cada país; esa fué la cau-



sa de una enorme confusión para el médico, que aún persiste.

En cambio, la penicilina, obtenida en instituciones oficiales, quedó sometida desde un principio a un riguroso contralor oficial, no sólo de su producción, pero también de su industrialización, de su venta y aun de su aplicación, a cuyo contralor el propio médico debió someterse, y eso ha evitado, en gran parte, la reproducción del enorme confusionismo anterior.

En fin, un agente terapéutico ya conocido, pero, a nuestro juicio, uno de los más importantes de la terapéutica actual, y que ha alcanzado en estos últimos tiempos aplicaciones más precisas y más difundidas, es el anhídrido carbónico (por inhalaciones), que constituye actualmente uno de los agentes estimulantes más poderosos, principalmente de la ventilación pulmonar y de los reflejos broncopulmonares, como expectorante y como medicamento contra las apneas (postanestésica del recién nacido, posoperatoria, etc.); él constituye, sin duda, un valiosísimo medicamento que cualquier médico debe estar en

condiciones de manejar, y, con la oxigenoterapia y los anestésicos gaseosos generales, completa ese conjunto, cada vez más importante, de los agentes terapéuticos gaseosos, cuya preparación debiera ser controlada y favorecida por el Estado en todos los países, poniéndola al alcance de cualquier enfermo.

El caudal actual de la terapéutica es, pues, enorme, pero, además, el vasto conjunto de drogas nuevas y de drogas perfeccionadas logrado en estos treinta años (desde comienzos de la guerra 1914-1918), tiende visiblemente a aumentar aceleradamente y coloca al médico práctico en una situación cada vez más difícil para informarse adecuada y rápidamente. Esto justifica y hace cada vez más necesaria la adopción de una legislación universal sobre el contralor adecuado de tan vasto material y la difusión de medios de información rápidos y al alcance de todos los médicos. La Medicina en general, y más difícilmente la terapéutica, deben ser cada vez más vigiladas y controladas por el Estado o sometidas a una legislación universalmente adoptada.

(De la Oficina Sanitaria Panamericana.)

## El estudio fisiológico de la visión en Francia

### El aspecto estrellado de las fuentes luminosas brillantes <sup>(1)</sup>

por  
JEAN-LOUIS DESTOUCHES

La fisiología sensorial se ha aprovechado de los recientes e importantes progresos de la fisiología nerviosa; ha sido objeto, en estos últimos años, de nuevas investigaciones a consecuencia de sus aplicaciones de guerra; en efecto, la selección sensorial desempeña un papel importante en todos los ámbitos de localización visual o auditiva que constituyen las diversas descubiertas de tiempos de guerra.

Esos fenómenos han retenido la atención de A. M. MONNIER, del Laboratorio de Fisiología general de la Sorbona. MONNIER se había dedicado, desde el principio de sus investigaciones, y siguiendo a su maestro LAPICQUE, al estudio de los procesos de excitación nerviosa, y es conocido por sus trabajos en ese terreno. Perfeccionó, por lo demás, su técnica experimental con ocasión de una temporada que pasó en Estados Unidos, como becario Rockefeller. Fué el primero, con su colaborador JASPER, que suministró una demostración de la posibilidad de una transmisión eléctrica entre elementos nerviosos distintos. Por medio de fibras nerviosas de crustáceos, realizaron, en efecto, una sinapsis artificial, aportando así una justificación de sus ideas teóricas acerca de la transmisión del influjo nervioso. Ha-

bía estudiado asimismo la acción de los centros sobre la excitabilidad de los nervios periféricos y la acción de los mediadores químicos en la transmisión neuromuscular, y demostrando que la acción del mediador químico es idéntica a un estímulo eléctrico duradero y difundido en todo el órgano. Semejante preparación en el terreno de la fisiología nerviosa, había de permitir a MONNIER el acelerar el método de la fisiología sensorial. Realizó experimentos durante la guerra con el personal de escucha y de guardia de la defensa antiaérea; dió un curso de fisiología sensorial.

El examen de uno de sus resultados permitirá destacar las características técnicas y teóricas de su método experimental. Se trata de las investigaciones que hizo recientemente acerca del aspecto estrellado de las fuentes luminosas brillantes y de la influencia de ese fenómeno sobre la visión.

Cuando se observa de noche una fuente luminosa muy brillante y de escasas dimensiones, esa fuente no se presenta como una mancha brillante, casi similar a un punto. Brinda, por el contrario, el aspecto de una estrella de múltiples radios. Precisamente esa apariencia es la que calificamos con la palabra «estrellada», ya que, en todos los tiempos, los pintores representan a las

(1) Artículo inédito en exclusiva para SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA.



estrellas como puntos luminosos de los que brotan radios tanto mayores cuanto más brillantes se suponen sean los astros. El examen del cielo nocturno revela, en efecto, que las estrellas de primera magnitud parecen rodearse de intensos rayos, mientras que los astros menos brillantes son percibidos como puntos luminosos. Esos rayos o radios deben ser, indudablemente, atribuidos a defectos del ojo, ya que una fotografía del cielo nocturno a través de un buen instrumento no muestra a las estrellas sino bajo el aspecto de manchas circulares, cuyo diámetro es tanto menor cuanto más perfecto y de mayor abertura es el instrumento. El campo visual, aparentemente cubierto por la imagen estrellada de una fuente luminosa brillante de pequeña dimensión, es considerable. Todo el mundo sabe que un modesto faro eléctrico de bicicleta, situado a doscientos metros, parece una estrella normal tan ancha como la carretera y puede cubrir un campo aproximadamente igual a cuatro veces el diámetro aparente de la luna.

Parece, pues, haber contradicción entre la extensión ocupada en nuestra retina por la imagen de una fuente luminosa brillante, de forma de punto, y la finura de la acuidad visual normal. Tal contradicción lleva a MONNIER a buscar: 1.º, los factores de que dependen los rayos que rodean a las imágenes retinianas de los puntos luminosos brillantes, y 2.º, la razón de la no percepción de los rayos en las condiciones normales de la visión, lo que le condujo a establecer una medida fotométrica de las iluminaciones que tales rayos determinan en la retina.

En lo que concierne al carácter y origen de los rayos, observa, ante todo, MONNIER que aumentan con la abertura pupilar. Cuando se examina la fuente brillante y puntiforme a través de una pupila artificial de diámetro reducido, los rayos resultan sumamente acortados y la imagen tiene hacia un aspecto puntiforme. Por el contrario, de noche, nuestra pupila está ampliamente dilatada a consecuencia de la débil iluminación del conjunto de la retina. Los rayos que entonces aparecen resultan, por tanto, de defectos del sistema refringente del ojo. Los efectos de tales defectos son evidentemente acentuados por la amplia abertura pupilar. MONNIER comprobó en sí mismo que los rayos son debidos a un exceso de convergencia localizada, sobre todo en la periferia de estrechos sectores. Incluso para un ojo normal, no hay nunca estigmatismo perfectamente regular. Asimismo la aberración de esfericidad no es uniforme en todos los meridianos. Esta última irregularidad parece ser la causa más frecuente de los rayos.

Por otra parte, los rayos evidencian el cromatismo del ojo. Son mayores en luz azul que en luz blanca; proceden de defectos ópticos del ojo, ya que esos defectos son evidentemente función

de los índices de refracción de los medios oculares.

