

# Domus Medici



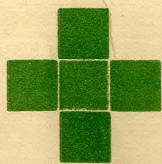
La más completa y moderna información profesional y científica



CONSERVAS DE PESCO

# "LA CRUZ ROJA"

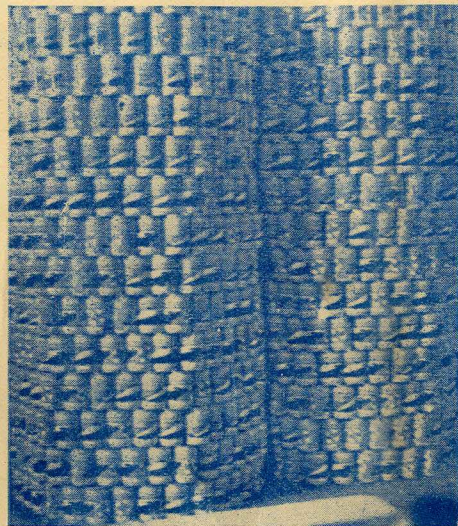
EVARISTO PEREZ-IÑIGO ARREIZA



(Marca registrada)

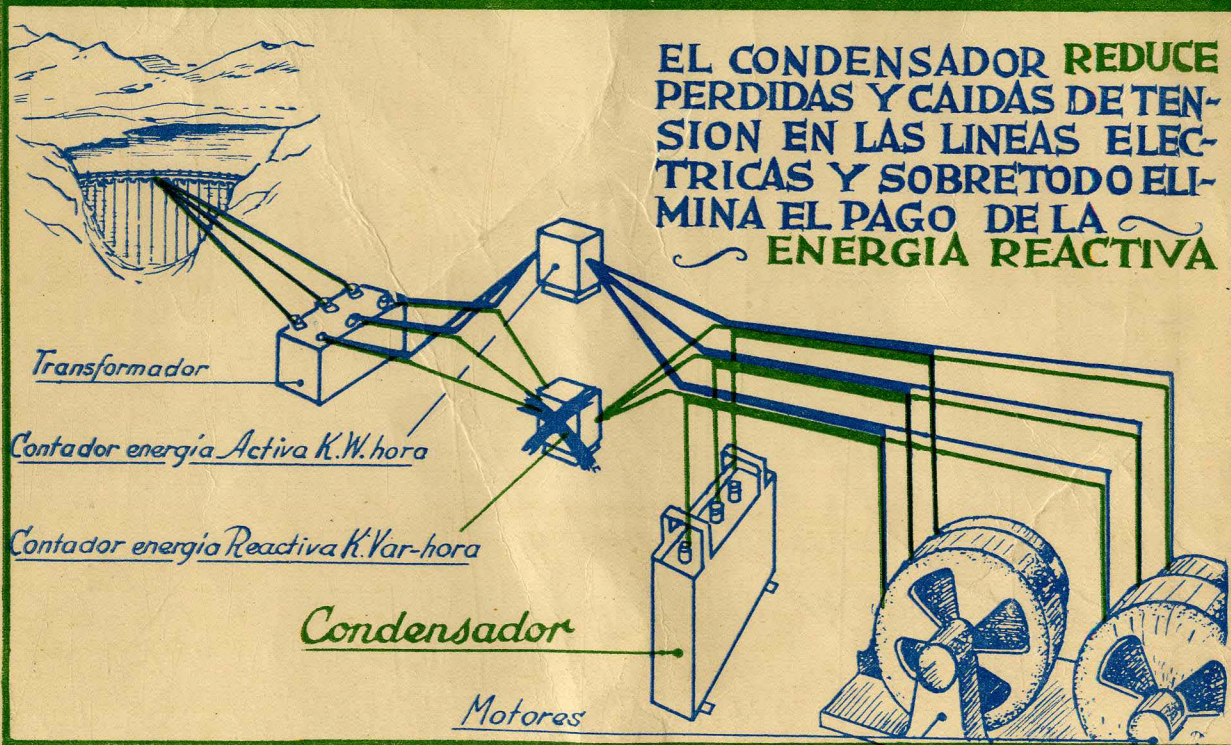
Fábricas en: Laredo y San Vicente de la Barquera  
Direcciones: Postal: Calle Revilla, 3. — LAREDO  
Teléfonos: 22 LAREDO.—6 SAN VICENTE  
Telegramas: PEREZ-IÑIGO

LAREDO (Santander)



## CONSTRUCTORA NACIONAL DE CONDENSADORES INDUSTRIALES S.A.

PASEO DE INFANTA ISABEL 17. TELS. 283100-09  
MADRID



# Domus Medici

(Antes, «LA CASA DEL MEDICO»)

DE LA ASOCIACION DE PRENSA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA GRAFICA MENSUAL DE CIENCIA Y DE HOGAR

REDACCION Y ADMINISTRACION: ESPALTER, 2 - TELEFONO 39 43 36



Director y Propietario: DOCTOR JOSE VIDAURRETA APARICIO

Nuestra Delegación en Portugal: «JORNAL DO MEDICO» } Lisboa: Rua do Carmo, 60, 3. - Teléfono 25052  
 Oporto: Rua Sa da Bandeira, 245, 2.º - Teléfono 7010

Distribuidor en la República Argentina: F. GIMENEZ CODES, Avda. de Mayo, 682, Buenos Aires.

Exclusiva de publicidad para el extranjero: PUBLICIDAD RUESCAS, Avda. José Antonio, 55. Teléfono 22 76 67. Madrid.

S U P L E M E N T O S M E N S U A L E S  
 BOLETIN ESPAÑOL DE CANCEROLOGIA

Director: Dr. JOSE VIDAURRETA

BOLETIN ESPAÑOL DE HIDROLOGIA MEDICA. - Director: Dr. JUAN DE DIOS GARCIA AYUSO

BOLETIN ESPAÑOL DE CIRUGIA TORACICA. - Directores: Dres. MARTINEZ ALONSO, de Madrid y CARALPS, de Barcelona. Secretario de Redacción Dr. MARTINEZ BORDIU

## SECCION LITERARIA

La jota aragonesa y los locos, por *Demetrio Galán Bergua*. Zaragoza.

VIII Congreso Internacional de Cirugía.—Primera Exposición Internacional de Médicos Pintores.

## SECCION CIENTIFICA

Congelaciones: Síntomas. Pronóstico. Tratamiento, por el doctor *Pablo Trincado Dopeiro*. Madrid.

Referatas.—Vaz-Díaz. Agency International.

## NOTICARIO GENERAL

Libros recibidos.—Aulas médicas de Navarra.—Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional.—El profesor Lorenzo Böler, en la Real Academia de Medicina de Barcelona.—El profesor don Antonio Piga Pascual ha muerto.—Últimas novedades terapéuticas.

## BOLETIN DE CANCEROLOGIA

Colaboración e información extranjera.  
 El potasio frente al reumatismo, por *Juan Espoza Ristol*. Melilla (Marruecos).  
 Sobre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del precáncer del cuello uterino, por *Mario Cardia*. Oporto (Portugal).

## Sumario

Pida hoy mismo la  
 S U S C R I P C I O N  
 a

### Domus Medici

girando 100 pesetas al  
 señor Administrador de

### Domus Medici

Espalter, 2 - MADRID  
 Número suelto: 50 pesetas

Citología vaginal en el diagnóstico del cáncer de útero, por *Guillermo Terzano*. Buenos Aires (Argentina).

Un caso de cáncer de la laringe en un obrero expuesto a polvos arsenicales, por *L. Derobert* y *A. Hadengue*. París.

Papel eventual de las nebulizaciones de aceites industriales en la patogenia del cáncer broncopulmonar, por *René Huguenin*, *Jean Fauvet* y *Madelaine Mazabrau*. París.

Traumatismo y cáncer, por *José Vidaurreta Aparicio*. Madrid.

Reglamento del Instituto Nacional del Cáncer.  
 Extractos de revistas.

## B. E. DE CIRUGIA TORACICA

Editorial.

La punción mediastínica a través del espolón traqueal, por los doctores *Jorge A. Taiana* y *Eduardo Schippati*. Buenos Aires (Argentina).

La mediastinotomía transversal, por el doctor *R. Baltar Domínguez*. Santiago de Compostela.

Radioterapia del cáncer de Pulmón: Indicaciones y resultados. Primera parte, por el doctor *M. Ruiz Rivas*. Madrid.

Bibliografía.

Extractos de revistas.

Noticias.

ALIMENTO  
 VEGETARIANO  
 COMPLETO



FERNÁNDEZ  
 CANIVELL  
 MÁLAGA

INSUSTITUIBLE EN LAS INTOLERANCIAS GÁSTRICAS Y AFECCIONES INTESTINALES

# Sección Literaria

ARTE • HISTORIA • LITERATURA Y MEDICINA

## La jota aragonesa y los locos

Por DEMETRIO GALAN BERGUA

*DOMUS MEDICI tiene el honor de traer a sus páginas a su más ilustre colaborador Demetrio Galán, iniciador en 1934 de «La Casa del Médico».*

Algunos enfermos mentales, cultivadores de la jota de Aragón, han estado reclusos en el Manicomio de Nuestra Señora del Pilar, de Zaragoza. En este establecimiento, modelo en su género, con un largo historial de ejemplar funcionamiento, en cuyas salas limpias, higiénicas, amplias y luminosas, jardines alegres y pasillos acogedores, triunfa el imperio de la «sinrazón», y donde la cordura sólo se aprecia en los rasgos de sublime sentido de vocación y de humanidad a cargo de médicos, practicantes, enfermeros, guardianes y monjitas, todos ellos siempre dispuestos al sacrificio; en ese ambiente de grandes contrastes de la vida humana, que en no pocas ocasiones nos obligan a pensar que «ni son todos los que están ni están todos los que son», se han escuchado las melodías de la jota aragonesa, brotando más o menos perfectas, cautivadoras, equilibradas, afinadas y acompasadas, de las gargantas y guitarras de varios «joteros» perturbados, que llevaron muchas veces la alegría a los tristes o melancólicos, el sosiego y la extraña atención a los maniáticos y obsesionados, el consuelo a los desesperados, la paz a los excitados, la calma a los agresivos, y quién sabe si el alivio a los susceptibles de curación.

Entre estos «amigos de la jota», que, a su modo, la defendieron mientras estuvieron locos, como hoy, a nuestra manera, sin estar todavía reclusos, la defendemos los que pasamos por cuerdos, figuraron cuatro que merecen ser citados en esta breve reseña que gustosísimo ofrezco a los lectores de DOMUS MEDICI.

José Grasa Navarro, natural de Fuendetodos, y, según él, descendiente legítimo del genio aragonés don Francisco de Goya y Lucientes, como así, con énfasis y orgullo le llamaba, ingresó en el manicomio cuando contaba treinta y ocho años de edad, falleciendo en el mismo establecimiento tras una estancia de treinta y cuatro años. Este desgraciado padecía excitación maniaca, con fases de depresión y melancolía durante las que escasamente hablaba. Pero con alguna frecuencia entraba en período eufórico y su principal muestra de alegría y actividad consistía en cantar briosamente la jota, acompañándose él mismo con la guitarra. José Grasa tenía cultura, buena voz y excelente escuela de canto. Era un cantador de jota, loco... pero instruido. Lo contrario de muchos cuerdos que son modelos de incultura y de ignorancia.

José Luño Viñuales. Ingresó en el manicomio en noviembre de 1915, y falleció en el manicomio en junio de 1934. Fué durante muchos años ama-

nuense de diversos notarios de Zaragoza. Era persona culta y excelente pendolista. Tañía muy bien la guitarra, y cuando comenzó a dar síntomas de trastorno mental recorría las calles de la ciudad del Ebro tocando aires de jota. Llamó extraordinariamente la atención popular, porque manejaba la guitarra y arrancaba sus sonidos, melodías y armonías, colocándola en las más diversas e inverosímiles posturas. Durante los diecinueve años que permaneció en el manicomio fué la jota su ilusión, y la guitarra su elemento imprescindible para cultivarla amorosamente. José Luño Viñuales pudo estar loco, pero dentro de su locura fué un ejemplar amante de la jota. Lo que no podemos decir de algunos aragoneses, (¡)-(?), que presumen de muy cuerdos y muy cultos, y resultan verdaderos enemigos de nuestro canto y baile regionales. ¡Que de todo hay en la viña del Señor!

Jorge Vicente Saló. Ingresó en el manicomio en 1908, permaneciendo recluso hasta que falleció en 1921. Era un excelente guitarrista, cultivando muy especialmente la jota. Cuando la infanta Isabel, que fué durante muchos años presidenta del Patronato que regía el manicomio, visitó este centro, Jorge Vicente le pidió una guitarra nueva, porque la suya estaba mugrienta y desquiciada, a lo que accedió la egregia dama, regalándole un magnífico instrumento, con el que el buen Jorge se consideró feliz, y con él hizo las delicias de sus compañeros, muchos de los cuales parecían seres normales por la atención y naturalidad con que escuchaban los curiosos conciertos del desequilibrado. También aquí podríamos hablar del contraste de esos pobres locos, normalizados momentáneamente por una faceta del arte, junto a esos miles y miles de cuerdos materializados, que viven ajenos a las inquietudes del espíritu y demuestran no tener sensibilidad para apreciar las más puras bellezas que la vida nos ofrece, y que no son precisamente el goce de los apetitos humanos ni el disfrute alocado de la suerte o de la fortuna. Por esto, cuando en el manicomio suena la jota y sus ecos se esparcen por las salas y por los pasillos, y los dementes callan ensimismados, y se alegran sus ojos—antes estrábicos, recelosos, estúpidos o indiferentes—, es cuando llegamos a pensar que dentro de aquellas tapias que limitan el amplio recinto hay algunos que merecerían estar viviendo en una sociedad constituida por artistas y sentimentales, mientras muchos, muchísimos, que andan sueltos no son merecedores de gozar de la hermosa y completa libertad reservada en justicia a los seres buenos y a los individuos normales.

Y nos queda el caso más interesante de los cuatro que presento como ejemplos curiosos de locos aficionados a la jota aragonesa. Me refiero al cé-

lebre Franco Oliván, que ingresó en el manicomio de Zaragoza a comienzos del siglo actual, a edad relativamente avanzada. La historia de este famoso individuo es la siguiente:

En las postrimerías del siglo XIX, Francisco Oliván llegó a ser un personaje conocidísimo de todos los aragoneses de aquella época. Fué considerado siempre como el hombre más vago entre los vagos. El trabajo, para él, era un martirio, y su vida—frívola y bohemia—la pasó procurando no trabajar. Su vagancia llegaba a términos inconcebibles. He aquí un episodio curiosísimo: En cierta ocasión estaba Franco Oliván descansando—¡de no hacer nada!—en la plaza de San Francisco (hoy plaza de España), junto al Dios de las Aguas, la zaragozanísima fuente que ahora está en el parque de Primo de Rivera. Al ir a liar un cigarrillo se le cayó al suelo una moneda de diez reales, de plata. Inmediatamente echó un pie sobre ella, y, por no agacharse, llamó a un mozalbete que cruzaba la plaza, le invitó a recoger la moneda de debajo del pie, y cuando se la hubo entregado le gratificó con una cuaderna, o un real de vellón. Definitivo... ¿Verdad, lector? Pues bien: Franco Oliván, obligado a ocuparse de algo para poder vivir, se ingeniaba para ir viviendo lo más desocupado posible. Y un día pensó que la Guardia Civil era una profesión descansada, que únicamente se dedicaba a pasear por las carreteras, a almorzar en las ventas, a comer en los mesones y a dormir en los cuarteles. Y decidió ingresar en el benemérito Cuerpo. Cuando lo hubo conseguido, pronto se dió cuenta de su equivocación. Aquello era mucho trabajo, mucha responsabilidad y muchas preocupaciones. Y él no había nacido para eso. Al poco tiempo, Franco Oliván colgaba el fusil, el bicornio de charol y el honroso uniforme. Algo más tarde empezó a dar muestras de perturbación mental, y, por fin, fué trasladado al manicomio de Zaragoza. Antes de ingresar ya se había popularizado como buen «jotero»-cantador y como hombre de gran ingenio e inventiva. Una vez en el manicomio adquirió la manía de cantar coplas, originales suyas o popularizadas, graciosas unas, «picantes» otras, pero empleando siempre el mismo estilo o tonada, que en gran parte era también de su invención, con aditamentos que las han hecho populares. Así, las célebres coplas y estilo de Franco Oliván, que hoy figuran en el más completo y moderno *Cancionero*, obra magnífica del maestro Mingote, fueron el detalle más expresivo de su historia clínica y de su personalidad demencial entre cuerdos y locos.

De entre las muchas coplas que cantaba el original, gracioso, simpático y pacífico perturbado, he seleccionado dos, cuya letra es como sigue:

La jötica e la trompeta. ¡Riau!  
Si quieres que yo te cante, cli-clí,  
la jötica e la trompeta. ¡Riau!  
Todo el mundo trabajando. ¡Riau!  
Franco Oliván a la fresca.  
Franco Oliván a la fresca, cli-clí,  
tipitipitín-tipitín,  
tipitipitín-tipitín.

La jötica del pan tierno. ¡Riau!  
Si quieres que yo te cante, cli-clí,

la jötica del pan tierno. ¡Riau!  
Franco Oliván no trabaja, ¡riau!,  
aunque lo mande el Gobierno.  
Aunque lo mande el Gobierno, cli-clí,  
tipitipitín-tipitín,  
tipitipitín-tipitín.

La letra de esta segunda copla es modificación de la primitiva que cantaba Franco Oliván antes de ingresar en el manicomio, cuando ya hacía alarde de su vagancia, cantándola de esta manera:

Franco Oliván no trabaja  
aunque lo mande el Gobierno,  
pues cuando cumplió quince años  
echó la herramienta a Ebro.

Y yo, no como médico, pero sí como ciudadano suspicaz, he llegado, en mis meditaciones sobre este caso interesantísimo, a preguntarme lo siguiente: si Franco Oliván era el más vago entre los cuerdos, ¿no puede admitirse que fuera el más cuerdo entre los locos? Y si entró en el manicomio a poco de cansarse de ser guardia civil, cuando comprendió que todo trabajo era incompatible con su vida y cuando la vida le agobiaba poniéndole en el trance de elegir entre trabajar, que constituía su mayor tortura, o sucumbir de hambre, que era ya lo irremediable si no trabajaba, ¿no cabe pensar que su locura fuese simulada y en el manicomio hallase la solución definitiva que tanto anhelaba, esto es: vivir, comer, dormir, cantar la jota y no dar un «pique»? Ahí quedan esas dos preguntas que yo me hago. Cada uno de los que me leáis podéis contestarla como mejor os parezca. Lo que no cabe dudar es que Franco Oliván, dentro del manicomio de Zaragoza, se salió con «la suya». Si estaba cuerdo, ignoro si llegó a ser feliz en su reclusión y en aquel doloroso ambiente. Sólo sé que pasó por un loco pacífico, alegre y atractivo, y que consiguió con sus coplas y estilo hacerse popular dentro y fuera del manicomio. Por lo demás... ¿acaso sabemos nadie dónde está la verdadera felicidad?...

Como veis, la jota aragonesa, esa melodía incomparable que llegó a todas partes, que se dió en todos los ambientes, que triunfó en todos los sitios, que la cantó todo el mundo, que se escuchó implorante en las cárceles, que consiguió la gracia de los soberanos, que animó a los héroes de la Independencia, que inspiró a Glinka, y a Ravel, y a Chabrier, y a Walteufel, y a Granados, y a Falla, y a Turina, y a Conrado del Campo, y a Albéniz, y a Sarasate, y a los grandes compositores aragoneses: Aulá, Borobia, Araiz, Arnaudas, Salvador, Vázquez, Mingote, Pablo Luna, y Marquina; esa jota que nos hace reír, y llorar, y pensar, y querer, y rezar con fe, y luchar con entusiasmo, tiene también entrada libre en los manicomios, y tal es su embrujo, y su virtud, y su misterio, y su encanto, que llega a dar popularidad a sus intérpretes reclusos, y consuelo y distracción a los locos y a los desahuciados... Jota aragonesa, que tan pródiga y maternal te muestras entre los felices y los desgraciados... ¡bendita seas!

Zaragoza, junio de 1952.

# 1.<sup>a</sup> EXPOSICION INTERNACIONAL DE MEDICOS PINTORES



«Retrato», por el Dr. Rementería (Valladolid).



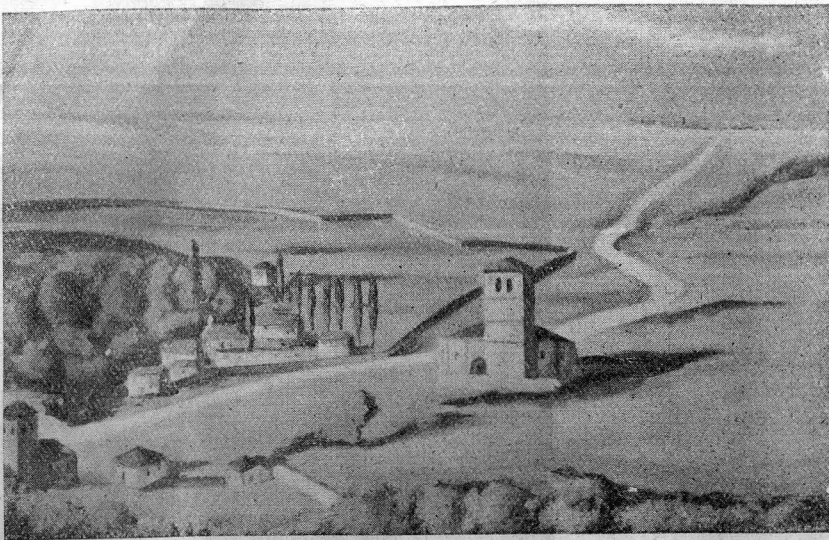
«Manolete», por el Dr. Anduizas (Bilbao).



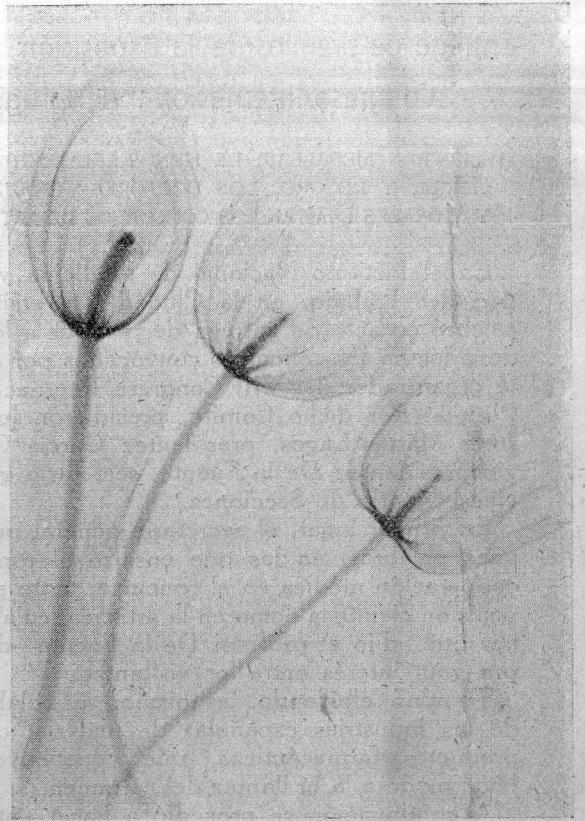
«El Alcalde», por el Dr. Morón (Sevilla).



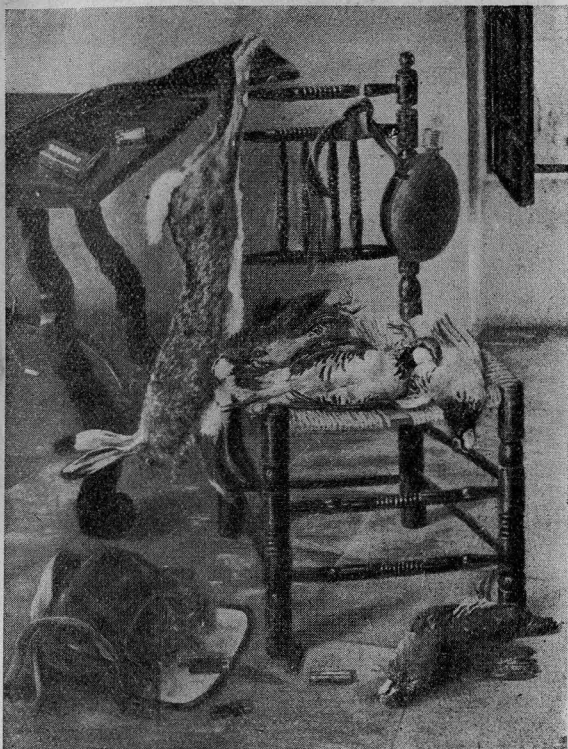
«Retrato», por el Dr. Daudén.



Cente Gargoyo (Segovia), Iglesia de la Vera-Cruz.



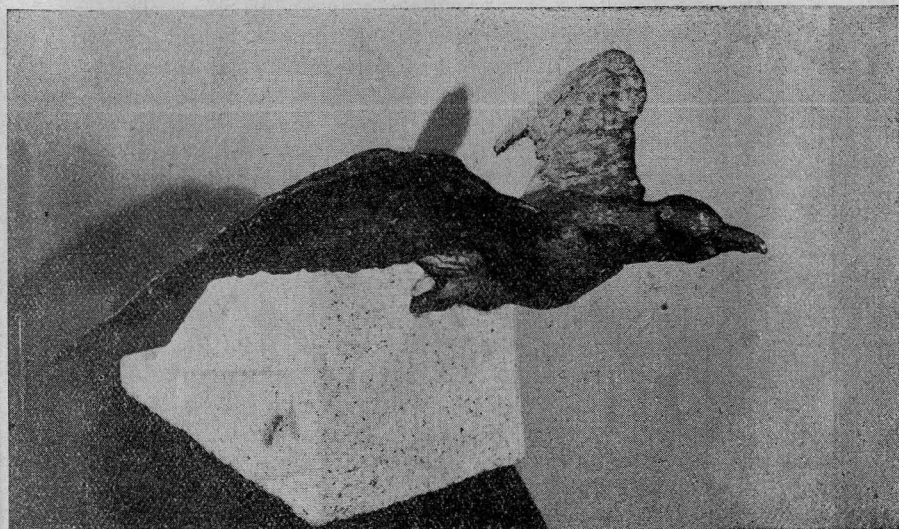
«Tulipanes», estudio pictórradiográfico, por los doctores Gutiérrez del Olmo y Cerra.



«Caza», por el Dr. Azpeitia (Madrid).



«Bodegón», por el Dr. Barrero (Madrid).



«Horizontes», bronce, por el profesor Jiménez Díaz.

## REPRODUCCIONES FOTOGRAFICAS

## Entrega de premios de la Exposición del VIII Congreso Internacional de Cirugía

RECIBIERON MEDALLAS, DE HONOR, EL DOCTOR CERRA, Y DE ORO, LOS DOCTORES ANDUIZA Y MORALES DÍAZ EN LOS CONCURSOS DE ARTE.

En el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, en la Ciudad Universitaria, se celebró en acto de entrega de premios a los galardonados en los concursos convocados por el Comité organizador del VIII Congreso Internacional de Cirugía. Por dicho Comité, presidieron los profesores Martín Lagos, presidente; García Orcoyen, vicepresidente; De la Fuente, secretario general y vicesecretario de Secciones.

En primer lugar, el secretario general pronunció unas palabras, en las que ensalzó el espíritu de cooperación médica en el concurso, tanto en la exposición científica como en la artística, colaboraciones que—dijo el profesor De la Fuente—despertaron gran interés entre los visitantes.

Terminó elogiando, asimismo, la colaboración de las industrias españolas de material clínico y productos farmacéuticos, que contribuyeron de igual modo a la brillantez del certamen.

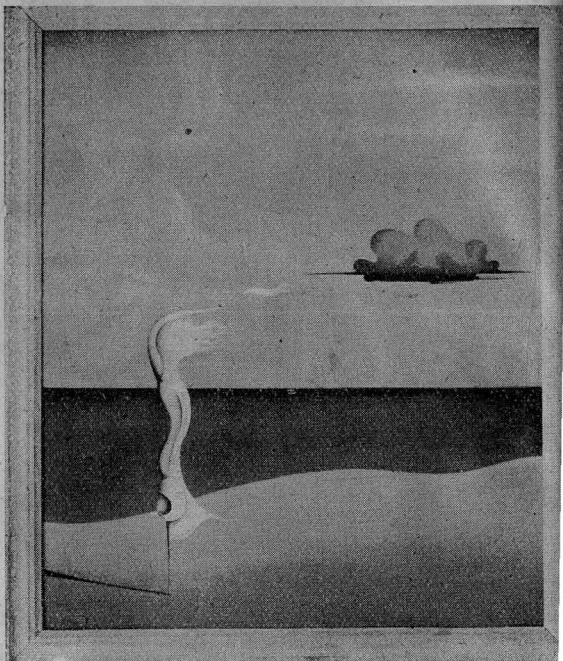
A continuación se procedió a hacer entrega de los premios, medallas y diplomas del concurso, con arreglo al fallo del Jurado. En la exposición científica obtuvieron medalla de honor el *stand* presentado por el doctor Zkevos Zervos, profesor de Historia de Medicina de la Universidad de Atenas; de oro, el presentado por el general norteamericano Hall, sobre evacuación de heridos en campo de batalla, y de plata, los trabajos de los doctores Iglesias, De la Peña y De la Fuente.

En el concurso exposición de arte obtuvieron medallas de honor el doctor Cerra, y de oro, los doctores Anduiza, en óleo, y Morales Díaz, en acuarela, declarándose desierta la misma distinción para dibujo. En cada una de dichas especialidades se concedieron también medallas de plata y bronce. Tres de estas últimas, reservadas a dibujo, declaradas desiertas de igual modo, se concedieron en el total de las otorgadas en óleos.

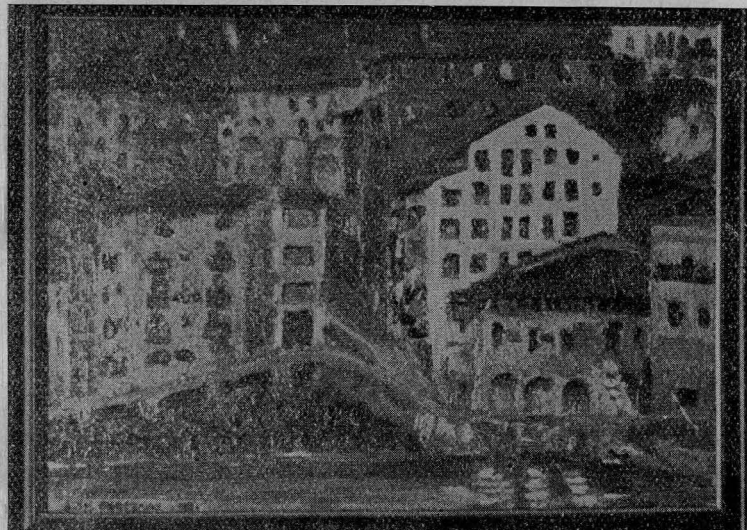
Seguidamente les fueron entregadas medallas de oro y plata, respectivamente, en la sección de *stands* de material farmacéutico, a los Laboratorios Reunidos y a la Compañía de Penicilina, Antibióticos, Panquímica y Abelló.



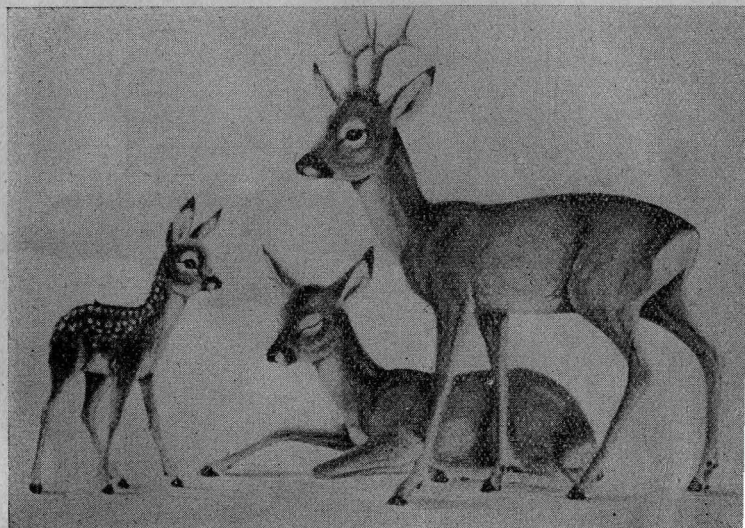
«Extasis», por el Dr. Sastre Martí.



«La loca», por el Dr. Barros (Madrid).



«Metrico», por el Dr. Cárdenas.



«Corzos», por el Dr. Cerra (Madrid).



# Sección Científica

Trabajos sobre temas científicos

Medicina práctica

## ESCUELA ESPAÑOLA DE MEDICINA PARA MISIONEROS

### Congelaciones - Síntomas - Pronóstico - Tratamiento

Por el Dr. PABLO TRINCADO DOPEREIRO

Profesor de Cirugía.

Que el frío intenso y prolongado ejerce una acción deletérea sobre el organismo vivo en general y sobre el hombre en particular, es cosa sabida desde hace siglos; pero las primeras descripciones científicas corresponden a Larrey, cirujano del Ejército napoleónico, a raíz de la campaña de Rusia. Dichos estudios, y las medidas terapéuticas que impusieron, han conservado su validez hasta estos últimos años, en que los conflictos bélicos, produciendo gran contingente de congelados, ha hecho necesario el estudiar más a fondo el mecanismo patogénico, lo que ha conducido a normas terapéuticas que difieren radicalmente de las propugnadas con anterioridad.

Las congelaciones, heladuras, gangrenas por humedad, gangrenas de las polainas, pie de trinchera, neuritis por el frío, gangrenas del frío neuropalíticas, friuras, etc., no son más que diferentes denominaciones, correspondientes a épocas distintas.

Algo raras en nuestro país, frecuentes en otros, aunque ordinariamente no lo son tanto. Muñoz Calero cita que durante el invierno de 1941 sólo observó dos congelaciones de 2.º grado en la zona rusa de Nowgord, cuyos habitantes hacían su vida habitual; por el contrario, entre los combatientes, la cifra fué más elevada. En la División Azul, el año 1941-42 llegaron a alcanzar la cifra del 21 y hasta el 64 por 100 del total de bajas.

Aparecen las congelaciones (Piulasch) sobre todo en estas circunstancias: Guerras Expediciones polares. Ascensiones a altas montañas. Vuelos de aviación. Naufragos.

Triste experiencia conservamos nosotros de ellas en los frentes de Teruel en nuestra pasada guerra.

Se pueden distinguir dos modos de acción del frío bien distintos ambos: la acción sobre la totalidad del organismo o congelación general o enfriamiento; la acción sobre una parte limitada del mismo (miembros, cara, etc.), que se conocen con el nombre de congelación local, o simplemente congelación. Ni que decir tiene que ambos tipos se encuentran frecuentemente unidos.

El límite de tolerancia del organismo para el frío no puede precisarse, pues no sólo depende de la temperatura del medio, sino de circunstancias especiales. Existen una serie de factores *predisponentes*. No cabe duda que influye el entrenamien-

to, y en este sentido es de todos conocidos que los individuos de los países cálidos o los acostumbrados al *confort*, resisten mucho peor las bajas temperaturas que los de países fríos o que trabajan a la intemperie. También existe un factor individual, los ineficientes, asténicos, vagotónicos y espasmofílicos, toleran peor el frío. Exactamente igual sucede con los ancianos y los niños. En el mismo sentido tienen importancia, la anemia, las carencias vitamínicas, los trastornos circulatorios periféricos, hemorragias, enfermedades graves, inanición, fatiga (el llamado «pie de la Guerra de Crimea» no se presentó en los oficiales), la diabetes, enfermedades gastrointestinales, el factor psíquico y moral (las Divisiones alemanas de Prusia tuvieron más bajas que la División Azul), el alcohol (a pesar de ser vasodilatador), la nicotina (por la acción vasoconstrictora que tiene), la falta de ejercicio muscular (centinelas al acecho), indumentaria inadecuada (botas y polainas que comprimen). Compresiones, estación en pie (poca irrigación por inactividad). Buenos conductores del calor (relojes, pulseras, armas en contacto con el sujeto), etc.

Frente a esos factores hay otros *determinantes*, entre ellos: 1.º *El frío*; no solamente la intensidad de éste, sino la capacidad de absorción del calor de la gente, y así, el hielo, al derretirse, es más peligroso que la nieve en copos a la misma temperatura, puesto que el hielo, en el momento de fusión, absorbe todo el calor de las partes próximas, en tanto que la nieve sólida es mala conductora del calor y no lo absorbe. 2.º *El viento*, que dispersa rápidamente el calor del cuerpo. Ross, en la expedición al Polo Norte, cuenta que a menos de 20º se podía trabajar si no hacía viento, pero si el tiempo era ventoso no se podía trabajar ni a menos de 8º; y 3.º *La humedad*, que, haciendo más conductor al aire, facilita la pérdida de calor (cosa de gran interés para cambiarse la ropa mojada o simplemente sudada).