MONNIER realizó asimismo experimentos acerca de la relación entre el crecimiento de los rayos y la brillantez de la fuente. Explica el hecho de que los rayos son cada vez menos perceptibles a medida que disminuye la fuente, por medio de la siguiente hipótesis: la iluminación retiniana, debida aparentemente a los rayos, sería muy inferior a la iluminación real que provocan, y esta última caería rápidamente por debajo del umbral de la sensación luminosa cuando disminuye la brillantez de la fuente. Para verificar tal hipótesis, inventó MONNIER un ingenioso procedimiento de medida fotométrica de las iluminaciones producidas por los rayos y de la determinación del campo cubierto por éstas. El aparato que imaginó le permite disponer de una fuente de brillantez modificable, de manera que forme su imagen en las cercanías de un rayo de la imagen estrellada brindada por una fuente brillante. Al atenuar convenientemente la brillantez de la primera fuente, su imagen se torna casi puntiforme y puede lograrse que tenga el mismo resplandor aparente que el rayo próximo. La relación entre la brillantez de las dos fuentes mide así la relación entre las iluminaciones retinianas provocadas, respectivamente, por la región central y por un rayo de la imagen estrellada. Los rayos determinan una iluminación retiniana real que no es sino la milésima o la centésima parte de la iluminación debida a la región central. No son, pues, percibidos en las circunstancias corrientes de la visión. Sólo desempeñan un papel cuando los objetos examinados tienen una brillantez elevada y se destacan sobre un fondo oscuro. Para que sean visibles en ese caso, basta con que la iluminación retiniana real que determinan sea superior a la iluminación correspondiente al umbral de la sensación luminosa. Para que sean visibles sobre fondo uniformemente iluminado, debe ser tanto mayor la iluminación de la región central y, por consiguiente, tanto más brillante la fuente cuanto que es más intensa la iluminación general de la retina.

El aparato de medición concebido, muy ingeniosamente, por MONNIER, le ha permitido establecer esas conclusiones gracias a resultados numéricos de gran precisión relativos a la naturaleza de las medidas efectuadas. Cabe deducir de ello que los rayos no intervienen en modo alguno en la visión. En cambio, parecen ser las causas principales de un fenómeno muy conocido, que, por lo demás, sólo es importante en circunstancias bastante excepcionales: se trata de la irradiación de las partes brillantes de los objetos a costa de las regiones oscuras de éstos. En efecto, se puede considerar que cada punto situado al borde de una zona brillante produce rayos que, cubriéndose unos a otros, ensanchan el contorno



de esa zona. Como los rayos producidos de noche por una lámpara eléctrica alejada son muy acusados, resulta que es intensa la irradiación respecto de un filamento incandescente examinado en la oscuridad, y que parece probablemente mayor de lo que es en realidad. Se observa también la irradiación, aunque de forma menos marcada, en torno de las superficies blancas bordeadas de negro y observadas a pleno sol, y prácticamente no modifican, por lo general, los contornos de los objetos extensos. Intervienen, por el contrario, para alterar la visión binocular de los objetos brillantes puntiformes.

En ese orden de ideas, ha estudiado igualmente

MONNIER la miopía crepuscular. Sus investigaciones tienen aplicaciones inmediatas e importantes en los ámbitos en que intervienen prácticamente la visión y el uso de cristales correctores, desde la conducción nocturna de vehículos hasta las observaciones científicas y, especialmente, astronómicas. Vienen a agregarse a importantes trabajos extranjeros acerca de esos temas y a completarlos; se caracterizan por la constante preocupación de introducir, en estudios delicados en los que no puede ser eliminado cierto factor subjetivo, debido a la intervención personal del sujeto, el máximo de objetividad, de rigor y de precisión.

## Consultorio Médico Quirúrgico

Cuantos médicos españoles lo deseen podrán dirigirse a la Redacción de EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA, sometiendo a su juicio las consultas de temas médico-quirúrgicos, clínicos y de investigación sobre los cuales les interese aclaraciones o consejos.

Igualmente podrán dirigirse a nosotros con aquellas sugerencias que estimen de actualidad y conveniencia acerca de publicación de trabajos sobre temas científicos-médicos y quirúrgicos, consulta de obras para estudios que estén realizando e indicaciones bibliográficas pertinentes a sujetos de su interés en el momento.

No figura en esta sección ningún tema de índole profesional o polémico, debiéndose limitar las consultas a temas exclusivamente científicos.

La Dirección de la Revista someterá las consultas que reciba a estudio de sus colaboradores, según la índole del problema que se somete a su juicio, y contestará a la consulta en estas columnas, dirigiéndose al interesado en ellas.

Cuando la Dirección la estime oportuno publicará la consulta que se le haga solicitando de los lectores la contestación por si a alguno o algunos de ellos interesase contestar especialmente.

### Ayuda al compañero en duda

**Consultas recibidas** y acerca de las que se invita a todos los compañeros para que aporten las indicaciones que estimen oportunas a cada tema. Independientemente, la Redacción somete las consultas que recibe a sus colaboradores especializados en el asunto.

**Número 5.—M. G. I.—Zaragoza.**—Desea conocer la bibliografía de estos últimos años sobre eclampsia.

**Número 6.—A. G. de la C.—Casas del Castañar.** Por este lugar, Casas del Castañar (Cáceres), y no infrecuentemente, me llaman, sobre todo en la época de la patata temprana, para ver a enfermos de verdaderas enteralgias, creo yo debidas a la solamina, y habones de urticaria.

Lo primero, tras de terapéutica de compresas calientes, láudano o tintura de belladona y valeriana, cede, mas no rápidamente.

En cuanto a la urticaria, he ensayado hemotera-

pia, e hiposulfitos y calcio, con resultados mejores y tardíos. Hay a quien suprimo los huevos. ¿Tiene algo que ver?

¿Hay algún compañero que quiera resolverme estas dudas? Muy agradecido.

**Número 7.—P. C. D.—Fuente Alamo (Murcia).**

¿Puede hacerse un buen recuento enviando al analista, a unos treinta kilómetros del medio rural en que ejerzo, la sangre citratada del enfermo?

He visto realizarlo en otros sitios; repasados los libros de análisis clínicos a mi alcance en el medio rural, no he podido hallar nada en pro ni en contra. Desde luego lo mejor es tomar la sangre directamente con las pipetas del hematímetro, pero téngase en cuenta que para que venga un analista a hacer el recuento necesita un gasto de unas doscientas pesetas.

Agradeceré que, en caso de que puedan contestarme mi pregunta, me digan el libro en que puedo estudiar el asunto.



# BIBLIOGRAFIA

*Quistes hidatídicos del aparato urinario y de los órganos genitales masculinos*, por Julio Picatoste. Monografía de 99 páginas más la bibliografía del tema, con 28 figuras en planas separadas. Ediciones Morata, 1946. En rústica, 25 pesetas.

Uno de los profesores más distinguidos de la magnífica escuela de perfeccionamiento médico que es la Casa de Salud Valdecilla, de Santander, es el doctor Julio Picatoste, que dirige el Servicio de Urología de la referida entidad.

El doctor Picatoste no se limita a su trabajo clínico, sino que actúa constantemente en Congresos, Asambleas y Jornadas y publica en las revistas y en el libro numerosos estudios resultado de su experiencia.

El libro que ahora da al público médico se limita al problema de la hidatidosis del aparato urinario y genital masculino.

La tenia equinococo sabemos que no perdona órgano para la implantación de su quiste, y de la gravedad y complejidad sintomática a que da ocasión al desarrollarse en el aparato urinario y genital es fácil darse perfecta cuenta. Los problemas de diagnóstico y tratamiento que ello plantea están perfectamente estudiados en el libro del doctor Picatoste con una suma de experiencia personal muy significativa y una documentación gráfica muy demostrativa.

Es una perfecta monografía, escrita dentro de las normas modernas de la literatura médica, cada vez más escueta y sencilla, separando toda la voluminosa hojarasca que complica las ediciones de libros y revistas y hace ingrato su estudio.

En las generaciones de los nuevos maestros se observa felizmente en España esta evolución provechosisima, de la que todos nos debemos felicitar.

La edición, como todas las de Morata, cuidada y práctica.

F. J. CORTEZO.

*El Citograma*, por los doctores R. A. Piaggio Blanco y Pedro Aseyro. Volumen núm. 91 de los «Manuales de Medicina Práctica». Salvat, Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1946; 151 páginas y 64 grabados.

Entendiendo por citograma la imagen citológica obtenida a partir de la extensión y coloración, según las técnicas hematológicas, del material obtenido mediante la punción exploradora, los autores del libro, conocidos clínicos argentinos, estudian la sangre periférica, los ganglios linfáticos, la médula ósea, el bazo y el hígado mediante la observación de los correspondientes he-

mogramas, adenogramas, mielogramas, esplenogramas y hepatogramas.