#### PATOGENIA.

En modo alguno se pueden parangonar la patogenia de las quemaduras con la de las congelaciones. Hay en el frío, desde luego, una *acción directa y destructora* sobre los tejidos, menos rápida que en las quemaduras, poco corriente, a no

ser en los miembros con irrigación dificultada previamente por una lesión vascular previa. Por esa acción del frío, los coloides del protoplasma celular precipitan, floculan, aparece una degeneración granulosa y vacuolar y se destruye el núcleo. Mas aun así la acción es poco duradera, las lesiones son reversibles. Si dura más, las lesiones se hacen irreparables.

La acción verdaderamente interesante del frío es la *vascular*, debido a la vasoconstricción que produce se origina una isquemia con anoxia consiguiente de los tejidos. Trastornos que comenzando siendo funcionales acaban siendo definitivos e irreversibles. Al principio hay una fase de *vasoespasm*, que originando una anoxia local da lugar a la producción de sustancias de tipo histaminoide. Sigue luego la otra fase de *vasodilatación parálitica*; las sustancias de tipo istaminoide permeabilizan la pared capilar, provocan la salida de plasma de los vasos, formándose edemas y flictenas; salido el plasma, acaban por salir también de los vasos los glóbulos rojos, que son hemolizados, dando ese color rojizo a los flictenas.

Las arteriolas, también contraídas, aumentan su contracción por el edema producido. Los capilares y las venas, dilatados y en éstasis. Todo ello es responsable del color azulado y frialdad de la piel, así como de la insensibilidad y disminución de la irrigación.

Los hematíes se acumulan y aglutinan en los pequeños vasos y se origina un trombo, que a los tres o cuatro días se organiza y ello conduce a la gangrena como última lesión.

No pocas veces, al cabo de semanas, se producen lesiones de endoarteritis, los músculos degeneran y en los nervios se pueden hallar lesiones de degeneración cilindro-axil.

#### SÍNTOMAS DE LA CONGELACIÓN GENERAL.

«SCHOCK» DE FRÍO.

En la retirada de los 10.000, Jenofonte describió este cuadro, y dice que si un soldado se dejaba caer sentado, le pegaba con un palo para hacerle moverse.

El frío, a no muy bajas temperaturas y en individuos normales, produce una sensación agradable de vida, excita los movimientos, elevando además la tensión arterial. Pero a temperaturas más bajas y variables, con las condiciones etiológicas indicadas anteriormente, según la resistencia del individuo, se empiezan a sentir efectos desagradables, que desde el punto de vista clínico los autores alemanes dividen en tres grados. En el *primero*, el enfriado siente extraordinariamente los síntomas anteriores, fuerte temblor. De este estado se pasa insensiblemente al *segundo* grado, en él, el temblor es más raro, la capacidad de reacción está disminuida, nota flojedad, deseo de descanso, hay una sorprendente incapacidad para realizar actos, que, como el agitar una bandera o disparar señales luminosas, pudieran conducir a su salvamento; nota gran sensación de fatiga y tendencia invencible al sueño. Va en él aumentando la indiferencia y aparece la analgesia (permite operarlos sin anestesia), y aun con grandes heridas sólo piden que se les deje tranquilos. Las heridas sangran poco, pero si los calentamos la hemorragia se hace copiosa.

Su marcha se ha hecho titubeante, como la de

un beodo; los objetos se le hacen borrosos a su vista, disminuye y hasta se pierde su capacidad auditiva, la respiración y su pulso se retardan a veces extraordinariamente, la inteligencia se va nublando, hasta que el enfriado cae al suelo y duerme con un sueño del que no suele despertar. Hemos llegado al *tercer* período, caracterizado por un estado de narcosis profunda, con las funciones metabólicas tan extraordinariamente reducidas, que el organismo, para sobrevivir, parece pasar de la isotermita a la poiquilotermita; entonces el enfriado se encuentra rígido, como una tabla, pudiendo transportales como si todas sus articulaciones estuviesen anquilosadas. Aparentemente el individuo está muerto, su temperatura desciende a grados insospechados, la auscultación más minuciosa no percibe los latidos cardíacos, aunque son demostrables por el electrocardiograma; su pulso no se encuentra y la respiración es extraordinariamente superficial y lenta. De aquí a la muerte no hay más que un paso, y ésta suele presentarse por parálisis cardíaca o nervioso central o anemia cerebral. Pero en este momento aún puede el enfermo reaccionar; pasa entonces por un espacio de tiempo, con cefaleas, delirio, debilidad general, etc, pudiendo aún sobrevenir la muerte o quedar como secuelas del enfriamiento, hemiplejías, cegueras, etc., etc., así como bastante tiempo trastornos en el sentido del gusto y del lenguaje.

#### SÍNTOMAS DE LA CONGELACIÓN LOCAL.

Puede ésta aparecer en cualquier sitio del organismo, pero lo más frecuente es que ocurra en los dedos, orejas, nariz, lengua o incluso en el pene. De entre los dedos de la mano, el pulgar es el más refractario a la congelación. Es, sobre todo, frecuente en los pies, y así lo fué en la guerra del 14, de donde nos han llegado las descripciones del «pie de trinchera».

De la misma manera y en correlación con las quemaduras, vamos a describir tres grados de congelaciones.

*Primer grado (congelación eritematosa).*—Se produce cuando el espasmo vascular dura poco tiempo o la refrigeración fué escasa. Son lesiones reversibles. Un tipo de estas congelaciones es el eritema pernio o sabañones. La piel se pone pálida, blanca, sin dolor a veces (el frío es anestésico), con dificultad para los movimientos, que resultan torpes, como si estuviesen embarazados los músculos de la región.

Esa primera fase, o de isquemia, es sustituida más tarde por otra de vasodilatación, sensación más o menos intensa de escozor y picor. Si la acción del frío cesa, estos síntomas desaparecen pronto, pero a veces duran varios días, y en algunos casos el enrojecimiento puede persistir, sobre todo en la nariz y orejas durante toda la vida, persistiendo, sobre todo en las orejas, la sensación de comezón.

Cuando la acción del frío, en este primer grado, alterna, reiterada y sucesivamente, con la del calor (tenderos, fregonas, cocheros) es frecuente la aparición del eritema pernio o sabañones. Estos aparecen sobre todo en las partes periféricas del cuerpo, nariz, orejas y dedos de las mano o pies, aunque también se observan con frecuencia en la cara anterior del tercio inferior de la pierna y dorso del pie. En el sabañón hay un enrojecimiento del dermis y tejido celular subcutáneo, sobre el que se

El Instituto Científico de Belleza **INDEMA** ofrece:

*A los Pts Médicos*

Tratamientos Post-Operatorios.

Corrientes electromédicas

Masaje con chorro de vapor.

Lámpara de cuarzo.

Dirección: ESPERANZA DE BRIONES

Dirección facultativa: DR. P. ZARAGOZA

**MARQUES DE CUBAS, 23**

Teléfono 12312. MADRID

AGRADAR  
ES TRIUNFAR



*A las Señoras*

Tratamientos del cutis. - Depilación eléctrica y a la cera. - Corrección de imperfecciones de la cara y del cuerpo. - Baños de luz y de parafina. - Adelgazamiento. Flexibilidad. - Cirugía plástica.

C.S.387

EXCLUSIVA DE PUBLICIDAD PARA EL EXTRANJERO

# Publicidad Ruescas

Avda. de José Antonio, 55 - MADRID - Teléfono 22 76 67

Agente único en España del

**BRITISH MEDICAL**

**BULLETIN**

(Edición Española)

Exclusivas en

**Revistas de Medicina General  
y de Especialidades**



Director: **Francisco G. Sicilia**

Exclusivas de

Importantes Laboratorios  
Campanas de Publicidad  
Administraciones, etc.

Calle de la Cava Baja, 11 - MADRID

Teléfono 27 31 31

Apartado n.º 1.038

## IMPORTANTE OFERTA

Pidiéndola a esta Administración, nuestros lectores PUEDEN ADQUIRIR CON 50 PESETAS DE REBAJA sobre su precio, ya de suyo económico, la importante obra «Anales de la Clínica de Patología Quirúrgica», de la Universidad de Barcelona, dirigida por el Dr. P. Piulachs.—Se trata de un voluminoso tomo publicado en 1950 (tomo III) de 828 nutridas páginas, tamaño 25 por 17 cms. con 500 fotograbados, y conteniendo CUARENTA Y CINCO MONOGRAFÍAS AL DÍA sobre palpitantes temas de Cirugía y Medicina.—Su precio: 200 ptas. en rústica y 230 en tela.—Pedida a esta Administración, calle Espalter, 2, Madrid, 150 ptas. rústica y 180 tela.—Remitida a reembolso libre de todo gasto, y con derecho a abrir el paquete y rehusarlo, si no satisface.

# RIVISTA LATINA

PUBLICACION MENSUAL FUNDADA EL AÑO 1905



REPRESENTACION GENERAL PARA ESPAÑA

**Germán Forlani Binelli**

Marqués de Monasterio, 5-1.º

Teléf. 31 44 88

M A D R I D

*Esculapio* 

## ACADEMIA SANITARIA

DIRIGIDA POR EL

**DR. FERNAN PEREZ**

*Informará urgentemente a todos  
los facultativos españoles de  
cuanto les interese conocer en re-  
lación con el ejercicio profesional*

Fuencarral, 113

Teléf. 24-47-58

M A D R I D

### *Domus Medica*

SOSTENEMOS *intercambio con las más im-  
portantes Revistas médicas  
de todo el mundo.*

NUESTROS *suscriptores de América del Sur  
aumentan progresivamente.*

NUESTROS *«Boletines de Especialidades»  
son cada día más solicitados.*

SUSCRÍBASE USTED A

***Domus Medica***

## YATROS

Publicación Médica  
decenal que aparece  
los días 1, 11 y 21  
de cada mes.

**SUSCRIPCION ANUAL  
75 pesetas.**

Avenida de Galicia, núm. 40

O V I E D O

extiende una piel tensa y reluciente de color rojo oscuro o violeta. El sujeto es presa de picoteos, comezón y escozor muy molestos. A veces la piel se agrieta, formándose úlceras muy dolorosas.

Cuando un individuo ha padecido alguna vez estas congelaciones locales, en los cambios de estación (otoño-invierno o invierno-primavera) más aún que en pleno invierno, vuelve a sentir este desagradable padecimiento. Esta marcha crónica y el hecho de afectar a jóvenes casi más del sexo femenino, anémicas o escrofulosas, ha hecho pensar que algún factor endógeno favorecía la acción del frío y quizá sea como piensa Una estados de «angioneurosis».

**Segundo grado (congelación bullosa).**—Si la acción del frío continúa, se llega a este segundo grado, que se caracteriza porque la región se pone tumefacta y la piel rojo oscura o violeta. Algún tiempo después se elevan sobre la piel vesículas, que contienen un líquido bien claro, como el de las quemaduras, pero con más frecuencia el líquido es sanguinolento o sucio. Si no se abren o no son destruidas, se encuentran debajo de la epidermis mortificada otra nueva, fina, arrugada y muy sensible. Cuando la flictena se abre, dejan ulceraciones de fondo gris, casi insensible y de marcha muy tórpida.

El dolor y la quemazón suelen ser muy vivos en estas heladuras de segundo grado. El líquido de las flictenas es rico en prótidos e histamina y si ya se inició la hemólisis, su contenido puede ser hemático.

# CHICAS

LA REVISTA DE LOS 17 AÑOS



Cinco novelas. Moda americana. Moda francesa. Belleza. Tu ajuar. Lencería. Correspondencia. Tú y tu cuarto. Tu patrón. Tus jerseys. Cine. Reportajes. Tus discos. Filatelia. El Comodín de CHICAS. Cómo piensan ellos. La mesa. «Charlando de cosas» y otras secciones del mayor interés.

Señora: Si lee usted CHICAS, volverá a vivir sus diecisiete años.

Lean CHICAS cada semana.



Distribuidora: GILSA, S. A. Ediciones

Plaza del Cordón, 1

MADRID

En el tejido celular se forma edema, sobre todo donde dicho tejido es muy laxo (por ello notan que les aprieta el calzado; el enfermo, para aliviarse, se lo quita; con ello, el edema aumenta, y al intentar calzarse de nuevo ya no pueden; decide entonces caminar con los calcetines, pues como no le molesta el frío por la anestesia, y las lesiones se agravan cada vez más), entrando así en el tercer grado.

**Tercer grado (congelación gangrenosa).**—En este grado existen lesiones de necrosis y gangrena. por lo general, ésta es seca.

**Gangrena seca.**—Prodúcese por una violenta contracción arterial y arteriolar y venosa por intensa acción del frío. Hay una muerte total del tejido injuriado, el cual queda blanco, anémico, frío y sin pulso en ninguna arteria. A veces sigue blanco hasta la eliminación total, pero por lo general se colorea y seca, momificándose. Estas gangrenas se extienden más en la profundidad que en la superficie (eliminándose como un calcetín). El surco de eliminación no tarda en aparecer y prácticamente hay que considerar que está siempre infectado.

La gangrena húmeda, azul, es realmente rara y más hay que considerarla como una complicación; la muerte se inicia en las zonas distales y desde allí avanza hacia el centro, si siguen las malas condiciones. El miembro se pone edematoso y aparecen los signos de la gangrena húmeda. Las regiones toman una coloración lívida y están surcadas de raspaduras y manchas blanquecinas o violáceas, a veces con flictenas llenas de un líquido turbio de color sucio o sanguinolento. Los dolores son escasos. Seguidamente se forman escaras de forma irregular y de color oscuro, espesas y fijas a la profundidad, que cuando se desprenden al cabo de algún tiempo dejan al descubierto una ulceración lívida, muy sensible, que más tarde supura. Los dolores se hacen intensos.

Si la necrosis sólo ha lesionado los tegumentos, aparecen ulceraciones superficiales que suelen curar a las pocas semanas. Pero si la necrosis es más profunda, la eliminación de la escara es mucho más lenta y generalmente hasta pasadas las primeras semanas no se hace ostensible el surco de eliminación que en toda gangrena marca la separación de lo vivo y de lo muerto. En un mayor grado de congelación puede afectarse el espesor de un miembro; poco a poco la parte periférica de éste se arruga, toma color negruzco y aparece seco, de aspecto de carbón. El surco de eliminación limita por el lado sano con una zona edematizada, y por el lado necrosado con una zona blanda, edematosa y de color violáceo; este surco profundiza rápidamente y deja caer la parte necrosada, bien seccionándose el hueso (cosa muy rara), bien (y es lo ordinario) produciéndose la separación por la articulación periférica más próxima.

No pocas veces esa gangrena seca puede infectarse y el surco hay que considerarlo siempre como infectado; prueba de ello es lo frecuente que aparezca adenitis.

Por lo general, en los casos ligeros se afecta poco el estado general, pero puede haber fiebre por reabsorción de albúminas destruidas, albuminuria y a veces hematuria, y en sangre anemia hipocrómica y ligera leucocitosis con aumento de la velocidad de sedimentación. La presión arterial suele descender.

Si la lesión se infecta, el estado general se afecta más o menos intensamente, pero estos fenómenos dependen de la acción bacteriana y no de las lesiones por el frío.

#### COMPLICACIONES.

El congelado está expuesto a una serie de complicaciones, entre ellas: 1.<sup>a</sup> *La infección*. Unas veces por gérmenes piógenos vulgares (en dos momentos predilectos, inmediatamente y más tarde cuando se forma el surco de eliminación); pueden aparecer erisipelas, linfangitis, infección purulenta de los flictenas. Tromboflebitis supuradas, con sus cordones que se palpan, gran edema, escafofríos, etcétera. Flemones difusos. Cuadros de infección general del tipo de sepsis, etc. 2.<sup>a</sup> *Gangrena gaseosa*. 3.<sup>a</sup> *Tétanos* (no hay que olvidarlo, para aplicar la sueroterapia preventiva). 4.<sup>a</sup> *Complicaciones vasculares*, por lo general de aparición tardía, arteritis, claudicación, cuadros como la enfermedad de Buerger, cianosis. 5.<sup>a</sup> *Nerviosas, alteraciones de la sensibilidad, parálisis, neuritis, disociaciones sensitivas de tipo siringomiélico, atrofas musculares*. 6.<sup>a</sup> *Oseas, atrofas óseas dolorosas (tardías, sobre todo en taón y dedo gordo)*; y 7.<sup>a</sup> *Piel, atrofas, hiperkeratosis, cicatrices dolorosas, hiperhidrosis, eczemas*.

#### DIAGNÓSTICO.

La diferenciación entre congelación de primero y segundo grados es fácil con sólo atender a sus características: no lo es tanto al principio entre las de segundo y tercero, pues con frecuencia se ve que las lesiones con simples vesículas evolucionan más tarde con escaras y a veces necrosis graves. Por otro lado, en las congelaciones de tercer grado hasta que no se forma la escara no es posible conocer la profundidad de las lesiones.

La radiografía puede establecer antes la delimitación de la zona congelada al mostrarnos la ausencia, hasta cierto límite, en correspondencia con la zona necrótica, de reacciones de tejido óseo.

La arteriografía pone en evidencia que las lesiones vasculares no se limitan a los vasos superficiales de la zona afectada, sino que alcanzan también a las ramas arteriales más importantes y profundas, donde se observan interrupciones y obliteraciones parciales, que nos permiten juzgar de la intensidad de la lesión. Se comprenderá que este método pocas veces se usa.

Pero para injuciar de una forma objetiva la importancia de las alteraciones funcionales u orgánicas producidas por las congelaciones, disponemos de una serie de procedimientos: 1.<sup>o</sup> Estudio de la temperatura de la piel. 2.<sup>o</sup> Comprobación del pulso periférico. 3.<sup>o</sup> La oscilometría y pletismografía; y 4.<sup>o</sup> La imagen radiológica en forma de radiografía simple o de arteriografía.

El diagnóstico es de gran utilidad para saber: a) Qué individuos presentan alteraciones circulatorias que los hagan hipersensibles al frío. b) Para comprobar la importancia y altura de las lesiones vasculares a los efectos terapéuticos. c) Nos sirve como medio de comprobación de las lesiones tardías, principalmente de las funcionales, sobre todo en el importante problema militar y social de la

recuperación del congelado; y d) Por esos procedimientos podemos, además, descubrir las causas de las molestias de los individuos que aparentemente están curados de su congelación.

De gran interés es la prueba de la hiperemia reactiva de Moskowich (se coloca un manguito de goma apretado en la extremidad y ésta palidece por isquemia, al quitarlo se enrojece). Ausler insufla el manguito hasta una presión de 250 mm., y procede así para evitar el éstasis; lo mantiene siete minutos, lo quita, y nota: en las de primer grado, enrojecimiento normal; en las de segundo y tercer grados, palidece a partir de una línea.

La temperatura se mide con el termómetro eléctrico. La oscilometría, con los oscilómetros usuales. La arteriografía, con método de contraste, tóncntrast, abrodid, uroselectan, etc., está contraindicada en los casos recientes. La radiografía simple es útil en las lesiones óseas, muñones dolorosos.

#### PROFILAXIS DE LAS CONGELACIONES.

Los sujetos sometidos a temperaturas muy bajas deben tomar ciertas precauciones: buena alimentación; ir bien abrigados, sobre todo de pies y manos; cambiarse de calcetines siempre que estén mojados; no usar ligas que faciliten el éstasis; procurar no tocar objetos metálicos y a veces engrasar su piel con grasas animales.

#### PRONÓSTICO.

a) *De la congelación general*.—En los grados primero y segundo, el enfermo suele recuperarse sin grandes contratiempos, si bien pueden ocurrir las mismas complicaciones que en las de tercer grado. En éstas su pronóstico es más sombrío; los enfermos pueden morir sin que se consiga reaccionarlos, no estando conformes los autores en las causas de la muerte; para unos se debería a un fracaso de la termorregulación; para otros a un acúmulo de sangre en el corazón, por la vasoconstricción periférica, que acarrearía su parálisis ante esta sobrecarga.

En general, el pronóstico es tanto peor: primero, cuanto más baja ha sido la temperatura; segundo, del tiempo que hayan estado sometidos a la misma (que no hace falta, desde luego, que sea inferior a 0 grados), y tercero, el *shock* traumático, la hemorragia, el dolor, etc., ensombrecen igualmente el pronóstico, por aumentar la anoxia tisular, y de igual manera actúan las causas que citamos al empezar el tema como predisponentes (diabetes, hipoavitaminosis, alcoholismo, etc.).

Pero, además, aun consiguiendo reanimar al sujeto aún puede éste morir bruscamente, y tampoco es raro que después de reanimado se presenten delirios y parálisis (hemiplejías, monoplejías, parálisis del radial o del mediano), constricciones y retracciones musculares, que en todo caso nos harán ser cautos antes de emitir un pronóstico favorable.

b) *De la congelación local*.—El pronóstico *quad vitam* viene dado por el de la congelación general que sueñ acompañarse. El pronóstico *quad futuioen* es difícil de establecer en los primeros momentos. A veces hay formas que parecen de pri-

*Cada momento su producto ...*



*Todos los días del año,*

## ACETAROL

ANTISEPTICO NO IRRITANTE  
PARA IRRIGACIONES  
VAGINALES

*En los primeros  
meses del embarazo,*

CONTRA LOS VOMITOS

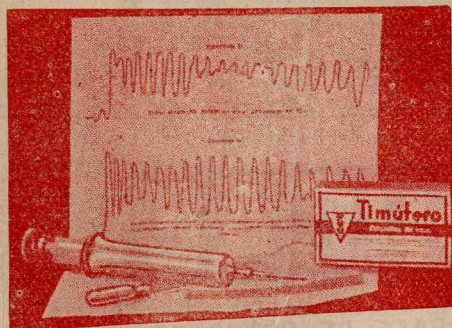
## VOMIPAX



FORMULA POR COMPRIMIDO:

Vitamina E .....	2 mgrs.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	10 »
Vitamina B <sub>6</sub> .....	15 »
Aminobenzoato etilo .....	125 »
Acido nicotínico .....	25 »
Acido feniletilbarbitúrico .....	15 »

*En el momento del parto,*



Rigurosamente valorado  
y exento de efecto  
vasopresor.

## TIMUTERO

Extracto lóbulo posterior hipófisis  
y extracto de timo.

*Después  
del alumbramiento  
y de aquellas hemorragias,*

## HEPATRAT BEDOCE

*Recuerde ...*

LABORATORIOS ULZURRUN, S. A.

MADRID

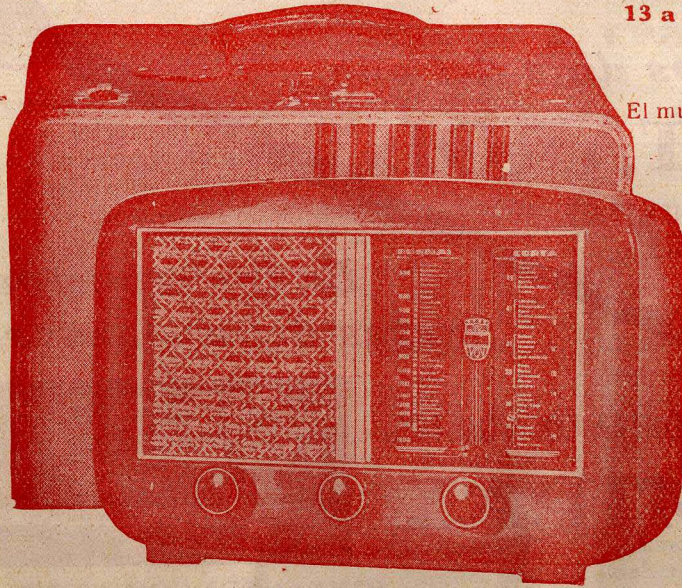


LISBOA



# ¡¡Ya llegó lo que todos esperábamos!!

**El receptor económico para todas ondas de 13 a 2.000 metros: corta, normal y larga para corriente ALTERNA o UNIVERSAL**



El mundo entero a su alcance, sin necesidad de antena ni tierra con este maravilloso superheterodino de cinco válvulas ultramodernas

### Características:

Los aparatos ROYAM MUNDIAL 1951 van equipados según sean para corriente alterna o Universal con CINCO VALVULAS americanas o europeas.

Dos gamas de ondas, extracorta de 13 metros a 50 y normal de 1.600 a 250 kilociclos.

Circuito supresor de interferencias.

Ocho circuitos acordados.

Filtro antiparasitario.

Transformadores de F. I. con núcleo de ferrocarroncillo, lográndose una selectividad real de 9 kilociclos.

Altavoz electrodinámico de 6,5"

Potencia de salida, 3 W.

Toma para fono.

Control automático de sensibilidad y progresivo de tono con realimentación Negativa.

Medidas 38 cm. de largo; 28 de alto; 20 de fondo.

Peso: 9 kilos.

Precio oficial en toda España:

**1.989<sup>20</sup> ptas.**

Equipada con magnífica maleta modelo «Avión» de lona impermeabilizada

**Descuento excepcional del VEINTE POR CIENTO a los lectores de esta Revista**

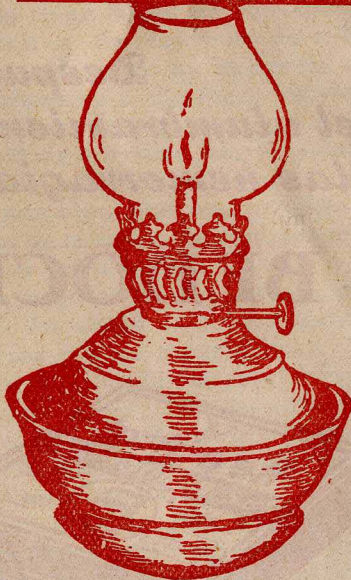
En nuestro deseo de difundir este magnífico aparato entre la clase médica, haremos la bonificación del **veinte por ciento** a los señores que se nos dirijan haciendo referencia a DOMUS MEDICI, o sea, que acogiéndose a esta concesión, les costará 1.591 ptas. el receptor ROYAM-1951, equipado con magnífica maleta modelo «AVION», de lona impermeabilizada, y embalaje comprendido para los clientes de provincias.

Dirijanse al distribuidor exclusivo en España:

**MARTIN MAYOR Goya, 77 - Teléf. 25 13 54**

**M A D R I D**

## QUINQUE INOCAE



**ALUMBRADO A BASE DE PETROLEO**

Sin olor ni tufo. Gasto reducidísimo

**CONSUMO: 2 céntimos hora**

**Aparato ininflamable y de toda garantía**

**PRECIO** del aparato completo, **20 pesetas** con frasco y tubo:

Envíos a provincias contra reembolso, **22 ptas.**

**GRATIS, COMO PROPAGANDA**

hasta fin de diciembre, regalamos un quinqué «INOCAE» a cada comprador de dos, o sea, que por 44 ptas. serviremos tres quinqués

«INOCAE».

Se necesitan representantes en toda España  
**MARTIN MAYOR - Goya, 77 - MADRID**



mero y segundo grado y acaban con necrosis, y otras que tienen el aspecto de las de tercer grado y acaban recuperándose. Schurer insiste en la importancia del factor individual de la resistencia de los vasos a la congelación, y así ha observado en los prisioneros soviéticos recuperaciones totales en lesiones de congelación, que en soldados alemanes originaban fatalmente la necrosis.

Establecido más tarde el grado de la lesión, el pronóstico es favorable en las de primer grado; sin embargo, hemos de tener en cuenta que la parálisis vascular puede persistir toda la vida (nariz y orejas coloradas). El de los sabañones también es bueno, siempre que tengamos en cuenta su cronicidad y la rebeldía a los tratamientos.

En las de tercer grado la parte necrosada está fatalmente perdida, y el establecer hasta dónde se extenderá la necrosis ya hemos dicho que es difícil hasta que aparezca el surco de eliminación.

En la evolución de las lesiones de segundo y tercer grado pueden aparecer serias complicaciones que ensombrecen el pronóstico: unas veces, la infección a cargo de cocos vulgares, eternizan supuraciones o provocan erisipelas, flemones, septicemias. Otras, la infección se hace por otros gérmenes, como el tetánico y la gangrena gaseosa. Además, la cicatrización de las úlceras suele ser lenta, por asentar en tejidos desvitalizados. Los dolores de tipo neurótico pueden ser intensísimos, y no es infrecuente incluso ver aparecer disociaciones sensitivas del tipo sirinmiélico en los miembros afectos.

Aun cicatrizada la úlcera pueden aparecer una serie de complicaciones tardías. Las arterias quedan permanentemente reducidas de calibre y los nervios lesionados, el individuo padece claudicación intermitente, el miembro adelgaza por atrofia muscular, la piel se vuelve fina y brillante, de color rojo vivo; la secreción sudoral disminuye, los pelos caen, las uñas sufren alteraciones y pueden desprenderse; hay trastornos de la sensibilidad (anestiasias e hiperestiasias), y a veces se forman ulceraciones que simulan un mal perforante plantar o auténticas gangrenas. Los huesos son asiento de una osteo-periostitis y las articulaciones pueden deformarse y ser objeto de diversas artropatías. En ocasiones se forma un edema crónico que se parece a un flemón difuso.

## TRATAMIENTO.

a) *De la congelación general.*—El individuo puede salvarse si la temperatura rectal no es menor de 20°, el pulso no ha bajado de 40 pulsaciones y la respiración no es menor de 10.

Por estar incompletamente conocida la causa de la muerte en el enfriamiento, en su terapéutica existen opiniones dispares. De todas las formas vamos a ver lo que se debe hacer ante un congelado:

1.º *Calentamiento del enfermo.*—Hasta hace poco se realizaba, siempre de una manera lenta y progresiva, desnudando al paciente con cuidado para no producirle lesiones locales, colocándolo en una cama fría, en habitación también fría, practicándole fricciones con nieve o con agua fría. Poco a poco las fricciones se iban dando con agua algo más caliente, y también lentamente se calentaba la cama y la habitación. Si se podía, se introducía

otras veces al individuo en un baño a la temperatura ambiente y se iba calentando muy lentamente, para llegar, al cabo de tres horas a 25 grados, a la vez que se practicaban enérgicas fricciones.

Pero en la pasada contienda, rusos y alemanes practican el calentamiento brusco, bien con diatermia o el baño a 40° (procurando no calentar la zona del trigémino, por su influencia refleja sobre la circulación periférica, por lo que se ponen paños fríos en la frente y cara).

Sin embargo este calentamiento brusco tiene sus peligros, pues puede ocasionar una parálisis cardíaca, ya que la brusca hiperemia que con él se ocasiona se produce una repentina movilización de hematíes destruidos, elementos de desintegración celular y sustancias H. Además se provoca una anemia brusca del cerebro y corazón, y pueden aparecer, por lesiones endoteliovasculares, hemiplejías y focos de necrosis local.

Por ello es de recomendar el calentamiento lento y progresivo.

2.º *Administración de glucosa por vía rectal o bucal.*—Si el enfermo puede tragar, infusiones de café o té bien azucarado y caliente. Es necesario, ya que el congelado ha consumido su glucosa en las contracciones musculares de la tiritera. Si no puede tragar se inyectará suero glucosado en inyección subcutánea o intravenosa.

3.º *Alcohol.*—Bebidas alcohólicas, junto con el suero glucosado. Se pueden administrar una vez calentado el enfermo.

4.º *Oxígeno.*—Con tienda, intubación o mascarilla, o bien en inyecciones subcutáneas, son siempre beneficiosas, ya que dada la vasoconstricción y la dificultad con que suelta el oxígeno, la hemoglobina en los congelados, a la vez de su respiración superficial, la anoxia siempre existe.

5.º *Vitaminas.*—Son recomendables la vitamina B<sub>1</sub> y B<sub>2</sub>. La vitamina C y la vitamina D.

6.º *Córtico-hormona.*—De gran interés por su acción reguladora sobre la formación del lactadógeno.

7.º *Sintomático.*—Tónicos cardíacos y respiratorios (usados con cautela, ya que pueden ser nocivos). Los analgésicos y si el dolor es intenso, la aplicación de morfina puede ser vital para disminuir el shock. Las transfusiones de sangre o la administración de plasma; y

8.º *Están contraindicados.*—La adrenalina, efedrina (por su acción vasoconstrictora), así como la nicotina; un simple cigarrillo es capaz de rebajar algunos grados, hasta cinco o más, la temperatura de los miembros.

b) *De la congelación local.*—Recordemos que los trastornos producidos por el frío son al principio funcionales y reversibles, y sólo más tarde se hacen anatómicos y definitivos, así como que las lesiones progresan de la superficie a la profundidad a medida que persiste la acción de la baja temperatura. Por esto nuestra actitud terapéutica, en el estado inicial, alcanza a los tejidos en una fase en que las lesiones son aún reversibles, lo cual justifica la actuación rápida a combatir la vasoconstricción y determinar un mayor aflujo de sangre a la región afectada.

1.º *Masaje.*—Con paños mojados en agua fría, alcohol, éter o nieve. Para muchos deben proscribirse, sobre todo los hechos con nieve, pues los cristalillos de ésta pueden abrir erosiones, que son

puerta de entrada de infección. Por esto propone Halet efectuarlos sobre un campo desinfectado por el azol, con guantes y pomada esterilizada, y solamente cuando se llega a tratar al paciente precozmente, sin que se hayan formado flictenas ni tumefacciones.

2.º *Calentamiento*.—Hasta ahora se hacía con baños fríos en los que la temperatura se iba aumentando lentamente para llegar, al cabo de tres horas, a 38.40 grados. Sin embargo, en la última contienda, a los soldados rusos se les practicó el calentamiento brusco, que soportaron perfectamente, quizá por sus peculiares condiciones de elasticidad vascular.

3.º *Prevenir la infección*.—Perfecta asepsia y antisepsia. M. Calero preconiza la limpieza suave con agua jabonosa y la aplicación de preparados de sulfamidas.

Nunca olvidaremos en las de segundo y tercer grado prevenir la infección tetánica con la aplicación de suero.

4.º *Reposo en posición elevada*.—El sujeto guardará cama, con el miembro en posición elevada, para facilitar la circulación de retorno e impedir la formación de edemas.

5.º *Vasodilatadores*.—Es lógico que provocar una vasodilatación sea uno de los apartados más interesantes. Se han recomendado a dosis altas la eupaverina (Killan), la eufilina, la nitroglicerina, padutina, acetilcolina, priscol, lacarnol, doryl, foliculina, ácido nicotínico.

Otros autores prefieren la inyección intravenosa de mercurcromo o de violeta de genciana, que a su acción vasodilatadora unirían la de acción antimicrobiana.

También la proteínoterapia, con vacuna antitífica, con leche hervida, han dado resultados. El azufre, la caseína dan resultados no superiores.

Puede emplearse la onda corta, por su acción vasodilatadora.

6.º *Anticoagulantes*.—Deben usarse precozmente, antes de que se hayan formado los trombos. Además, la heparina y el dicumarol evitan la gangrena.

7.º *Incisiones múltiples*.—Múltiples incisiones, que en número de 40 ó 50 y de una extensión de dos o tres centímetros, llegando hasta el muslo, disminuyen el edema de los miembros, el éstasis venoso y son un alivio mecánico de la circulación.

8.º *Bloqueos del simpático: Anestesiado*.—Las infiltraciones anestésicas del simpático, con novocaína al 1 por 100 (sin adrenalina) o en solución oleosa que es de acción más duradera. Su aplicación debe ser precoz, con ello el miembro se calienta, cesa el dolor, la oscilometría se eleva, la cianosis desaparece, la regeneración se acelera.

En el miembro superior se infiltra el ganglio estrellado; en el inferior, la cadena lumbar, y en la cara, el ganglio cervical superior.

*Radiológico*.—Sterzi ha empleado con éxito el bloqueo del simpático con rayos X; y

9.º *Intervenciones sobre el simpático*.—Son muy útiles, aumentan la circulación, aceleran la demarcación si ya existía necrosis, evitan la gangrena húmeda y previenen y actúan sobre las secuelas. Superan en sus resultados a los bloqueos anestésicos. Unas veces la simpaticotomía periarterial o, mejor, la gangliectomía y resección de los espláncicos.

#### TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES.

Dependerá del tipo de complicaciones de que se trate.

*Gangrenas*.—En las secas, conservador de momento y evitar que se conviertan en húmedas, con reposo del miembro elevado, duchas de aire caliente y pulverizaciones con alcohol yodado; de esa forma favoreceremos la momificación. En las húmedas: antibióticos a grandes dosis; infiltraciones del simpático y a veces amputación.

En las *tromboflebitis*, quimioterapia, elevación del miembro, anticoagulantes, compresas antisépticas, transfusiones, curas de reposo o movilización con cola de cinc, ligaduras lejos del foco o flebectomía.

En las *infecciones*: amplios desbridamientos, reposo, sulfamidas o penicilina, a veces por vía arterial; vigilar la aparición de una sepsia y a veces amputar.

En caso de gangrena gaseosa, amputación en salchichón, y tanto en ésta como en el tétanos, tratamiento específico.

En las complicaciones tóxicas: *Vasculares*: gimnasia vascular con calor y frío, acciones caloríficas del arco voltaico, diatermia y medicación vasodilatadora. En los *edemas*: posición elevada, cola de cinc, intervenciones sobre el simpático. En las *cicatrices dolorosas*: extirpación y hacer radiografía, ya que a veces son lesiones óseas la causa del dolor. Los muñones dolorosos y las articulaciones enfermas se tratarán con arreglo a las normas ortopédicas.

Amplia bibliografía del tema existe en la tesis del doctor Muñoz Calero.



## R E F E R A T A S

L. T. WRIGHT, H. SCHRIEBER, W. I. METZGER y J. W. PARKER: Una evaluación de aureomicinoterapia en la peritonitis. (An evaluation of Aureomycin therapy in Peritonitis.) *Surgery Gynecol. & Obstet.*, XCII, 685-689. 1951.

La invasión y el crecimiento no controlado de bacterias en la cavidad peritoneal producen una reacción encadenada de trastornos circulatorios, desequilibrio electrolítico, parálisis del íleo y toxemia. El retraso en la intervención quirúrgica invariablemente conduce a una peritonitis fatal.

La quimioterapia se ha visto fortalecida por los antibióticos y esto ha dado lugar a un notable decrecimiento en el número de muertes por peritonitis. La penicilina y la estreptomina han fracasado en la prevención de muertes bacterianas que siguieron a éxitos quirúrgicos. Fué seleccionada la aureomicina con la esperanza de que redujese eficazmente estas tasas de mortalidad. Se empleó como el único antibiótico en 235 casos de peritonitis de todos los tipos.

Todos los casos se manejaron como sigue: antes de la operación se dan infusiones endovenosas para corregir la deshidratación y (o) cualquier desequilibrio de electrolitos, y se establece la succión gástrica. La terapéutica a base de aureomicina se instituye cuando la peritonitis ha sido diagnosticada antes de la operación (500 mg. por vía endovenosa). Después de la operación se mantiene la descompresión gastrointestinal tanto tiempo como se juzgue necesario; el volumen de líquidos se mantiene normal mediante la infusión endovenosa de glucosa, solución salina o sangre, con vitaminoterapia y temprana ambulancia.

Inmediatamente después de la operación se aplica aureomicina intravenosa, 500 mg. dos veces por día, y se continúan hasta que la condición clínica del enfermo ha mejorado en tal forma que los líquidos y los medicamentos pueden ser dados por vía oral, 500 mg. dos veces por día ó 250 mg. cada seis horas. Desde la introducción del clorhidrato de aureomicina con beffer se ha visto un notable descenso en la incidencia de flebitis química por administración intravenosa.

En los niños de edad inferior a doce años, la peritonitis, como secuela de una perforación de apéndice, se controla rápidamente con la aureomicina. No hubo defunciones, aunque la mortalidad previa era elevada. La dosis fué de 300 a 500 miligramos, dependiendo de la edad y del peso del niño, dos veces por día intravenosamente. La flora bacteriana mezclada, que generalmente se encuentra en la peritonitis debida a la perforación de úlceras gastroduodenales, también es sensible a la aureomicina.

Puede concluirse que el clorhidrato de aureomicina con buffer es el antibiótico de elección en el tratamiento de la peritonitis.

L. PAUFIQUE y R. ETIENNE: Tratamiento de angiomas de la órbita y párpados con inyecciones esclerosas de quinina-urea. («Treatment of Angiomas of Orbit and eyelids with Sclerosing injections of quinine-urea.») (*Bull. Sociétés d'Ophthalmol. de France*. N.º 8, 860-865, 1949.

Las inyecciones esclerosantes fueron introducidas en oftalmología por Weerkers (1933), quien empleó la quinina-urea en angiomas de los párpados. En la actualidad los angiomas de la órbita y conjuntiva se tratan en la misma forma.

El tratamiento se lleva a cabo con una solución de quinina y clorhidrato de urea al 5 por 100; cuando se considera necesario emplear soluciones más fuertes, debe inyectarse una solución al 7 por 100, así como para disminuir el número de inyecciones. Estas se aplican directamente dentro de la masa angiomatosa y alrededor de ella, si es posible. Un ml. es suficiente para la primera inyección, y 2 ó 3 ml. para la siguiente. Conviene advertir al paciente que no se asuste por la reacción local hiperémica que aparece eventualmente, ya que aplicando compresas calientes o frías desaparecerá con rapidez.

La esclerosis progresa lentamente, y las inyecciones deben repetirse sólo después de una quincena, por lo menos.

En angiomas pequeños y superficiales la aplicación de nieve carbónica puede ser suficiente, pero en los grandes, ubicados bajo una piel normal, las inyecciones descritas de quinina-urea dan excelentes resultados.

C. A. LEMANISTRE, R. TOMPSETT, C. MUSCHENHEIM y otros: Efectos de la hormona adrenocorticotrópica y de la cortisona en enfermos de tuberculosis («Effects of adrenocorticotrophic hormone and cortisone in patients with tuberculosis.») *Jl. Clin. Invest.*, XXX, 445, mayo, 19.

Los autores observaron que la administración de la hormona adrenocorticotrópica y cortisona a enfermos que presentaban diferentes padecimientos producía un abatimiento de la temperatura, disminución del edema e inflamación, cambios en la producción de anticuerpos y del grado de hipersensibilidad a productos bacterianos, seleccionaron siete pacientes con tuberculosis pulmonar muy avanzada para un experimento.

El bacilo tuberculoso, aislado del esputo de cuatro de los enfermos fué altamente resistente *in vitro* a la estreptomina, permaneciendo con este carácter a lo largo de todo el estudio. Cuatro pacientes recibieron cien miligramos de hormona adrenocorticotrópica intramuscularmente cuatro veces por día durante diez días; tres enfermos fueron tratados con cortisona en la misma dosis y forma.

Cinco pacientes mostraron una notable mejoría de todos los síntomas de seis a ocho horas después de la dosis inicial de cada hormona; cuando se interrumpió la administración reaparecieron todos los signos y síntomas. La mejoría fué acompañada de una sensación de incremento en la fortaleza y del deseo de actividad física; al aumentar el apetito se produjo una elevación en la cantidad de calorías y proteínas. La disnea y la tos dejaron pronto de producir molestias, si bien el volumen del esputo no se alteró. Los reentgenogramas seriados mostraron cambios consistentes en cinco enfermos; las lesiones pulmonares se hicieron más traslúcidas. La sero-gama-globulina, que estaba notablemente alta en siete enfermos, disminuyó hasta lo normal durante el período de diez días de medicación hormonal. Pruebas repetidas de hipersensibilidad cutánea se hicieron en todos, y en tres de ellos se invirtió, en general, de positiva a negativa.

La desaparición temporal y abrupta de las manifestaciones de tuberculosis, inducida por la hormona adrenocorticotrópica y cortisona es muy interesante, pero serán necesarios estudios más amplios referentes a estos cambios temporales en una infección crónica.

K. W. CROSS y P. W. ROBERTS: La asfisia del recién nacido tratada por la estimulación eléctrica del nervio frénico («Asphyxia Neonatorum treated by Electrical Stimulation of the Phrenic Nerve.») *British med. Journal*, I, 1043-1048; 1951.

Los autores volvieron a introducir el método de Hufeland (1783) de estimulación artificial del nervio frénico a través de la piel intacta del cuello. El electrodo activo es una tiente constituida por una placa de plata cubierta de lino empapado en solución salina, la cual se coloca en contacto con un área de 8 x 6 mm. sobre el cuello del niño encima del punto de Ers. En posición supina, se pone al paciente sobre un electrodo rectangular indiferente de 14 x 5 cms., cubierto de lino empapado en solución salina. Se le envuelve la cabeza hacia el lado opuesto, y entonces el nervio frénico queda exactamente por detrás del músculo esternomastoideo en la unión de su tercio

medio e inferior. Excepto el diafragma ipsilateral, se estimulan los demás músculos, y se ve entonces que el epigastrio se proyecta.

Los recién nacidos requieren hasta 100 mA. de elevación por un pulso de 0,25 milisegundos con objeto de lograr una ventilación adecuada.

Veintinueve pacientes se trataron de esta forma, recuperándose veinticinco. Los anóxicos más graves precisaron un fuerte estímulo para conseguir una máxima respuesta de nervio y músculo. Las observaciones subsiguientes no revelaron efectos adversos debidos a la estimulación del nervio frénico o cualquier otro tipo de anomalías que pudieran resultar de la supervivencia de un niño fuertemente cianótico. Mediante la estimulación de los músculos accesorios mejora el color del niño y se puede escuchar cómo entra el aire en el mismo lado del hemitórax con el estetoscopio; sin embargo, no se observó nunca movimiento visible del epigastrio. Los efectos de la estimulación del nervio frénico en el recién nacido difieren de los del adulto, porque no aparece la inhibición de la respiración espontánea.

G. PIZZILO: Inyección intravenosa de quinina-uretano en las fiebres palúdicas («Intravenous injection of Quinine-urethane in Malarial Fevers»). *Rivista di Malariologica*, XXX, página 1; 1951.

Casi todos los autores confirman que la quinina debe administrarse por vía oral siempre que sea posible; sin embargo, en ciertos casos (trastornos gastrointestinales, como, casos urgentes, etc.) es necesaria la administración parenteral.

Como es sabido universalmente, las inyecciones subcutáneas se encuentran fuera del uso; la quinina debería inyectarse únicamente por vía endovenosa o intramuscular. Estas inyecciones se toleran bien si el clorhidrato de quinina va combinado con uretano (Gaglo). Cuando la vida del paciente está en peligro sólo puede salvarle la inyección endovenosa.

Pizzilo trató 250 palúdicos en esta forma sin un solo fracaso, aunque 40 de ellos estaban muy graves. Inyectó quinina-uretano y adrenalina, para prevenir la posibilidad de trastorno circulatorio, y los resultados fueron sorprendentemente buenos en todo los enfermos. Pizzilo recomienda el siguiente esquema: una dosis oral de clorhidrato de quinina cada ocho horas cuando no está trastornada la absorción gastrointestinal. En otros casos, y cuando la intervención rápida es imperativa, aplica una inyección intravenosa lenta de 500 miligramos de clorhidrato de quinina con 250 mgs. de uretano. La inyección debe durar por lo menos cinco minutos, e incluído diez en los enfermos graves; añade 1/50 de msg. de adrenalina. Comúnmente esta pequeña dosis es suficiente, pero puede ser preciso inyectar 1/20 o hasta 1/10 mgs.

El autor se halla convencido de la importancia de añadir pequeñas dosis de adrenalina a la quinina, ya que esto previene el colapso.

J. A. RHIN: El tratamiento de hidroceles y espermatoceles por inyección («The injection treatment of hydroceles and spermatoceles»). *British med. Journ.*, sep. 22, 711-713; 1951.

La mayoría de los 145 hidroceles y espermatoceles tratados mediante la inyección de quinina-uretano desde marzo de 1948 en el «General Infirmary», de Leeds, recibieron una sola inyección. Hubo dolores en menos del 10 por 100 y fueron raras otras complicaciones.

De las 128 lesiones que se volvieron a ver, 82 se consideraron satisfactorias, porque carecían de líquido o contenían una pequeña cantidad que sólo podía apreciarse mediante una cuidadosa observación. Veinte casos se asentaron como fracasos.

Aquellos casos que requerían frecuentes paracentesis respondieron mejor que los que mostraban una lenta acumulación de líquido.

La revisión de la literatura al respecto sugiere que pueden obtenerse mejores resultados poniendo una inyección adicional de litocaina, pero queda en duda si el aumento de trastornos justifica su empleo en la mayoría de los enfermos.

Ph. MANSON-BAHR: Paludismo subterciano en aeródromos tropicales («Subtertian malaria on tropical aerodromes»). *Brit. med. Journ.*, oct., 20, 969; 1951.

Esta bien conocida autoridad en enfermedades tropicales dirige la atención hacia los peligros del paludismo subterciano a que se exponen aquellos que tienen que permanecer durante cortos períodos en aeropuertos del África tropical, donde *Anophele gambiae* es un peligrosísimo vector. Las medidas antimaláricas en tales aeródromos no pueden ser siempre 100 por 100 efectivas, y siempre cabe la posibilidad de que algún individuo descuidado, no protegido y altamente susceptible pueda ser picado, con el resultado de que tras de un lapso de una a dos semanas la víctima es abatida por la fiebre, y en un período relativamente corto pueden sobrevenir complicaciones cerebrales.

El autor se refiere a la posibilidad de diagnósticos equivocados (gripe, calofríos hepáticos, envenenamiento por alimentos, etc.); con frecuencia los «anillos» subtercianos pueden escasear en la sangre periférica. La consigna a seguir es: «inyecciones intramusculares o endovenosas de quinina, sin esperar los resultados del examen microscópico de la sangre». Esto puede salvar más de una vida.

A. H. CLAGETT: El empleo intravenoso de quinidina, con particular referencia a la taquicardia ventricular («Intravenous use of quinidine, with particular reference to ventricular tachycardia»). *Amer. J. med. Sciences*, CCXX, 381-388; 1950.

El lactato de quinidina, una sal soluble, estable y farmacológicamente efectiva, es adecuado para empleo intravenoso. Diez centímetros cúbicos de una solución que contenga 0,65 miligramos de lactato de quinidina deben agregarse a 50 c. c. de glucosa al 5 por 100 y la mezcla se inyecta en la vena a un promedio que no exceda los 2 c. c. por minuto.

Observando constantemente al enfermo, debe suspenderse la administración inmediatamente que se restablezca el ritmo normal o cuando aparezca alguna manifestación tóxica. Dada en esta forma es relativamente inocua, y bien puede ser un salvavidas, particularmente en enfermos cuya taquicardia ventricular haya seguido al infarto de miocardio, en los cuales el ritmo regular del sinus no puede restablecerse con quinidina por vía oral, o cuyo estado es tan crítico que exija la mayor rapidez de acción posible.

J. FONTES: «Occitócicos». Conferencia con ocasión del III Congreso Hispano-Portugués de Obstetricia y Ginecología, Barcelona, octubre 1950.

Esta conferencia forma parte de la ponencia oficial: «Farmacología del músculo uterino».

El conferenciante da un resumen de la literatura sobre aquellos occitócicos, acerca de los que él mismo ganó experiencia. Se sabe que las comunicaciones sobre la quinina, la que ya desde 1872 se recomendó para estimular las contracciones uterinas, han sido formuladas en los últimos decenios en términos más y más favorables. El remedio no tiene ninguna acción en el útero no grávido, pero cuando el embarazo está para terminar, la acción es bien marcada. Es verdad que bajo la influencia de la quinina las contracciones son a veces algo irregulares y no tienen siempre la fuerza deseada. Se han observado casos en los que la quinina producía contracciones tónicas del útero, causando la muerte del feto. El remedio tiene dos ventajas: no produce nunca contracción basal ni agota nunca los músculos del útero. En este breve resumen, el conferenciante no entra en detalles sobre las dosis que producían los efectos indeseados. Dadas las pequeñas dosis que son suficientes en obstetricia, esta concisión quita mucho valor a su reseña.

Las comunicaciones sobre quinina-calcio son mucho más favorables. Acerca de este remedio, la literatura reza, de acuerdo con la experiencia del conferenciante, que el calcio aumenta la fuerza y la frecuencia de las contracciones uterinas sin exacerbar los dolores y que, además, impide las contrac-

# EL LIBRO DE LA MUJER ESPAÑOLA

JOSE SARRAU ofrece a la mujer española sus libros de Gastronomía, y les recuerda que un excelente regalo es un libro

## “NUESTRA COCINA” - (3.<sup>a</sup> edición).-200 ptas.

por JOSE SARRAU

Esta edición que hemos puesto a la venta es la obra más acabada en el idioma castellano. Completamente reformada y ampliada hasta 1.533 páginas de texto. Cientos de fotografías que reproducen «platos» maravillosos.

Contiene esta nueva edición las lecciones de tres cursos completos, que se han practicado después de haberse publicado la segunda edición. además de otros estudios muy interesantes.

Una joya más para vuestro hogar, un encanto para la biblioteca de una mujer. Un estupendo regalo para todos los momentos.

### OTROS LIBROS PARA LA MUJER POR JOSE SARRAU

Interesantes por su texto y sugestivos por su presentación :

MI RECETARIO DE COCINA, 2.<sup>a</sup> edición.

*Precio, 50 pesetas.*

Publica todo el programa del curso 1950. Las últimas novedades, los más exquisitos manjares. Contiene muchas especialidades que no pudieron incluirse en el libro NUESTRA COCINA.

TAPAS Y APERITIVOS, 3.<sup>a</sup> edición.

*Precio, 25 pesetas.*

Deleítense con las angulas de Aguinaga, el bacalao al «Pil-pil», la cazuelita de chipirones y muchísimas más especialidades.

ALIMENTOS DE REGIMEN, 2.<sup>a</sup> edición.

*Precio, 25 pesetas.*

Para artríticos, reumáticos y diabéticos. Algo exquisito en la alimentación de estos regímenes.

EL RESTAURANTE, 1.<sup>a</sup> edición.

*Precio, 50 pesetas.*

Publica todas las especialidades que nos sirven en los buenos restaurantes. ¡ Ah ! y en esas excelentes tabernas clásicas.

### MI COCINA CLASICA (en folletos)

LOS NIÑOS SE ALIMENTAN CON...

Una alimentación perfecta para niños y mayores.

*Precio, 8 pesetas.*

EL PAN

Pan nutritivo. Pan blanco.

*Precio, 5 pesetas.*

ENTREMESES

Mucha variación y exquisitez.

*Precio, 8 pesetas.*

MACARRONES, TALLARINES, RAVIOLIS  
Y OTRAS PASTAS ALIMENTICIAS

Platos deliciosos y muy nutritivos.

*Precio, 8 pesetas.*

PASTELERIA Y BOLLERIA

Excelentes cositas para mojar de bollería y pastelería.

*Precio, 7 pesetas.*

VEGETALES : LEGUMBRES Y HORTALIZAS

¡ Qué sabrosas son las verduras cuando están bien condimentadas !

*Precio, 12 pesetas.*

LAS PATATAS «SOUFFLES» Y OTRAS ESPECIALIDADES DE PATATAS

Fritas, salteadas y otras más exquisitas.

*Precio, 5 pesetas.*

EL HOJALDRE : TARTAS Y PASTELES

Los más exquisitos pasteles y tartas.

*Precio, 6 pesetas.*

PESCADOS : PECES, MOLUSCOS Y CRUSTACEOS

Las más excelentes especialidades de mariscos y demás pescados.

*Precio, 15 pesetas.*

HELADOS, BATIDOS Y REFRESCOS

Los más exquisitos helados y tartas heladas.

*Precio, 7 pesetas.*

Próximamente pondremos a la venta los folletos :

FRITOS Y FRITURAS.—*Carnes* : En jugo y salsas.—*Carnes* : A la parrilla y asados. *Huevos* : Fritos, al plato y otros.  
*Pastas para té y helado.*

DE VENTA EN LIBRERIAS O DIRIGIRSE AL AUTOR Y EDITOR

**DON JOSE SARRAU.-Recoletos, 14.-MADRID**

# QUINIDINA

la droga indispensable en el tratamiento oral y parenteral de los desórdenes del ritmo cardíaco:

**Paroxismos de taquicardía auricular**

**Vibración auricular**

**Fibrilación auricular**

**Taquicardía ventricular**

Existe bastante literatura sobre la necesidad del empleo de **QUINIDINA** en el tratamiento de disturbios del ritmo cardíaco. La administración de **QUINIDINA** la describe el Prof. H. Gold, una autoridad en la materia, en su monografía «Quinidina en los desórdenes del corazón». (Paul B. Hoeber. Inc., 1950 New York 16, N. Y.).

INFORMACION ADICIONAL SE PUEDE OBTENER DE

**HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A. - Mayor, 7 - Apart. 12077 - MADRID**

## CENTRAL ESPAÑOLA DE APLICACIONES CIENTIFICAS



FABRICACIÓN E IMPORTACIÓN DE APARATOS  
PARA INVESTIGACIÓN Y LABORATORIOS DE  
ANÁLISIS CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES



MALAGA, 11.-MADRID- Dic. Tel. CEDAC-Tel. 2371 43

cines tónicas. Y en conexión con esto es curioso de observar que la cantidad de calcio en el organismo va aumentando automáticamente cuando el parto está para empezar. Así se cayó de su peso que quinina y calcio juntos obrarían ventajosamente. Y, en verdad, las resultas no tardaron en ser buenas. La acción es también muy buena durante el período expulsivo y en el postparto, en caso de atonía. En caso que el estímulo de la quinina hiciera las contracciones uterinas algo irregulares, el calcio les dará la regularidad deseada. El tono uterino es a veces algo aumentado, pero esta acción es de poca importancia. Se publicaron casos con la bolsa rota, con feto muerto retenido y casos de aborto, especialmente de aborto febril, tratados con quinina-calcio con buen éxito. El conferenciante relata un caso de mola hidatídica, tratado con quinina-calcio; la mola era expulsada en su totalidad sin hemorragia subsecuente.

Se da la quinina en la forma de gluconato de quinina y el calcio en la forma de gluconato de calcio.

J. COMAS FUNALLET: «Estudio farmacológico y clínico del canfosulfonato de quinina como occitócico. (*Revista Española Obstetr. y Ginecol.*, núm. 49, febr. 1950.)

La quinina estimula las contracciones uterinas y activa la dilatación del cuello; el útero no grávido no es afectado, ni el mismo útero grávido antes de que el embarazo esté bastante avanzado. No puede producir aborto, pero sí puede terminar un aborto retenido o incompleto, al menos que el embarazo esté avanzado hasta el quinto mes. Quinina tiene, además, una acción vasodilatadora periférica, la que permite su empleo en eclampsia o preeclampsia. Las dosis de quinina, precisas en obstetricia, son tan pequeñas que no implican riesgos de los conocidos efectos secundarios. El efecto secundario principal es la acción depresora sobre el corazón, la que

puede en verdad tener un efecto nocivo sobre el feto, causando anoxia, cuando se dan dosis demasiado grandes. Las dosis que son suficientes en obstetricia son tan pequeñas, que se pueden dar sin ningún riesgo en cada período del parto. Quinina no tiene influencia en el postparto, pero su acción vasodilatadora excluye el riesgo de hemorragias por atonía subsecuente.

Sin embargo, tengamos presente que a menudo hemos de dar más de un solo remedio durante el parto; si hay otros entre ellos que tienen una acción nociva sobre el corazón, esta acción se sumará a la de la quinina.

Por eso, el autor da la preferencia a otra sal de quinina, al nuevo canfosulfonato de quinina. Esta sal posee las propiedades de la quinina, por una parte, y las del alcanfor, por otra; es decir, una acción estimulante sobre el corazón y la respiración que contrarresta la acción depresora de la quinina sobre el corazón. Del estudio farmacológico y clínico del autor, sigue que la acción del alcanfor es más fuerte que la de la quinina. Por eso, administrando esta sal, todo riesgo de una acción nociva sobre el corazón, así de la madre como del feto, está excluido; y sobre el feto especialmente, porque el ión canfosulfónico pasa más fácilmente que la base de quinina por el cordón umbilical del feto.

Una dosis de 0,10 hasta 0,20 grs. de canfosulfonato de quinina cada media hora es suficiente; para una inyección intravenosa se dan 5 c. c. de una solución al 5 por 100.

También se puede dar el canfosulfonato de quinina junto con el canfosulfonato de calcio. Una mixtura de 5 por 100 de aquél, con 10 por 100 de éste, es conveniente, así para inyección intravenosa como para inyección intramuscular. No se han observado nunca efectos secundarios desagradables. El autor prefiere la administración *per os*, por ser más fácil durante el parto. El autor incluye en su artículo una treintena de historias clínicas breves para demostrar las ventajas del método.

# Noticiario General

## LIBROS RECIBIDOS Y NOTICIAS

EL PRECORDIO (Sensaciones referidas al corazón).—Por el doctor Antonio Marcos Barbero.—Colección Española de Monografías Médicas.—Director: profesor doctor J. Puig Sureda.—Ediciones BYP.—Calle Calabria, 66 al 76.—Barcelona.—1952.—136 páginas.—20 pesetas.

LA HISTAMINA Y LA TERAPEUTICA ANTIHISTAMINICA EN DERMATOLOGIA.—Por el doctor Enrique Bassas Grau.—Colección Española de Monografías Médicas.—Director: profesor doctor J. Puig Sureda.—Ediciones BYP.—Calle Calabria, 66 al 76.—Barcelona.—1952.—160 páginas.—35 pesetas.

HISTORIA DEL ATOMO.—Por Pierre Rousseau.—Traducción de Julio Gómez de la Serna.—Editorial Colenda. Cea Bermúdez, 45.—Madrid.—488 páginas.—60 pesetas.—Índice: Advertencia.—El átomo en el umbral de la ciencia. Tres franceses descubren la radioactividad.—Rutherford explora el átomo.—Einstein penetra el secreto del átomo.—Primeras escaramuzas contra el núcleo.—Cuatro naciones persiguen la fauna atómica.—La artillería atómica entra

en acción.—¡El núcleo vencido!—Prometeo, vencedor.—¿Hacia una guerra atómica?—Al servicio de la felicidad de los hombres.—Para informar bien a nuestros lectores del contenido de este libro, copiamos su primera página, que con el título de Advertencia, dice lo siguiente: «Este libro no es una exposición, sino un relato, el relato de la conquista del átomo, desde el descubrimiento de la radioactividad hasta la explosión de Hiroshima, el relato anticipado de las aplicaciones que debe acarrear lógicamente el próximo empleo de la energía atómica».—El lector no hallará, pues, en suma, más que una historia. Si desea documentarse sobre puntos especiales de la física contemporánea, sobre la constitución del átomo de Bohr, la química nuclear, las leyes de la mecánica ondulatoria, le rogamos que consulte nuestra obra «La conquista de la ciencia».—Añadiremos, a modo de indicación bibliográfica, que la única fuente oficial de datos sobre la bomba atómica es el informe americano de H. D. Smyth. Este informe, así como el oficial británico, ha sido traducido al francés y publicado por M. E. Nhamias, con el título «L'énergie et son utilisation militaire». (Ed. de la Revue d'Optique, 1946.)—Felicitamos a la prestigiosa Editorial

Colenda, que sigue presentando obras de grandísimo interés, muy cuidadas y de gran trascendencia para la cultura hispánica.—Dr. V.

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. SINDROMES CANCEROSOS.**—Publicaciones del Seminario de la Cátedra de Patología Médica del Prof. Dr. Juan Gilibert-Queralto, de la Universidad de Barcelona.—Maravillosamente editado en 1952 por Editorial Teide.—Regás. 16-18.—Barcelona.—Un profundo examen de este primordial problema médico y social.—294 páginas.—Numerosos grabados: 160 láminas en papel fotoestucado.—17 tricromías.—150 pesetas.—Temas desarrollados en la presente obra: «Etiopatogenia del cáncer», profesor J. Sanz Ibáñez.—«Anatomía patológica del cáncer», profesor J. G. Sánchez Lucas.—«Farmacología de las neoplasias», profesor F. García Valdecasas.—«Gliomatosis cerebral», doctor C. Oiveras de la Riva.—«Cáncer de faringe y laringe», profesor F. Casadesús Castells.—«Cáncer de tiroides», profesor P. Piulachs.—«Cáncer de bronquio, pulmón y pleura», profesor J. Gibert-Queralto.—«Cáncer de esófago y estómago», doctor F. Gallart Monés.—«Cáncer de intestino grueso y delgado», doctor J. Sala Roig.—«Cáncer de recto», doctor J. Pi Figueras.—«Cáncer de hígado y vías biliares», profesor A. Pedro Pons.—«Tumores malignos del páncreas exocrino», profesor A. Gallart Esquerdo.—«Cáncer genital femenino», profesor V. Cornill Montobbio.—«Cáncer de mama», profesor M. Usandizaga.—«Cáncer genital masculino», profesor S. Gil Vernet.—«Cáncer de riñón y vías urinarias superiores», doctor P. Causa Raspall.—«Precáncer. cáncer cutáneo y cutáneomucoso», profesor X. Vilanova Montiu.—«Características evolutivas y criterio sobre la curación de los tumores cancerosos», profesor V. Carulla Riera.—«Psiquismo y cáncer», doctor S. Montserrat Esteve.—Recomendamos esta obra a los cancerólogos, pero principalmente a los médicos en general, por considerarla fundamentalmente didáctica y de gran utilidad médicosocial. De lo más completo que sobre cáncer se ha escrito en España.—Dr. V.

**GENTE DE AYER.**—Por Diego San José de la Torre.—Retabullo literario de los comienzos de siglo.—Prólogo de Mario Alvar.—Instituto Editorial Reus.—Centro de Enseñanza y Publicaciones.—Preciados, 6 y 23. Madrid. 1952. 288 págs.—50 ptas.—(Siluetas literarias).—Índice: El y yo. Delantal del libro.—Alfonso XIII.—Pérez Galdós.—José Echegaray.—Joaquín Dicenta.—Ceferino Palencia.—Alejandro de Saint-Aubin.—Ricardo de la Vega.—José López Silva.—Don Tomás.—Emilio Thuiller.—El gran señor que no quiso ser más que cómico.—Emilio Mesejo.—Francisco Morano.—Los Quintero.—Enrique García Álvarez.—Amalio Fernández.—Carlos Arniches.—Valle-Inclán.—Manuel Linares-Rivas.—José Zahonero.—Alfredo Vicenti.—Emilio Gutiérrez Gamero.—José Moncayo.—Villaespesa.—José Rodao.—Andrés González Blanco.—Severiano Soutullo.—Juan

Vert.—Enrique Reoyos.—Villagómez.—Pedro Mata.—Miguel Ramos Carrión.—Eusebio Blanco.—Emilio Carrere.—Irso García Escudero.—El Marqués de Benjú.—Gregorio Pueyo.—Colofón.

**ACTA OTORRINOLARINGOLOGICA ESPAÑOLA.**—Órgano oficial de la Sociedad Española de Otorrinolaringología.—Año III.—Vols. II y III.—Redacción y Administración: Alcalá, 93.—Madrid.

**VADEMECUM DE LAS ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO FARMACOLOGICO LATINO, S. A.**—Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos.—Casa Central: Ríos Rosas, 27.—Apartado de Correos 160.—Índice: Hormonas.—Vitaminas.—Especialidades Químico-farmacéuticas.—Regímenes alimenticios de las afecciones más frecuentes.—Dosis usuales de los medicamentos más frecuentes empleados en Puericultura y Pediatría.—Dosis máximas de los medicamentos más usuales para adultos.—Dosis más usuales de los preparados de sulfamidas.—Tabla obstétrica.—Diámetro de la pelvis normal.—Tratamiento de las intoxicaciones más frecuentes.—Lactancia materna.—Lactancia artificial con la leche de vaca.—Tabla analítica de valores normales.—Hematología infantil.—Indicaciones y dosis de los antibióticos.—Valor calórico de los principales alimentos.—Las unidades en Medicina.—Diagnóstico y tratamiento de los comas. Efectivamente se trata de un vademécum de gran utilidad práctica para los señores médicos, que en la práctica profesional diaria pueden resolver infinidad de importantes problemas terapéuticos.—Dr. V.

**MEMORIA DE LOS CURSOS 49-50 Y 50-51 DEL INSTITUTO FERNANDO EL CATOLICO—C. S. I. C.—DE LA EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE ZARAGOZA.**—Es un resumen de la labor realizada por este Instituto que tanto prestigio a la medicina aragonesa. De 72 páginas y de gran interés.

**PONENCIAS DEL III CONGRESO NACIONAL DE NEURO-PSIQUIATRIA.**—Conmemoración del Centenario del Profesor Ramón y Cajal, celebrado en Santiago de Galicia en julio de 1952.

**ANALES DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA (INSTITUTO DE ESPAÑA).**—Año 1952. Tomo LXIX. Cuaderno primero: Solemne sesión.—Sesiones científicas.—Cuaderno segundo: Conferencia y sesiones científicas: «Exploración de la trompa de Falopio», Dr. José Botella Lluís.—«Tratamiento quirúrgico de la esterilidad femenina», Dr. José M.<sup>a</sup> Bedoya.—«Neumotórax extrapleural (indicaciones y técnica)», Dr. Arturo Perera y Prats.—Curiosidades históricas: «La cuna de nuestra Academia», Dr. Rafael Folch y Andréu.—«Veinticinco años de terapéutica antipalúdica», Prof. Walter Kikuth.—«Radioterapia intersti-

## LOS PREVISORES DEL PORVENIR

MUTUALIDAD DE SEGUROS GENERALES

Domicilio social: Avda. José Antonio, 3 - MADRID

(Edificio propio)

SEGUROS SOBRE LA VIDA, INCENDIOS,  
ACCIDENTES AUTOMOVILES, ROBO,  
TRANSPORTES, COSECHAS



AGOSTA  
Salud del

# QUINIPILEX

El tratamiento de quinina combinada con un 8-amino-quinolina ofrece la mejor oportunidad para una curación radical en las recaídas del paludismo producido por I. L. VIVAX. Esto lo confirmó la Comisión de Expertos de Paludismo de la Organización Mundial de Salud en su informe técnico número 8, mayo de 1950.

La QUININA vigoriza la acción curativa de los 8-amino-quinolinas; ninguna droga sintética antimalárica posee esa propiedad. (Alving: Proceeding 4th International Congress Trop. Medicine & Malaria. Washington D. C. 1948; volumen I, p. 734-739).

# QUINIPILEX

es un compuesto de quinina con un 8-amino-quinolina. Originalmente preparado con naftoato de pamaquina, la composición ahora se modificó asociando sulfato de quinina con fosfato de pentaquina, de acuerdo con las últimas opiniones científicas.

Información adicional y el QUINIPILEX se pueden obtener de:

**Hijos de Honorio Riesgo, S. A. - Mayor, 7, Apartado 12077 - MADRID**

## SURGERY

Independent. Representative of all American hospitals and clinics. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 12.00 a year. Other countries, \$ 13.00 a year.

## AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNÉCOLOGY

Official publication for twenty-eight American and Canadian societies. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 15.00 a year. Other countries, \$ 16.00 a year.

## AMERICAN HEART JOURNAL

For the general practitioner and specialists. Eminent editorial board. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 12.00 a year. Other countries \$ 13.00 a year.

## THE JOURNAL OF THORACIC SURGERY

Official publication for societies in the most rapidly-developing field. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 15.00 a year. Other countries, \$ 16.00 a year.

## THE JOURNAL OF PEDIATRICS

Essentially practical; most popular journal in the field, in the world. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 10.00 a year. Other countries, \$ 11.00 a year.

## THE JOURNAL OF LABORATORY AND CLINICAL MEDICINE

Integrates laboratory and bedside medicine. For general practitioners, internists. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 10.00 a year. Other countries, \$ 11.00 a year.

## THE JOURNAL OF ALLERGY

Organ for American Academy of Allergy. Covers all aspects of Allergy. Bi-monthly. Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 8.50 a year. Other countries, \$ 9.00 a year.

## AMERICAN JOURNAL OF-SYPHILIS, GONORRHEA AND VENEREAL DISEASES

Organ for American Venereal Disease Association. Edited by outstanding specialists. Bi-monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina \$ 10.00 a year. Other countries, \$ 10.50 a year.

## REVISTAS DENTALES

### JOURNAL OF DENTAL RESEARCH

Organ for International Association for Dental Research. Bi-monthly, Vol. begin Feb., España y los países de América Latina, \$ 9.00 a year. Other countries, \$ 9.50 a year.

### ORAL SURGERY, ORAL MEDICINE AND ORAL PATHOLOGY

Organ for The American Academy of Oral Pathology and other societies. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 12.50 a year. Other countries, \$ 13.50 a year.

### AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Organ for The American Association of Orthodontists and component groups. Monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 10.00 a year. Other countries, \$ 11.00 a year.

### THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY

Organ for The Academy of Denture Prosthetics, The American Denture Society, and The Pacific Coast Society of Prosthodontists. Bi-monthly, Vol. begin Jan., España y los países de América Latina, \$ 9.00 a year. Other countries, \$ 9.50 a year.