El estudio del citograma queda afirmado, después de la lectura de esta útil monografía, como un procedimiento diagnóstico al alcance del médico práctico, aunque la labor de éste se desarrolle en el medio rural. El estudio de la sangre y de los órganos hematopoyéticos considerados en condiciones normales y patológicas, tanto en las hemopatías propiamente dichas, como en todas aquellas afecciones que tienen una mayor o menor traducción sanguínea característica, queda desarrollado de modo sencillo y didáctico en las páginas de este libro, obteniéndose provechosa utilidad de su lectura, puesto que concreta sucintamente los datos que el médico general necesita para formular un diagnóstico a la cabecera del enfermo. La práctica y valoración del citograma en las anemias, poliglobulias, leucemias, leucopenias, hemorragias, tuberculosis, sífilis, enfermedad de Hodgkin, linfosarcoma, etc., es objeto de los diferentes capítulos y secciones del libro.

Numerosos y elegidos grabados contribuyen a aclarar algunos puntos del texto.

La edición es, como todas las de Salvat, modelo de corrección.

E. ARIAS VALLEJO

*Teoría de los estratos psíquicos*, por H. F. Hoffmann. Traducción española de M. Peraita, jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel, en Leganés (Madrid). Monografía de 117 páginas. Primera edición. J. Morata. 1946. Rústica, 15 pesetas.

Este libro de Hoffmann da a conocer, o, mejor dicho, divulga las nuevas orientaciones en Psicopatología y Psiquiatría clínicas, con la valoración del ilustre director de la Clínica Universitaria de Giessen. Está correctamente traducido al castellano por el doctor Peraita, y es libro que debe leerse no solamente por los especialistas, sino por los médicos generales, por contenerse en él desarrollada una teoría de los estratos psíquicos desde el punto de vista científico-natural, partiendo de Klages, pero distanciándose de él y su sistema.

Las concepciones de Hoffmann se basan de modo exclusivo en su experiencia de especialista, y, como apunta muy bien en el prólogo, tienen singular importancia para otras ciencias no médicas, en especial para conseguir la articulación sintética entre ellas.

El libro está, no resumido, sino condensado, y en su fácil lectura se siguen con toda claridad los fundamentos que han llevado a Hoffmann a sus originales teorías sobre la materia y la vida, la or-



ganización de los seres vivos, el estudio del hombre como personalidad estratificada, la teoría de los estratos y su significación ordenada y la nueva sabiduría de la vida y concepción del mundo.

F. J. C.

*Dismenorrea*, por el doctor J. Pérez Mata. Monografía de la colección de «Manuales de Medicina Práctica», que edita la Casa Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires. 122 páginas de texto y 30 figuras en negro y color. Encuadernación de la serie. Segunda edición de la obra. 30 pesetas.

El doctor Pérez Mata, personalidad destacada como especialista en el Instituto Provincial de Sanidad de Córdoba y en la Cruz Roja Española,

acaba de dar al público la segunda edición de su libro *Dismenorrea*, cuya primera edición editó la Casa Salvat en 1941.

El éxito que tuvo este libro ha decidido al autor y a los editores a esta nueva tirada, en que se ha revisado y completado el libro anterior. Se observa en la obra el completo dominio que del problema tiene el doctor Pérez Mata, y, además, está construida la obra en forma de enseñanza clara y sencilla, dentro de las modernas normas de las publicaciones científicomédicas, y con unas figuras de documentación gráfica magníficamente interpretadas y reproducidas, así las esquemáticas como las microfotografías y láminas en color.

Tiene un apéndice en que se expone la historia de cuatro casos clínicos de singular interés.

S. M.

## REGISTRO DE SUMARIOS

### EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

#### RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (14 de septiembre de 1946.)

Problemas que plantea la queratoplastia, por A. Poyales.  
Calculosis y cura balnearia, por A. Chaminade Yuste.  
Los estados leucemioides, por F. Alberico.  
Enmanuel Libman, por F. Vega Díaz.  
Benito Pérez Galdós y la Medicina (VIII), por F. J. Cortezo Collantes.

#### AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (28 de septiembre de 1946.)

##### AVISO

La Dirección tenía determinado publicar en la fecha de hoy el número extraordinario dedicado a la XXIV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, que acaba de celebrarse en la isla de La Toja; pero dificultades insuperables han retrasado la composición de este número, por lo cual se publicará el sábado próximo, día 28 de septiembre.

##### MEDICINA

(Madrid, julio de 1946.)

Coullaut y Enríquez.—El quimismo gástrico en las aquilias.  
Vallejo de Simón y González Quevedo.—Un caso de endocarditis lenta curado con penicilina.  
Novo.—Intersexualidad.  
García Ortiz y López Arribas.—Modificaciones del electrocardiograma y campo eléctrico en ciertos cambios de la posición del corazón.  
Gutiérrez del Olmo.—Estudio roentgenplanigráfico de la silicosis pulmonar.

##### ANALES DE MEDICINA

(Barcelona, marzo de 1946.)

Simarro, Pursell y Lorenzo.—Penicilina y Cirugía.  
Vall.—Tratamiento hormonal del eczema del lactante.  
Surinyach.—Empleo de la adrenalina en los asmáticos.  
Frouchtman.—Importancia del interrogatorio en las enfermedades alérgicas.  
Agusti.—Metal-alergia.  
Alemany.—Formas clínicas del asma tuberculoso.  
Surinyach.—Pronóstico de los diferentes tipos de asmáticos.  
Matas.—Diagnóstico diferencial y tratamiento del acceso asmático.  
Farrerons.—La medicina mágica en la época actual.  
Gironés y Castelló.—Absorción de colorantes a nivel de la pleura.

Seix y Xalabarder.—La tuberculosis en Barcelona durante los últimos trece años.

Bastos.—Tratamiento quirúrgico de las anquilosis del codo.  
Valls.—Diabetes y tuberculosis.

##### MEDICINA Y CIRUGIA DE GUERRA

(Madrid, septiembre de 1946.)

Ríos.—Alteraciones de la percepción visual explicadas por la teoría dinámica de la corteza.  
Gonzaga.—Tratamiento de las endocarditis lentas por la penicilina.  
Acero.—La operación de plicatura, de Lowsley, en el tratamiento de la incontinencia de orina.  
Hinojar.—Abscesos cerebrales otógenos.  
Casanueva.—Tuberculosis en el Ejército.

##### ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA

(Madrid, agosto de 1946.)

Calzada.—Malformaciones congénitas del esófago.  
Villota.—Patogenia de los vómitos acetónicos.  
Secanell.—Tratamiento del corea por el difenil-hidantoinato sódico.  
Cirajas.—Vacunación antidiftérica en los escolares.  
Martínez Vargas.—Historia de la Pediatría en España.

##### BOLETIN MEDICO BRITANICO

(Madrid, 1946. Núm. 1.)

Spear.—Efectos biológicos de las radiaciones penetrantes.  
Gray.—Efectos biológicos de los rayos X, neutrones y otras radiaciones ionizantes.  
Catchside.—Efectos genéticos de las radiaciones.  
Lea.—Acción de las radiaciones sobre virus y bacterias.  
Glucksmann.—Análisis histológico de los efectos de la radiación en carcinomas humanos.  
Neary.—Medición de la radiación.  
Ellis.—Absorción total de energía en radioterapia.  
Read.—Métodos técnicos en terapia con rayos X.  
Russ.—Métodos técnicos en terapia con radium.  
Innes.—Terapia de un millón de voltios.  
Binks.—Métodos protectores en radiología.  
Read.—Intercambio de diagramas y datos entre centros de radioterapia.

##### BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (Washington, marzo de 1946.)

Avila.—Sanidad en México.  
Soriano.—Correlación interamericana en el control y preparación de productos biológicos.  
Smillie.—Plan nacional de asistencia médica.  
Pack.—Recientes adelantos en la lucha contra el cáncer.  
Otero.—Problemas de nutrición en Puerto Rico.



Tratamiento local con

# CIBAZOL

**Polvo antiséptico al 20 por 100**

**Para la profilaxis y el tratamiento  
de heridas infectadas y operatorias**

**Pomada al 5 por 100**

**Para el tratamiento de las infeccio-  
nes cutáneas y oftalmológicas**

**Cajas de 10 y 100 grs. de Polvo de CIBAZOL al 20 por 100**

**Tubos con 20 grs. de Pomada al 5 por 100**



**CIBA, Sociedad Anónima de Productos Químicos**

**Apartado 744**

**Barcelona**

Aprobado por la Censura Sanitaria, núm.

## SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

**SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION**

**ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS**

**SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS**

**Director: Dr. MORALES.**

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)



# LA SABIDURIA DEL HOGAR ANTES QUE TE CASES...

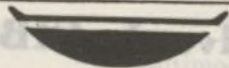
POR EL

**Dr. Antonio Vallejo Nágera**

Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid

Un libro nuevo, verdaderamente nuevo, en todos  
los aspectos. Lleno de interés y amenidad, primorosa-  
mente editado e ilustrado con graciosas viñetas

Editorial PLUS ULTRA



Pedidos a esta Administración de EL SIGLO MÉDICO.  
Se sirve a reembolso de 20 pesetas

# LOCOS EGREGIOS

POR EL

**Dr. Antonio Vallejo Nágera**

Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid.

Una visita al gran manicomio de figuras  
históricas para aprender psiquiatría  
en ejemplos

SALVAT EDITORES, S. A. — Barcelona - Buenos Aires

Pedidos a esta Administración de EL SIGLO MÉDICO

Se sirve a reembolso de 38 PESETAS, encuadernado en tela.



### SECCIÓN PROFESIONAL

#### PROGRAMA

**Problemas sanitarios.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.—Expansión de cultura paramédica, humanística, histórica y literaria.**

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Crónica de la semana*, por Decio Carlán. TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS: *De La Toja a la Dirección de Sanidad, pasando por Pontevedra*, por el Dr. Isidro de Magerit. DIVULGACIÓN DE ACTUALIDAD: *El pan nuestro de cada día*, por el P. Félix García. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. NUESTRO BUEN HUMOR. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

### BOLETIN DE LA SEMANA

Durante la última semana tuvo lugar en Río de Janeiro un acontecimiento de resonancia mundial en las ciencias médicas.

Se celebró el Primer Congreso Interamericano de Medicina, al que han asistido delegaciones de todos los países del Continente, yendo al frente de cada una de ellas eminentes personalidades profesionales.

Dificultades de la comunicación no nos permiten aún reseñar con puntualidad el desarrollo y alcance que en el Congreso han tenido los problemas y las soluciones que en él han sido materia de debate. Pero el programa de esta Asamblea puede decirse que ha abarcado todas las materias de la Medicina clínica y social, a más de los problemas étnicos en el Continente americano.

El profesor Speroni, al abrir las sesiones plenas, significó cuánto dominan aún en su batalla con los hombres los infinitamente pequeños. La tuberculosis, la lepra, la anquilostomiasis, el paludismo, el cáncer..., infinidad de problemas piden conveniente solución a estas Asambleas internacionales, atendiendo, en primer lugar, a la profilaxia; pero sin detenerse allí, sino adentrándose en cuanto los problemas se relacionen con la higiene pública, para impedir y atajar las epidemias.

Los temas de la inmigración en América han tenido tiempo preferente en las discusiones del Congreso, y se ha derivado el acuerdo de convocar para fecha próxima un Congreso de especializados en la materia, compleja y trascendental por sus puntos de vista étnico, social y médico.

El lunes, día 16, regresó a Europa el ilustre descubridor de la penicilina. Sir Alexander Fleming llegó a Lisboa a bordo de un magnífico avión, procedente de este Congreso Interamericano, al que ha asistido por especial invitación y del que regresa a Londres muy bien impresionado del espíritu de trabajo y de colaboración entre los hombres de las ciencias médicas.

También hemos tenido en España la importante visita de un profesor ilustre de la Tisiología inglesa.

Holliday Sutherland ha venido a España, invitado por nuestro Gobierno, para estudiar la política sanitaria y penitenciaria española. Como es sabido,

el profesor Holliday Sutherland tiene, además de su gran personalidad científica, una destacada influencia como miembro del partido laborista inglés.

Durante su viaje por España ha sido acompañado y atendido por una delegación del Ministerio de Asuntos Exteriores, presidida por el diplomático español señor García Beas.

Nuestro ilustre visitante ha recorrido San Sebastián, Pamplona, Bilbao, Santander, Oviedo, Valladolid, Zaragoza, Barcelona, Levante y Andalucía. Ha realizado una información detenida por los establecimientos sanitarios y penitenciarios, y, según ha manifestado, su impresión general es excelente, y entiende que el Gobierno inglés no puede distinguir de políticas tratándose de enfermos, y que debe colaborar con la obra de España dándole mayores facilidades para que puedan completarse los materiales científicos precisos en Sanatorios e Institutos.

Ha elogiado también las líneas generales de la política sanitaria del Gobierno nacional, y anuncia que publicará en su país un libro, resumen de toda su información, con el título de «Mi viaje por España».

Continúa con gran impulso la tarea de las autoridades en pro del abaratamiento de las subsistencias, y aunque lentamente, por su mucha dificultad, se van advirtiendo los efectos.

En lo que nos hemos llevado una tremenda desilusión es en el asunto de los automóviles del servicio público.

La solución que se ha dado al problema es la de que continúe todo como hasta ahora, pues al reformar los aparatos taxímetros se ha hecho de manera que bajando la bandera a 1,20 pesetas en lugar de 0,80 céntimos, y siendo los saltos sucesivos de 0,30 céntimos en lugar de 0,20, resulta matemáticamente igual el precio que cuando se cobraba el 50 por 100 más de lo marcado.

Por consiguiente, después de esta solución va a ser imposible conseguir nada como no sea siguiendo el consejo que dimos en nuestro número anterior.

DECIO CARLÁN.



## TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

## De La Toja a la Dirección de Sanidad, pasando por Pontevedra

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Ante el prolongado silencio estival del *Boletín Oficial del Estado* en materias sanitarias, apenas llegado de Galicia he pedido hora al doctor Palanca para poder adelantar a nuestros lectores alguna información profesional, y la respuesta dada por el director de Sanidad, al otro extremo del teléfono, ha sido:

—Puede venir inmediatamente.

Y cinco minutos más tarde, gracias a la abundancia de «taxis», me encontraba frente al ilustre doctor don José Alberto Palanca y Martínez Fortún, que estaba atareadísimo en la misión, tan profusa como aburrida, de firmar «carnets» de médicos de A. P. D. Su mesa entera aparecía cubierta de esas tarjetas amarillas, color de la Facultad de Medicina, que tan cuidadosamente meticoloso ha elegido el doctor Trujillano para que puedan identificar su importante personalidad los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.

—¿Cómo lo han pasado ustedes en La Toja?

—Muy bien. La labor científica del Congreso ha sido interesantísima, y la «juergoterápica» ha sido de gran amenidad y de suma frecuencia. La mariscada del Grove produjo alguna «barriguitis», pero no pasó de ahí. La sesión de clausura, en la que cesaba reglamentariamente en la presidencia de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana el ilustre doctor Arruga y le sustituía el no menos ilustre director de la Casa de Salud Valdecilla, doctor Díaz Caneja, fué de gran emotividad. Nos metieron el corazón en un puño y las glándulas lagrimales funcionaron a torrentes, como si nos hubieran puesto a todos cristales de contacto...

—Yo les dirigí un telegrama muy expresivo para la sesión inaugural, y no me han contestado.

—No tiene nada de particular—replicamos—. Los organizadores de estos Congresos suelen hacer sus primeras armas en estos menesteres y desconocen el protocolo. Tampoco habían invitado al médico director del Balneario de La Toja, doctor Eleizegui, único representante allí de la Sanidad nacional y destacado médico-periodista. Y por lo que a mí respecta, me había invitado a mí mismo: *Invita te ipsum*.

—Por cierto que tuve la satisfacción de visitar en su despacho al jefe provincial de Sanidad de Pontevedra, doctor don Pedro Lozano Padrós, que me informó del sentimiento que le produce el no poder haber llevado a cabo el proyecto de Instituto Provincial de Sanidad, a pesar de contar con más de millón y medio de pesetas la Mancomunidad y tener adquiridos los terrenos; dinero que ahora quieren invertir en adquirir radium. También he sabido que los médicos de A. P. D. de aquella provincia llevan sin cobrar muchos meses, hasta el punto de adeudárseles desde primeros de año la bonita cifra de ciento veintitres mil setecientas cincuenta y una pesetas con veintiséis céntimos.