Please order Through your dealer

**THE C. V. MOSBY COMPANY Publishers**

3.207 Washington Blvd.

St. Louis 3, Mo U. S. A





PARA VER BIEN  
**GAFAS ULLOA**

PARA OIR BIEN  
**SONOTONE**  
EL MEJOR APARATO  
PARA SORDOS



# ULLOA OPTICO

CARMEN, 12 y 14 - MADRID - Avenida José Antonio, 16  
BARCELONA ZARAGOZA SEVILLA SAN SEBASTIAN  
Fontanelle, 17 Coso, 75 Av. J. Antonio, 2 Alameda, 25

## SANATORIO QUIRURGICO DE LA INMACULADA CONCEPCION

Director:

**DR. A. MUÑOZ CALERO**



**O'DONNELL, 46 MADRID**

## "OXIGENO INDUSTRIAL, S. A."

**Cabanilles, 3. - Telef. 28 46 00**

(Tres líneas)

**MADRID**

Oxigeno Medicinal de 99,9 % - Aire  
Liquido y Comprimido - Reductores  
de Presión - Válvulas - Tuberías de  
goma - Accesorios.

Telegramas: "OXINDUS"

ESTOMAGO - HIGADO - RIÑON - DIABETES  
ARTRITISMO - TRATAMIENTO SULFAMIDICO

## "AGUAS DE MONDARIZ"

Fuentes de GANDARA Y TRONCOSO

DELICIOSA COMO AGUA DE MESA

Para la aplicación de la **PENICILINA**  
la Clase Médica encontrará en todas las  
farmacias inyectables de

**Suero Fisiológico**

Y

**Suero Glucosado**

EXENTOS de sustancias pirógenas, en  
los tamaños de 10, 20 y 25 c. c., prepa-  
rados en el

Laboratorio B. MARTIN

MADRID

## PRODUCTOS PANREAC

PRODUCTOS QUIMICOS PURISIMOS  
SOLUCIONES VALORADAS  
REACTIVOS



**MONTPLET & ESTEBAN, S. L.**

FABRICA y DESPACHO: Valencia, 645, Tel. 256343

BARCELONA

cial del epitelio del labio inferior», Dr. José Gay Prieto.—«Cirugía radical en el tratamiento de las neoplasias vesicales», Dr. Alfonso de la Peña.—«Datos anatómicos discutibles referentes a la articulación escapulohumeral», Dr. Julián de la Villa.—«Valor clínico de la anisocoria», Dr. Manuel Marín Amat.

**ARCHIVO DE MEDICINA EXPERIMENTAL.**—Del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.—Director: Prof. José Luis R. Candela.—Volumen XV.—Fascículo I. Madrid, 1952.—SUMARIO: «Contribución al estudio de la reacción de Hanger», por M. Valdés Ruiz y D. Pérez Sandoval.—«Leucemia, metabolismo basal y tiouracilo», por M. Valdés Ruiz y A. Juanes González.—«Estudio comparativo del algodón, seda, lino y catgut como materiales de sutura», por P. Ruiz Buitrago, D. Figueras Aymereich y J. Gómez Sánchez.—«Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la etiología y la patogenia de la leucemia linfática aguda. I. Experimentos de transmisión», por F. Más y Magro.—«La citología del líquido céfalorraquídeo después de la inyección intratecal de distintas sustancias. V. Penicilina», por Angel Tello Ortiz.—«Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la etiología y la patogenia de la leucemia linfática aguda. II. Alteraciones leucocitarias de sangre y aspecto citológico de los folículos linfoides», por F. Más y Magro.—«Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la etiología y la patogenia de la leucemia crónica humana (mieloide y linfática). I. Leucemia (mieloide y linfática) experimental del cobaya por transmisión con material humano», por F. Más y Magro.—«Influencia del extracto de páncreas aloxánico sobre la acción de la insulina en el consumo de glucosa por el diafragma aislado», por José Luis R. Candela, J. Tamarit, R. R. Candela y W. Cristense-König.

**HOJAS DIVULGADORAS.—MINISTERIO DE AGRICULTURA.**—Publicaciones de Capacitación agrícola: «Elección y manejo del arado», por Eladio Aranda Heredia; «Castración y rabéto de los corderos», por Félix Pérez y Pérez.—«El maíz híbrido», por Tomás Rallo.—«La crianza del gusano de seda», por Felipe González Marín.—«Embolsado de frutos en el árbol», por José de Picaza.—«La salazón de los quesos», por Santiago Matallana Ventura.

**BULLETIN ANNUEL DE LA ASSOCIATION DES INDUSTRIELS DE BELGIQUE.**—Para el estudio y la propagación de los métodos empleados para la prevención de los obreros en los accidentes del trabajo.—Núm. 62.—1952.—Avenue André Drouart, 29, Audergem-Bruxelles.

**NUEVAS NORMAS EN PROFILAXIS DE LA LEpra EN LA INFANCIA,** por el Dr. Félix Contreras.—De la colección de folletos para médicos, sobre temas de carácter sanitario, editados por la Dirección General de Sanidad.—Madrid, 1952.

**FECUNDACION ARTIFICIAL,** por el excelentísimo señor doctor don Francisco Luque Beltrán, de la Real Academia de Medicina.—Folleto de 15 páginas.

**AMINOIODOARSOLO.**—Los componentes del aminoiodoarsolo.—Los elementos oligodinámicos.—Los aminoácidos.—Indicaciones del «Aminoiodoarsolo» y sus resultados en su aplicación terapéutica.—Estados llamados pretuberculosos.—Tuberculosis ganglionar de las serosas.—Tuberculosis ósea y osteoarticular.—Estados de depresión orgánica, de astenia, de retardo de desarrollo físico y psíquico.—Trastornos digestivos.—Estados anémicos de diversa naturaleza.—Acción del «Aminoiodoarsolo» sobre la actividad nerviosa y mental.—Publicación del Laboratorio Químico Farmacéutico V. Ba'dacci.—Pisa.—«Dypsa», Distribución y Propaganda, S. A.—Apartado 942.—Barcelona.

**HOMENAJE A PEDRO RAMON Y CAJAL.—II.**—Por los doctores: Emiliano Echeverría, Ramón Martínez Pérez, Pedro Galán Bergua y Francisco Oliver Rubio.—Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico» de la Excm. Diputación Provincial de Zaragoza (C. S. I. C.).—1951.

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO (Ministerio de Trabajo).**—Ciudad Universitaria.—Madrid.—Julio 1952.—Folleto editado con motivo de su inauguración con asistencia de S. E. el Jefe del Estado.

**BOLETIN INFORMATIVO DE LA FEDERACION DEL CENTRO.**—Órgano oficial de la Federación de Montepíos y Mutualidades del Centro de España.—Núms. 3 y 4.—Julio y agosto 1952.—San Bernardo, 63.—Madrid.

**PUBLICIDAD Y TECNICA.**—Revista informativa patrocinada por O. P. Y. C., Organización Publicitaria y Comercial, y distribuida a todos los Laboratorios Farmacéuticos nacionales.—Núm. 3.—Julio 1952.—Redacción y Administración: Madrazo, 111.—Barcelona.—Teléf.: 27 21 43. Director: Julio E. Menéndez Gay.

**LA SEGURIDAD SOCIAL.—LA PREVISION Y LA MEDICINA SOCIAL EN CHILE EN 1950.**—Por el doctor Julio Bustos A., director general de Previsión Social.—Memoria anual.—Santiago de Chile.—Febrero 1952.

**LES ENFANTS DU PRADO VUS PAR UN MEDECIN.** Por el profesor González Alvarez, de la Facultad de Medicina de Madrid.—Maravilloso folleto en huecograbado, con 31 fotografías de distintos cuadros del Museo del Prado, donde nuestro ilustre compañero, prestigioso especialista de niños y gran artista, ha hecho un estudio original y nuevo sobre el diagnóstico retrospectivo referente a los niños reproducidos en los lienzos de este Museo, tema que ofrece un doble interés, a la vez médico y artístico, aportando grandes enseñanzas, muy útiles a la Historia del Arte y de la Medicina. Nuestra felicitación más encomiástica.—Este trabajo ha sido editado por «Olivier Perran» 198, Boulevard Saint-Germain.—París.—Doctor V. Doctor González Alvarez.—Jenner, 3.—Madrid.

«MANUAL DE PRACTICA MEDICA»

Escrito por los profesores Marcus, Krupp y Armstrong, de la Universidad de Stanford, y Norman, Sweet y Jawetz, de la Universidad de California, acaba de aparecer en los escaparates de librería un excelente Manual de Práctica Médica, traducido al castellano con especial pulcritud por el doctor don José Estellés Salariich, de gran solvencia científica y literaria, que encabeza su preámbulo de traductor con el siguiente párrafo: «Difícilmente hallaríamos una obra cuya lectura nos atreviésemos a recomendar con menos dudas y reservas que este Manual. Y ello se debe esencialmente a que su conocimiento, mientras la traducíamos, nos la recomendaba a nosotros mismos, que inmediatamente la convertimos en objeto de inmediata consulta para resolver los múltiples problemas que la actividad médica plantea en campos tan heterogéneos como la clínica, la investigación y las publicaciones.»

Y, efectivamente, el más severo examen de esta obra sitúa ante nosotros la sencillez y facilidad con que se encuentran en ella datos y conceptos que antes nos obligaban a consultar, con poco éxito o con el más desalentador fracaso, cuanto interesáramos recordar o conocer en un momento dado.

Todo médico práctico encontrará rápidamente en este manual cuanto le interese conocer en relación con el ejercicio profesional, ya se refiera a conocimientos antiguos y acreditados en el arte de curar, como los más modernos conceptos de la exploración y las más recientes conquistas de la Terapéutica. Es una verdadera síntesis de la Medicina, que no tiene ni el inconveniente que algunos puritanos podrían ponerle de tratarse de un resumen, porque el extracto es tan completo que él basta, la mayor parte de las veces, para aconsejarnos en una medida y orientarnos en un tratamiento.

La presentación, muy cuidada, impreso en papel biblia y ricamente encuadernada en piel, sirve para afianzar otra vez el sólido crédito logrado al cabo de tantos años de labor por la Editorial Merata.

DR. J. FERNÁN PÉREZ

ONDAS CORTAS

Con el título *Terapéutica por ondas cortas (Indicaciones y técnica)* ha publicado el doctor don Antonio Ricart Montés, ex médico interno de la Clínica Obstétrico-Ginecológica de la Real Universidad de Roma, un excelente libro de la máxima utilidad para el médico general y aun para el especializado en terapéutica física, rama del arte de tratar enfermos, que evoluciona con extraordinaria rapidez, y que desde una iniciación de carácter empírico, frecuentemente, requieren una revisión periódica ante el creciente perfeccionamiento de técnicas y métodos.

Las ondas cortas, aparentemente de sencilla e inocua aplicación, han dado lugar a un empleo abusivo de las mismas, y los fracasos que a veces se padecen débense, ante todo, a

deficiencias técnicas en su aplicación y en sus indicaciones.

El autor aborda en principio una breve exposición sobre física eléctrica, pedagógicamente ilustrada con dibujos y gráficos que la hacen asequible al menos preparado en estas materias. Compara los generadores de válvulas y de crismómetros, indicando las bases de una acertada elección. Recomienda la escuela vienesa del profesor Liebesney, para lograr los mejores resultados en el tratamiento de las inflamaciones, deteniéndose con cuidado en la dosificación, la colocación de electrodos y la frecuencia de las aplicaciones.

En un documentado capítulo estudia sus aplicaciones en traumatismos y los diversos estados infecciosos de órganos y aparatos, y especialmente en las ginecopatías.

La obra, profusamente ilustrada, ha sido editada con extraordinario esmero por el Instituto Reus.

DR. J. F. P.

### LOS MUSCULOS ESTRIADOS

Con el título *Exploration fonctionnelle du muscle strié humain, normal et pathologique* ha publicado recientemente una interesante obra el doctor P. Delmas-Marsalet, formando un volumen de 223 páginas, que constituye una importante contribución a la fisiología del músculo estriado, con especial destino a los especialistas en estas cuestiones.

En esta obra se aportan datos absolutamente originales, proporcionando a los clínicos un método preciso de exploración de las alteraciones funcionales musculares y las modificaciones farmacodinámicas causadas por diversas drogas o agentes terapéuticos.

La «miografía analítica» del autor se basa en el estudio efectuado durante más de cinco años de trabajos intensivos sobre una casuística de más de 10.000 miogramas, lo que proporciona a esta obra un indiscutible valor para fisiólogos, neurólogos, endocrinólogos y farmacólogos. La edición ha sido muy cuidadosamente presentada por la editorial J. B. Baillière et Fils. de París.

DR. J. FERNÁN PÉREZ

### TRAUMATOLOGIA

Con el título *Manual de Traumatología* acabo de recibir la interesante obra de la que es autor el profesor J. G. Bonnin, figura de gran prestigio mundial en esta rama de la Cirugía, que será, al paso que vamos, la única actividad quirúrgica del porvenir.

El autor ha dicho de su obra las siguientes palabras: «El libro que he escrito es el que hubiera deseado hallar en mis últimos días de estudiante y primeros de médico, y que, desgraciadamente, no encontré; y está escrito con la esperanza de que otros hallen en él el libro que yo busqué y que muchos más encuentren en sus páginas una sencilla pero completa exposición de las fracturas.»

Y efectivamente: la preparación, cuidadosamente clasificada; el estilo, sucinto; el hincapié hecho en los detalles prácticos de tratamiento, técnica y complicaciones, las numerosas figuras especialmente elegidas para reducir el texto descriptivo y aclarar la mayor parte de los puntos oscuros, se combinaron para dar a esta obra una más amplia aplicación.

El capítulo de los traumatismos del tobillo, resumen de un extenso libro del autor recientemente publicado, y el de las fracturas de la cara y del maxilar, redactado por el doctor Barrón, dan a la obra un valor práctico excepcional.

La obra alcanza una extensión de unas 800 páginas, cuidadosamente impresas en papel couche, ilustrada con 711 figuras, extraordinariamente aclaratorias, ha sido pulcramente traducida al castellano por el doctor don José Luis Luna Pérez, que merece especiales alabanzas por su literaria labor. La Editorial Morata ha derrochado todo lo posible en los momentos actuales en la publicación de un libro ejemplar.

DR. J. FERNÁN PÉREZ

### ENDOCRINOLOGIA CLINICA

Con el título *Progresos de la Endocrinología clínica* hemos recibido la monumental obra que ha publicado el profesor Samuel Soskin, catedrático de Fisiología en la Universidad de Chicago y director del Instituto de Investigaciones Médicas del Hospital Michael Reese, que vamos a comentar brevemente.

Incluso para los médicos especializados en este vasto campo clínico y experimental de la Endocrinología, suele ser difícil el mantenerse suficientemente informado sobre los miles de trabajos que constantemente se publican por investigadores de todo el mundo. Pero este natural deseo de una completa información sobre tan vitales cuestiones se acrecienta cuando se trata de médicos generales, internistas y cirujanos, y para llenar esta evidente necesidad, el profesor Soskin ha iniciado con este libro, interesantísimo por todos conceptos, una serie de volúmenes que crezcan acabadas revisiones de conjunto y resúmenes periódicos críticos de los progresos evidentes logrados en la Endocrinología clínica.

Y a este efecto ha encomendado a personalidades tan destacadas en el mundo científico como las que figuran a continuación, el estudio y redacción de las diversas materias contenidas en este volumen. Son estos prestigiosos colaboradores del profesor Soskin, los doctores Abarbanel, de Los Angeles; Allweiss, de Chicago; Aranow, de Nueva York; Astwood, de Boston; Barker, de Iowa; Bartels, de Boston; Bowmann, de Nueva York; Bronstein de Chicago; Brown, de Arkansas; Browne, de Canadá; Cohn, de Chicago; Conn, de Michigan, y muchos más ilustres profesores y jefes clínicos de universidades y hospitales americanos, que han elaborado un excelente material clínico y de investigación sobre endocrinología, tratando sucesivamente, y después de un amplio capítulo de introducción, los problemas del tiroides y paratiroides; corteza y médula suprarrenal; páncreas; ovario; endocrinología sexual, hipófisis anterior y posterior; el empleo de las hormonas en procesos no endocrinos, y temas generales de estas materias, formando un grueso volumen de 722 páginas en cuarto, que ha sido cuidadosamente presentado por la Editorial Científico Médica a los médicos de habla española.

DR. F. P.

### UN LIBRO DE PUERICULTURA

El resonante éxito alcanzado por el doctor Giovanni Battista Allaria, profesor de Pediatría de la Universidad de Turín con su obra titulada *El libro de la madre*, ha decidido a la Editorial Marfil a presentar una cuidada versión del mismo adaptada para España y traducida por el ilustre doctor don Jaime Magaz, profesor adjunto de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid y médico puericultor del Estado.

Constituye este volumen un completo y moderno manual de Puericultura—física y moral—escrito tras una vasta experiencia en la cátedra y en la clínica, por una de las más prestigiosas figuras de la medicina europea.

Con estilo claro, ameno y sencillo, el autor se dirige a las jóvenes escasas y futuras madres, ya para desvanecer errores, creencias y rutinas, que tantos perjuicios causaron en otros tiempos a la salud de los niños, ya para darles claras y precisas normas, indispensables para el éxito en la crianza y educación de los hijos.

Después de una introducción, con las nociones necesarias para el recto desempeño de la maravillosa misión de la maternidad, el autor recoge en la primera parte, con perfecta sistematización, las reglas higiénicas y sanitarias para la crianza del niño sano. En la segunda parte instruye prácticamente para el cuidado y asistencia a los niños enfermos, con breves y útiles esquemas de las enfermedades más comunes en la infancia. La tercera y última parte está dedicada a la educación del niño desde el nacimiento hasta la pubertad, tanto en el aspecto intelectual y sensitivo como en el moral y religioso, formación del carácter, educación de la pureza, etc.

Particularmente interesantes son los capítulos referentes a la influencia sanitaria del clima, baños de sol, plantas medicinales.

# MADREZAL

Específico clásico de la HIPOGALACTIA.-Laboratorios O. F. E-Madrid (4)

ANEMIAS · DESNUTRICIÓN · CARENCIAS

# hepal



FÁBRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS  
QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS  
**MADRID**

TELF. 55386 · APARTADO 9030

JARABE

INYECTABLE

PRINCIPIO ANTIANÉMICO Y COMPLEJO VITAMÍNICO B  
DEL HÍGADO, CON HIERRO Y COBRE

Primer producto totalmente nacional  
obtenido por métodos propios en nuestra  
Fábrica, a partir de los hígados frescos de vacuna



ADMINISTRACIÓN CÓMODA · ACCIÓN TERAPÉUTICA  
RAPIDA · MÁXIMA EFICACIA · ECONOMÍA

F<sup>ca</sup> NAVACERRADA 62

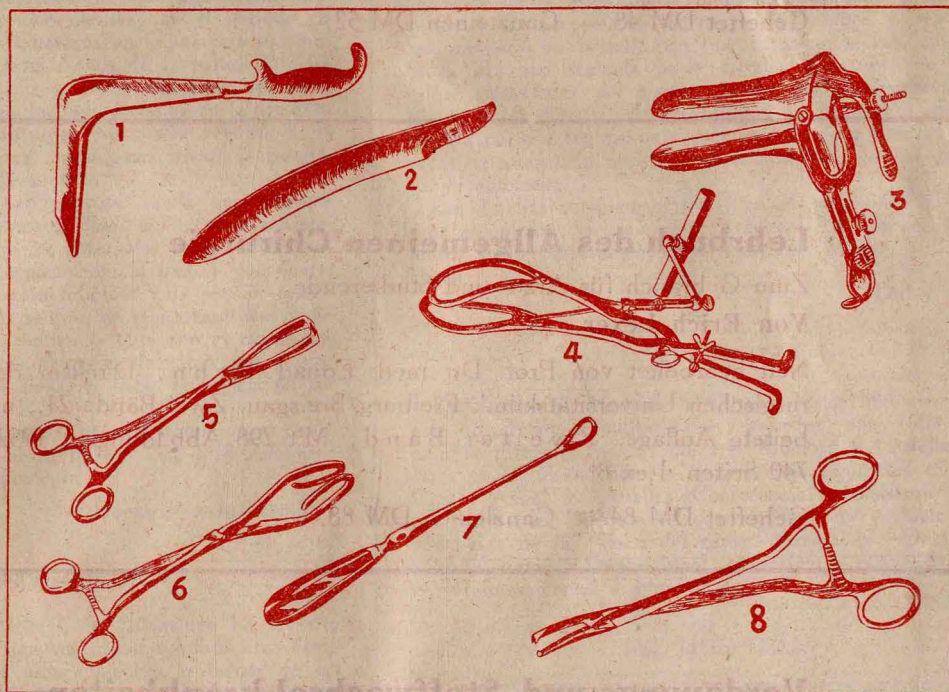
Instrumental  
quirúrgico  
variadísimo

siempre de la  
mejor calidad  
nacional, cro-  
mado, garan-  
tizado.

Importación:

Sueco, alemán y  
francés, en todas  
especialidades

Consulte o pida cuanto necesite a



"LA CASA DEL MEDICO", S. A.

Atocha, 113 MADRID (Frente a la Facultad)

Teléfonos 27-13-51 y 27-98-39

Apartado 7.071

Grandes y pequeñas instalaciones de Hospitales, Sanatorios y Clínicas  
SURTIDO — CALIDAD — ECONOMIA

# FERDINAND ENKE VERLAG

(14 a) Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3

## **Die parasitischen Würmer des Menschen in Europa**

*Ihre Biologie, Pathologie und Therapie*

Von Dr. med. habil. Heinrich Bergstermann, Dr. rer. nat. Hans Mendheim und Dr. med. Gerhard Scheid, sämtlich Medizinische Universitäts-Poliklinik, München

Mit 35 Abbildungen, 1951. VIII, 199 Seiten, Lex. 8°

Geheftet DM 21.—. Ganzleinen DM 23.80

## **Die Hirngeschwülste**

Von Prof. Dr. med. Percival Bailey, University of Illinois, Chicago.

Ins. Deutsche übertragen von Dr. med. Henry D. v. Witzleben.

Zweite umgearbeitete Auflage.

Mit 155 Abbildungen und 16 Tafeln. 1951. XV, 418 Seiten. Lex.-8°

Geheftet DM 48.—. Ganzleinen DM 52.—

## **Lehrbuch des Allgemeinen<sup>e</sup> Chirurgie**

Zum Gebrauch für Ärzte und Studierende

Von Erich Lexer

Neu bearbeitet von Prof. Dr. med. Eduard Rehn, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg/Breisgau. Zwei Bände 21., umgearbeitete Auflage. Zweiter Band. Mit 298 Abbildungen. 1952. XV, 740 Seiten. Lex 8°

Geheftet DM 84.—. Ganzleinen DM 88.—

## **Verdauungs-und Stoffwechsel-krankheiten**

Von Max Bürger, Direktor der Medizinischen Univ-Klinik Leipzig.

Mit 123 darunter 43 farbigen Abbildungen und 73 Tabellen.

Geheftet DM 55.—. Gebunden DM 59.—

nales, socorros de urgencia y botiquín familiar, que convierten al libro en una verdadera enciclopedia.

Basta leer el índice para cerciorarse de que se trata de un libro muy completo y utilísimo para las madres, enfermeras, comadronas y para cuantos tengan relación con los problemas sanitarios y formativos de la infancia.

DOCTOR VESALIO

«HORIZONTE»

La batalladora revista de la C. A. S. O. E. de Barcelona titulada *Horizonte*, y dirigida por el doctor don Emilio J. Lejang, inserta en su última edición entre otros originales los siguientes:

«¡ Sálvese el que pueda! », editorial.—«Aclarando conceptos y disipando recelos», por el doctor Antonio de Soroa.—«Las residencias, las clínicas y los médicos», por el doctor Mussons Viladot.—«En Avila una mañana...», por Isidoro de Mastia.—«El Seguro de Enfermedad y sus problemas médicos», por el doctor Nogales Puertas.—«El tiempo es... plomo», por el doctor Soriano.—«Pesas y medidas», por Gladiator.—«El déficit del Seguro de Enfermedad».

*Horizonte*, que con este número cumple su cuarto año de vida, da una prueba más de lo que puede hacerse en las cuestiones más graves, como las del Seguro, cuando hay una figura entusiasta, inteligente y dinámica al frente de la obra.

«LA EDAD DIFÍCIL»

Acabamos de recibir esta sugestiva obra escrita por una eminente maestra italiana de pedagogía, escritora profusa, entre cuyos libros figuran valiosos estudios de psicología y literatura educativa, Luisa Guarnero, que ha logrado un bien ganado prestigio, no sólo en su patria, sino en todo el mundo.

La autora se enfrenta con el arduo problema de la educación de los hijos en esa difícil edad que va desde los siete a los quince años, y plantea y resuelve la situación de cada caso con una sinceridad tal, con un tan profundo conocimiento del alma y de los sentimientos infantiles que difícilmente podrían ser superados. No hay que olvidar que el período de la vida que estudia la señora Guarnero en la infancia es francamente decisivo para los próximos años de la pubertad y los de la edad adulta. Sus enseñanzas, claras, diáfanas, sencillas, con el lenguaje apropiado para lectores profanos en la materia, aun cuando sean padres, constituyen una visión general de la compleja educación pedagógica, fisiológica, moral y religiosa del niño en ese período de su vida.

La autora comienza por explicar qué es lo que significa educar, hablando de los ambientes familiar, local y extrafamiliar. Trata luego de los deberes paternos en su valiosa acción educativa. Estudia psicológicamente al niño y con análoga claridad trata de la educación religiosa y la sexual, terminando con la coeducación y el sentido de responsabilidad y de colaboración de los niños. Y finaliza la obra con el cuestionario de Choisy, para determinar el grado de capacidad y preparación de los padres para llevar a cabo la educación de sus hijos.

La obra, esmeradamente impresa, ha sido traducida al castellano con gran cuidado por el presbítero don José Zahonero Vivó, doctor en Sagrada Teología.

Doctor FERNÁN PÉREZ.

«SALAMANCA MÉDICA»

El Colegio Oficial de Médicos de Salamanca ha resuelto con el título *Salamanca Médica* una circular informativa destinada a sus colegiados, cuyo primer número acabamos de recibir y en el que habla de las tareas colegiales, de los centros de higiene y las casas del médico. Un interesante artículo de D. R. Magallanes, titulado «Un compás de espera, después de terminada la clasificación de partidos médicos». Otro de don Isidoro Juárez sobre las Comisiones asesoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad, y otros notables escritos sobre previsión sanitaria nacional, médicos inválidos y senectés; igualmente colegiales y noticiarios de la vida médica.

UNA OBRA DE LEVADITI

El profesor Levaditi ha publicado un interesante volumen titulado *El cloranfenicol y sus aplicaciones terapéuticas*, que constituye el cuarto volumen dedicado por este autor a los antibióticos.

Desde el descubrimiento de estas medicaciones tan extraordinariamente eficaces, el profesor Levaditi ha llamado la atención del mundo médico sobre su gran importancia, tanto desde el punto de vista teórico como desde el práctico, prediciendo hace largo tiempo que no habría de tardarse mucho en encontrar nuevos recursos terapéuticos cada vez más eficaces, que han sido confirmados al descubrir esas nuevas medicaciones de origen fúngico, como la aureomicina y el cloranfenicol o clorfenicina, que se singularizan por un amplio potencial curativo, no solamente en las infecciones provocadas por bacterias y espiroquetas patógenas, sino en esos procesos morbosos debidos a *rickettsias*, que van desde el tifus exantemático a los raros representantes del grupo de los ultravirus, grupo que se había considerado como inatacable para las secciones micelianas hasta ahora conocidas.

La obra está completada con una extensa bibliografía y un *addendum* de investigaciones personales del prestigioso autor, habiendo sido presentada con el excepcional cuidado de la editorial J. B. Baillière et Fils, de París.

Dr. J. F. P.

LUCHA ANTITUBERCULOSA

El Centro Antituberculoso de Perfeccionamiento de Estambul ha reunido en dos volúmenes, en francés y en turco, las principales conferencias desarrolladas en el curso de perfeccionamiento organizado en Turquía por la O. M. S., bajo la dirección del doctor Barthet. Esta obra, destinada a los médicos del Oriente medio, se propone alentarlos en la lucha contra la tuberculosis, constituyendo un evidente testimonio de las actividades prácticas llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud. La edición ha sido encomendada a la casa Hachete, de Estambul.

Dr. J. F. P.

«LA ALIMENTACION HUMANA»

Con este título ha publicado el doctor H. Simonet una obra magistral, en la que aborda los aspectos médico, biológico e higiénico de la alimentación humana, estudiando en la primera parte las necesidades nutritivas del hombre, o sea las bases *standard* de la nutrición que actualmente han sido adoptadas. En una segunda parte estudia la manera de atender estas necesidades por medio de materiales alimentarios, según el valor nutritivo de los mismos, y, finalmente, dedica la tercera parte a regímenes y raciones, dando a conocer los métodos de asociación de los diversos alimentos de una dieta fijada de antemano.

Los detalles complementarios han sido recogidos en 34 cuadros sinópticos de gran valor práctico. La edición es excelente, como corresponde a la Editorial Masson y Cía., de París.

Dr. J. F. P.

VIDA NUEVA

La *Revista de Medicina y Cirugía de La Habana*, que con este título viene publicándose desde el año 1909, ahora, bajo la dirección de los doctores Montoro y Castellanos, inserta en el último número recibido los siguientes originales: Doctor Angel A. Aballi, «Conferencia en alabanza del doctor Joaquín L. Dueñas».—Doctores Nenzecry y Poulet, «Nuevas bases de la clínica del cáncer bronquial».—Doctor González García, «Traumatismos craneales».—Actualidad médica.—Informaciones Bibliográfica.

«EL HOSPITAL»

La *Revista Interamericana de Hospitales*, editada en castellano en Nueva York, inserta en su número de agosto los siguientes trabajos: «La administración del hospital y la farmacia», por Georges A. Emerson.—«El hospital pequeño puede tener un servicio de anestesia eficaz», por Thomas E. Wicker.—«Extracción de cuerpos extraños de los ojos», por el doctor Arthur Alexander Knapp.—«La preparación de internos administrativos en hospitales pequeños», por Preston R. Woodham.—Progresos de la quimioterapia.—Revista de libros, etc.

«MEDICINA PSICOSOMÁTICA»

Con este título han publicado en Norteamérica los doctores Edw. Weiss y O. Sp. English una interesante obra que

ha sido traducida al francés por Bourquin y cuidadosamente editada por Delachaux y Niestlé, de Neuchâtel (Suiza). En ella se estudia, a la luz del freudismo, la influencia de la vida emocional sobre las enfermedades, afirmando que la tradición puramente orgánica en Medicina debe ser revisada añadiendo la parte psíquica en todo su valor. Todos los médicos nos hablan de que entre sus enfermos hay una gran mayoría que no padecen afección orgánica alguna demostrable, pero sufren enfermedades imaginarias. Enfermedad que no es una fantasía imaginaria del enfermo, sino una afección real de orden psíquico y funcional, que requiere un elemental tratamiento psíquico y medicamentoso. Y este libro está consagrado a mostrar cómo pueden descubrirse estas enfermedades y cómo pueden tratarse por psicoterapia y mediante la debida a exploración de los diversos sistemas que pueden ser afectados.

Se trata de una obra de suma utilidad para el médico general, porque en ella se plantean los problemas clínicos sin absolutismos ni exoterismos característicos de las obras puramente psicoanalíticas.

### GEOGRAFIA Y TOPOGRAFIA MEDICAS

Con el título «Los higienistas y clínicos asturianos como iniciadores de la patología geográfica», ha pronunciado una notable conferencia en la Academia de Medicina Asturiana el doctor don José Álvarez Sierra, del Comité directivo de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas, destacando las personalidades científicas de Casal y Roel, que fueron los primeros médicos de Europa que efectuaron estudios sobre geografía médica y climatológica, recordando que en un reciente Congreso médico americano se reconoció que la colección de memorias premiadas por la Fundación Roel, sobre geografía y topografía médica de Asturias y de la provincia de Madrid, constituyen el mejor cuerpo de doctrina de estos estudios.

El doctor Álvarez Sierra describió la personalidad científica de las grandes figuras médicas de Asturias, refiriéndose principalmente a Méndez Alvar, Buylla, Rico Sánchez y Valle Aldabalde, siendo muy aplaudido y felicitado por su magnífica disertación.

Presentó al doctor Álvarez Sierra el presidente de la Academia, doctor García Cossío, que hizo grandes alabanzas de su personalidad científica y literaria.

A continuación, el doctor Álvarez Buylla propuso que durante el año próximo organice la Academia un homenaje a la memoria del doctor Faustino García Roel, por cumplirse el primer centenario de su primera comunicación sobre geografía médica, a cuyo acto será invitado el doctor Marañón.

### «AULAS MEDICAS DE NAVARRA»

Con este título y el subtítulo de *Crónica de un movimiento cultural*, acaba de publicar el eminente médico analista doctor don Santiago Larregla Noguera un libro interesantísimo por todos conceptos, en el que su autor, hijo de aquel gran compositor que tanto contribuyó a que se propagase por el mundo el grito de *¡Viva Navarra!*, título de su briosa y magnífica jota, ha logrado exhumar de entre los polvorientos archivos la veraz historia del Real Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia, creado en Pamplona en tiempos de Fernando VII, y las razones que indujeron a los hombres de ciencia de entonces a cristalizar en aquella gran obra sus plausibles aspiraciones.

No disponemos de espacio para comentar cumplidamente el meritísimo trabajo del doctor Larregla, pero sí para destacar el hecho de que Navarra emprendiese aquella obra cultural, en los turbulentos tiempos fernandinos y cristinos, cuando el todo social, agitado y distraído, soplabla a dos carrillos contra el velamen universitario.

En esta obra histórica y literaria, además de filialmente reivindicadora de la gran cultura navarra, el doctor Larregla estudia a fondo y con gran cariño los afanes universitarios y

la historia de la revalidación de títulos en Navarra, trazando un excelente capítulo de la historia de la Medicina en los siglos XVI al XIX.

Con mano maestra, que obliga al lector a adentrarse plenamente en el pulcro contenido literario de sus páginas, el autor ha escrito acabados estudios biográficos de figuras de la Medicina del prestigio de don Jaime Salvá, gran maestro de Anatómía; del profesor Landa, excelente escritor médico; del doctor Uribarri, del profesor Pou y Campos y de otros galenos de la época que supieron dejar marcada huella de sus actividades científicas con el evidente valor de sus obras.

Completa admirablemente el conjunto de esta obra ejemplar el estudio del marco ambiental de aquellos tiempos con una acabada y amena descripción de la ciudad, de la vida estudiantil, del teatro y la música, de los toros, del vascoence, de todo aquello que puede servir para entrar al lector en el momento histórico en que se sitúa toda la acción. Y si el doctor Larregla no hubiera contraído anteriormente honrados méritos para ello, esta sola obra le abrirían las puertas de par en par no ya sólo de la pujante Asociación Española de Escritores y Artistas Médicos, sino del más vasto campo de las buenas letras hispanas. Y la obra, esmeradamente impresa, constituye un extraordinario galardón para la Institución Príncipe de Viana de la Diputación Foral de Navarra.

DR. F. P.

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FISIOTERAPIA REEDUCATIVA Y RECUPERACION FUNCIONAL

El pasado mes de junio quedó oficialmente constituida la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional, siendo los componentes de la primera Junta directiva los siguientes: Presidente, profesor V. Sanchis Olmos (Madrid); vicepresidentes, profesor J. San Román (Madrid) y doctor L. García Ternel (Barcelona); secretario, doctor José M. Poal (Barcelona); vicesecretario, doctor J. Puig Leal (Madrid); tesorero, doctor F. Barnosell (Barcelona); vocales-consejeros: profesor Jiménez Díaz (Madrid), profesor Gibert-Queraltó (Barcelona), profesor P. Piulachs (Barcelona), profesor La Fuente Chaos (Madrid), profesor García Díez (Oviedo), doctor Salaverri (Bilbao), doctor López de la Garma (Madrid), doctor J. M. Vilardell (Barcelona), doctor R. Moreno González (Madrid), doctor A. Ballabriga (Barcelona), doctor M. Clavel Nolla (Murcia) y doctor Francisco Calzadilla (Córdoba).

Se ruega a cuantos señores médicos estén interesados en ser socios o conocer detalles sobre dicha Sociedad se dirijan al secretario, doctor José M. Poal, Travesera de Gracia, 22, Barcelona.

### «LA TRAUMATOLOGIA EN LOS ULTIMOS CIENTOS AÑOS. PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO»

En la Real Academia de Medicina de Barcelona, el profesor doctor Lorenzo Böhrler, dió una conferencia sobre «La traumatología en los últimos cien años. Perspectiva para el futuro».

Empieza agradeciendo la salutación de que ha sido objeto, haciendo constar que es para él un verdadero honor hablar en la Real Academia de Medicina de Barcelona.