—Sí; tenía noticias de todo eso, y se le va a poner inmediato remedio.

—Pero lo que acaso no sepa usted es que el señor delegado de Hacienda de aquella provincia, don Luis Feas (yo conocía hace tiempo a un don Jeremías Feas, que no sé si será pariente de este inteligente y activísimo delegado), en su natural afán de defender los intereses del Estado que le han sido encomendados, ha emprendido una intensa campaña contra los médicos que no están cuidadosamente al corriente en el pago del impuesto de Utilidades, y a un destacado especialista viagués le impuso diez mil pesetas. El interesado recurrió, naturalmente, y fué aumentada a veintitantas mil pesetas, más diez mil de multa. Esta energía me parecería mejor aplicada a pagar sus legítimos haberes a los modestos médicos rurales...

—No sabía nada de eso, entre otras razones, porque cae fuera de mi esfera de acción.

—¿Qué novedades puede usted darme en relación con el Reglamento de Sanidad Municipal?

—Han comenzado a llegar observaciones sobre este Reglamento de la Dirección General de Administración Local y de la Fiscalía de la Vivienda; pero todavía no han dicho nada los alcaldes. Por ello he escrito al señor Moreno Torres, como alcalde de Madrid, para que activen sus respuestas. Pero, desde luego, en las circulares para los presupuestos municipales del año próximo va incluido el aumento de sueldo para los titulares.

—¿En qué cuantía?

—¡Ah!, eso no se lo puedo decir, porque no quiero exponerme luego a rectificaciones—y el doctor Palanca continúa firmando «carnets» de Asistencia Pública Domiciliaria—. En cambio, puede usted decir que los médicos de las Beneficencias provinciales dejarán de llamarse médicos de guardia para ser denominados de entrada, ascenso y término, como los jueces.

—¿Qué hay de las oposiciones de médicos titulares?

—Que en la semana próxima se publicará la Orden ministerial disponiendo que se convoquen oposiciones libres. Y que los Colegios de Médicos de Salamanca y La Coruña han solicitado ampliar el período para ser incluidos en el Escalafón de médicos de Casas de Socorro a los que venían desempeñando sus puestos interinamente, como también han pedido los tocólogos municipales de poblaciones de más de doce mil habitantes que sean nombrados en propiedad los interinos, y de esta manera no se llegará jamás a constituir Cuerpos médicos de suficiente consistencia administrativa y legal.

—Me han dicho que se marcha usted a Jaén.

—Sí, me marchó el martes de la semana próxima, en cuanto hayan celebrado sus reuniones el



Consejo Nacional de Sanidad y el Patronato Nacional Antituberculoso. Luego iré a París para asistir a la última sesión del Office International d'Hygiene Public, que al desaparecer la Sociedad de Naciones pasará a llamarse Sociedad Sanitaria Mundial.

—¿Qué asuntos más interesantes llevan a la reunión del Consejo Nacional de Sanidad?

—La ponencia para proveer el cargo de inspector general de Sanidad, vacante por haber sido nombrado el doctor don Víctor Cortezo inspector provincial de Sanidad de Madrid, y una propuesta del presidente del Consejo General de Colegios Médicos para reintegrar al Escalafón a los médicos sancionados.

—¿Y del Patronato Nacional Antituberculoso?

—La propuesta para cubrir la vacante de director del Dispensario Antituberculoso de Ceuta y la de director del Sanatorio de El Tomillar, de Sevilla.

—Y a propósito del doctor Cortezo, ¿cuándo va a tener el Instituto Provincial de Sanidad de Madrid un edificio decoroso?

—Ya lo tiene. Hace año y medio habíamos comprado un magnífico edificio, situado en la calle del General Oraa, esquina a Núñez de Balboa, para instalar en él determinados Servicios de sanidad infantil; pero, como sobraba mucho espacio, de acuerdo con el jefe de los Servicios de Higiene Infantil, doctor Bosch Marín, se instalará allí el Instituto en un plazo de tres meses y con un gasto menor de seiscientas mil pesetas.

—Y de penicilina, ¿qué me dice usted?

—Que este mes han sido concedidos nada menos que cincuenta y cinco mil dólares para importarla, lo que representa un gran triunfo. Pero mi informe ha sido de que el Instituto de Industrias Civiles estudie la forma de obtener en España esta medicación, creando cuantas fábricas sean necesarias, para evitarnos el gasto de divisas.

—Me parece muy bien. Pero hay que tener en cuenta que para la obtención de este medicamento hacen falta materias primas, que hay necesidad de importar, y entonces la elaboración resultaría muy cara y exigiría igualmente la salida de divisas, y, además, es para muy largo tiempo.

—Pues que se las ingenien para no necesitar esas materias primas. Mientras tanto, tendremos la penicilina importada que sea menester.

En este momento entró en el despacho del director don Francisco Zamarrigo, y con la indiscreción propia de todo periodista, después de los saludos reglamentarios, le pregunté:

—¿Qué trae usted por la Dirección de Sanidad?

—Nada de particular.

A lo que rectificó el doctor Palanca:

—Sí, le trae el Reglamento de las Escuelas de Puericultura.

Y a la salida encontramos al doctor Trujillano, que acaba de regresar de la dirección del Balneario de Termas Orión y que espera turno para entregar al señor director otro voluminoso paquete de «carnets» y poner a su firma varios escritos, entre los que acaso esté la Orden disponiendo la convocatoria libre de médicos de A. P. D.

Y, ya a media mañana, abandonamos la Dirección de Sanidad.

## DIVULGACIÓN DE ACTUALIDAD

### EL PAN NUESTRO DE CADA DÍA

Nos dicen que el cielo ha sido este año propicio y la cosecha pingüe y bien granada. Del campo maternal nos llega un airecillo prometedor de alivio y de trojes colmadas. Dios, que viste el ave y hermosea al lirio, ha multiplicado la alegría de los hombres a su tiempo y sazón.

Las tierras, grávidas ayer con su caudal de espigas encorvadas, han rendido ya generosamente el fruto de su flor. Y ahora descansan en la humildad de los rastros y exhalan un ancho resuello de complacido descanso, como si comprendieran que han sido ocasión para que los hijos de los hombres prosigan salmodiando a lo largo de sus caminos: *El pan nuestro de cada día dánosle hoy...*

¡Gran maravilla, Señor, y misterio grande éste del pan! Dios prodigó el pan, y el agua, y la luz con mano munificente y no abreviada, para que estas cosas elementales nos alcanzaran a todos y delataran que Dios está vecindado entre los hombres. Nos enseñó que, cuando oremos, pidamos humilde y confiadamente el pan nuestro de cada día. El, en los días evangélicos, acariciaba con sus manos, hechas a bendecir, las espigas gruesas que vanguardaban los caminos de Galilea, y tomaba

de la abundancia de sus granos para reparar la fatiga de sus jornadas. Y los fariseos, de mirada turbia y codiciosa entraña, le murmuraban al Maestro. Por dos veces multiplicó prodigiosamente el pan, para que comieran en abundancia, hasta saciarse, las turbas, habrientas de su palabra, que eran los mendigos de Cesarea, los pescadores del Tiberiades, los porquerizos y pastores de las montañas del Carmelo, los publicanos y allegadizos de la gentilidad de Tiro y de Sidón. Y todos los días se multiplica el Señor en el renovado y suavísimo misterio del pan en la Eucaristía santa.

Para la fracción del pan se sentaron a una misma mesa Dios y el hombre, y el pan quedó constituido en el supremo vínculo de la caridad, en el signo más universal e inteligible de unidad y de comunión. El pan que depositamos en la mano del necesitado es la moneda de Dios, que iguala en el amor al que la da y al que la recibe. Y el mendigo —hermano de Cristo, delegado de Cristo— besaba en otro tiempo religiosamente el pan recibido con piedad, porque el que lo daba previamente lo besaba con amor, como el Santo besa las llagas del cuerpo cancerado. Después, el mendigo y el señor



se socializaron con exceso, hablaron con solemnidad y con ira de reivindicaciones, y se rompió entre ellos el vínculo sagrado del *pan nuestro de cada día*.