La Traumatología, como rama independiente de la Cirugía, ha ido experimentando continuos progresos desde la introducción de la antisepsia por Semmelweis hasta el descubrimiento de las sulfamidas y penicilina por Domagk y Fleming, respectivamente, en nuestros días, pasando por los trascendentales avances que representaron los trabajos de Pasteur, Lister, Bergmann, Behring y Ramón. Sin embargo, a su juicio, lo que tiene una importancia fundamental es el descubrimiento, por Fiedrich, de la limpieza mecánica de las heridas antes de las seis horas. En otro sentido es realmente eficaz el reposo ininterrumpido y, en este orden de ideas, el

PUBLICACION DE ARTICULOS Y TRABAJOS.—Todos los Sres. Médicos españoles pueden publicar sus trabajos sobre CIENCIA, ARTE, LITERATURA, DEPORTES, AMENIDADES, etc., en las páginas de

**Domus Medici** remitiendo sus originales (escritos a máquina y a dos espacios) a nuestra Redacción:

**Espalter, 2 - MADRID**



vendaje oclusivo, que era conocido como método español de tratamiento de las heridas. Se ha progresado, asimismo, en la lucha contra el shock y en las transfusiones.

Refiriéndose ya a las fracturas, se tiene noticia que en épocas muy remotas, ante una fractura o dislocación, lo primero era la reducción y contención. El ejercicio, en cambio, es un concepto nacido en este siglo. Antiguamente la reducción se efectuaba por el empleo de la fuerza, sin ningún paliativo, hasta que, posteriormente, se descubrió la anestesia. Se introdujo el masaje y movimiento pasivo, y en 1912, en el Congreso Internacional de Traumatología, el movimiento activo, sin dolor. Para mejorar la reducción se ha empleado la osteosíntesis, debiéndose tener cuidado con los fragmentos para evitar pseudoartrosis. El material empleado es diverso, placas, tornillos, hilos de alambre, etc. Hay que evitar los dos extremos, ajustarlos demasiado o dejarlos flojos.

Respecto a la asistencia en los hospitales todo debe subordinarse a la organización y a la asistencia rápida, con lo cual se evitan múltiples complicaciones y se ahorran esfuerzos inútiles, beneficiándose todos por lo que esto supone. En Austria existen numerosos hospitales de traumáticos y otros para el tratamiento consecutivo. Es opinión del conferenciante que debería contarse con una cama para traumáticos por cada 1.000 habitantes; en parte de su país esto ya se ha conseguido, aun siendo nación pobre, lo que atribuye al ahorro.

Solamente se puede ser buen traumatólogo si se cuenta con enseñanza y organización adecuadas. En Austria desde hace tiempo, existe el título de traumatólogo, para obtener el cual son necesarios seis años de estudio, tras los correspondientes a la carrera, repartidos en servicios de Traumatología, Clínica quirúrgica y Ortopedia.

Siguiendo estas enseñanzas y esta organización cree se obtendrá una gran experiencia, que favorecerá a los heridos y, en último término a la Traumatología.

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Cátedra de Patología Quirúrgica del profesor F. Martín Lagos. V Curso de Anestesiología. 15 de octubre de 1952-15 de junio de 1953. Dirigido por el profesor Martín Lagos. Encargado del curso de Anestesia: Doctor Luis Agosti, jefe de Anestesia del servicio.

Encargado del curso de Transfusión: Doctor Patricio Agustín, jefe del Servicio de Transfusión de Sangre del Hospital de San Carlos, con la colaboración de los Servicios clínicos de la Facultad de Medicina.

Este curso consistirá en conferencias y seminario sobre Anes-

tesia y Hemoterapia o prácticas de las diversas técnicas de la especialidad.

Para obtener el título es necesario, no sólo la asidua asistencia, sino la aprobación de las pruebas finales.

El número de alumnos queda reducido a seis, que serán seleccionados entre los aspirantes.

La matrícula queda abierta en la Secretaría de la cátedra del profesor Martín Lagos, Hospital de San Carlos, hasta el día 9 de octubre, acompañando documento acreditativo de haber terminado los estudios de licenciado en Medicina y Cirugía, así como una relación firmada de su historia profesional y aquellos certificados de méritos que se juzgue oportuno alegar para su admisión.

Importe de la matrícula: 2.000 pesetas.

\*\*\*

Cátedra de Patología Quirúrgica del profesor F. Martín Lagos. Enseñanza oficial de postgraduados de la especialidad de Traumatología y Ortopedia. Creada por Orden ministerial de 1.º de enero de 1949. III curso, 15 de octubre de 1952 a junio de 1953.

Dirigido por el profesor F. Martín Lagos, catedrático de Patología Quirúrgica y profesor encargado de la enseñanza de Traumatología y Ortopedia en la Facultad de Medicina, con la colaboración de diversos catedráticos y jefes de Servicios y profesores adjuntos y ayudantes de la cátedra.

Este curso de Traumatología y Ortopedia consistirá en conferencias y seminario sobre la especialidad y en la asistencia al Servicio como médico interno.

Además de las lecciones teóricas se harán en los laboratorios conferencias y trabajos prácticos sobre:

«El laboratorio clínico en las afecciones osteoarticulares».

«El diagnóstico histopatológico en las afecciones osteoarticulares».

«El diagnóstico radiológico en las afecciones osteoarticulares».

Para obtener el título es necesario, no sólo la asidua asistencia, sino la aprobación de las pruebas finales.

El número de alumnos queda reducido a quince, que serán seleccionados entre los aspirantes.

La matrícula queda abierta en la Secretaría de la cátedra del profesor Martín Lagos, Hospital de San Carlos, desde el día 24 de septiembre próximo al 9 de octubre.

Importe de la matrícula: 2.000 pesetas.

Informes y programas, en la citada Secretaría, de once a una, a partir de la fecha para la inscripción.

**HIJOS DE D. QUERALTO**

Cirugía - Ortopedia - Optica - Odontología - Electromedicina - Mobiliario  
Quirúrgico-Material para Farmacias y Laboratorios-Fabricantes de Apositos

SEVILLA: Cerrajería, 9. - MADRID: Fuencarral, 39 y Carretas, 25 - Apartado 915 - Tels. 215152 y 210912

## EN LA MUERTE DEL DOCTOR PIGA

Por el Dr. RASCÓN

Desaparece de entre nosotros el doctor don Antonio Piga Pascual. Fallece cuando todavía están vibrantes sus palabras en aquella última lección magistral, pronunciada con motivo de su jubilación de la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Madrid. Aún recordamos aquel anfiteatro del viejo caserón de San Carlos el día en que Piga, con su verbo fecundo, hablaba del caso forense más apasionante: el de las niñas desaparecidas de Hilarión Esclava. Aquel día el maestro se superó a sí mismo, y al final, su adiós a la cátedra ponía lágrimas en sus ojos y también en los de los que le escuchábamos.—*Pueblo*, 26 de agosto.

## HA MUERTO EL DOCTOR PIGA, EL ÚLTIMO MÉDICO FILOSÓFO

Por el Dr. ALVAREZ SIERRA

Con gran frecuencia, los hombres ilustres pasan a la posteridad juzgados por aquella impresión del momento que destaca su vida y su obra al ocurrir su muerte, quedando olvidadas las que fueron sus características fundamentales. Esto tiene más justificación en las mentalidades polifacéticas, como la de don Antonio Piga, que se diluyen en diversos órdenes de actividades.

El decano honorario de todos los médicos forenses de España, que ha fallecido en Madrid, fué médico titular, profesor del hospital, catedrático, historiador, escritor, académico, el primer especialista en electroradiología, sagaz clínico; todo aureolado de prestigio y pública gratitud. Pero hay algo que se escapa a muchos de los comentaristas de sus libros y discursos, incluso al de ingreso en la Real Academia, y que en estos momentos solemnes, caliente aún su cadáver, debemos recordar. Me refiero a su fuerte personalidad como humanista y filósofo médico, síntesis de su excepcional cultura y de la enorme cantidad de horas que dedicó siempre al estudio y a la meditación.

Esto no debe extrañar si tenemos en cuenta que le correspondió cursar el bachillerato en el Instituto de San Isidro, en los tiempos en que allí enseñaba metafísica don Urbano González Serrano, de quien fué discípulo predilecto, y después, en la Facultad de Medicina, escuchó las más sabias lecciones de dialéctica criteriológica a don José Letamendi, Benito Hernando y don Manuel Alonso Sañudo. Cuando con un formidable bagaje de preparación clínica se lanzó a la práctica rural, las horas libres que le dejaban la visita de los enfermos las dedicaba en plácidos soliloquios a filosofar y discurrir. Luego, ya toda su vida ulterior fué un continuo aplicar al ejercicio de su carrera las discriminaciones trascendentes de su formación filosófica en la lógica kantiana de la crítica de la razón pura.

Había nacido en Madrid el 6 de enero de 1879, donde pasó su niñez y juventud en el seno de una familia, modelo de aquellos clásicos hogares castellanos, que en los años de final de siglo guardaban la solera de la austeridad, laboriosidad y espíritu religioso, y que entre los madrileños eran tradicionales.

Estudió la primera enseñanza en el colegio de San Rafael, de la calle de Atocha, y el bachillerato en el Instituto de San Isidro, donde se destacó como uno de los primeros alumnos. La carrera la cursó en Madrid con la misma brillantez.

Terminada la licenciatura en julio de 1900, como Piga no disponía de bienes de fortuna para establecerse en Madrid, solicitó y obtuvo la titular de Cenicientos, que desempeñó durante cinco años. Durante este tiempo fueron grandes sus triunfos y se acreditó como clínico de excepcional competencia. De todos los pueblos próximos —Villa del Prado, Escalona, Almorox, Cadarso, Navalcarnero y otros muchos—había constantemente una peregrinación de enfermos que acudían al médico de Cenicientos.

En virtud de brillantes oposiciones ganó con el número uno la plaza de médico del Hospital Provincial de Toledo, cesando entonces su actuación como médico rural. De Toledo vino a Madrid en 1915 para desempeñar el cargo de médico de familia de la Real Casa.

A partir de este momento, la biografía del doctor Piga constituye una ascensión gloriosa en el camino del éxito profesional: médico forense de Madrid, catedrático de Medicina Legal y jefe de los Servicios de Canceología del Hospital de San José y Santa Adela. Como director de la Escuela de Medicina Legal cumplió una elevada misión, tanto en el campo de la investigación analítica como en aquel otro donde se resuelven a diario distintos problemas medicoforenses.

Débele la ciencia patria, entre otras cosas, un excelente método de tratamiento de la parálisis infantil por irradiación del simpático medular, actualmente en uso en no pocos hospitales y bien conocido en España por sus eficaces resultados.

Fuó honrado por la Associazione Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni con el título de miembro de honor (solamente otorgado a tres profesores extranjeros en medio siglo) y también era socio correspondiente de la Sociedad de Medicina Legal de San Pabío.

Trabajo magistral fué el informe sobre los restos de las niñas desaparecidas en los desmontes de la calle de Hilarión Esclava.

Como publicista, realizó una labor copiosa y de trascendencia en el sentido de dar a conocer más allá de las fronteras de la Patria el moderno pensamiento español en cuestiones medicolegales y de psiquiatría forense. Es autor de un libro, *Medicina legal de urgencia*, del que ha dicho el gran Baltazard que lo tiene siempre en su mesa de despacho para consultar los puntos más modernos de la especialidad.

Para terminar, recordaremos las siguientes palabras del propio don Antonio Piga, pronunciadas en su último discurso en una Academia científica: «Fuí titular de Cenicientos durante cinco años. Allí escribí mi primera obra. No sé lo que ganaba; acaso unas 5.000 pesetas. Lo suficiente para vivir. Recuerdo el pueblecito con emoción. En él di mi primeros pasos en la ciencia médica. Allí reposan los restos de mi madre. Allí siborearon mis ilusiones de luchador, de hombre de voluntad para el trabajo. He dedicado toda mi vida a la ciencia. Jamás quise convertir mi carrera en motivo

de explotación y llego pobre a la vejez. Sin embargo, si volviera a nacer volvería a ser médico. La Medicina es la más noble y más digna de la profesión.»—*Hoja del Lunes*, 25 de agosto.

—o—

## CON LA MUERTE DEL PROFESOR PIGA, ESPAÑA HA PERDIDO UNO DE SUS MÁS GRANDES HOMBRES DE CIENCIA

Por el Dr. FERNÁN PÉREZ

Le habíamos escrito felicitándole por haberle otorgado el Generalísimo Franco la gran cruz de Sanidad, y pidiéndole hora para visitarle. Y al mismo tiempo, en nombre de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas, y como secretario de la misma, le comunicaba el acuerdo de haberle nombrado miembro de honor de esta Asociación.

Y el profesor Piga me contestó con una admirable carta, como suya, de la que voy a reproducir algunos párrafos:

«Sin levantar mano, como dicen quienes por ser jueces y magistrados suelen sentarla a los que faltan a la ley, contesto a su cariñosa misiva. Huelga decir que en esta ocasión lo de «levantar mano» quiere decir no perder un minuto. Los viejos podemos despilfarrar todo, incluso dinero, si lo tenemos, pero no podemos malgastar el tiempo que se nos escapa de las manos.

»Rodeos aparte, y después de darle a usted y a todos cuantas gracias merecen por las mercedes que me anuncian, he de decirles que, si Dios quiere, romperé por una vez mi actitud de negativismo social, y, como dicen los castizos de mis Madriles, me dejaré querer.

»Confidencialmente, le doy la siguiente noticia, poco agradable: Estoy seriamente amenazado por una colitis espástica, acompañada de graves trastornos del tramo final del aparato digestivo.

»Es curioso que los médicos terminemos muchas veces por causa de una enfermedad contra la cual luchamos durante nuestra actividad profesional. Diríase que la enfermedad toma venganza de nuestra humanitaria labor. O acaso nos obliga a reconocer nuestras menguadas posibilidades terapéuticas, ya que ni siquiera sabemos curarnos y vencer las dolencias que padecemos.

»Dije «colitis espástica», y acaso sea más. Me es igual. He vivido demasiado y he perdido a mi Emilia, o, lo que es igual, a «la costumbre», como dijo Unamuno haber perdido cuando se quedó viudo. Quisiera todavía vivir unos meses, para dar a conocer el resultado de investigaciones que han durado años y permanecen inéditas. Quisiera también terminar un libro, *La España de ayer y la de hoy*, donde se refleja cuanto he visto en el siglo actual. Tengo terminados algunos capítulos. Puede ser sensacional.

»Y nada más, querido Fernán Pérez, si no es el decirle que estimo en cuanto vale su cariñosa iniciativa. Sé que usted conoce el terreno que pisa, y establece diferencias entre tíos y troyanos. Si en la ocasión actual se pasa de generoso, quiere decir que procura con exceso corresponder al afecto que le profesa su amigo y compañero, quien le quiere y le comprende, A. Piga.

N. B.—Venga a verme cuando quiera.»—*Madrid*, 25 de agosto.

# ULTIMAS NOVEDADES TERAPEUTICAS

**PIRIDASMIN.**—Industrial Farmacéutica Española, S. A.—Tres Torres, 5. Barcelona.

*Composición.*—Antihistamínico (piristina), 50 mgrs.; efedrina, 12,5 mgrs.; teofina, 50 mgrs.; ácido feniletilbarbitúrico, 10 mgrs.

*Indicaciones.*—Medicamento moderno y completo para resolver y evitar los accesos del asma bronquial, incluso los más violentos y rebeldes a las terapéuticas usuales. Su acción se manifiesta, de ordinario, dentro de quince minutos y perdura cuatro horas como mínimo.

*Presentación.*—Frasco de 20 comprimidos.

**AGOCHOLINE.**—Laboratorios E. Boizot, S. A.—Luis Cabrera, 47. Madrid.

*Composición.*—Sulfato de magnesia desecado, peptona de carne seca purificada.

*Indicaciones.*—Colecistitis crónica, congestión del hígado, ictericia y colemia, litiasis biliar, estreñimiento, náuseas, vértigos, jaquecas, astenia, urticaria, prurito, etc.

**VISNOVA «FAGUL».**—Servicio de Información Médica Samas, S. A.—Riera San Miguel, 5. Barcelona.

*Composición.*—Tanato de albúmina, 15 ctgs.; sulfatazool, 5 ctgs.; sulfoguanidina, 10 ctgs.; vitamina C, 1 mgrs.; vitamina K<sub>1</sub>, 3 mgrs.; ácido nicotínico, 5 mgrs.; excipiente, c. s. para una tableta.

*Indicaciones.*—Enteritis, enterocolitis, diarreas de origen diséptico, colitis ulcerosa, catarros intestinales, colitis tuberculosa, etc., etc.

*Presentación.*—Tubos de 20 comprimidos. (Precio: 21,35 pesetas.)

**BEDOGAL.**—Laboratorios Igoda, S. A.—Salud, 97. Barcelona.

*Composición.*—El Begodal contiene, por tableta: Vitamina B<sub>1</sub> Merck, 0,005 grs.; fenacetina, 0,250 grs.; fosfato de codeína, 0,010 grs.; amidopirina (dimetilaminofenazona) 0,150 gramos; ácido dietilbarbitúrico (veronal Merck) 0,050 gramos; excipiente, c. s. para una tableta.

*Indicaciones.*—El empleo de Begodal está indicado en: cefalalgias y migraña, dolores neurálgicos, reumáticos y, especialmente, en la neuralgia del trigémino, sobre la que actúa eficazmente por su contenido en vitamina B<sub>1</sub>. Molestias dismenorréicas, Gripe, enfriamiento, catarro y tos espasmódica. En Odontología, para calmar al paciente antes de las intervenciones y para suprimir los dolores postoperatorios. También es útil en las estomatitis dolorosas.

*Presentación.*—Estuche con seis tabletas.

**RINVERMYCINA.**—Laboratorios Marín.—Alhaken II, 2. Córdoba.

*Composición.*—Aceite de chaulmoogra, 2,5 c. c.; aceite volátil de melaleuca veridiflora, 0,05 grs.; guayacol cristalizado, 0,05 grs.; anestésina, 0,05 grs.; para-hidroxibenzoato de metilo, 0,004 grs.; para-hidroxibenzoato de propilo, 0,004 gramos; aceite de oliva desacidificado, c. s. p. 5 c. c.

*Presentación.*—Caja de una ampolla de 5 c. c. P. V. P., 11,60 pesetas.

**HEPHARINA.**—Laboratorios Ulta.—Juan Pablo Bonet, 5 y 7. Zaragoza.

*Composición.*—Polisacáridos destinados, 40 grs.; azúcar, 49 grs.; extracto de hígado, 1 gr.; pectina, 9 gr.; aminoácidos esenciales, 1 gr.

*Indicaciones.*—Disenteria bacilar, gastroenteritis infantil, enterocolitis, diarreas estivales, colitis ulcerosa, ileitis e infecciones secundarias de las úlceras amebianas, colerines infantiles y diarreas verdes de los niños.

**ALLONAL «Roche».**—Productos Roche, S. A.—Méndez Núñez, 17. Madrid.

*Composición.*—Un comprimido de Allonal «Roche» contiene, en combinación salina, 0,06 grs. de ácido alil isopropil barbitúrico (constituyente hipnótico y sedante), y 0,10 grs. de fenil dimetil dimetilaminopirazolona (constituyente analgésico).

*Indicaciones.*—Estados dolorosos de cualquier naturaleza e intensidad. Insomnios de origen diverso, pero especialmente los ocasionados por dolor. Estados de excitación y ansiedad. Vómitos. Tos. Mareos.

*Presentación.*—Frascos de 12 comprimidos.

**BENAFILINA.**—Laboratorios Profansa.—Apartado 4.016. Madrid.

*Composición.*—Clorhidrato de éter beta-dimetilaminoetil-bencidrílico, 0,025 grs.; aminophylina, 0,10 grs.; excipiente, c. s. p. un comprimido.

*Indicaciones.*—Asma bronquial por sensibilizaciones, bacteriana, alimentaria, púlnica, etc. Rinitis alérgicas, coriza hidrotréico por sensibilización o polen, fiebre del heno, traqueitis espasmódicas de patogenia hiperérgica, urticaria, edema angineurótico, etc.

*Presentación.*—Envase «Profansa» de 20 comprimidos.

**OPTALIDON.**—Oficina Científica Sandoz.—Puerta del Sol, 10. Madrid.

*Composición.*—Cada gragea contiene 50 mgrs. de isobutilalilmanolilurea + 125 mgrs. de amidofenazona + 25 miligramos de trimetilxantina.

*Indicaciones.*—Cefaleas, algias dentarias, dolores menstruales, malestar provocado por el exceso de alcohol o tabaco, insomnios dolorosos.

*Presentación.*—Tubos con 10 y 25 grageas. Cajas con seis supositorios.

**RADIOSALOFAN.**—Laboratorio «Tio».—Torrente de las Flores, 73. Barcelona.

*Composición.*—Ácido fenil-quinolín-carbónico, 0,50 gramos; salicilato sódico, 0,50 grs.; yoduro de hexametilentetramina, 0,20 grs.; analgesina, 0,20 grs.; agua bidestilada, c. s. por inyectable.

*Indicaciones.*—Crisis agudas de reumatismos, reumatismos rebeldes, gota aguda y crónica, litiasis úrica, artritis, ciática, etc.

**ANTI-HISTAMINICO INSA.**—Industrial Farmacéutica Cantabria, S. A.—Apartado 68. Santander.

*Composición.*—Maleato de piranisamina (antihistamínico), Hiposulfato de sodio (desensibilizante y antitóxico). Vitamina C (antitóxica). Cafeína (estimulante).

*Indicaciones.*—Desórdenes alérgicos, fiebre del heno, urticaria, anafilaxia, edema angineurótico, coriza espasmódica, reacciones alérgicas de medicamentos, eczema y dermatitis etópica, prurigos y pruritos estrófulo, etc.

*Presentación.*—Comprimidos: frascos de 20 y 40 comprimidos. Jarabe: frasco de 180 c. c. Ampollas: caja de 6 a 10 c. c. (vía venosa).

**EQUIETAS.**—Laboratorio Galup, S. A.—San Eusebio, 63 (S. G.). Barcelona.

*Composición.*—Cada gragea contiene: tartrato de ergotamina, 0,0003 grs.; metilbromuro de atrepina, 0,0001 grs.; feniletilmalonilurea, 0,02 grs.

*Indicaciones.*—Neurosis y distonías neurovegetativas. Dispepsias nerviosas. Trastornos de la presión arterial. Distonías en la edad crítica, tanto en el hombre como en la mujer. En la mujer, en la época de la menopausia, está representada por un desequilibrio hormonal-vegetativo, para cuyo tratamiento están indicadas las grageas de Folieta (equietas + oestrogeno folicular sint.). Estados depresivos ge-

nerales. Insomnio nervioso o psíquico. Hiperemotividad, ansiedad y angustia. Estados de psiconeurosis, melancolía y obsesión. Estados basedowianos. Hipertiroidismo. Eretismo cardíaco con palpitaciones. Trastornos vasculares espasmódicos. Crisis de Menière. Mareo en los viajes. Crisis de jaqueca.

*Presentación.*—Caja con 20 grageas.

**RECTOANALGESINA «FAGUL».**—Servicio de Información Médica Samas, S. A.—Riera S. Miguel, 5. Barcelona.

*Composición.*—Sal sódica del ácido feniletilbarbitúrico, 0,40 gramos. Dimetil-amino-fenil-dimetilpirazolona, 0,40 grs. Manteca de cacao, c. s. para un supositorio.

*Indicaciones.*—Neuralgias. Cefaleas, Dismenotreas. Algias postoperatorias. Dolores reumáticos y reumatoideos. Reumatismo muscular. Lumbago, Gripe. Odontalgias. Insomnios, Hiperestesias.

*Presentación.*—Caja con cinco supositorios. Precio, pesetas 17,95.

**HEXARUTIN.**—Laboratorios Galup, S. A.—San Eusebio, 63—S. G. Barcelona (6).

*Composición.*—Cada comprimido contiene: hexanitrito de manitol, 0,020 grs.; feniletilmalonilurea (fenobarbital), 0,016 gramos; rutina, 0,010 grs.; clorhidrato de papaverina, 0,016 gramos.

*Indicaciones.*—Está indicado donde es deseada una gradual y prolongada dilatación vascular, tales como en hipertensión esencial y para la prevención de ataques anginales.

*Presentación.*—Tubo de 20 comprimidos.

**TONI-PLASMA.**—Laboratorios Pagés Sarriás.—Paseo de la Bonanova, 47. Barcelona.

*Composición.*—Plasma de ternera heterólogo, 80 grs.; citrato de hierro amoniacal, 2 grs.; sulfato de cobre, 0,01 gramos; cloruro de cobalto, 0,001 grs.; cloruro de manganeso, 0,001 grs.; glicerina bidestilada, 72 grs.; azúcar, 46 gramos; aroma, 0,1 grs.

*Presentación.*—Frasco de 200 gramos.

**TANATINA.**—Laboratorio Regio.—Feria, 138. Sevilla.

*Composición.*—Por comprimido: Tanato de gelatina, 0,30 gramos; subnitrito de bismuto, 0,20 grs.; benzonaitol, 0,10 gramos; extracto blanco de belladona, 0,01 grs.

*Indicaciones.*—Procesos gastrointestinales de tipo infecciosos o para-sanitario. Diarreas en todas sus clases. Catarras intestinales. Dispepsias agudas y crónicas. Disenterías. Colitis y trastornos de la gripe. Tuberculosis.

**DARDEX.**—Laboratorios Llorente.—Ferraz, 9. Madrid.

*Composición.*—Cada comprimido contiene: 50 mgs. de hidrazida del ácido isonicotínico.

*Indicaciones.*—En la tuberculosis pulmonar, en todas sus formas anatomoclínicas y períodos. En las formas extrapulmonares de la infección tuberculosa, tanto médica como quirúrgica.

*Presentación.*—Frasco con 40 comprimidos de 50 miligramos. Frascos con 200 comprimidos de 50 mgrs. (en preparación)

**DEFEROL (Fuerte).**—Laboratorio Pagés Sarriás, S. A.—Paseo de la Bonanova, 47. Barcelona.

*Composición.*—Solución oleosa: Ampolla conteniendo 15 miligramos de vitamina D<sub>2</sub> cristalizada, equivalente a 600.000 U. I., en solución de 3 c. c. de aceite de almendras dulces. Granulado: Tubo de 5 grs. de granulado, conteniendo 15 miligramos de vitamina D<sub>2</sub>, equivalente a 600.000 U. I.

*Indicaciones.*—Profilaxis y tratamiento del raquitismo en todas sus manifestaciones. Choque vitamínico.

*Presentación.*—Caja con una ampolla de 3 c. c. de solución oleosa. Granulado: Tubo con 5 grs. de granulado.

**TALBUCID.**—Productos Químicos Schering, S. A.—General Moia, 9. Madrid.

*Indicaciones.*—Infecciones intestinales de etiología bacteriana, colitis ulcerosas, disentería, profilaxis operatoria.

*Presentación.*—Tubo con 20 tabletas de 0,5 grs.

**ANGIOMINAL «IFABI».**—Laboratorios Ifabi.—Apartado 94. Granada.

*Composición.*—Clohidrato de papaverina, 0,05 grs.; ácido feniletilbarbitúrico (luminal), 0,04 grs.; teobromina, 0,30 gramos; excipiente, c. s. para un comprimido.

*Indicaciones.*—Espasmos viscerales y vasculares. Algias por espasmo. Hipertensión arterial de cualquier origen. Neurosis cardíaca. Estenocardia, Arteriosclerosis. Angina de pecho. Infarto de miocardio. Tireotoxicosis. Glomerulonefritis agudas y crónicas. Edemas. Oligurias. Dolores, cólicos (hepáticos renales, intestinales). Accesos asmáticos. Insomnios.

*Presentación.*—Envase original de 20 comprimidos.

**AMILURINA.**—Laboratorio Gayoso.—Jorge Juan, 141. Madrid

*Composición.*—Cada comprimido contiene: Papaverina clorhidrato, 9 ctgrs.; teofilina, 8 ctgrs.; etilfenilbarbitúrico, 3 centigramos.

*Indicaciones.*—Síndromes hipertensivos en general. Espasmolítico de fibra lisa. Glomerulonefritis agudas y crónicas. Angor pectoris. Infarto de miocardia. Asma. Insomnios.

**ANTRONAL «MORATO».**—Información Médica Samas, Sociedad Anónima.—Riera S. Miguel, 5. Barcelona.

*Composición.*—Cada ampolla contiene: Monoclorhidrato de histamina, 0,0001 grs.; vitamina C, 0,20 grs.; agua, c. c. para 2 centímetros cúbicos.

*Indicaciones.*—Úlceras gástricas y duodenales. Crisis ulcerosas. Gastritis. Dispepsias. Crisis dolorosas de las colecistitis y aquirias. Angor pectoris. Trastornos vasculares periféricos.

*Presentación.*—Caja de 6 ampollas de 2 c. c.

**FERROCITRON.**—Instituto Químico Farmacéutico Warka. Luna, 11. Madrid.

*Composición.*—Citrato de hierro amoniacal, 30 grs.; sulfato de cobre, 0,5 grs.; alcohol, 30 c. c.; ácido clorhídrico (oficial), 1 c. c.; jarabe de naranjas dulces, c. s. para 200 gramos

*Indicaciones.*—Anemias ferropénicas, anemia simple del embarazo, anemia alimenticia, anemia hipocrómica, de los aquirias, anemias posthemorrágicas de todas clases, anemias por trastornos enterocólicos crónicos, etc.

*Presentación.*—Frascos de 200 gramos de jarabe.

**SINACTIN.**—Instituto Llorente.—Ferraz, 9. Madrid.

*Composición.*—Por comprimido: Cloramfenicol, 0,20 gramos; sulfamidotiazol, 0,20 grs.; AH, (anilín-bencil-dimetil-amino-propanol), 0,10 grs.

*Indicaciones.*—En los casos de gonococia tanto en el hombre como en la mujer; en todas sus formas clínicas, así como en las complicaciones.

*Presentación.*—Caja de baquelita con 5 comp. de 0,50 grs.

**INTESTI-CROMO «ORFI».**—Productos Farmacéuticos Orfi.—Regás, 15. Barcelona.

*Composición.*—Cada comprimido contiene: Cromo en forma de sal magnésica, 0,125 mgrs.; tiamina, 1 mgrs.; sulfato de atropina, 0,10 mgrs.; dihidroxifitalofenona, 3 ctgrs.; excipiente idóneo, c. s. para 10 ctgrs.

*Indicaciones.*—No tiene más que una indicación: el estreñimiento habitual.

*Presentación.*—Frasco con 40 comprimidos.

**COÑAC DECANO CABALLERO ¡que coñac!**

SUPLEMENTO DE

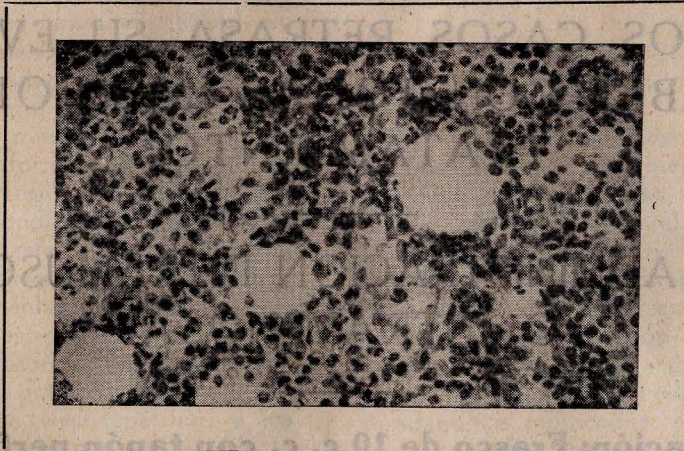
**Domus Medici**

REVISTA DE MEDICINA  
De la Asociación de Prensa Médica Española

Redacción y Administración:  
ESPALTER, 2.—MADRID

# BOLETIN ESPAÑOL DE CANCEROLOGIA

Director: Doctor JOSE VIDAURRETA APARICIO



MADRID

# TEROPTERIN

MARCA REGISTRADA

## Pteroil Triglutamato de Sodio en solución estéril

### “LEDERLE”

INDICADO EN TODA VARIEDAD DE NEOPLASIAS.  
MITIGA SU MALIGNIDAD. PALIATIVO DEL DOLOR,  
PRODUCIENDO SENSACION DE BIENESTAR. EN DE-  
TERMINADOS CASOS RETRASA SU EVOLUCION.  
COMPATIBLE CON TODAS LAS FORMAS DE  
TRATAMIENTO.

PARA ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR  
O INTRAVENOSA.

**Presentación: Frasco de 10 c. c. con tapón perforable.**



• LABORATORIOS REUNIDOS  
SOCIEDAD ANONIMA

Núñez de Balboa, 54 MADRID Ctral. Telf. 25-38-83

# EL POTASIO FRENTE AL REUMATISMO

Dr. JUAN ESPONA RISTOL

Médico de A. P. D. y del Seguro  
de Enfermedad de Melilla.

## NOTA PREVIA

En distintas ocasiones hemos publicado en esta misma Revista que hay algo en el organismo humano que como necesidad biológica absorbe la radiactividad del potasio, y que dicha radiactividad, a juzgar por sus efectos en la clínica, sería un factor energético de primera magnitud y también que esa absorción en determinadas circunstancias, lo cual sería causa de enfermedad, sería anormal o exagerada.

Es con esa idea que hemos hecho una serie de determinaciones de viscosidad cuyo resultado parece que parcialmente nos da la razón, aunque sea de una forma indirecta.

Demostramos, y se publicó en 1926, que el cloruro potásico disminuye la viscosidad y posteriormente que eso era debido a su radiactividad; luego si se consigue encontrar algo que la absorba, entonces el potasio desprovisto de ella debe aumentar la viscosidad, como el sodio y el calcio.

Determinamos la viscosidad del agua destilada que empleamos en nuestra experimentación; después, le añadimos ClK, de cuya solución se determina su viscosidad, que, como es natural, su índice viscosimétrico es menor que el del agua destilada; a continuación añadimos a dicha solución un fragmento de mineral de óxido de hierro previamente lavado, y al minuto siguiente, para evitar que el óxido que se forma por contacto con las sales pueda falsear el resultado, se determina su viscosidad, y en esas condiciones sube el referido índice viscosimétrico hasta igualar el del agua destilada; esto no ocurre más que con el hierro, pues en determinaciones hechas con cobre y con estaño no ocurre nada de eso; luego es razonable deducir que el hierro ha absorbido total o parcialmente la radiactividad del potasio y éste sin ella hace subir el citado índice viscosimétrico, y los hechos expuestos parecen confirmarlo. De todo lo cual daremos cuenta detallada en un próximo trabajo.

\* \* \*

Ya hemos expuesto en distintas ocasiones que, a juzgar por lo que venimos observando en la clínica, el potasio tendría una dualidad de funciones en el organismo: una, la derivada de su acción como electrólito, y la otra, la específica, de sus isótopos radiactivos, pues si clínicamente se observan buenos resultados en síndromes digestivos, como en la estenosis pilórica avanzada y en la achalasia, cuyos síndromes coinciden, como es sabido, con déficit de potasio, hay otros, entre ellos ciertos tipos de reumatismo, algunos cánceres, en neuropsiquiatría, catarro nasal, herpes zoster y verrugas y papilomas infecciosos a los cuales clínicamente no es posible establecer déficit de potasio y, no obstante, los enfermos han curado o mejorado.

Antes de adentrarnos en el objeto del título de este trabajo creemos conveniente advertir, como

otros muchos lo han hecho ya, la conveniencia de una unificación en la clasificación de los reumatismos, pues con el confusio nismo actual, derivado del desconocimiento de su etiopatogenia, hace que una denominación, como me ha ocurrido a mí, englobe entidades clínicas, al parecer distintas, por una parte, y por otra, que no se aplique adecuadamente una denominación al tipo de reumatismo que queremos describir.

En trabajos anteriores nos hemos ocupado con cierta extensión de la acción del potasio en ciertos tipos de reumatismo, especialmente cuando se administra por vía intrarraquídea, y como en la actualidad el número de observaciones se acerca al centenar, ya podemos puntualizar, o cuando menos indicar con relativa seguridad, qué formas de reumatismo son las que mejor se benefician del potasio por la vía indicada.

Antes de seguir adelante he de expresar mi gratitud hacia algunos compañeros, entre ellos Sáinz Trápaga, Collantes, Montero y algún otro, que, conocedores de varios resultados, algunos espectaculares, han tenido la atención de enviarnos algunos reumáticos para su tratamiento con potasio.

## FUNDAMENTO DEL EMPLEO DEL POTASIO EN EL REUMATISMO

Hace ya casi tres años que empleamos el potasio (cloruro) en el tratamiento del reumatismo, fundamentado, salvo alguna excepción, en su franca acción leucopénica, en el aumento de eritrocitos, en el frecuente, a veces muy acusado, descenso de la velocidad de sedimentación y en el hecho, varias veces observado en algunos cancerosos, de la mejoría o desaparición del dolor.

Estos efectos varían según la vía de administración empleada; por ingesta, cuyas dosis están reiteradamente publicadas, son frecuentes, salvo algunas excepciones, las modificaciones indicadas del cuadro hemático, y en cuanto al dolor, caso de mejorarlo, es muy tardía su acción.