¡Qué fuerte y expresiva vinculación ésta del pan! Al Señor, resucitado ya, no le reconocieron los viajeros de Emaús, a pesar de ir confiriendo con ellos de camino y en largo coloquio, sino a la caída de la tarde, sentado a la mesa convivial, por la forma adorable de bendecir y fraccionar el pan; le reconocieron en la persuasiva unión de las manos que, al tenderse, acortan distancias y valen, más que por el don, por la gracia del movimiento con que saben dar.

El Señor acude con preferencia en sus enseñanzas a la parábola, a la semejanza, al rico simbolismo del pan. Es el buen Sembrador que hará la selección definitiva entre las mieses logradas y la cizaña intrusa. Contemplando los campos tendidos de Genesareth, propuso y esclareció a los discípulos la parábola, profunda y bella, del sembrador que salió, al romper del día, a sembrar su sementera. También entonces revolaban ya en torno de la semilla los pájaros agoreros y voraces, que hacían estremecer la voz del Maestro.

En la vida de la naturaleza y en la vida de la gracia el pan tiene una profunda y vasta simbolización. ¡Ese pan nuestro de cada día, que es el mensaje de Dios por el que le reconocemos y recordamos cotidianamente que El es el Padre nuestro que está en los cielos!

Pero, ¿qué ha sucedido con el pan? Entre Dios y el hombre se ha interferido el logrero, que retiene el pan de cada día, el de todos, y lo convierte en un artículo suntuoso. Sobre el pan humilde y santo de cada día especula la codicia, granjea la iniquidad—como diría Job—para sustraer el pan al indigente. El pan de cada día nos llega recargado de usura; nos llega amarillo, porque lo ha manoseado la codicia; nos viene negro y mal amasado, porque el fraude y la mixtificación le han afeado la blancura y le han hecho objeto de negociación venal, de negra mercadería.

Nunca hubiéramos creído que la vida se convirtiera en una lucha enconada por el pan de cada día, que hemos de ganar, es cierto, con el sudor de nuestra frente; pero que ahora hay que arrancarle de la mano avara del mercader, del fenicio, del traficante, que negocia con el hambre de los pequeñuelos de Dios.

Se habla de una batalla contra la codicia. Así sea. Y contra la iniquidad de los que deforman los designios de Dios, que quiere que todos pidamos el pan nuestro de cada día. Y que todos participen de él, y que tengan paz porque pueden vivir y entenderse en la comunión del pan. Del pan nuestro de cada día.

P. FÉLIX GARCIA  
(*Agustino.*)

(Del diario *A B C.*)

## TERTULIA MÉDICA

### IDEARIUM DE "ICH"

Una de las más ridículas pretensiones de los pedagogos al uso es la de producir admiración personal en sus discípulos.

Desconfiad de tales maestros; sacrificarán el fruto desinteresado de la enseñanza a la vanidad del maestro, y la semilla se la llevará el viento.

\*\*\*

Los adjetivos *libre*, *superior*, etc., y los sustantivos *director*, *jefe*, etc., estropean lo que quieren significar, produciendo pedantes en vez de discípulos y ambiciosos en vez de maestros. Como la significación que da cada individuo es fácil de utilizar y la efectiva difícil de alcanzar, se explica fácilmente el fenómeno y aun se le ve generalizado entre los que se suponen técnicos por haberse matriculado sucesivamente en todas las asignaturas exigidas para obtener el título, mientras que miran despectivamente a los que entienden positivamente de las cosas, habiendo trabajado para enterarse de ellas.

\*\*\*

El publicar un libro cuesta dinero, pero no trabajo si el autor es hombre de fuste; pero el encontrar quien lo lea, cuesta trabajo y quizá dinero.

\*\*\*

Deshacerse, desmenuzarse, ese es el fin de lo que hay en nosotros de materia; disolverse, va-

porarse, ese es el fin de nuestro espíritu. Síntesis: Vuelta al gran Todo, relatividad de lo personal. Jesús podrá no ser una explicación, pero es un consuelo (4 marzo de 1930).

\*\*\*

Entre las causas de la envidia es quizá la primera el deseo del envidiado en producir la molestia del envidioso. ¿Qué otro motivo puede tener ese empeño vanidoso y huero de fingir riquezas, capacidades intelectuales, bellezas físicas que nos hacen hablar (sobre todo de chicos) de bienes y posesiones imaginarias, que hace fingir erudiciones falsas, fusilamientos ocultos y exposiciones inoportunas e impacientes de conocimientos incompletos; y...

Lo que queremos con esto, las más de las veces, es asombrar a los demás y producir en ellos una molestia de humillación que les haga creerse inferiores a nosotros, lo cual constituye ya una variedad de la envidia. Cuando la lucha es leal y abierta, constituye la santa emulación, que conduce al triunfo y el premio por merecimientos efectivos; pero cuando es fingida, constituye un procedimiento de traición análogo al de las mujeres que se pintan, los industriales que sofistican los alimentos y los autores que copian subrepticamente, queriendo pasar por originales. Todos éstos son variedad



des del estafador, y gran parte de la estafa debe atribuirse al estafado mismo, por dar valor a apariencias desprovistas de efectividad. El beso de la mujer de labios pintados no puede producir otro deleite que la mancha de carmín que deja sobre nuestra piel; el alimento sofisticado ni nutre ni complace al buen conocedor, y la erudición robada expone al que la acepta a pasar él por el ladrón de aquello cuyo origen no analizó.

\* \* \*

La Historia constituye un estudio muy monótono por la repetición de los hechos que registra; pero aún más monótonos que los hechos son los juicios de los historiadores, y más aún que éstos el hecho de no dar a tales juicios la menor importancia por los que los leen.

\* \* \*

«Más vale volando», es lema de un escudo de la casa del conde-duque de Benavente. No se puede dar fórmula más cabal del romanticismo.

\* \* \*

Cánovas era un *gourmand* del bello sexo; Silvela era un *gourmet* del mismo manjar, y es natural la preferencia plebiscitaria que en favor del primero se manifestaba. Si los alimentos votaran, el triunfo sería de los cocineros que prefiriesen las patatas a las trufas.

\* \* \*

La indulgente bondad sistemáticamente empleada por los reyes y los poderosos respecto a los políticos venales, a los aludadores y los cortesanos pedigüños, y a los traidorzuelos aprovechados, no puede menos de llevarles a un menosprecio fundamental de la humanidad, en el cual confunden muchas veces a los que no son dignos de ser confundidos. Por esta razón, los espíritus sanos e independientes evitan, por instinto, el trato con los poderosos, aun cuando los respeten y los estimen, pues pueden tener la certeza de que no son estimados por ellos.

\* \* \*

Hablando de la influencia de Savonarola en Flo

rencia, y de la ineficacia que para el gobierno de aquella República tuvo, dice Armstrong: «Para empresa de tal importancia, necesariamente ha de resultar incompetente un novicio en el arte de gobernar; quiera o no quiera, consciente o inconsciente, ha de entregar las riendas del gobierno a quienes atesoran la experiencia que a él le falta.»

Los historiadores tienen demasiada tendencia a generalizar, no teniendo en cuenta lo que las circunstancias y los momentos influyen en modificar la rigidez de sus sentencias. Donde no haya políticos desinteresados y prácticos, ¿dónde habrá de buscarse la inspiración acertada de esos *novicios*, sean religiosos o militares? Lo que hay que pedir a la Providencia es que conceda a los pueblos o Jiménez de Cisneros o Napoleones Bonapartes, que lleven bajo la cogulla o el tricornio talento, energía y deseo de acertar.

\* \* \*

El gobernante que se inspire en denuncias y delaciones tiene muchas más probabilidades de servir de instrumento al error y a las malas pasiones que a la rectitud y a la justicia.

\* \* \*

Todos los animales realizan una función específica sin darse de ello cuenta, repitiéndola durante siglos en diferentes generaciones, y así, el escarabajo, hace su bola, la abeja su miel, el gusano de seda su capullo y el hombre sus tonterías.

\* \* \*

«Los bárbaros del porvenir no vendrán de fuera. Surgirán de ese ejército de inadaptados que todas las civilizaciones van dejando en pos suyo.» Esto dice Gustavo Le Bon, y ya dijo algo análogo un vate español:

«No es menester que el septentrión los lance;  
los bárbaros están dentro de Roma.»

\* \* \*

La zorra de la conocida fábula hizo abrir el pico al cuervo, adulando su canto, para que soltara el queso. Hay muchas maneras de hacer abrir el pico;



SICUNANTIGEN



Suspensiones microbianas desecadas para reacciones serodiagnósticas de aglutinación en porta-objetos

Proceder científico, sencillo y práctico para el diagnóstico de los procesos tíficos, salmonellosis, fiebre de Malta y tifus exantemático

Información. Apartado 5.039 - MADRID



una de ellas es irritar al cuervo, calumniándole para que se defienda; pero el cuervo es viejo y sabe cuándo conviene soltar el queso.

Cada Concilio general convocado por los Pontífices representa, en el fondo, una declaración tácita de la necesidad de reforma de la Iglesia. La oposición a la reforma de Lutero lo fué, en realidad, a su procedimiento, por lo que tenía de revolucionario y de herético, pero no lo fué en cuanto al conocimiento de la necesidad de reforma, como lo demostró la convocatoria del más trascendental de los Concilios modernos, el de Trento.

Pío IX sintió, sin duda, esta necesidad en el sentido restrictivo con dogma de la infalibilidad, más que con el de la concepción que se hallaba proclamada por la Fe. León XIII no reunió ningún Concilio en su largo pontificado.

No hay nada más fácil para la combustión que lo que ha vivido y es inútil para la combustión. Los pueblos decadentes son verdaderos montones de astillas, hojas secas y virutas. La chispa los enciende de un modo pasajero, consumiéndolos, porque representan una actividad de que ellos no son capaces; una vida que para ellos pasó.

## NUESTRO BUEN HUMOR

Publicamos en esta sección las anécdotas y ocurrencias que vamos recibiendo para tomar parte en el concurso mensual abierto por nuestra Revista.

Aparecerán los materiales recibidos por riguroso orden de su llegada a nuestra Redacción sin someterlos a selección alguna, aparte la lógica de los que pudieran ser impublicables por su mal gusto u otras cualesquiera causas.

### COSAS DE EXAMENES

Por Gil Contreras, Santillana.

Era de ver al doctor X. X., sabio profesor de «Partos y Gine», hacer pasar «apuros» a los pobres examinandos. En ello estaba su mayor deleite y satisfacción. Gozaba cuando nos veía palidecer, tragar saliva y destrozar el programa a fuerza de enrollarle y desenrollarle una y mil veces, maniobras que todos hacíamos por si entre tanto nos llegaba alguna inspiración más o menos celestial, y poder contestar así las atormentadoras preguntas del docto catedrático.

Hasta el programa lo tenía dispuesto para la, por nosotros, llamada «tomadura de pelo».

Ahí va uno de los muchos sucedidos durante sus exámenes.

Una lección, la 34.<sup>a</sup>, trataba de la antisepsia obstétrica, lección que solía preguntar con frecuencia, sobre todo a los «peces».

Al leer el título o epígrafe de la lección, el pobre examinando respiraba; ¿quién no habla algo de antisepsia? Mas lo peor sucedía cuando se leía el enunciado de la primera pregunta, que era: «Recuerdos de Semmelweiss»; el sabio profesor, muy digna y cortésmente, se levantaba del asiento y, haciendo una ligera inclinación de cabeza, se dirigía al alumno, contestándole:

—Muchas gracias, señor; se los devuelvo.

Con lo que llegaba al colmo el aturdimiento del que se estaba examinando.

### COMO ME LO CONTARON

Por Martiniano Sagrado, Gijón.

Sucedió con ocasión de visitar un médico a un «niñín» que padecía bronquitis aguda.

Después de reconocer al enfermito, la mamá le mostró los medicamentos que estaba tomando, recetados por el médico de cabecera.

El médico, al ver uno de los medicamentos, exclama:

—¿Qué animal ha sido el que ha recetado esto?

La madre, muy tranquila, contesta:

—Pues ha sido su hijo.

(Aclaración.—El médico en cuestión tenía un hijo, médico también, ejerciendo en la localidad, y que era el médico de cabecera de la casa, y el padre ignoraba este extremo.)

### COMENTARIO A LA CONSULTA

Por Vidal y Pintado, Torquemada.

Pueblo de Castilla; verano; colitis disenteriformes abundantes.

Colega 1.º—Hoy he visto un enfermo que, todo apurado y de prisa, ha llegado a la consulta, diciéndome: «Mire usted, vengo del campo con una «diana» que no me tengo; con decirle a usted que he venido regando toda la carretera...»

Colega 2.º—Pues menos mal que no le ha visto ningún peón caminero y encima le ha puesto una multa.

Colega 1.º—Hombre, yo creo que si le hubiera visto le hubiera puesto en nómina, toda vez que, como verás, el enfermo no ha hecho más que un «riego asfáltico».

### EN UN EXAMEN DE PATOLOGIA MEDICA DE MI JUVENTUD

Por A. González de la Calle, Casas de Castañar.

El profesor, tras de bajarse las gafas a mitad del lomo de la nariz, lanza a boca de jarro al alumno la siguiente pregunta:



—Pronóstico de la meningitis meningocócica.

El alumno, rápido, contesta:

—Es fatal en todos los casos.

El profesor mueve la cabeza y replica:

—Hombre, eso no debe ser, puesto que yo la tuve, y, como usted ve, no me he muerto.

El alumno, un tanto amostazado, contesta rápido:

—Bueno, pero el que no se muere se queda tonto.

### CASO HISTORICO, AUNQUE UN POCO RARO

Por R. Moral Alonso, Samboal.

Terminada mi carrera, en el año 22, fui a ejercer a la provincia de Guadalajara, partido de Molina de Aragón, pueblo de Selas; partido constituido por varios pueblos, uno de ellos, Aragoncillos, donde existía un practicante muy anciano, llamado don Timoteo. Mi obligación era de ir a dicho pueblo a sus llamadas. La primera vez que fui a verle me enseñó unas jeringuillas y unos libros de Medicina alemanes (me demostró después que nos los había leído); transcurridos unos meses y a una de las llamadas para una enferma que no recuerdo lo que era, vi en una casa una chica joven convaleciente de una tifoidea; la dispuse el preparado de fosforrenal Robert, con hierro, en inyecciones; no volví a ver a aquella enferma hasta transcurrido bastante tiempo.

Un día me la encontré en la calle, y al verla completamente repuesta, me dijo que la había ido muy bien con este preparado; que lo que había devuelto sin romper lo había guardado para otra vez. Esto, francamente, no me cabía en la cabeza, y, después de muchas preguntas a ella y al practican-

te, saqué en consecuencia lo siguiente: Que el señor aquél, acostumbrado solamente a las inyecciones de cafeína y morfina de forma alargada, había confundido la forma de botella del preparado con los supositorios anorrectales, de los cuales, alguno, por casualidad, la enferma, al hacer la deposición, había devuelto sin romper, y los había lavado y guardado para otra vez. No me explico cómo la enferma no tuvo unas erosiones de ano de miedo. Tuvo demasiada suerte. No volví a fiarme de dicho señor.

### FALLO DEL CONCURSO CUYO PLAZO HA TERMINADO EL DIA 15 DE SEPTIEMBRE DE 1946

De conformidad con lo anunciado, el Comité de Redacción examinó los chistes y anécdotas que han sido publicados en la Revista desde el comienzo del concurso hasta el día 15 de septiembre, y acordó conceder los dos premios correspondientes a este concurso en la siguiente forma:

1.º A don J. Mendiguren Bolleguá, de Ustarroz, por su anécdota titulada «Rigurosamente histórico», aparecida en el número de 31 de agosto de 1946.

2.º A don Francisco Martino, de Madrid, por su anécdota titulada «El cateterismo uretral», aparecida en el número de 14 de septiembre de 1946.

Los interesados pueden elegir una de las obras de la Colección Like que se detallan en el anuncio del concurso publicado en la página 313 de nuestro número de 24 de agosto de 1946.

Se dirigirán por carta a esta Redacción, manifestando la obra que han elegido, y que la Administración de EL SIGLO MEDICO les remitirá a su domicilio libre de todo gasto.