Si se administra por vía intrarraquídea se produce una inversión en los efectos indicados, es decir, que el dolor mejora o desaparece alrededor de las cuarenta y ocho horas, después de la inyección del potasio por la vía indicada, y en cambio el cuadro hemático, incluida la velocidad de sedimentación, se modifica con menos intensidad; en cuanto a la inflamación articular es más eficaz por esta vía; de ahí que en vista de lo observado empleemos en el tratamiento del reumatismo casi exclusivamente esta vía intrarraquídea en forma de un centímetro cúbico de solución isotónica de cloruro potásico.

## EL POTASIO EN EL REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO

Premeditadamente dejamos de consignar las modificaciones que hemos observado en el cuadro

hemático de este tipo de reumatismo, y en los que a continuación exponemos, porque de un modo general ya están descritas en el apartado anterior y, por otra parte, ya han sido publicadas algunas historias clínicas en esta misma Revista, pues lo que más nos interesa en este momento es puntualizar qué formas o tipos de reumatismo son las que mejor obedecen al potasio, mejor dicho, a la radiactividad del potasio, a sus isótopos radiactivos, cuyo fundamento lo hemos expuesto reiteradamente.

Hemos podido observar en las doce observaciones que constituyen nuestra modesta casuística que en dos de ellas, a los tres días de haber inyectado potasio por vía intrarraquídea, habían desaparecido la fiebre, la inflamación articular y el dolor; pero en uno de estos casos, a los cinco días, se presentaron de nuevo los síntomas iniciales, inyectóse poco después la misma cantidad de potasio, y a la semana siguiente el reumático estaba curado.

En los restantes casos no han desaparecido totalmente el dolor ni la inflamación articular, pero han mejorado mucho a partir del segundo día de la inyección; en cuanto a la fiebre ha persistido, si bien parece que acorta su duración e intensidad.

La evolución o el desarrollo clínico de este tipo de reumatismo es muy diferente, según actúe o no el potasio por la vía indicada, pues en el primer caso la evolución clínica es mucho más favorable en cuanto a los síntomas dolor e inflamación articular, hasta el punto que los enfermos pueden incorporarse en la cama y tomar los alimentos por sus propios medios, no pudiéndolo hacer antes de actuar el potasio.

La penicilina, como es sabido, no modifica la evolución del reumatismo, pues unas veces la hemos empleado antes y otras después del potasio, pero tratando de evitar que actúen conjuntamente ante el temor de que puedan presentarse fenómenos tóxicos muy agudos, como ha ocurrido en dos casos de cáncer, uno de pulmón y otro de laringe, en que actuaron conjuntamente el potasio y la estreptomycinina, apareciendo a las pocas horas fenómenos tóxicos muy agudos: vómitos, diarrea copiosísima, dolor de vientre, etc., que aceleraron la muerte de dichos enfermos.

#### EL POTASIO EN EL REUMATISMO CON FOCO SEPTICO

En realidad, este tipo de reumatismo no es más que una variante del anterior, si bien generalmente evoluciona sin fiebre y clínicamente, como es sabido, se establece una relación directa entre el germen causante del foco séptico y el reumatismo producido, es decir, que se establece una relación de causa y efecto.

Sabido es que el foco séptico generalmente se encuentra en amígdalas o piezas dentarias, y que no obstante haber sido eliminados es frecuente observar que las manifestaciones reumáticas persisten.

Al actuar el potasio por vía intrarraquídea en este tipo de reumatismo se han observado algunas veces resultados espectaculares, desapareciendo a los pocos días el dolor y si había inflamación articular, también.

Este resultado espectacular no se produce siempre, pues lo corrientemente observado es una franca mejoría a partir del segundo o tercer día de la

inyección, es decir, que si el enfermo no podía trabajar, la mejoría conseguida se lo ha permitido. Unas veces esta mejoría ha persistido semanas y meses y el reumático se ha curado sin ayuda de ninguna otra medicación; otras veces esta mejoría no ha durado más que unos días, en cuyo caso una nueva inyección ha producido la curación clínica del reumático, pero con la condición de haber eliminado previamente un foco séptico o parasitosis intestinal.

#### REUMATISMO POSTINFECCIOSO

Incluimos en este apartado y con este nombre al reumatismo que se desencadena una vez curada clínicamente una infección; refiriéndonos en este caso concreto al ataque más o menos brutal de reumatismo que aparece a los pocos días de haberse curado con penicilina una furunculosis, panadizo, etc. En los cuatro casos de este reumatismo que hemos tratado estaba muy difundido, abarcando casi todas las articulaciones, hasta el punto que los enfermos no podían tomar los alimentos porque el dolor se lo impedía.

En estos cuatro casos los resultados han sido de tipo espectacular; a partir de las veinticuatro horas de la inyección y después de la reacción, que más adelante describiremos, se inició una gran mejoría, y a los tres días dichos enfermos pudieron salir a la calle totalmente curado, a excepción de pequeños dolores musculares, que en pocos días desaparecieron totalmente.

#### REUMATISMO INFECCIOSO CRONICO

La acción del potasio en este tipo de reumatismo, claro está, sin que la limitación de movimientos articulares haya producido anquilosis definitivas, es también en muchos casos favorable.

Podemos distinguir tres clases de resultados: un primer grupo en que a los dos o tres días de la inyección de potasio por vía intrarraquídea desaparece el síntoma dolor y la movilidad articular se hace prácticamente normal; de este grupo tenemos varios casos en que los reumáticos, después de unos dos años de observación, siguen sin sentir molestia alguna; un segundo grupo en el que, después de una mejoría inicial más o menos acusada, a los pocos días o semanas vuelven a estar como antes, y un tercer grupo en el que apenas se observa modificación favorable, pero si se logra encontrar y se elimina un foco séptico o parasitosis intestinal, entonces al inyectar de nuevo aparecen resultados de los dos primeros grupos.

#### REUMATISMO Y PARASITOSIS INTESTINAL

En las líneas que preceden y en distintas publicaciones hemos hecho mención de los parásitos, y un tercer grupo en el que apenas se observado que al buscar un foco séptico que justificase el poco efecto conseguido con el potasio y no encontrarlo, hemos podido observar en algunas ocasiones la existencia de parasitosis intestinal, oxiuros, áscaris y tenia, y eliminados los dos primeros con violeta de genciana y con atebina (Albarracín) la última, se ha conseguido mejorar o curar el reumatismo agudo o crónico.

En varias ocasiones en que el reumático padecía oxiuros abundantes, ha sido suficiente elimi-



narlos para que a los pocos días mejorase el reumatismo, y si entonces se inyecta el potasio, los resultados han sido magníficos; otras veces, sabiendo que el reumático padece oxiuros, hemos inyectado primero, y a continuación administramos violeta de genciana, obteniendo también magníficos resultados, salvo en un caso en que no se observó mejoría alguna.

#### REACCION PROVOCADA POR EL POTASIO POR VIA INTRARRAQUIDEA

Ya hemos publicado en distintas ocasiones que al inyectar potasio por vía intrarraquídea a enfermos con reumatismo infeccioso, que a las pocas horas se produce una reacción en forma de escalofríos, fiebre, dolor de cabeza, unas veces localizado en región frontal y otras en occipital, y más dolor articular, a veces este dolor se extiende a articulaciones no afectadas por el reumatismo; esta reacción dura entre doce y veinticuatro horas.

Terminada esta reacción es cuando el reumático empieza a sentir la mejoría o curación, condiciones casi siempre a que se haya eliminado un foco séptico o parasitosis intestinal. La intensidad de esta reacción parece que está condicionada también a estos factores.

#### ESPONDILOARTRITIS ANQUILOPOYETICA

Como de este tipo de reumatismo no hemos tenido ocasión de tratar más que un caso, lo referimos con los detalles que hemos podido recoger.

F. M., de cuarenta y dos años, casado y con diez hijos. Hace unos ocho años que empezó a sentir dolor de cabeza, localizado en la región frontal; este dolor duraba cuatro y cinco días, pero no era muy intenso. Dos años después, o sea hace unos seis años, empezó a sentir dolor en la región sacroilíaca (ambas articulaciones), con irradiaciones en ambos ilíacos, parte posterior de ambos muslos y pantorrillas, articulaciones de la garganta de los pies y dedo grueso.

Cuando hacía dos meses que tenía una agudización de dichos dolores, que le impedían andar y sentarse, nos lo envía un compañero para su tratamiento con potasio. Hay antecedentes de parasitismo intestinal, pues manifiesta el enfermo que hacía unos meses que había expulsado una «solitaria», por lo que se administra atebрина con resultado negativo.

Se le inyecta potasio en la forma y vía repetidamente indicadas, pero antes de inyectar dicha solución se pudo observar que el líquido céfalorraquídeo fluía con mucha dificultad y que tenía un aspecto muy turbio y muy viscoso (esto lo hemos observado en algún canceroso en sus postrimerías), y no disponiendo en ese momento de un tubo de ensayo no se pudo recoger. Verificada la inyección, y después de la reacción indicada, se inicia una franca mejoría en los dolores, pudiendo el enfermo andar y sentarse; a los ocho días se repite la inyección, observando un cambio muy acusado en el aspecto del líquido céfalorraquídeo mucho más claro y menos viscoso, y las gotas fluían con más rapidez, pero no se pudo obtener más de medio centímetro cúbico, posiblemente porque hubiese tabicamiento. Con tan poca cantidad, el analista Mora no pudo hacer

más que dos determinaciones: 600 células y una fuerte reacción a las globulinas. Con esta segunda inyección se sostiene la mejoría referida, hasta el punto que el enfermo puede reintegrarse a su trabajo. A los quince días siguientes tratamos de inyectarle nuevamente, pero el enfermo contesta: «más adelante si me encuentro peor».

Hacemos en este caso un diagnóstico de espondiloartritis anquilopoyética con ciática radicular, pero las alteraciones del líquido céfalorraquídeo y la sintomatología nos hace pensar en una meningitis tuberculosa de forma larvada, por lo que es probable se trate de las dos cosas a la vez.

#### POSIBLE ORIGEN VIRICO DEL REUMATISMO INFECCIOSO

No hemos tenido ocasión de tratar todos los reumatismos infecciosos que se conocen, entre ellos el brucelar, y sería interesante comprobarlo, pues cabe la posibilidad de que el potasio pudiera también ser útil. En los restantes reumatismos, salvo alguna excepción, no hemos observado más que fracasos, especialmente en el endocrino y en el metabólico.

Por lo que llevamos expuesto, llegamos a la conclusión que los reumatismos que mejor y con más seguridad obedecen al potasio son los infecciosos, y observamos también que, clínicamente, la radiactividad del potasio (ya hemos expuesto el por qué) tiene manifiesta acción clínica sobre un grupo de enfermedades, como son el catarro nasal en sus comienzos, herpes zoster y papilomas y verrugas infecciosas, que, como es sabido, tienen origen vírico; de ahí que pensando en esta similitud de acción se deduzca la posibilidad de que el reumatismo infeccioso pueda tener ese mismo origen, pues el reumatismo infeccioso no sería más que una forma de respuesta del organismo frente a un mismo estímulo o germen.

Ya hemos publicado hace más de un año que un cultivo de estreptococo hemolítico procedente de esputo, cultivado en caldo suero de conejo al que agregamos bilis, produce la muerte de algunos ratones antes de las cuarenta y ocho horas, y si a ese cultivo le añadimos cloruro potásico no muere ninguno (colaboración de Díaz Marín); pero esta prueba no es siempre positiva, luego, cuando lo es, puede querer decir que ese estreptococo tiene «algo». Observamos en la clínica que algunas veces, como es sabido, ese germen, o concidiendo con él, provoca reumatismo, luego cabe interpretar que cuando lo provoca puede querer decir también que ese mismo germen tiene «algo». Observamos también en la clínica que repetidas infecciones por un mismo germen y en un mismo individuo, como furunculosis, algunas veces provoca reumatismo, y cuando así ocurre puede querer decir también que ese germen tiene «algo». Observamos también en la clínica que en ausencia de foco séptico en algunos reumáticos hemos encontrado parasitosis intestinal, la cual, una vez eliminada, el potasio ha producido la mejoría o curación del reumático; no siempre que hay dicha parasitosis provoca o coincide con reumatismo, luego cuando así ocurre puede querer decir también que el parásito intestinal tiene «algo».

Cabe deducir que ese «algo» puedan ser virus, y que según parasiten o no en los agentes micro-

bianos o parásitos intestinales se provocaría o no reumatismo, y pensamos que ese posible factor común puedan ser virus, por la acción clínica de la radiactividad del potasio, según hemos publicado reiteradamente, frente a un grupo de enfermedades descritas más arriba, y que, como es sabido, tienen origen vírico, es decir, que el reumatismo infeccioso no sería más que la expresión de una forma de respuesta por parte del organismo, pues ya es sabido y está experimentado, que frente a un mismo germen o virus el organismo no responde siempre igual, condicionado, entre otras cosas, a su localización.

Por otra parte, se ha hecho, con la colaboración, que mucho agradezco, del oficial de Ingenieros don Fernando García Jiménez, la siguiente experimentación.

Disponemos un pequeño tubo de ensayo, de seis centímetros de longitud y ocho milímetros de diámetro, que contiene un electrodo de cobre, barnizado y recubierto de un manguito plástico, cuyo extremo inferior, tocando el fondo del tubo, está descubierto en forma de asa, y para cerrar el circuito, otro hilo, descubierto, arrollado al extremo del tapón, que al cerrar el tubo queda en el interior del mismo.

Se llena de cloruro potásico dicho tubo, en el que caben casi dos grados; se cierra con el mencionado tapón, que es de corcho, el cual se recubre de cemento Duco, y en ese momento los extremos de ambos hilos se ponen en contacto, durante veinte minutos, con corriente alterna de 50 ciclos a 80 voltios, con una intensidad de 0,2 M. A.

Transcurridos los veinte minutos cesa la co-

rriente y a las veinticuatro horas se abre el tubo, disolviendo su contenido de ClK en 50 c. c. de agua destilada, de la que se determina su índice viscosimétrico, encontrándonos con la sorpresa de que el ClK, en esas condiciones, tiene un índice viscosimétrico ligeramente superior al del agua destilada, y ya es sabido, por haberlo demostrado y publicado en 1926, que una solución de dicha sal tiene un índice viscosimétrico inferior al del agua destilada.

Se repite esta experimentación exactamente con idénticas circunstancias, pero en este caso en vez de abrir el tubo a las veinticuatro horas se hizo a los cuatro días, y el resultado ha producido un mayor contraste, es decir, que el índice viscosimétrico sube aún más que en la experiencia anterior, tanto que casi es igual al de una solución de cloruro sódico a la misma concentración.

Vemos, pues, que en las experimentaciones con el óxido de hierro y con la corriente alterna, habiendo fracasado otras distintas, nos vamos acercando a la demostración, y esa es la idea con que se han hecho esas experimentaciones: de que el potasio sin su radiactividad hace subir el índice viscosimétrico como las sales de sodio y calcio, quedando, al parecer, demostrado, aunque sea indirectamente, que es la radiactividad del potasio lo que hace descender la viscosidad y la tensión superficial, y que a ella es debido también, en gran parte, los efectos clínicos repetidamente referidos y publicados, correspondiendo a la física la explicación de lo que le ocurre a la radiactividad del potasio en las experiencias descritas en esta nota previa.

## CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGIA

MADRID, MAYO DE 1952

# Sobre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del precáncer del cuello uterino

Dr. MARIO CARDIA

Director del Dispensario Central de Higiene Social de Oporto y de los Servicios de Ginecología del mismo; director del Hospital de Matozinhos y cirujano del Hospital de San Antonio, de Oporto.

de lo que después voy a referir. Prácticamente, considero lesiones predisponentes las erosiones, ulceraciones y pólipos y como lesiones precancerosas:

Hiper o paraqueratosis del cuello en evolución atípica; leucoplasias; atipias epiteliales proliferantes con o sin hiper o paraquetosis; hiperactividad de la basal y actividad mitótica normal.

\* \* \*

El diagnóstico del precáncer uterino se confunde con el diagnóstico del cáncer en general.

En el Servicio de Ginecología que dirijo en el

Antes de abordar propiamente el problema del tratamiento del precáncer del cuello uterino, se torna necesario definir lo que se entiende por precáncer y referir sus medios de diagnóstico.

No es ahora ocasión para tratar en detalle de los múltiples asuntos relacionados con las formas precancerosas del cuello uterino, de la discusión sobre el cáncer *in situ* y lesiones preinvasivas en el epitelio cervical o de los problemas anatómopatológicos relacionados con las transformaciones del epitelio malpighiano. Lo que interesa es enunciar cuál es el criterio que se adopta en los servicios de Ginecología que dirijo; para comprensión

Dispensario de Higiene Social de Oporto, al cual acuden numerosas enfermas que presentan las más variadas afecciones, es una de nuestras principales preocupaciones el diagnóstico precoz del cáncer uterino. Sin embargo, aún no ha sido posible en algunas de las consultas de dicho Servicio, como asimismo en otros hospitales que también dirijo, utilizar todos los medios que usamos en aquellas a que más adelante hago alusión, igualmente del Dispensario Central de Higiene Social de Oporto, en donde se practica sistemáticamente, desde el 5 de abril de 1948, la colposcitología, y más tarde, también se introdujo la práctica de la cervicocitología, con la finalidad, entre otras, de recoger elementos para el diagnóstico precoz del cáncer del útero. Desde dicha fecha hasta el 31 de marzo último las pesquias de células atípicas o sospechosas fueron hechas en los exudados cervicovaginales de más de 4.000 enfermas. Nuestras estadísticas únicamente se refieren a 4.000 observaciones, en muchas de las cuales hicimos más que un examen de exudados, a pesar de que no todos fueron registrados en las fichas respectivas. Calculamos que en las 4.000 enfermas se hicieron entre 5.000 a 6.000 exámenes.

En las citadas 4.000 pacientes hemos hallado 54 casos de cáncer. Sin embargo, debemos decir que ni todas las enfermas fueron examinadas después de la primera consulta, como desearíamos hacerlo porque no han comparecido cada vez que se les señalaba fecha para ser examinadas.

En las 54 enfermas con epitelomas confirmados por exámenes histológicos, había en 50 citología sospechosa y en cuatro era normal la citología. Por otra parte, en las 3.946 en que no se ha diagnosticado cáncer, de ellas 3.923 no tenían citología sospechosa, mientras que las restantes 23 la presentaban (no células francamente cancerosas), siendo posible que en algunos de estos casos, si las enfermas se hubiesen presentado siempre que fueron convocadas, se hubiesen descubiertos algunos casos más de cáncer.

Paul Pundel, en su libro *Les frottis vaginaux et cervicaux*, publica un cuadro en el cual presenta las estadísticas de varios autores sobre este asunto, comparándolas.

Reproduzco a continuación dicho cuadro, añadiéndole las estadísticas de las consultas a que vengo refiriéndome:

## C A N C E R Pas de CANCER

AUTEURS	Nombre de malades examinées	Nombre de frottis examinées	Diagnostic cytologique				Diagnostic cytologique				% d'erreur total
			Nombre de cas	exact	faux négatif	Erreur %	Nombre de cas	exact	faux positif	Erreur %	
Papanicolaou et Traut.....	3.012	7-10.000	194	182	12	6,0	2.820	2.820	0	0	0,3
Ayre.....	3.605	5.776	191	183	8	4,18	3.414	3.398	16	0,44	0,66
Meigs.....	5.621	—	492	425	67	13,6	5.129	5.060	69	1,3	2,4
Kernodle et coll.....	1.709	6.753	124	114	10	8,1	1.585	1.551	34	2,1	2,5
Parret et coll.....	1.000	1.000	29	29	0	0	971	958	13	1,4	1,3
Isbel et coll.....	1.000	—	60	56	4	6,6	940	929	11	1,2	1,5
Schellley et coll.....	500	—	63	44	19	30,0	437	430	7	1,6	5,2
Skapier.....	7.777	—	22	21	1	5,0	7.755	7.754	1	0,01	0,02
Mc Sweeney.....	639	934	54	51	3	5,0	585	573	12	2,0	2,3
Jones et coll.....	427	—	82	75	7	8,5	345	336	9	2,66	3,7
Gates et Warren.....	1.300	1.300	81	62	19	23,0	1.219	1.203	16	1,3	2,5
De Moraes.....	2.000	—	114	78	36	31,0	1.886	1.867	19	1,0	2,7
De Watteville.....	114	—	34	34	0	0	110	104	6	5,45	4,1
Ulfelder.....	3.630	—	372	324	48	12,9	3.258	3.250	0	0	1,8
Cardia et coll.....	4.000	5-6.000	54	50	4	8	3.946	3.923	23 (1)	0,6	0,7
TOTAL.....	36.366	—	1.966	1.728	238	12,45	34.400	34.156	236	1,4	2,11

(1) Ces cas ne comprennent pas que la cytologie suspect (pas de cellules cancéreuses)

No puedo presentar estadísticas sobre los casos de precáncer del cuello uterino, porque, repito, numerosas enfermas dejaron de comparecer cada vez que nuevos exámenes les eran determinados y se trata, además, de consultas en donde fueron, poco a poco, perfeccionándose los métodos de diagnóstico y en que fué necesario educar al personal que hizo los exámenes. Son relativamente frecuentes, sin embargo, los casos de precáncer en número bastante superior al de los epitelomas. Hago extensa referencia a estas estadísticas para que se sepa cuál es la cantidad y la calidad del material de que he dispuesto y los métodos del trabajo que utilizamos, no sólo para el diagnóstico del cáncer como para el tratamiento del precáncer.

Los exámenes citológicos son completados con otros cada vez que hay colpo o cervicocitología sospechosa.

Quando el epitelio del cuello se presentaba alterado y había colposcervicocitología atípica o sospechosa, hízose en todas las enfermas exámenes con el colposcopio de Hinselman, previo empleo del lugol. Estos exámenes fueron también hechos en todas las enfermas con más de cuarenta años de edad, aun en el caso de que no presenten atipia celular.

Los exámenes histológicos siguen siendo de capital importancia para el diagnóstico del cáncer, y de ellos no podemos prescindir aun disponiendo del auxilio de la colposcopia y de la colposcervicocitología. Son estos dos últimos métodos de diagnóstico preciosos auxiliares, sin embargo, y por lo menos, valen como elementos de sospección, indicando la necesidad de una vigilancia. Por esa razón, en el Dispensario Central de Higiene Social se entregan los casos sospechosos al Servicio Social para que se encargue de vigilarlos en el senti-

do de que las enfermas se presenten periódicamente para exámenes repetidos, y cada vez que el diagnóstico de cáncer se establece, convencer a las enfermas a que se traten. Por otra parte, y después de los tratamientos, puede seguir siendo muy útil el Servicio Social, mediante la vigilancia de las enfermas después de las intervenciones quirúrgicas o de la radioterapia.

No es, pues, nuestro objetivo únicamente diagnosticar epitelomas; procuramos, asimismo, los casos que podemos denominar precáncer con el fin de poder actuar a tiempo.

Hay un punto para el cual deseo llamar la atención y al que se han referido Béclère y Guégan en comunicación que presentaron al Congreso de París en 1951: la frecuencia del cáncer con inicio intracervical (las estadísticas de los autores establecen el 28 por 100 de casos con punto de partida intracervical).

La estadística de Ayre, modificador de la técnica de Papanicolau para la recogida de exudados cervicales en vez de exudados vaginales, demuestra que en un conjunto de 7.830 mujeres examinadas (de las cuales cerca de la mitad eran mujeres sanas para estudio sistemático) fué hallado un total de 352 cánceres invasivos y, entre éstos, 106 de los casos, o sea 30 por 100, presentaban un cuello exteriormente normal.

Llegamos a la conclusión de que no podemos limitarnos a los exámenes del cuello, aun con el auxilio del colposcopio de Hinselman o del colpocitoscopia de Antoine; además, que la colpocitología, esto es, el estudio citológico del exudado vaginal es probable dé resultados inferiores a los de la cervicocitología. Y aquí tenemos que considerar una cuestión:

¿Cuál es el mejor método? ¿El raspado biopsico intracervical o los frotis intracervicales sistemáticos? Béclère y Guégan, en la comunicación antes citada, dicen que en un cáncer, entre diez, la imagen anormal del frotis ha precedido a la imagen anormal de la primera biopsia. Nosotros usamos los dos métodos, pero únicamente desde hace algunos meses hemos insistido en estos exámenes del canal cervical.

\* \* \*

No poseo elementos suficientes y el tiempo transcurrido después del tratamiento de los casos de precáncer del cuello aún es corto para que pueda presentar estadísticas de interés. Vengo siguiendo un sistema, el cual indicaré antes de terminar, y estoy satisfecho con él, por lo menos hasta aquí. Poco se ha publicado acerca del tratamiento del precáncer uterino. Podemos decir que es necesario que transcurran aún algunos años hasta que puedan tirarse conclusiones acerca de cuál debe ser el camino a seguir.

De una manera general aconsejo métodos activos, esto es, destinados a eliminar las lesiones y a hacer exámenes histológicos en serie, con el fin de diagnosticar un epiteloma. En algunos casos, ya por haber razones para no aconsejar la intervención quirúrgica que estaba indicada, o porque las enfermas se niegan terminantemente a someterse a la operación, éstas quedan sujetas, por la intervención del Servicio Social, a una vigilancia apretada, con exámenes colposcópicos, citológicos e histológicos repetidos. Después de las intervenciones por pre-

cáncer, que indico más adelante, y aun mismo que los exámenes en serie de la parte extirpada no revelen epitelomas, consideramos de mucha utilidad proceder a exámenes citológicos periódicos, tal como lo hacemos en los casos de cáncer uterino, después de las intervenciones quirúrgicas o de radio (radioterapia). Atipias celulares numerosas y repetidas en los exudados vaginales son ya por sí mismas un índice de que no podemos considerar a las enfermas como curadas.

El tratamiento del precáncer uterino debe ser quirúrgico. Según los casos, procedemos de la siguiente forma:

1.º Lesiones precancerosas localizadas al cuello sin abarcarlo totalmente y sin otras indicaciones para cualquier intervención quirúrgica: aconsejamos la amputación del cuello por métodos cruentos (método Strumdorf, de preferencia), habiendo tejidos suficientes para la intervención; en los restantes casos, electrocoagulación (conización diatérmica), de forma a abarcar toda la parte sospechosa. Preferimos la operación de Strumdorf por ser mucho más rápida la cicatrización y más fáciles los cuidados postoperatorios.

2.º Otras indicaciones para intervenciones quirúrgicas:

a) Con prolapso genital en mujeres jóvenes, siguiendo la misma orientación antes mencionada.

b) Con prolapso genital acentuado después de la menopausia: histerectomía vaginal; y

c) En los otros casos, cuando hay indicación para una operación mutilante, en virtud de otras lesiones: histerectomía total con extirpación de una pequeña corona vaginal (1 cm.), pudiendo ser conservados los ovarios.

Me refiero a las formas que podemos considerar como precancerosas, de acuerdo con el criterio antes mencionado, porque ante las lesiones clasificadas de cáncer del estadio 0 (según la clasificación aprobada por el Congreso Internacional de Nueva York en 1950) adoptamos la actitud más radical, o sea, que aconsejamos la histerectomía total aunque algunos autores admitan que las referidas lesiones (que se denominan cáncer *in situ*, cáncer en la fase preinvasora, cáncer epitelial, cáncer inicial) puedan desaparecer con tratamientos más simples, tal como la amputación del cuello.

En los casos en que se presentan lesiones cancerosas después de la amputación del cuello, aconsejamos la histerectomía total abdominal, con anexectomía, seguida de radioterapia.

Este es el criterio que generalmente adoptamos y con el cual, hasta ahora, estamos satisfechos.

## RESUMEN

Después de indicar lo que considera precáncer del cuello uterino, el autor se refiere a los varios métodos para el diagnóstico de las lesiones cancerosas y precancerosas, presentando una estadística de 4.000 enfermas de las consultas de Ginecología del Dispensario Central de Higiene Social de Oporto, en las que se hizo la colpocervicocitología, comparándola con las estadísticas de otros autores.

Concluyendo, indica el camino que sigue en los casos de precáncer del cuello uterino, enunciando los diferentes casos que suelen presentarse y los respectivos tratamientos quirúrgicos que preconiza.

## HOSPITAL RIVADAVIA (BUENOS AIRES)

## Citología vaginal en el diagnóstico del cáncer de útero

Por el Dr. GUILLERMO TERZANO

Después de haber examinado 2.056 extendidos vaginales en 1.201 mujeres, hemos revisado las historias clínicas para determinar en forma objetiva el valor de la aplicación del método citológico en nuestro ambiente.

Hemos seguido la técnica descrita por Papanicolaou para la obtención fijación y coloración del material (14), y tomamos tres, extendidos cada vez: el primero, vaginal, para conocer el trofismo del epitelio y despistar sangre, parásitos, etc.; el segundo, aspirando material del canal cervical, y el tercero, pasando un hisopo de algodón por el ectocervix.

Estas 1.201 mujeres, cuyas edades están entre los quince y los ochenta y cinco años, y que no fueron seleccionadas previamente, habían consultado por diferentes síntomas, que hemos agrupado en la forma siguiente:

Metrorragia...	337
Menorragias, hipermenorrea...	170
Flujo sanguinolento...	61
Flujo...	186
Varios...	50
Exámenes de rutina...	397

El diagnóstico final, basado en el examen histopatológico, ha sido:

Carcinoma de cuello de útero...	77
Carcinoma del canal cervical...	3
Adenocarcinoma de endometrio...	32
Carcinoma de vagina...	3
Carcinoma de vulva...	3
Recidivas de carcinomas tratados...	10

Sarcoma de útero...	1
Corioepitelioma...	1
Matriz de Heinselmann...	1
Leucoplasia de cervix...	3
Mioma de útero...	30
Adenocantoma...	1
Cervicitis...	356
Pólipos de cuello o de endometrio...	97
Hiperplasia de endometrio...	28
Colpitis...	93
Endometrosis...	2
Prolapso...	8
Parásitos vaginales...	6
Embarazo...	39
Aborto...	3
Craurosis vulvar...	2
Varios...	240
Exámenes ginecológicos negativos...	165
En observación...	7

De acuerdo a la citología encontrada en los extendidos, los hemos clasificado, según Papanicolaou (14), en cinco clases diferentes:

Clase I:	Células normales.
» II:	» atípicas, pero sin caracteres de malignidad.
» III:	» que dan sospecha de malignidad.
» IV:	» neoplásicas, pero no patognomónicas.
» V:	» patognomónicas de malignidad.

Tuvimos 507 extendidos clase I, 487 clase II, 86 clase III, 73 clase IV y 48 clase V, es decir, 994 negativos, 86 sospechosos y 121 positivos, según se detalla en el cuadro:

Clase .....		I	II	III	IV	V
Carcinoma de cervix.....	77	0	2	3	41	31
Ca. de canal cervical.....	3	0	0	0	2	1
Adenoca. de endometrio.....	32	0	3	2	17	10
Carcinoma de vagina.....	3	0	0	0	1	2
Carcinoma de vulva .....	3	0	0	0	1	2
Recidivas .....	10	0	0	2	6	2
Cervicitis .....	356	59	261	33	3	0
Pólipos .....	97	14	67	15	1	0
Hiperplasia de endometrio .....	28	2	18	7	1	0
Mioma .....	30	14	16	0	0	0
Colpitis .....	93	25	63	5	0	0
Varios.....	297	240	45	12	0	0
Exámenes negativos.....	165	153	12	0	0	0
En observación.....	7	0	0	7	0	0
Totales.....	1.201	507	487	86	73	48

O sea:			
En 77 carcinomas de cuello.	2	extendidos fueron	negativos.
	3	»	sospechosos.
	72	»	positivos.
» 3 carc. de canal cerv.	3	»	positivos.
	3	»	negativos.
» 33 adenocar. de endom.	2	»	sospechosos.
	27	»	positivos.
» 3 carcinomas de vulva...	3	»	positivos.
» 3 carcinomas de vagina.	3	»	positivos.
» 10 recidivas...	2	»	sospechosos.
	8	»	positivos.

Cinco extendidos fueron clasificados como positivos, y luego, al hacer la biopsia, no se encontró evidencia de malignidad; tres veces, cervicitis; una, hiperplasia de endometrio, y una, pólipo endometrial (estos falsos positivos fueron errores cometidos al principio, cuando recién nos iniciábamos en estas disciplinas, y al reexaminar los preparados, cuando supimos el diagnóstico histopatológico, tuvimos que lamentarnos de nuestro «excesivo entusiasmo» por descubrir células neoplásicas).

De los cinco falsos negativos, uno fué positivo al reexaminar los preparados (las células habían sido pasadas por alto), y tres, al efectuar una segunda o tercera toma de material, después de conocer el diagnóstico (estos cinco casos figuran en nuestra estadística como falsos negativos).

En los 86 extendidos informados como sospechosos (clase III), el diagnóstico final ha sido:

Carcinoma de cuello...	3
Adenocarcinoma de endometrio...	2
Cervicitis...	33
Colpitis senil...	5
Pólipos...	15
Hiperplasia de endometrio...	7
Embarazo...	2
Embarazo y cervicitis...	11
Recidiva de carcinomas...	2
En observación...	7

En varias oportunidades encontramos células atípicas, que encuadran en la denominación «discariosis» propuesta por Papanicolaou. Como estas células nos han hecho dudar sobre la posible existencia de un carcinoma incipiente, siete de estos casos están todavía en observación hasta que exámenes posteriores, no aclaren la verdadera naturaleza de la lesión de la cual se han desprendido.

Parásitos vaginales, especialmente trichomonas, han sido un hallazgo relativamente frecuente (196 en 1.201), y en los extendidos se observaron células superficiales acidófilas en proporción mayor a lo que correspondería al momento del ciclo o a la edad de la paciente después de la menopausia (14).

Del total de nuestras observaciones quiséramos hacer resaltar siete casos:

- 1.º M. S. V. Cincuenta y cinco años. Última regla a los cincuenta y tres. Consultó por síntomas del climaterio (cefaleas, mareos, sofocos). Cuello sano. Ext. vaginal (N.º 1), 8-11-47: Hipotróficos; células endocervicales aisladas y en colgajos, algunas con caracteres de malignidad. Biopsia, 10-12-47: Adenocarcinoma del canal cervical. Operación de Wertheim el 17-12-47.
- 2.º H. F. A. Cincuenta y un años. Última regla el 21-12-49. Consultó por dolores abdominales. Había tenido una pérdida de sangre (gctas, un día) en septiembre de 1949. Cuello sano. Ext. vaginal (N.º 481), 4-1-50: Citología de comienzo fase folicular. Grupos de células neoplásicas. Biopsia, 9-1-50: Epitelioma pavimentoso medio maduro del canal cervical. Histerectomía total el 14-1-50.

- 3.º C. M. C. Cuarenta y seis años. Última regla el 30-3-50. Consultó por dolores lumbares. (Diagnóstico: espondilitis lumbar.) 10-4-50: Cuello congestivo. 10-4-50: Colposcopia: zona sospechosa en labio anterior. Ext. vaginal (N.º 594): Fase folicular: Células neoplásicas. Biopsia (10-4-50): Carcinoma superficial *in situ*. Matriz III de Hinselmann. Histerectomía total el 16-5-50.
- 4.º B. S. A. Cincuenta años. Última regla el 29-4-50. Consultó por flujo sanguinolento, 7-5-50: Cervicitis, pólipo cervical. 7-5-50: Colposcopia: zona úlcronecrótica en el labio anterior. Ext. vaginal (N.º 637). 11-5-50: Hipotrófico. Células neoplásicas. Biopsia, 12-5-50: Pólipo. Epitelioma pavimentoso. Operación de Wertheim el 16-7-50.
- 5.º R. C. P. Cincuenta y seis años. Última regla a los treinta y tres años. Consultó en varias oportunidades por flujo sanguinolento. Tratada (tratamientos locales) por cervicitis. 23-7-51: Ulceración en labio anterior. Ext. vaginal (N.º 1.240). 23-7-51: Atrófico. Células neoplásicas. Colposcopia (23-7-51). Erosión que sangra. Biopsia (25-7-51): Epitelioma medio maduro endofítico. Operación de Wertheim el 6-9-51.
- 6.º S. G. S. Setenta y seis años. Tabicamiento vaginal (operación de Le Fort a los sesenta y un años). Comenzó en agosto de 1951 con flujo sanguinolento. Ext. vaginal (N.º 1.343). 27-11-51: Atrófico. Pus. Células neoplásicas. Operada el 3-12-51. Operación de Wertheim. Examen histopatológico: Epitelioma de cervix.
- 7.º P. M. Treinta y cuatro años. Consultó por metrorragias irregulares. Cervicitis. 22-1-52: Ext. vaginal. Postmenstrual. Células neoplásicas. Biopsia (23-1-52). Cervicitis. Biopsia (30-1-52): Carcinoma del canal cervical. Operación de Wertheim el 4-2-52.

## COMENTARIO

El diagnóstico de malignidad es más difícil por este método que por el examen histológico, porque cuando un diagnóstico tiene que estar hecho en base a células que aparecen en los extendidos, aisladas o en pequeños grupos, deben ser reconocidos en ellas cualquier modificación, especialmente en los núcleos (en lo que se refiere a tamaño, forma, límites, bordes, membrana, relación nucleocitoplasma, distribución de la cromatina, nucleolos, etc.) que nos conduzcan a interpretarlas correctamente (4), (5), (9) y (14).

Una técnica adecuada en la preparación y coloración de los extendidos, es condición indispensable para disminuir las causas de error (23).

Habitualmente hay mayor dificultad en diagnosticar los carcinomas avanzados, porque las lesiones de larga evolución (sobre todo los carcinomas exofíticos de cuello) tienen sus superficies necrosadas o infectadas, y las células que se desprenden de ellas se presentan mal preservadas, lisadas, deformadas, destruidas, etc. Además, que la sangre o pus abundante impiden a veces ver las células.

Células atípicas no es siempre indicación de malignidad. De muchos procesos patológicos no carcinomatosos del cervix o del endometrio (cervicitis, pólipos, endometritis, hiperplasia, etc.), y de ciertas colpitis seniles, descaman células que pueden llevar a confusión y hasta a un diagnóstico equivocado.

Las enfermas en cuyos extendidos hemos encontrado las células que Papanicolaou llamó «discariosis» (13) (células con núcleos grandes, irregulares, hipercromáticos y, en ocasiones, con aspecto de células gigantes inmaduras), siguen en observación, porque bien pudieran ser éstas las células del «complejo precáncer» de Ayre (2), o simplemente células desprendidas de procesos inflamatorios. Son elementos parecidos a los encontrados en extendidos de mujeres con embarazos normales o con pro-

cesos asociados a hiperestrogenismo, según se ha visto con alguna frecuencia en la mujer (13) y también experimentalmente en el cobayo (15).

Hay que saber reconocer los histiocitos, que suelen ser a veces elementos de difícil interpretación. En una mujer de sesenta años de edad (Ext. Vaginal, n.º 694), con hemorragias cinco años después de la menopausia, la presencia de histiocitos y de células endometriales normales nos hicieron pensar más en un proceso inflamatorio que neoplásico maligno, no obstante la sintomatología clínica. Los extendidos se informaron como sospechosos, y por un raspado-biopsia se diagnosticó un adenocarcinoma de endometrio. Al ver de nuevo los preparados se reconocieron las células endometriales neoplásicas, mal interpretadas como histiocitos la primera vez.

Los extendidos negativos, naturalmente, no excluyen la posibilidad de la existencia de un carcinoma. Un error en este sentido es peligroso, porque da a la paciente y al médico la falsa seguridad de la ausencia de un cáncer. Hemos tenido cuidado de repetir la toma de material cuando los extendidos eran negativos en mujeres en las que había motivo para tener sospecha de malignidad (cervicitis, cuellos sangrantes, leucorreas persistentes, metrorragias sin causa aparente, etc.) y todas las veces que la citología no era absolutamente normal.

Por todas estas razones, el método citológico debe ser usado con gran discreción. Los extendidos no serán informados como positivos hasta no tener la seguridad de la naturaleza maligna de las células que se ven en ellos, y cada vez que se encuentran extendidos positivos, confirmar los resultados por la biopsia.

Pero si bien el diagnóstico final en cáncer no debe estar por células, sino por la biopsia, no se puede desconocer que el empleo sistemático de este procedimiento sencillo constituye una ayuda eficaz para descubrir carcinomas incipientes, asintomáticos e insospechados, en mujeres aparentemente sanas. Las células de un carcinoma tienen la propiedad de crecer y descamar más rápidamente que las células normales y, por tanto, es posible encontrarlas en la vagina, aun antes de que aparezcan los signos y síntomas de la enfermedad.

El extendido vaginal es de gran utilidad, si se usa como un complemento de los exámenes ginecológicos, como un procedimiento de «pesquisa» (a screening test) en el mayor número posible de mujeres, sobre todo en aquellas que por su edad pueden ser portadoras de un cáncer, en las mujeres vírgenes, en las que presentan lesiones cervicales, en las que no parece estar justificada una biopsia, etc. (1), (3), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25) y (26).

El extendido vaginal contribuye al diagnóstico oportuno y precoz, uno de los problemas más importantes en cáncer hoy día, y esto le da valor al método, dado que el éxito de un tratamiento dependerá de la habilidad del ginecólogo en reconocer los carcinomas al comienzo de su evolución.

## RESUMEN

Se presenta un análisis de la citología de los extendidos vaginales de 1.201 mujeres. Hubo 121 extendidos positivos, 86 sospechosos y 994 negativos, correspondiendo a:

77 carcinomas de cuello...	{	2 negativos.
		3 sospechosos.
3 car. de canal cervical...		72 positivos.
		3 positivos.
33 adenocar. de endometrio...	{	3 negativos.
		2 sospechosos.
		27 positivos.
3 carcinomas de vagina...		3 positivos.
3 carcinomas de vulva...		3 positivos.
10 recidivas de carcinomas...		2 sospechosos.
		8 positivos.

Cinco fueron falsos negativos (dos carcinomas de cuello y tres adenocarcinomas de endometrio); cinco, falsos positivos (tres cervicitis, uno hiperplasia de endometrio y uno pólipo), 86, sospechosos, de los cuales tres eran carcinomas de cervix y dos de endometrio, y siete siguen en observación.

Se describen en detalle siete casos que fueron diagnosticados por los extendidos, se mencionan algunas causas de error y se reconoce el valor del método citológico como procedimiento de «pesquisa» para descubrir carcinomas insospechados.

## REFERENCIAS

- Ahumada, J. C.; Mezzadra, J. M., y Nicholson, R.: *El Día Médico*, 92, 4.203; 1915.
- Ayre, J. E.: *J. Am. Med. Ass.*, 138, 11; 1948.
- Costa, G., y Marconia, R.: *Minerva Médica*, 2, 565; 1949.
- Gates, O., y Warren, S.: *A handbook for the diagnosis of cancer of the uterus by Vaginal Smears*. Harvard Univ. Press. 1947.
- Graham, R. M., et al. (Vicent Memo. Lab.): *The Cytologic diagnosis of cancer*. W. B. Saunders Co. 1950.
- Hahn, H.: *Zentralbl. f. Gyn.*; 72, 294; 1950.
- Isbell, N. P.; Jewett, J. F.; Allen, M. S., y Hertig, A.: *Am. J. Obst. & Gyn.*, 54, 576; 1947.
- Kemodle, J. R., y Cuyler, W. R.: *N. Carolina Med. J.*, 9, 335; 1948.
- Meigs, J. V.: *J. Am. Med. Ass.*; 133, 75; 1947.
- Mezzadra, J. M.: *Bol. Soc. Gin. y Obs. (B. A.)*, 30, 176; 1951.
- Nelson, R. B., y Hilber, A. W.: *J. Not. Ca. Inst.*, 11, 1.081; 1951.
- Nieburgs, R. E.: *Oncología*, 2, 80; 1949.
- Papanicolaou, G. N.: *Am. J. Clin. Path.*, 19, 301; 1949.
- Papanicolaou, G. N., y Traut, H.: *The diagnosis of uterine cancer by the Vaginal Smears*. The Commonwealth Fund, N. Y. 1943.
- Pasqualini, Ch. N.; Bur, G. E., y Terzano, G.: *Endocrinología*, 1, 77; 1950.
- Phillips, M. A.: *J. Am. Women Ass.*; 5, 305; 1950.
- Posey, L. C., y Cunningham, J. A.: *South. Med. J.*, 41, 221; 1948.
- Reagan, J. W.: *Cáncer*, 4, 225; 1951.
- Romberg, G. H.: *N. York State J. of Med.*, 50, 1.375; 1950.
- Scheffey, L. C., y Rakeff, A. E.: *Philad. Med.*, 43, 435; 1948.
- Schirbu, I.: *Obst. u. Gin. Lat. Am.*, 6, 201; 1948.
- Skápier, J.: *Surg., Gyn. & Obst.*, 89, 405; 1949.
- Street, Ch.: *Am. J. Med. Technol.*, 16, 1; 1950.
- Terzano, G.: *Prensa Méd. Arg.*, 38, 3.282; 1951.
- Zinser, M. K.: *Zeitsch. F. Geburts. u. Gyn.*, 133, 1; 1950.

## UN CASO DE CANCER EN LA LARINGE EN UN OBRERO EXPUESTO A POLVOS ARSENICALES

Por L. DEROBERT y A. HADENGUE  
París.

Incluiremos en la documentación de cánceres arsenicales el caso siguiente, del cual damos el resumen del historial:

M. ..., de cuarenta años, fué contratado el 22 de febrero de 1943 para trabajar en la fabricación de un producto contra el escarabajo de la patata, en el que intervenía un arseniato. Estaba sometido a una polvareda muy importante. Aparecieron dolores en la deglución y se acentuaron, aunque consulta al médico el 21 de mayo de 1948. El especialista que le examina comprobó la existencia de una laringitis de tipo crónico acompañada de ulceración tórpida de la epiglotis.

El 4 de junio de 1948 se hospitaliza. No hay mejoría funcional. La disfagia es cada vez más marcada. Se observa una infiltración de la epiglotis, acompañada de un gran edema sobre el surco de la epiglotis. La ulceración reside en la cara posterior de aquélla. El reflejo epiglótico es muy vivo. Hay una adenopatía subángulomaxilar.

La biopsia permite precisar que se trata de un epiteloma pavimentoso que se diferencia sin queratinización. Las mitosis anormales son numerosas, con monstruosidades celulares. Se le somete a un tratamiento radioterápico, seguido de mejoría de los signos funcionales. El primero de julio de 1948 el reconocimiento revela un gran edema del surco epiglótico, con infiltración de la epiglotis. La ulceración de la cara posterior de la epiglotis es sangrante; las cuerdas son móviles y normales. Los aritenoideos están libres.

Una nueva biopsia da los mismos resultados que la primera.

Una segunda serie de aplicaciones radioterápicas va seguida de una atenuación muy marcada de las molestias.

El enfermo abandona el hospital el 25 de noviembre de 1948. Hemos tenido ocasión de examinarle unas semanas más tarde. Entonces no presentaba ningún signo clínico, cutáneo o neurológico imputable a una intoxicación arsenical.

\* \* \*

Los cánceres debidos al arsénico son conocidos desde hace mucho tiempo. En 1820, J. Aryton observaba los efectos de los vapores del arsénico sobre el ganado que vivía en las proximidades de fábricas que trataban este cuerpo. Las afecciones neoplásicas que alcanzaban las pezuñas obligaban a los caballos y a las vacas a arrastrarse sobre las rodillas. El mismo autor describe el primer cáncer arsenical profesional en un fundidor de estaño.

En 1886, Hutchinson menciona la degeneración cancerosa de las granulaciones arsenicales. Dubreuil, en 1910, reunió 17 casos de cánceres arsenicales, pero ninguno de ellos era de origen profesional. Nutt Beattie y Rye Smith informan, en 1913, de dos casos que bien podían ser imputables

a la manipulación de un preparado antiparasitario a base de arsénico.

En 1927, Mayer publica una observación de un epiteloma en el muslo de un individuo que había tenido un contacto prolongado con arsénico.

El papel de los rayos X, utilizados para el tratamiento de psoriasis, no está, por otra parte, excluido. Ulmann, en 1931, descubre 79 casos debidos al arsénico.

Es clásico considerar que la morbidez cancerosa es más elevada en los arsenicófagos de Estiria que en las regiones vecinas del Tirol. Una estadística de 1926, citada por Landes en su tesis, indica que el 13 por 100 de la mortalidad era imputable a tumores malignos. Además, en esta región el cáncer es bastante frecuente entre jóvenes de trece a treinta años y se observa igualmente después de setenta años. Baader subraya igualmente la frecuencia de casos de cáncer en la vecindad de fábricas que lanzan humo y polvos de arsénico. Se sabe también el papel que se ha querido hacer desempeñar al arsénico en el determinismo de ciertos cánceres pulmonares observados en los mineros que trabajan en terrenos arseníferos. Recientemente, ciertos autores han culpado al arsénico contenido en el humo del tabaco, tratando de explicar el recrudescimiento de cánceres pulmonares, en particular entre las mujeres.

La acción cancerígena del arsénico ha sido, segura e indiscutiblemente, exagerada. Bayet le hizo responsable del cáncer debido a la brea o alquitrán y sus derivados. Pensaba que un factor único, presente en todos estos cuerpos bastante diferentes, provocaba el cáncer. Llegó a esta conclusión por sus deducciones clínicas y sus análisis químicos, creyendo que sólo podía ser la causa del arsénico. Numerosos estudios posteriores han demostrado que si el arsénico contenido en los derivados de la hulla puede algunas veces favorecer la aparición de un cáncer, no existe en los derivados de la hulla una sustancia cancerígena particular.

Sea lo que sea, el cáncer arsenical tiene una existencia indiscutible. Reviste, lo más a menudo, el tipo de cáncer cutáneo. La acción cancerígena parece manifestarse igualmente en ciertos cánceres del pulmón. Pero nosotros no hemos encontrado ninguna mención en la literatura de cáncer de la laringe. El origen profesional merecía ser discutido en el caso de nuestro enfermo, sin que se puedan presentar pruebas fehacientes en favor de la exposición a polvaredas arsenicales.

Por otra parte, el problema de los cánceres profesionales es muy complejo. Ciertos tóxicos industriales parecen favorecer, si no provocar, el cáncer. Su acción cancerígena no se manifiesta más que después de una larga exposición. Los signos clínicos aparecen con gran frecuencia tardíamente. Por ello se omite con mucha frecuencia el investigar en los antecedentes, incluso lejanos, del en-



fermo un contacto prolongado con un cuerpo cancerígeno. Es de desear que se hagan investigaciones minuciosas sistemáticamente en este sentido cuando se encuentra uno ante cualquier caso de cáncer susceptible a ser relacionado con un origen profesional. Ciertos centros especializados en la lucha contra el cáncer han adoptado este modo de investigación. Pero esta costumbre está lejos de ser general. Sin embargo, representa el único

medio para precisar la morbilidad cancerosa profesional.

*Informe leído en la sesión de 15 de mayo de 1950, bajo la presidencia de M. Raymond, de la Sociedad de Medicina e Higiene del Trabajo de París.*

(Traducción de «Laboratorios Ulzúrur, S. A.»)

## Papel eventual de las nebulizaciones de aceites industriales en la patogenia del cáncer broncopulmonar

Por RENE HUGUENIN, JEAN FAUVET  
y MADELEINE MAZABRAUD  
París

Los cánceres broncopulmonares, que se consideraban hace treinta años como excepcionales, se diagnostican cada vez con mayor frecuencia. Es cierto que el médico ha aprendido a pensar en *cáncer de pulmón* y a no quedar cegados por la tuberculosis. Es cierto; ya no se esperan los tiempos de signos inconstantes y tardíos, como el hueco auscultatorio o la expectoración moteada de grosella, para pensar en la posibilidad de un cáncer. Es cierto que se ha aprendido a interpretar las imágenes radiológicas, que podrían dar la sensación de una tuberculosis o un absceso; es cierto que la broncoscopia, que se ha convertido en una cosa corriente y sin peligro, proporciona con frecuencia la certidumbre. También es cierto que, a pesar de los progresos del diagnóstico, parece haber habido un aumento indiscutible de la frecuencia de estos cánceres broncopulmonares.

Las causas de este aumento en la frecuencia son probablemente múltiples. Ya hemos insistido sobre el papel eventual del tabaco, porque todos o casi todos nuestros enfermos son grandes fumadores. Esta hipótesis ayudaría a explicar la marcada diferencia, con predominio del sexo masculino, en todas las estadísticas de cáncer de pulmón.

Pero nuestra atención fué singularmente atraída hacia una causa, que nunca antes se había indicado y que nosotros encontramos con una gran frecuencia en los antecedentes de nuestros enfermos: la exposición prolongada, *profesional*, a los vapores de aceite recalentado. Por ello es por lo que hemos aprendido, ayudados por una subvención de la Comisión Mixta del Instituto Nacional de Higiene y de la Seguridad Social, una serie de investigaciones, parte de las cuales han constituido el objeto de una comunicación a la Société Médicale des Hospitiaux de París («Role Eventuel des nebulisations de certaines huiles industrielles dans l'étiologie du cancer broncho-pulmonaire»). *Bulletins et Mémoires de la Société des Hospitiaux de Paris*, t. LXV, nr 23 y 24, séance del 8 de julio de 1949). Podemos, pues, extraer de 112 casos estudiados de cáncer pulmonar, 32 en que los pacientes habían estado expuestos a contacto repetido y prolongado con el aceite:

Dieciocho obreros metalúrgicos, o sea el 16 por 100; ocho fogoneros; cinco mecánicos, y un ingeniero (encargado de investigaciones sobre los aceites).

De esta forma obtenemos el enorme porcentaje del 28,5 por 100. Es probable que esta cifra esté por encima de la verdad; como en las neumocosis, es más importante *investigar los antecedenentes* de los oficios que la profesión actual. Un cierto número de nuestros pacientes, de edades de cincuenta y cinco o sesenta años, habían abandonado su profesión de metalúrgicos, y el uno se decía ser pescador o embalador, cuando en realidad había sido tornero durante treinta años.

¿Se deben estos resultados al azar?

Después de aquel artículo hemos continuado nuestras investigaciones.

Las visitas hechas a las fábricas nos han permitido precisar algunos de los empleos más expuestos a las nebulizaciones de aceite.

1.º Los torneros se encuentran particularmente expuestos, sobre todo los que trabajan en máquinas anticuadas, puesto que se ven cubiertos de una niebla de gotitas de aceite nocivas: se sabe desde hace tiempo que estos obreros tienen los trajes impregnados de aceite y que con frecuencia, por ese hecho, presentan en los antebrazos dermatosis (botones de aceite). Los tornos modernos que utilizan hidrosoluble proyectado a gran distancia por un chorro grande o van provistos de capota, parece que ponen al obrero al abrigo de este peligro.

2.º Los ajustadores, fresadores, mecánicos, calibradores, contra maestros que trabajan en los mismos talleres, se encuentran también expuestos a las nebulizaciones de aceite.

3.º En ciertas fábricas se emplea el *soplado* por aire comprimido para limpiar las piezas cubiertas de aceite y polvos metálicos, realizándose así una vaporización en frío, en que las gotitas de aceite pueden transportar partículas metálicas.

4.º El templado en caliente en aceite da lugar a una verdadera microniebla de aceite.

5.º Los fogoneros y mecánicos emplean con frecuencia vaporizaciones de aceite sobre piezas expuestas al roce; y

6.º En las locomotoras, los fogoneros y mecánicos están especialmente expuestos, por el hecho de nebulizaciones de aceites de escape, que son frecuentes bajo el abrigo-tienda de la máquina y por el hecho de la purga de los engrasadores de los cilindros de vapor.

Esta relación sería, por otra parte, inacabable, pues cada nueva visita a una fábrica presenta nuevos lugares de exposición.

Los aceites empleados son de origen, marca y composición diferentes: se clasifican en *aceites de copa e hidrosolubles*, siendo estos últimos aquellos que están en emulsión. Tras el empleo, estos aceites, que entonces están cargados de polvos metálicos, de los cuales algunos (cromatos) pueden por sí mismos ser cancerígenos, se recuperan y purifican antes de volverlos a usar. Muchos de nuestros pacientes, muchos ingenieros, nos han señalado que durante la ocupación de los alemanes los aceites que se enviaban a las industrias eran de calidad inferior y «embreaban» las piezas metálicas que debían proteger.

Así, pues, en muchas situaciones de trabajo se producen nebulizaciones de aceite recalentado, al que se pueden agregar polvos metálicos.

Estas gotitas de aceite llegan hasta los pulmones: se sabe, en efecto, por el estudio de los aerosoles terapéuticos, que el 35 por 100 de aquéllas se retienen al nivel de las vías respiratorias superiores; el 20 por 100 se rechaza, y el 45 por 100 llega a los alvéolos. Por tanto, es preciso estudiar también la cuestión del cáncer de la orofaringe y también los cánceres cutáneos, patrimonio de los individuos de más edad. Recordemos el caso observado en un paciente que trabajaba en los aceites de esquistos: era portador de epitelomas cutáneos y amigdalinos, presentando además, en broncoscopia, una rojez difusa, irritativa, de los bronquios y de la tráquea con placas de queratosis.

Por el momento hemos limitado voluntariamente nuestra investigación al cáncer broncopulmonar.

Esta investigación nos da cada día resultados que parecen confirmar nuestra hipótesis de partida. Así, en la consulta de tumores de la S. N. C. F. (Ferrocarriles franceses, N. del T.), llevada a cabo por uno de nosotros, hemos podido descubrir veintinueve casos de cáncer bronquial, confirmados por broncoscopia y biopsia. De estos veintinueve casos, ocho, o sea el 38 por 100 (si es que se puede sacar un porcentaje en una cifra tan reducida) eran de agentes expuestos al contacto con aceites recalentados y vaporizados (cuatro fogoneros, un engrasador, tres obreros de máquinas-herramientas). Esa cifra de individuos expuestos a los aceites en relación con la cifra total de enfermos es infinitamente superior a la proporción de sujetos expuestos en relación con la totalidad de agentes de los ferrocarriles franceses.

La investigación, continuada en ciertas fábricas de la región parisiense, en las Cajas de Seguridad Social, en los centros médico-sociales de la región de la capital, ha tropezado con numerosas dificul-

tades materiales y psicológicas. Algunas fábricas no podían o no querían dar ningún dato concreto. En otras hemos obtenido detalles interesantes. Así, en una fábrica de pianos, dos obreros que se habían sucedido ante el mismo torno han sucumbido ambos por cáncer del pulmón. En una fábrica de automóviles, donde trabajan 3.800 obreros, ha habido en 1949 cuatro casos ciertos de cáncer de pulmón (más tres casos probables que están actualmente en observación). De estos cuatro diagnósticos ciertos, tres de los pacientes estaban entre los 950 obreros expuestos a los vapores de aceite. En otra fábrica de automóviles hemos podido descubrir, desde hace ocho años, cinco casos de cáncer de pulmón. Hace mucho tiempo que la ciencia ha destruido la leyenda popular de «casas con cáncer»; ¿habrá que crear un día la calificación de «fábricas con cáncer»?

Las investigaciones estadísticas, extendidas al conjunto de obreros de ciertas fábricas, a los ferroviarios, a los asegurados sociales de la región parisiense, podrían completar una documentación útil con la condición de diagnósticos ciertos, y será probablemente necesario para conseguir esto remontar el curso de los distintos historiales clínicos y controles histológicos, en particular.

Los doctores Assouly y Marx, del Ministerio de Trabajo y de la Seguridad Social, nos han ofrecido amablemente su concurso poniendo a nuestra disposición sus estadísticas. Nuestro colega el doctor Brocard, médico del Hospital Tenon, ha puesto a nuestra disposición sus documentos de los Centros Médicosociales de la región parisiense.

Así continuamos nuestra investigación en el plan médico y en el plan industrial. Es un trabajo duro para evitar el «aproximadamente». Además, habría que llevar a cabo, con el concurso de René Truhaut y bajo la égida del señor decano Fabre, que se interesa mucho por esta investigación, un estudio químico de los aceites sospechosos y buscar, experimentalmente, un factor cancerígeno eventual y después efectuar un estudio experimental sobre las ratas. Haciendo esto es como solamente nuestra hipótesis podrá ser desmentida o confirmada.

Esta obra necesita el concurso de todos los médicos de buena voluntad, pues puede ser rica en consecuencias.

De ella se deducirían ideas patológicas nuevas sobre el papel de ciertos factores de la génesis de los epitelomas bronquiales o pulmonares; se deducirían medidas de profilaxis análogas a las realizadas ya en la industria de la ladrillería, en la elección de aceites para los hilados de algodón, supresión de las microbrumas por medio de máquinas especiales, protección individual, elección de los aceites; se deduciría, finalmente, el reconocimiento de ciertos cánceres broncopulmonares como *enfermedades profesionales* a la manera de los epitelomas cutáneos de aceites, pero con las mismas reservas patogénicas.

(Traducción de «Laboratorios Ulzurrún, S. A.»)

# TRAUMATISMO Y CANCER

(Comunicación presentada al VIII Congreso Internacional de Cirugía)

Por el Dr. JOSE VIDAURRETA APARICIO

En el año 1900 se dieron a conocer observaciones que demostraron las relaciones existentes entre traumatismo y cáncer. En el XX Congreso de Cirugía, en 1907, apareció un trabajo de conjunto hecho por el profesor Segond, y posteriormente en el III Congreso Internacional de Accidentes del Trabajo, celebrado en Duseldorf, numerosos investigadores y clínicos dieron a conocer sus observaciones, siendo de recordar las de D'Olivier, Muller, Cordonier y otros. También se ocuparon de este problema en el X Congreso de Medicina Legal, de Madrid, mayo 1942.

Nosotros presentamos un trabajo, titulado «Estado actual del problema del cáncer traumático», en marzo de 1948, en las Sesiones Científicas del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, en el cual describimos una gran cantidad de datos bibliográficos y datos de clínicos muy interesantes, haciendo destacar las conclusiones de Segond, el que considera que el traumatismo es una causa no determinante, más bien ocasional de los tumores malignos, pero que debemos estudiar con

determinación cada caso particular y exigir, para poder admitir la responsabilidad del accidente, las cinco garantías siguientes:

- 1.<sup>a</sup> La autenticidad del traumatismo.
- 2.<sup>a</sup> Su importancia.
- 3.<sup>a</sup> La integridad de la región herida antes del accidente.
- 4.<sup>a</sup> Una correspondencia exacta entre la herida y el tumor.
- 5.<sup>a</sup> Fecha exacta de la aparición del tumor en relación con la del accidente.

Las cuatro primeras condiciones no necesitan comentario alguno; la quinta es de una interpretación mucho más delicada. Claramente se ve la dificultad que tenemos de tomar determinaciones definitivas sobre la influencia del traumatismo en el desarrollo del cáncer, si bien es preciso continuar con gran interés el estudio de estos problemas, que pueden influir de una manera notable en los nuevos puntos de vista de las enfermedades consecutivas a los accidentes del trabajo.

## REGLAMENTO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

Orden del Ministerio de la Gobernación de 14 de julio de 1952, por la que se aprueba el Reglamento de régimen interior del Instituto Nacional del Cáncer.

La amplitud de servicios que hoy tiene el Instituto Nacional del Cáncer hace preciso, para lograr una perfecta ordenación de las funciones al mismo encomendadas, dictar normas para su régimen interior.

Por las consideraciones expuestas y con la aprobación del Consejo Nacional de Sanidad,

Este Ministerio se ha servido aprobar el Reglamento de Régimen Interior del Instituto Nacional del Cáncer, que a continuación se inserta.

Dios guarde a vuestra ilustrísima muchos años.

Madrid, 14 de julio de 1952.—Pérez González.

Ilustrísimo señor director general de Sanidad.

### CAPITULO PRIMERO

Artículo 1.<sup>o</sup> El jefe superior de todas las Secciones del Instituto Nacional del Cáncer es el director del mismo.

Art. 2.<sup>o</sup> Las clínicas del Instituto Nacional del Cáncer tienen por objeto la asistencia a los enfermos con tumores y la investigación de los mismos; lo constituirán la enfermería, consulta, laboratorios y dependencias necesarias para estos servicios.

Art. 3.<sup>o</sup> Los servicios asistencial y sanitario de las clínicas del Instituto Nacional del Cáncer serán desempeñados por los jefes de clínicas, ayudantes, becarios honorarios, las Hijas de la Caridad y los sirvientes de enfermería.

Art. 4.<sup>o</sup> El servicio administrativo será desempeñado por la persona encargada al efecto.

### CAPITULO II

DE LA DIRECCIÓN DE CLÍNICAS Y SERVICIO DE INFORMACIÓN

Art. 5.<sup>o</sup> El Instituto Nacional del Cáncer estará regido por dos Juntas: la Junta permanente y la Junta general.

La Junta Permanente será presidida por el director del Centro e integrada por los jefes de clínica y los de especialidades, como vocales. El secretario será designado por el director.

Art. 6.<sup>o</sup> La Junta general estará formada por los miembros de la Permanente, los ayudantes y los becarios numerarios. En ella tendrán voz todos sus componentes, y voto los pertenecientes a la permanente y un ayudante de cada sección. Los ayudantes con voto serán elegidos por los ayudantes y becarios de entre ellos.

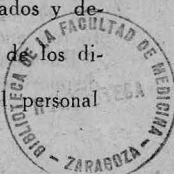
Art. 8.<sup>o</sup> Las clínicas estarán regidas por un jefe de servicios clínicos designado por la Dirección a propuesta de la Junta permanente.

Art. 9.<sup>o</sup> Las atribuciones y deberes del jefe de servicios clínicos son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Cuidar del orden moral y material de las clínicas del Instituto, haciendo cumplir sus deberes a los empleados y dependientes del mismo.

2.<sup>a</sup> Distribuir el personal según las necesidades de los diferentes servicios.

3.<sup>a</sup> Corregir y castigar las faltas que cometa el personal



administrativo y subalterno mediante reprensiones, suspensiones temporales de sueldo y propuestas de separación del cargo.

4.<sup>a</sup> Informar al director del I. N. C. y a los jefes de clínica en todo cuanto se refiera al servicio clínico.

5.<sup>a</sup> Nombrar la guardia permanente del personal médico que ha de prestar el servicio diario del establecimiento.

6.<sup>a</sup> Ordenar la formación de inventarios anual de cada uno de los efectos y material que en ellos exista, firmados por el jefe respectivo; y

7.<sup>a</sup> Proponer a la Junta permanente las mejoras y modificaciones que crea oportunas para el mejor funcionamiento del departamento.

### CAPITULO III

Art. 10. La Junta de clínicas estará formada por lo dispuesto en el artículo 4.<sup>o</sup>

Art. 11. La Junta se reunirá al menos una vez cada trimestre. Será convocada con veinticuatro horas de anticipación y en la convocatoria se hará constar la orden del día.

Art. 12. Las atribuciones de la Junta permanente son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Proponer lo que convenga a la buena conservación y mejora del Instituto y a la mayor eficacia del trabajo del departamento.

2.<sup>a</sup> Examinar y aprobar las propuestas de tipo científico y administrativo, que serán elevadas a la superioridad por conducto del director del Centro; y

3.<sup>a</sup> Revisar anualmente el dispensario y prescripciones dietéticas.

Art. 13. La Junta permanente intervendrá en la administración y organización de los servicios del Instituto, así como en la percepción de ingresos y abono de los gastos del mismo por todos los conceptos, que serán hechos efectivos previa ordenación del pago por el director.

### CAPITULO IV

#### DE LOS JEFES DE CLÍNICAS

Art. 14. Cada jefe de clínica tendrá a sus órdenes inmediatas los ayudantes, becarios y demás personal facultativo que se disponga.

Art. 15. Cada jefe de clínica deberá pasar diariamente visita acompañado del personal a sus órdenes.

En caso de ausencia justificada o enfermedad del jefe de servicios, pasará la consulta el ayudante por él designado.

Art. 16. Los jefes de clínicas se dirigirán al jefe de servicios clínicos para todo lo que se necesite relativo al servicio clínico, así como para comunicarle cuanto concierne al personal que de ellos dependa.

Art. 17. La visita en las clínicas se pasará antes de las doce de la mañana, llevándose un libretín de visitas, donde se hagan constar diariamente los ingresos, altas y prescripciones de diagnóstico y tratamiento de cada enfermo.

Por la tarde y en los días festivos se pasará también la visita por el propio jefe o persona caracterizada del servicio, expresamente designada para ello por el jefe.

Art. 18. Los jefes de clínica solicitarán, por medio de vales firmados por ellos mismos, los medicamentos extraordinarios, aparatos e instrumental especial procedente de otros departamentos; la intervención técnica de otros servicios, así como la realización de pequeñas obras de reparación y reforma de sus clínicas.

Los vales de medicamentos y obras de reparación deberán llevar el visto bueno del jefe de servicios clínicos.

### CAPITULO V

#### DEL PERSONAL FACULTATIVO

Art. 19. Los ayudantes, médicos, internos y becarios son los inmediatos auxiliares facultativos de los jefes de clínica en las enfermerías.

Art. 20. Las atribuciones y deberes de los ayudantes clínicos son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Acompañar al jefe en la visita oficial de la clínica, debiendo concurrir a la enfermería media hora antes y pasar visita a los enfermos que ordene el jefe.

2.<sup>a</sup> Pasar visita por la tarde y los días que no lo hicieren el jefe o encargado y las visitas extraordinarias que le fueren encargadas por aquél.

En estas visitas no podrán alterar los planes terapéuticos dispuestos por el jefe, sino en caso urgente y perentorio, de-

biendo dar cuenta inmediata a aquél de la alteración hecha y de sus motivos.

3.<sup>a</sup> Cuidar de todo cuanto se refiere a la asistencia de los enfermos, haciendo cumplir sus órdenes al personal auxiliar de la clínica.

4.<sup>a</sup> Cuidar de que sea hecha la preparación oportuna de todo lo necesario a las visitas y a las operaciones quirúrgicas que hayan de verificar los jefes o personal acreditado.

5.<sup>a</sup> Auxiliar a éstos en las operaciones que practiquen, haciendo por sí mismos las sencillas que el jefe les encomiende y dirigir las curas que se practiquen a diario en la clínica.

6.<sup>a</sup> Comprobar las defunciones y extender los correspondientes certificados; y

7.<sup>a</sup> Hacer guardia conforme a los turnos e instrucciones emanadas del jefe de servicios clínicos, permaneciendo en el Instituto sin salir de él bajo ningún pretexto. Se considera como falta grave toda infracción de este precepto.

Art. 21. El médico de guardia es el jefe facultativo de las clínicas en ausencia de los jefes. Vigilará todas las clínicas, atenderá a los accidentes urgentes que ocurran a los enfermos, dando cuenta en seguida al jefe de clínica y servicios, a quien se pasará aviso si el accidente lo exigiera. Los ayudantes de guardia corregirán las faltas de sus inferiores, dando de ellas cuenta inmediata al jefe de quien dependa la clínica en que se haya cometido. Todas las noches, a las diez en invierno y a las once en verano, hará una visita a todas las enfermerías.

Art. 22. Las faltas cometidas por los ayudantes pueden ser leves, graves y muy graves.

Las primeras consisten en cualquier infracción reglamentaria cometida por primera vez, que no pertenezcan a las graves ni muy graves. La segunda son las de reincidencia en las leves, las que este Reglamento califica de graves y las que afectasen al orden moral y a la disciplina. Las últimas son las de reincidencia por segunda vez en las graves y todo acto que merezca de la Dirección del Instituto el calificativo de muy grave.

Art. 23. Las faltas leves serán castigadas con privación de sueldo por ocho días y las muy graves con expediente, del que se decidirá la pena que corresponda.

Ninguna de las penas propuestas por una autoridad podrá ser disminuída ni suprimida sino a petición de la misma autoridad que la propuso.

### CAPITULO VI

#### DE LOS BECARIOS

Art. 24. Los becarios serán de dos clases: numerarios y honoríficos.

Los primeros serán retribuídos con cargo a la consignación que a tal fin figure en los Presupuestos del Estado.

Uno y otro disfrutarán de las ventajas de enseñanza derivadas de su convivencia con los profesores y mayor contacto con los medios de diagnóstico y tratamiento.

Art. 25. Los becarios numerarios serán designados previo concurso u oposición. Para serlo con carácter honorífico deberá el alumno solicitarlo de la Dirección del Instituto, quien hará la propuesta a la Dirección General de Sanidad, previo informe favorable por el jefe de clínicas e investigación en que haya trabajado.

Art. 26. La distribución de los becarios numerarios se hará por el director, de acuerdo con el jefe de servicios de clínicas, teniendo presente las necesidades y exigencias del Instituto.

Art. 27. Dentro de cada clínica los distribuirá el jefe de servicios clínicos convenientemente, para asegurar la mayor eficacia de ellos en el doble aspecto de asistencia de los enfermos y enseñanza.

Art. 28. Los becarios de cada enfermería acompañarán al jefe respectivo en la visita oficial ordinaria, y al ayudante o profesor que lo hiciera, en la visita de la tarde.

Art. 29. A los becarios corresponde la práctica de curas, inyecciones y demás técnicas de cirugía menor, y asimismo llevar el libretín de visitas, redactar la hoja de botica, certificados, historias clínicas, vales de pedido y demás cometidos análogos que le encomiende el jefe o sus ayudantes autorizados por éste.

Art. 30. Cuando un jefe lo dispusiere, a causa de la gravedad de un enfermo, se establecerá guardia permanente para éste, cuya circunstancia tendrá en cuenta el jefe de servicios clínicos al señalar la guardia ordinaria.