## Informatorio profesional

### EL DOCTOR MUÑOZ CALERO TOMA POSESION DE LA JEFATURA NACIONAL DE LA OBRA SINDICAL «18 DE JULIO»

Presidido por el delegado nacional de Sindicatos, camarada Fermín Sanz Orrio, y con asistencia del delegado nacional de Sanidad, camarada Aznar; secretario nacional de Sindicatos, camara-

da Norte; los vicesecretarios nacionales de Sindicatos y todas las jerarquías nacionales, se ha celebrado en la Delegación Nacional de Sindicatos el acto de la toma de posesión del nuevo jefe nacional de la Obra Sindical 18 de Julio, doctor don Armando Muñoz Calero.

En primer lugar, el vicesecretario nacional de Obras Sindicales, camarada Perlado, dió lectura



# BARACHOL

**Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.**

**Evita enormes molestias y gastos.**

(Censura sanitaria núm. 1.122.)



al nombramiento del nuevo jefe. A continuación, el delegado nacional de Sindicatos le dió posesión del cargo, pronunciando un breve discurso de presentación, haciendo un cálido elogio de los méritos profesionales, políticos y militares del camarada Muñoz Calero, al que dijo «debe procurar por todos los medios conquistar el alma y el corazón de los médicos a sus órdenes, haciendo una labor de médico apóstol, no de funcionario, a fin de que no haya un solo beneficiario de la Obra Sindical 18 de Julio que pueda proferir una queja o encuentre una deficiencia en su funcionamiento». Continuó diciendo que esperaba mucho de él y de sus grandes dotes para realizar una eficaz labor en el servicio de los productores humildes de España y del Movimiento. A continuación, el doctor Muñoz Calero pronunció unas breves y sentidas palabras para dar las gracias al delegado nacional de Sindicatos por las frases de elogio dirigidas y por la distinción de que ha sido objeto, manifestando «que si bien él llega a este cargo portador de un pobre bagaje intelectual, en cambio tiene la soberbia de una misión falangista que cumplir y la inquebrantable adhesión al Caudillo y al Movimiento».

## SECCION OFICIAL

TRIBUNAL DE OPOSICIONES A PLAZAS DE MÉDICOS FORENSES DE MADRID Y BARCELONA.—*Orden por el que han de actuar los opositores a dichas plazas, según el sorteo verificado con esta fecha.*

1. D. Luis Puig Villajuana.
2. D. Manuel Casas Ruiz del Arbol.
3. D. Mariano García Serrano.
4. D. Jesús Carrera Lorenzo.
5. D. Antonio Villanueva Pelayo.
6. D. Jesús Fernández Cabezas.
7. D. Carlos Textor Villa.
8. D. Carlos Mendo Aulet.
9. D. Arnulfo Peña Serrano.
10. D. Bonifacio Piga Sánchez-Morate.
11. D. Antonio Fernández Martín.
12. D. Manuel Martínez Sellés.
13. D. José Cabral Gil.
14. D. Manuel Capdevilla y de Guillerma.
15. D. Eloy Díaz Jiménez y Martínez.
16. D. José María de Burgos y Díaz Varela.
17. D. Francisco Molina Gil.
18. D. Alfonso Juan Requena.
19. D. Manuel Sales Vázquez.
20. D. Francisco Ruiz Valverde.
21. D. José Luis Villalobos Roldán.
22. D. Augusto Ruiz de Bustamante.

23. D. Juan Isasa Adaro.
24. D. Miguel Saiz Andrés.
25. D. Enrique Puyuelo Salinas.
26. D. José María Bastero Beguiristáin.
27. D. Antonio Maíz Viñals.
28. D. Eduardo Rodríguez Quevedo.
29. D. José Velasco Escasí.
30. D. Alejo Argente Cantero.
31. D. Modesto Martínez Piñero.

Se convoca a los señores opositores que figuran en la anterior relación para el día 27 de octubre próximo, a las seis de la tarde, en la Sala segunda de lo Civil del Palacio de Justicia, para dar comienzo a los ejercicios.

Madrid, 10 de septiembre de 1946.—El Secretario del Tribunal, Dr. J. Aguila Collantes.

TRIBUNAL DE OPOSICIONES A LA CÁTEDRA DE PSIQUIATRÍA, VACANTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID.—*Señalando fecha, hora y local en que se han de presentar los opositores.*

Los aspirantes a esta cátedra se presentarán el día 30 del mes actual, a las diez de la mañana, en la Sala de Grados de la Facultad de Medicina de Madrid, a fin de conocer el sistema acordado por el Tribunal en orden a la práctica de los dos últimos ejercicios de estas oposiciones.

En dicho acto, los señores opositores entregarán al Tribunal los trabajos científicos y la exposición escrita del concepto, método, fuentes y programa de la disciplina, sobre lo que han de versar los dos primeros ejercicios, de conformidad con lo prevenido en el vigente Reglamento de oposiciones a cátedras de Universidades. Asimismo entregarán el recibo de haber ingresado en la Habilitación del Ministerio de Educación Nacional los derechos que previene el Real Decreto de 12 de marzo de 1925.

Madrid, 13 de septiembre de 1946.—El Presidente del Tribunal, Fernando Enríquez de Salamanca.

## ANÁLISIS

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.  
FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1866

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

BOLAÑOS Y AGUILAR, S. L.—Gral. Sanjurjo, 20, Madrid.





Fuerza

**Fosvitanón**  
Komburg  
Temple  
Resistencia

Depositaría para España: GUSTAVO SEDER, Zorrilla, 17, MADRID

(C. S. núm. 4.219)

# AGUA DE BORINES

La mejor agua  
de mesa



Padilla, 12  
MADRID





# SEPTOTIAZOL

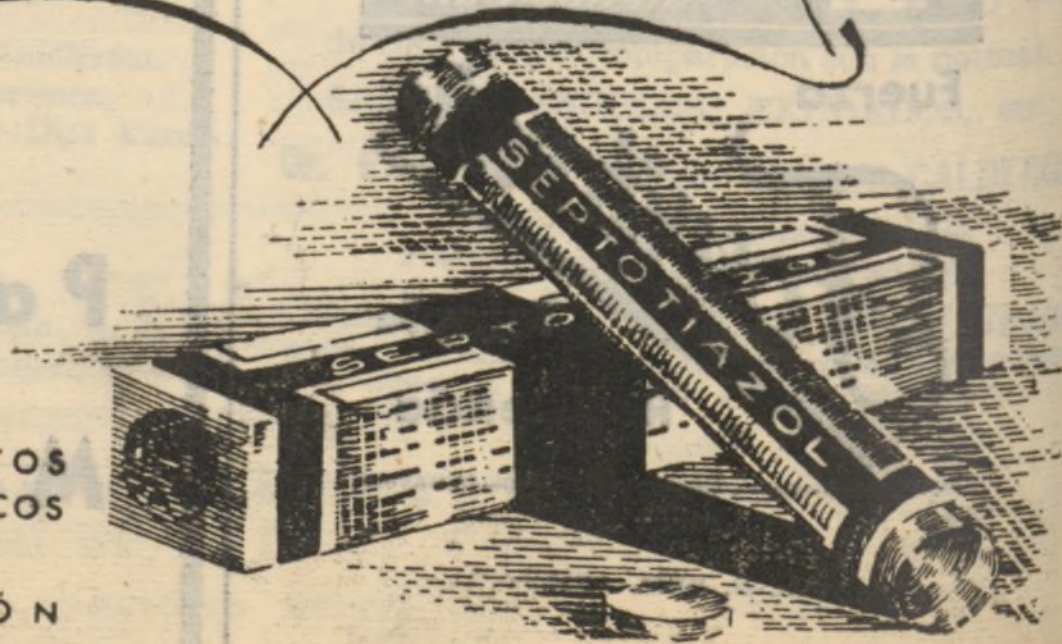
P - AMINOFENILSULFONAMIDO - TIAZOL

*Es un preparado constituido por un sulfatiazol de absoluta pureza química comprobada analíticamente en cada tanda de fabricación. También se comprueba la actividad terapéutica en animales infectados experimentalmente.*

## PRESENTACION

*Tubo de 10 comprimidos de 0,50 gramos*

*Tubo de 20 comprimidos de 0,50 gramos*



FABRICA DE PRODUCTOS  
QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

ABELLÓ  
MADRID - LEÓN