Art. 31. Las faltas cometidas por los becarios serán leves, graves y muy graves, y su calificación se hará a tenor de lo dispuesto en el artículo 24, de idéntico modo que para los ayudantes.

Las faltas leves serán castigadas con represión verbal hecha por el jefe. En todo caso se dará cuenta a la Dirección para que quede constancia en la ficha correspondiente.

Las faltas graves serán castigadas por el director del Instituto a propuesta del jefe, con una represión por escrito.

Las faltas muy graves serán castigadas por el director, a propuesta del jefe, con expulsión del servicio.

## CAPITULO VII

### DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD

Art. 32. Las Hermanas de la Caridad asignadas al servicio del Instituto desempeñarán su cometido a las órdenes inmediatas de su superiora, que las distribuirá de acuerdo con el director.

Art. 33. En relación con su función dentro del Instituto, las hermanas serán de dos clases: hermanas con título de enfermera, encargadas de la asistencia directa del enfermo como tales enfermeras, y hermanas administradoras, en número restringido, que las autorice para llevar a cabo la labor puramente económica.

Art. 34. La Hija de la Caridad de cada enfermería no permitirá el ingreso de ningún enfermo, ni le asignará cama, sin que presente la correspondiente papeleta de ingreso en la Comisaría.

En el acto de ingreso se hará cargo de la ropa y objetos que lleve el enfermo, los cuales serán desinfectados y conservados, devolviéndoselos cuando se levante de la cama, o a su familia si el enfermo falleciese. En ningún caso se entregarán a los sirvientes ni a personas extrañas.

Art. 35. El cuidado y alimentación de los enfermos durante la noche y la vigilancia prevista en el artículo anterior, estarán a cargo de las Hijas de la Caridad de guardia, según el turno que la superiora establezca, auxiliadas por los sirvientes.

Art. 36. Las hermanas designadas a los diversos departamentos (quirófano, cocinas, lavaderos, etc.) cumplirán su cometido de acuerdo con lo dispuesto por la madre superiora y a las órdenes inmediatas del personal técnico médico si lo hubiere.

Art. 37. En todo momento cuidarán del orden y moralidad de los servicios y personal (sirvientes y empleados), dando cuenta a la superiora de toda anomalía o transgresión observada para que a su vez la ponga en conocimiento del señor director, que es la autoridad correspondiente a corregirla.

## CAPITULO VIII

### DE LOS CAPELLANES

Art. 38. En el Instituto del Cáncer habrá los capellanes necesarios para atender solícitamente a los enfermos hospitalizados. Su nombramiento se hará con arreglo a lo establecido por la legislación correspondiente.

Art. 39. Corre a cargo de los capellanes la atención espiritual de los enfermos y la administración de los Sacramentos.

Diariamente celebrarán la Misa en la capilla del Instituto, visitarán las salas y en especial harán una sencilla explicación de la Doctrina Cristiana y rezarán el Santo Rosario en la capilla.

Art. 40. Su permanencia en el establecimiento de día y de noche será la que sea necesaria para asegurar la asistencia de los enfermos, ya que por serlo pueden precisar en cada momento de sus servicios urgentes. En caso de ser varios, se establecerá un turno permanente.

## CAPITULO IX

### DE LOS SIRVIENTES DE LAS CLÍNICAS Y MOZOS DE OFICIO

Art. 41. Los sirvientes del Instituto estarán encargados del servicio doméstico de las salas, bajo la inmediata dirección de las Hermanas de la Caridad. La admisión o distribución será hecha por la Dirección directamente o a propuesta de la superiora.

Los mozos de oficio serán designados en la misma forma que los sirvientes, y se destinarán a servicios exteriores, a las enfermerías y a los departamentos y demás dependencias del Instituto.

Art. 42. Los deberes de unos y de otros se determinarán detalladamente en las instrucciones dictadas por la Junta permanente del Instituto.

## CAPITULO X

### DEL RÉGIMEN INTERIOR DE LAS ENFERMERÍAS Y SUS DEPARTAMENTOS ANEXOS

Art. 43. Inmediatamente que el enfermo ingrese en una sala por orden de la Comisaría, la Hermana de la Caridad le destinará cama, anotará el número de ésta en la hoja de ingreso y ordenará se avise al médico de guardia, quien dispondrá la alimentación que debe tener y, si fuera menester, la medicación conveniente, interviniendo, en casos de gravedad y urgencia, con los recursos indispensables y perentorios, si es que así considerase hacerlo antes de la hora de la visita del jefe o ayudante.

El ayudante, asimismo, en estas visitas primeras, atenderá exclusivamente las indicaciones de urgencia, dejando reservado al jefe de clínicas la disposición del plan curativo.

Art. 44. El servicio higiénico de cada una de las salas será vigilado por la Hermana de la Caridad correspondiente, así como la referencia al aseo de la sala, ventilación, calefacción y alumbrado, limpieza de todos los utensilios y enseres, cuidando del reparto de la alimentación, arreglo y renovación de las ropas de la cama y lo relativo a la moral de los enfermos, en cuanto a su conducta personal y relaciones con los demás.

El jefe de Servicios clínicos inspeccionará cuidadosamente todos estos servicios, avisando a la Hermana de la Caridad cuanto considere conveniente sobre ello.

Art. 45. Todo acto que los enfermos cometieren, sea faltando al empleado de la sala o a las Hermanas de la Caridad, o produciendo destrozos en el material de la enfermería, o por la práctica de acciones ofensivas a la moral, serán puestos en conocimiento del jefe de clínicas y de servicios, quienes lo corregirán pronto severamente.

Art. 46. Los únicos recreos consentidos a los enfermos cuyo estado lo permitan, serán: la lectura y el ejercicio o paseo por las galerías, terrazas, etc., así como juegos de ajedrez, damas, asalto, parchís, por no ser de envite y azar.

Los que contravinieren este precepto serán amonestados por las Hermanas de la Caridad, y si no obedeciesen, ésta lo pondrá en conocimiento del ayudante y éste en el del jefe del servicio clínico, para su pronta y severa corrección.

Se prohíbe en absoluto la concesión de toda licencia a los enfermos para salir del Instituto mientras no se les dé de alta, salvo casos extraordinarios, que autorizará el director.

El enfermo que infringiere este precepto será expulsado inmediatamente.

La Dirección reglamentará debidamente las visitas a los enfermos y la recepción por ellos de objetos y productos que sean perjudiciales a la salud y al régimen del Centro.

Art. 47. La hospitalización y asistencia de los enfermos pobres será absolutamente gratuita.

Los enfermos pudientes que lo soliciten, tendrán dispuestos un número prudencial de camas, y abonarán su estancia y servicios recibidos según las tarifas especiales que a propuesta de la Junta permanente establecerá la Dirección del Instituto.

Art. 48. En todos los departamentos, los servicios aplicados a los enfermos pobres serán gratuitos. Los pudientes abonarán según los diversos servicios y a tenor de las tarifas oficialmente aprobadas por el Ministerio, a propuesta de la Dirección del Instituto.

Art. 49. Las cantidades ingresadas por la asistencia de los enfermos pudientes en la clínica y los departamentos todos al servicio del Instituto, serán administrados por la Dirección.

Art. 50. La aplicación de cualquier servicio de todo departamento exige necesariamente la presentación de un vale firmado por el jefe de servicios clínicos o de investigación, ajustado al modelo que al efecto existirá en cada departamento.

Art. 51. Cada servicio clínico llevará un inventario del material científico e instrumental, con la firma del jefe clínico y el visto bueno del jefe de servicios clínicos o director. Un ejemplar habrá en la Dirección y otro se reservará en la clínica correspondiente. Anualmente se reformatará, anotando las altas y bajas habidas en el material de la clínica y departamentos anexos.

## CAPITULO XI

### DISPENSARIOS Y CONSULTORIOS

Art. 52. Al director corresponde, de acuerdo con el jefe de los servicios clínicos, la distribución de los locales destinados a las consultas públicas y las de los días y horas de las mismas.

Art. 53. En la primera quincena de septiembre de cada año, todos los jefes con servicio en el Instituto expnderán a la

Dirección, por escrito, sus deseos y necesidades, y a la vista de ellos la Dirección confeccionará el cuadro de consultas que ha de regir durante el curso siguiente.

Art. 54. Los jefes pasarán asiduamente las consultas, pudiendo ser sustituidos por el ayudante correspondiente; ambos cuidarán de que este servicio reporte el máximo fruto en beneficio de la enseñanza.

Responderán, asimismo, ante el jefe del servicio clínico de que la iniciación y terminación de las consultas se ajuste escrupulosamente al horario establecido.

Art. 55. Por la Dirección, de acuerdo con la Junta permanente, podrá proponerse a la superioridad una tarifa especial que regule los servicios prestados en los dispensarios y consultorios a enfermos pudientes, administrándose los fondos así recaudados según lo propuesto por la Junta.

## CAPITULO XII

### LABORATORIO CENTRAL CLÍNICO

Art. 56. Funcionará un Laboratorio Central Clínico, que proveerá a las necesidades del Instituto del Cáncer en general.

Art. 57. Las peticiones de análisis se harán antes de las doce de la mañana, mediante hoja que firmará el jefe de la clínica o persona autorizada, acompañándose del envío del producto que haya de investigarse en las condiciones adecuadas.

Art. 58. Los dictámenes del Laboratorio se emitirán antes de las doce de la mañana siguiente a la de su remisión, a ser posible.

## CAPITULO XIII

### SERVICIO DE AUTOPSIAS CLÍNICAS

Art. 59. Funcionará un servicio de autopsias clínicas en que se realizará el examen necróscico de los cadáveres que procedan de las clínicas del Instituto, y también un servicio de biopsias. Persiguiendo con este servicio la mayor perfección en el funcionamiento del establecimiento y la mejor instrucción profesional del personal médico que trabaja en estos centros, la autopsia clínica se hará en todos los casos de defunción, conforme a la ley.

Art. 60. Para el buen orden de este servicio, en seguida que ocurra en cualquier clínica un óbito, se enviará al Departamento de autopsias un impreso (según modelo autorizado por la Dirección del Instituto) en que conste la filiación del fallecido, diagnóstico clínico y la supuesta causa inmediata de la muerte, así como la hora en que ésta ocurrió.

Art. 61. Realizada la autopsia se expedirá a la Dirección del Instituto el dictamen, firmado por el que la hizo; un duplicado de ésta se entregará en la clínica correspondiente, y que el informe de quien haga la autopsia indicará las concordancias y discordancias encontradas en relación con la historia clínica e intervenciones realizadas *in vivo*.

## CAPITULO XIV

### COCINA Y DESPENSA

Art. 62. A cargo de las Hermanas de la Caridad funcionará la cocina y despensa, a cuyo departamento serán adscritos el personal especial y subalterno correspondiente, todo él contratado por la Dirección del Instituto.

Art. 63. Por la Administración del Instituto, y a propuesta de las Hermanas, se cuidará que el abastecimiento alimenticio y de todo orden se haga en inmejorables condiciones económicas y de calidad.

En cuanto sea posible se llevará a cabo la coordinación con otros Centros oficiales que puedan hacer al Instituto el suministro de leche, huevos y otros productos ventajosamente.

Art. 64. Por el Laboratorio de Análisis al servicio del Instituto, se procederá sistemáticamente a la práctica de los análisis bromatológicos precisos para asegurarse de la bondad y pureza de los alimentos y productos adquiridos.

Art. 65. El propio jefe de servicios clínicos, o en su defec-

to el médico de guardia más caracterizado, vigilará cuidadosamente la alimentación de los enfermos, con el fin de comprobar su calidad, buena preparación y presentación.

## CAPITULO XV

### COMISARÍA

Art. 66. Estará a cargo de un comisario, auxiliado por el personal necesario, y en ella se dará la orden de ingreso a los enfermos según las indicaciones dadas por las diversas clínicas y servicios, previa la aprobación expresa de la Dirección del establecimiento.

Art. 67. El ingreso ha de ir precedido de la presentación por parte del enfermo, no sólo de la orden anterior, sino de la documentación que acredite su pobreza. Los enfermos pudientes necesitarán la orden de ingreso y la aceptación de condiciones económicas de su estancia y asistencia profesional de toda índole.

Art. 69. La Comisaría, asimismo, dispondrá la salida de los enfermos dados de alta en la clínica respectiva.

Art. 70. Por la Comisaría se dirigirá al Registro Civil la certificación individual de las defunciones ocurridas en el Instituto marcando la fecha y la hora.

Art. 71. En esta dependencia se llevarán los ficheros convenientes en los que se registre, con exactitud puntualmente, el movimiento de enfermos desde el momento mismo de su ingreso, remitiendo diariamente a la Dirección un estado en el que conste el movimiento de la enfermería del día anterior, el número de enfermos existentes en cada clínica, el de los ingresados en el día anterior y el de las vacantes que en cada caso quedaren.

Art. 72. La Dirección del Instituto autorizará el régimen especial a que estará sometida la hospitalización de los enfermos pudientes, así como su tratamiento ambulatorio en los departamentos correspondientes.

## CAPITULO XVI

### DISPOSICIONES GENERALES

Art. 73. El administrador estará sujeto a las responsabilidades que pudieran derivarse del ejercicio de sus funciones.

Art. 74. Por la Administración se podrán realizar pequeñas reformas y obras en las diversas clínicas y departamentos, previo vale firmado por el director, siempre que su importe no sea superior a 5.000 pesetas. Su ejecución se hará de acuerdo con el director y con cargo a los fondos presupuestarios del Instituto.

Art. 75. En la contabilidad de los fondos de toda clase del Instituto se tendrán en cuenta las normas legales pertinentes.

Art. 74. El director del Instituto del Cáncer, de acuerdo con la Junta permanente, dictará las instrucciones concretas para el más exacto cumplimiento de lo prescrito en este Reglamento.

### DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Art. 77. Toda investigación que se realice estará dirigida por el jefe de la sección.

Art. 78. La sección de investigación podrá disponer de camas en la clínica destinadas a su fin.

### RELACIÓN CON LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

La Facultad de Medicina de Madrid colaborará íntimamente con el Instituto Nacional del Cáncer en las tareas asistenciales de investigación y enseñanza comunes a ambas instituciones.

A fin de realizar esta colaboración se hará un intercambio de enfermos y técnicos cuando así conviniere al mejor tratamiento de los mismos o investigación.

## EXTRACTOS DE REVISTAS

ORR y PRICE: «Observaciones sobre la acción hepatotóxica del carcinogen p-Dimetilaminoazobenceno». *Journal of Pathology and Bacteriology*.

Las experiencias fueron practicadas con un lote de ratas alimentadas con una mezcla de granos de cereales y pan. A estas ratas se les inyectó, por vía peritoneal, una cantidad de p-Dimetilaminoazobenceno que excedía de los 250 miligramos por kilogramo de peso, cantidad que fué mortal para dichos animales en menos de tres días.

En otro lote, los animales tenían una supervivencia mayor cuando la dosis inyectada era de 150 miligramos por kilogramo, y la dosis absorbida de la droga en veinticuatro horas, del 95 por 100.

Dosis de 100 miligramos por kilogramo tres veces por semana, o de 50 seis veces por semana, dan una supervivencia para algunos animales de más de treinta y ocho días.

Los efectos tóxicos parecen ser atribuibles a las lesiones hepáticas producidas por la droga.

Con las dosis superiores se observan lesiones degenerativas más acentuadas en el centro de los lóbulos. Con las inferiores, las lesiones degenerativas son más difusas y menos intensas y van seguidas de una proliferación reparadora del parénquima hepático, de los conductos biliares y del tejido conjuntivo. Se describe el curso histológico de estas lesiones.

«Algunos hallazgos poco frecuentes sobre la acción carcinógena del uretano en los ratones». *Nature-London*.

Las experiencias fueron practicadas en siete hembras jóvenes, de una raza albina de ratones del Rockland Swiss, los que recibieron una sola inyección subcutánea de una solución de uretano al 25 por 100, en acetato de cinc al 5 por 100. Al cabo de algún tiempo se observó en ellos un gran aumento de volumen de los ganglios linfáticos, que en dos de los ratones tardaron de tres a cuatro meses en alcanzar su total desarrollo.

En la necropsia practicada en algunos tres semanas después de la inyección, se observó, a parte de las infiltraciones ganglionares, un tumor pulmonar de aspecto de linfosarcoma, que invadía intestinos, hígado y riñones. En uno de los ratones se observó un hemangioendoteloma pulmonar cinco meses después de la inyección.

No se encontraron jamás tumores semejantes ni del mismo tipo en más de 100 ratones testigos de la misma raza.

Pulmones de los ratones con adenomas provocados por el uretano, administrado cinco meses antes, fueron cultivados en solución salina e inyectados posteriormente a ratones normales. Seis meses después, dos de los cuatro ratones que recibieron inyección intrapleural, y uno de cada cuatro que recibieron inyección subcutánea, presentaron o uno o varios adenomas pulmonares.

En otra experiencia los ratones recibieron solamente una inyección subcutánea de uretano al 5 por 100. Los pulmones adenomatosos de estos ratones fueron inyectados a otros normales, que recibieron cada uno el equivalente de un pulmón. De los 12 ratones sacrificados cinco o seis meses después, 11 tenían o uno o varios adenomas pulmonares. Cuando los ratones recibieron tres inyecciones diarias de uretano, de cada cuatro en tres se desarrolló el adenoma pulmonar. No se observaron adenomas pulmonares en tres ratones que recibieron inyecciones pulmonares de ratones normales.

Estos primeros resultados de las anteriores experiencias son tan interesantes que serán proseguidas hasta obtener resultados más definitivos.

L. O. IONES: «Estudio *in vitro* sobre la acción del bazo, músculos y riñón sobre el crecimiento del sarcoma 180 y del carcinoma mamario en el ratón.» *Cancer Research*.

Las experiencias se hicieron, con culturas, en tubos Roller, de un sarcoma 180, procedente de un ratón de raza Suiza, y de un adenoma espontáneo de la mama de un ratón procedente de París.

Parte de estos cultivos de tumores fueron trasplantados a 100 tubos de cultivo, de los cuales 25 permanecieron de tes-

tigos con un solo tumor. Veinticinco añadiendo fragmentos de bazo; 25, de riñón, y 25, de tejido muscular.

El crecimiento fué lento en los cultivos con riñón y músculos, pero sufrieron un gran impulso al cabo de cuatro a ocho días con relación a los tumores testigos.

Pasados diez o doce días, parte del sarcoma 180 fué inyectado en el tejido subcutáneo dorsal de ratones de la misma raza, creciendo los tumores de modos diversos, sin poder atenerse a conclusiones.

Un ejemplar examinado diariamente, al cabo de los doce días no mostró gran diferencia con los testigos.

De estas experiencias se concluye que no existe relación alguna entre el desarrollo y crecimiento del tumor y el tejido huésped.

BAKER y WHITAKER: «Influencia química del 11-Dehidro-17-hidroxicorticosterona en la producción del carcinoma. Nota previa». *University Hospital Bulletin*.

Se ha demostrado que la aplicación sobre la piel del 11-Dehidro-17-hidroxicorticosterona produce una acción inhibitoria sobre el crecimiento del pelo y de la epidemia. Se ha investigado también su posible acción de retardo en el crecimiento de los tumores.

Tumores en ratones, provocados por 3-metilcholantreno, y pincelados dos veces al día con una solución de la hormona, al 25 por 100 en alcohol, durante 11 a 27, y otros tumores semejantes en ratones testigos, tratados solamente con alcohol, demostró que todos los tumores tenían tendencia a continuar su crecimiento, pero que en algunos casos la hormona moderaba el crecimiento de dichos tumores.

El número de ejemplares utilizado para la experiencia fué de 19, con 22 testigos.

## LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

Algunos factores patogénicos en el cáncer de pulmón, por el doctor Eduardo Sichiépati.

La teoría irritativa se considera como causa frecuente de cánceres. Así ocurre, o parece ocurrir, en el carcinoma gástrico, que sucede a una úlcera simple de muchos años de evolución; en el carcinoma de la vesícula biliar, que aparece sobre un terreno coleliticótico antiguo; la transformación carcinomatosa de pólipos adenomatosos crónicamente irritados. Pero no es menos cierto la rareza de cancerización de la úlcera duodenal, y la rareza del cáncer hepático primitivo, no obstante la frecuencia de colangitis crónica.

Además, hay que tener en cuenta que el factor o factores invocados en la génesis del cáncer obran selectivamente, sino ¿por qué no todos los mineros de Schneeberg padecían cáncer?

## 1.º Factor constitucional:

Curiosidad despiertan, desde este punto de vista, las experiencias de Morgan, sometiendo a la acción de los rayos X dos especies distintas de moscas del género *Drosophila*. En una especie se obtienen siempre tumores benignos, y en la otra, siempre malanocarcinomas. Existe, pues, una predisposición congénita en este caso.

Las alteraciones embrionarias: Se refieren principalmente a la existencia en el revestimiento bronquial de islotes heterotópicos de células malpighianas. Sin embargo, no todos los cánceres de pulmón tienen origen malpighiano.

Estado adenomatoso alveolar: Frecuentemente hallado en el curso de esclerosis pulmonar, tuberculosa o sífilítica, y en secuelas de numerosas neumoopatías. En el revestimiento alveolar, las células son pequeñas, cúbicas, agrupadas, limitando pequeñas cavidades. Según Hugenin, es difícil reconocer en estas estructuras el origen del carcinoma broncopulmonar.

La metaplasia: Argumento de los más firmes para explicar la patogenia del carcinoma broncopulmonar. Sin embargo, Polak dice que no hay ninguna prueba que vincule el cáncer de pulmón, aun el malpighiano, con la metaplasia, y en 79 neoplasias que examinó (muchas de las cuales eran de tipo epidérmico) sólo en dos casos encontró metaplasia.

Existen otros estados anatomohistológicos vinculados al cáncer de pulmón, como las cicatrices de procesos antiguos.

## 2.º Factores imitativos exógenos:

a) Traumatismos: El caso de Schöppler, de un soldado sin antecedentes que sufre un traumatismo torácico violento con la cureña de un cañón, apareciendo disnea intensa luego, dolor constante y síndrome de condensación, muriendo a los tres meses por caquexia; demostrando la autopsia la existencia de un enorme tumor que ocupaba todo el lóbulo superior y la mitad del inferior del pulmón izquierdo, y abundante metástasis diseminadas.

En la estadística de cien casos que cita el autor, sólo se encuentra una vez el trauma homolateral.

b) Las radiaciones Ra y rayos X: Son consideradas también como factores físicos; y

c) Polvos aspirados: Fueron considerados como uno de los factores más importantes en la etiopatogenia del carcinoma broncopulmonar. La enfermedad de los mineros de Schneeberg, conocida desde 1500, individualizada en 1879 por Härtling y Hesse, quienes la atribuyeron al arsénico contenido en los polvos aspirados.

En 1922 se nombra una comisión de estudios y lucha contra el cáncer. En cuarenta meses examinan 124 mineros, de los cuales mueren 21, comprobándose en 13 de ellos carcinoma broncopulmonar primitivo. Rostoski no cree que el factor determinante sea la neumoconiosis, ya que esta afección era mucho más frecuente y acentuada en los mineros de Africa del Sur, y, sin embargo, no tenían cáncer.

Uhling lo atribuyó al cobalto contenido en el polvo; Riesel, al arsénico; Meihnan, al silicio; Ludewig y Lorensen, a la riqueza en radioemanación de la atmósfera de la mina.

Hugenin cree existe un terreno de predisposición congénita, en el que el cáncer o la predisposición se transmitirá como un carácter mórbido importante.

## Factores químicos:

a) Gases de guerra: A ellos y a la epidemia de gripe de 1918 se inculcó el aumento del cáncer primitivo de pulmón. No es un factor digno de tener en cuenta, ya que en los países que no sufrieron su influencia se registró un aumento también. Por otra parte, por los gases de combate sólo se consigue la producción de lesiones bronquiales destructivas; y

b) Casos de combustión: Experimentalmente se han obtenido carcinomas broncopulmonares en ratas haciéndolas respirar la combustión de fuel-oil. Sin embargo, estas circunstancias se dan en la vida diaria.

3.º Alquitrán. Hidrocarburos policíclicos aromáticos, Tabaco:

Desde las experiencias de los japoneses Yamagiva, Ishikawa y Tsutsui, que en 1915 obtuvieron cánceres en el conejo por pincelaciones con alquitrán, se han hecho múltiples trabajos. Kennaway, en 1925, observó que la actividad del alquitrán es mayor cuando es sometido al calor.

Roffo, en Argentina, trabajó en la obtención del cáncer por medio de hidrocarburos policíclicos aromáticos extraídos del tabaco. Obtuvo por destilación repetida y a altas temperaturas, el 1-2 benzopirene, absorción ultravioleta 2.000-4.000 Å. Consiguiendo con él la producción del carcinoma broncopulmonar, por acción del humo total del tabaco, por extracciones acuosas del mismo, por acción del 1-2 benzopirene, cristalizado, extraído de alquitrán tabáquico y por inyección intrapulmonar de una mezcla de axongue y dicho alquitrán.

Murphy y Sturn, 1925, obtiene el cáncer de pulmón en el 78 por 100 de lauchas a las que se alquitrana la piel. Lynch y Schabaad, 1930, observaron que el tumor de pulmón aparecía aun después de extirpada el área cutánea que recibía las pincelaciones con alquitrán, o efectuando inyecciones con 1, 2, 6, 4, dibenzene-antraceme. Mercier, 1930, obtiene cáncer pulmonar en lauchas por la inyección intraperitoneal de alquitrán.

En la estadística de cien casos, que se ocupa el autor, el 84 por 100 eran fumadores.

Factores biológicos: El autor sólo considera los factores infecciosos, ya que los parasitarios dice no tienen importancia.

A) Factores infecciosos: Ellos tendrían influencia modificando el terreno. Comprende: la tuberculosis, sífilis, micosis, bronquiectasias, etc.

Es necesario no olvidar que estos factores infecciosos suelen desarrollarse en muchas ocasiones, posteriormente al carcinoma, o coexistir con él, pudiendo ser, pues, la neoplasia un factor predisponente.



# FOSFOPROTINA

permite el prescribir un tónico

en el completo y verdadero sentido de la palabra.

Lecitina cristalizada de sesos de buey .....	5 cgs.	Legúmina .....	30 cgs.	Lecitina cristalizada de sesos de buey .....	3 cgs.
Lecitina cristalizada de yema de huevo .....	5 »	Iodocloroglobina de clorofila .....	4 »	Lecitina cristalizada de yema de huevo .....	3 »
Legúmina .....	20 »	Lecitina cristalizada de sesos de buey .....	2 »	Halogen protinas del cerebro .....	5 mgs.
Iodocloroglobina de clorofila (englobando elementos vitamínicos en acción).....	1 »	Lecitina cristalizada de yema de huevo .....	2 »	Iodocloroglobina de clorofila (englobando elementos vitamínicos en acción).....	5 »
Halogen protinas del cerebro .....	1 »	Halogen protinas de cerebro .....	1 »	Suero fisiológico .....	c. s.
Fermentos digestivos .....	10 »	Jarabe .....	c. s.		
Azúcar .....	c. s.				

Para una cucharada  
POLVO

Para una cucharada  
JARABE

Para una ampolla  
INYECTABLE

Tres variedades del preparado FOSFOPROTINA de indicación fundamentalísima ante el síndrome de ASTENIA en general.

# NEO-PROTINA

INYECTABLE

**TRATAMIENTO BIOLÓGICO DEL CÁNCER  
POR EL MÉTODO DE LAS AUTODEFENSAS  
DE PAGÉS COROMINAS**

FÓRMULA

Hemoglobina viva .....	10 cgs.
Protina de nucleidos .....	5 mgs.
Protina del plasma .....	5 mgs.
Protina del glóbulo .....	5 mgs.
Protinas pluriglandulares .....	1 cgs.
Suero isotónico .....	c. s.

para una ampolla de 1 1/2 c. c.

**Qué es y cómo actúa la  
NEO-PROTINA**

EL problema de la curabilidad de los procesos neoplásicos malignos se ha basado desde antiguo doctrinalmente en uno de estos dos conceptos: el cáncer es enfermedad local o enfermedad general con manifestación localizada.

Las tendencias modernas están hoy día en favor de la segunda; admitiendo el paréntesis de la CANCERIZACIÓN PREVIA DE LA CELULA ADULTA COMO UNA DESVIACION DEL METABOLISMO GENERAL, el cual se halla profundamente alterado, ya que al propio tiempo de la lesión típica local se han hallado en los animales cancerizados experimentalmente lesiones en hígado, en el bazo, en los riñones y en los testículos.

De este hecho se deduce, y la práctica lo sanciona a diario, que no es prudente ampararse en un exclusivismo operatorio o radiológico, sino que siempre habrá necesidad de completar ambos tratamientos, cuando estén indicados, CON UN TRATAMIENTO MEDICO ADECUADO, mayormente cuando hoy día cuenta la Medicina con el sistema moderno de LAS AUTODEFENSAS, que modifican en sentido favorabilísimo el metabolismo general en el tratamiento de las neoplasias, sean malignas o benignas.

Una enfermedad general debe corresponder en todo momento tratamiento general; y como actualmente la Biología ha dado un paso gigantesco en este sentido, la Medicina vuelve a recobrar su prestigio en lo que concierne a la terapéutica clínica, considerando al neoplásico como a un enfermo en su totalidad.

La inmensa mayoría de los tratamientos médicos propuestos a este fin tiende a dar al organismo un elemento de defensa individual; por esto el sistema de AUTODEFENSA del doctor Pagés Corominas, creado y experimentado con muchísima anterioridad a los otros tratamientos médicos, es considerado como el más perfecto, tanto por sus fundamentos como por los resultados obtenidos.

# **PROFILAXIS**

# **DEL CANCER**

**EL CANCER DIAGNOSTICADO PRECOZMENTE PUEDE CURARSE**

**Conozca usted su ficha anticancerosa,  
diagnóstico y tratamiento precoces**

**RECONOCIMIENTO DE LOS CASOS SOSPECHOSOS O DUDOSOS**

**INVESTIGACION - ANALISIS**

## **TRATAMIENTO**

### **CIRUGIA - RADIUM - RAYOS X**

### **ISOTOPOS RADIOACTIVOS**

**Y CUANTOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS EXISTEN**

**A CARGO DE PRESTIGIOSOS PROFESORES**

**EL CANCER HA LLEGADO A SIGNIFICAR ALGO MAS QUE UNA ENFERMEDAD, HA LLEGADO A SER EL ULTIMATUM DEL DESASTRE FISICO QUE PUEDE SUFRIR EL HOMBRE. (Richard A. Sutter, M. D. St. Louis, Missouri).**

**DEONTOLOGICAMENTE todos los preparados científicos debidamente experimentados pueden emplearse para el tratamiento del cáncer en los casos indicados.**

**DISPENSARIO PRIVADO PARA LA  
PROFILAXIS Y ASISTENCIA**

**Director: DR. JOSE VIDAURRETA APARICIO**

**Espalter, 2 - MADRID - Teléfono 39 43 36. (Horas: de 7 a 9).**

SUPLEMENTO DE

**Domus Medici**

REVISTA DE MEDICINA

De la Asociación de Prensa Médica Española

Redacción y Administración:  
ESPALTER, 2.—MADRID

BOLETIN ESPAÑOL DE

# CIRUGIA TORACICA

COMITÉ DE REDACCIÓN:

DR. ANTONIO CARALPS MASSÓ (DE BARCELONA)

DR. EDUARDO MARTÍNEZ ALONSO (DE MADRID)

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

DR. CRISTOBAL MARTÍNEZ BORDIU

(MARQUÉS DE VILLAVERDE)

M A D R I D

# Boletín Español de Cirugía Torácica

Suplemento de DOMUS MEDICI

Comité de Redacción: Doctor ANTONIO CARALPS MASSO (De Barcelona)  
Doctor EDUARDO MARTINEZ ALONSO (De Madrid)

Secretario de Redacción: Doctor CRISTOBAL MARTINEZ BORDIU  
(Marqués de Villaverde)

Redacción y Administración: Espalter, 2. - Teléfono 39 43 36. - Madrid

## Sumario

- EDITORIAL
- LA PUNCIÓN MEDIASTINICA A TRAVES DEL ESPOLON TRAQUEAL.—Dres. Jorge A. Taiana y Eduardo Schippati.—Buenos Aires.
- LA MEDIASTINOTOMIA TRANSVERSAL.—Dr. R. Baltar Domínguez.—Santiago de Compostela.
- RADIOTERAPIA DEL CANCER DE PULMON.—Indicaciones y resultados.—1.ª Parte.—Dr. M. Ruiz Rivas. Madrid.
- BIBLIOGRAFIA
- EXTRACTOS DE REVISTAS.
- NOTICIAS



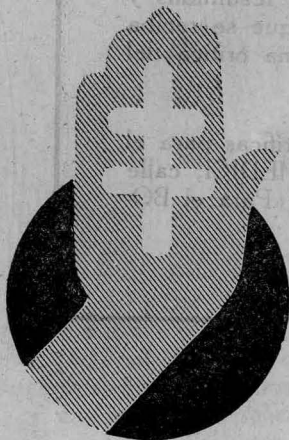
## EDITORIAL

El advenimiento de la hidracida del ácido isonicotínico creó, en un primer momento, una verdadera revolución entre aquellas personas que padecen tuberculosis pulmonar, que vieron en la «nueva droga», que así la llaman por antonomasia, la salvación para sus males y la posibilidad de restitución a un estado normal de salud. A sus cualidades terapéuticas, indiscutiblemente eficaces dentro de sus limitaciones, había que añadir su fácil administración y su bajo coste si se compara con otros antibióticos. Los efectos de su administración, en cualquier forma de tuberculosis, suelen ser rápidos y espectaculares en la mayoría de los casos, y no cabe dudar de su eficacia para obtener ciertos resultados. El descenso de la temperatura a un nivel normal se obtiene en pocos días en enfermos hasta entonces febriles; el apetito y el aumento de peso se hacen notar muy desde el principio del tratamiento, y paralelamente se obtiene un estado de euforia en enfermos antes deprimidos de ánimo; la expectoración disminuye y, en la mayoría de los casos, de ella desaparecen los bacilos causantes de la enfermedad. Todo esto hizo pensar, en un principio, que nos hallábamos ante un nuevo medicamento capaz de curar radical-

(Sigue en la pág. 3)

## POR FIN: EL ATAQUE DIRECTO AL BACILO DE KOCH

El nuevo fármaco antituberculoso, cuya actividad no se limita a inhibir el crecimiento del bacilo de Koch, sino a destruirlo.



# ROBERAZYD



Q.E.S.T.E.

LABORATORIOS ROBERT · MADRID · BARCELONA

C.S.134

## NORMAS PARA NUESTROS COLABORADORES

- 1.<sup>a</sup> Pueden enviar toda clase de trabajos, comunicaciones, tesis, anuncios de cursillos, estadísticas de clínicas, etc., concernientes a la especialidad de CIRUGIA TORACICA, todos los especialistas españoles que lo deseen, ateniéndose a las normas que aquí damos.
- 2.<sup>a</sup> Los trabajos deberán venir escritos a máquina, a dos espacios, con una extensión no superior, por el momento, a treinta cuartillas, escritas por una sola cara. El número de grabados, dibujos, esquemas, radiografías, etcétera, no debe ser mayor de seis; en casos especiales se hará previo acuerdo con la Administración.
- 3.<sup>a</sup> Por dificultades de papel, de todos conocidas, se entregarán a cada colaborador seis ejemplares de la revista donde aparezca su trabajo, pudiendo, no obstante, proporcionarles más ejemplares al precio estricto de coste.
- 4.<sup>a</sup> Deseando que el BOLETIN sea para todos, los trabajos, una vez que reúnan las condiciones mínimas científicas para su publicación, se publicarán por orden de llegada a la Administración, salvo lo referente a noticias, libros de actualidad, cursillos o estadísticas de clínicas, que se publicarán dentro del mes de su recepción.
- 5.<sup>a</sup> Los trabajos que no encajen en la redacción de este BOLETIN serán devueltos a las señas del remitente por el Director de la revista, y los que se publiquen quedarán de propiedad del BOLETIN, tanto el texto como la iconografía.
- 6.<sup>a</sup> La bibliografía, salvo casos de extraordinario interés, se reducirá al mínimo, y se seguirá la nomenclatura internacional: Apellido del autor, inicial del nombre, título de la revista en abreviatura, número de tomo y número de la revista, página del artículo y año.
- 7.<sup>a</sup> Todo trabajo deberá llevar al final un resumen extractado de su contenido. La Dirección del BOLETIN no se hace responsable de los puntos de vista y las manifestaciones de los autores.
- 8.<sup>a</sup> Las tesis doctorales referentes a estas especialidades serán resumidas y publicadas con expreso deseo de su autor. De todo libro que se reciba se dará noticia, y si se envían dos ejemplares, se hará una crítica del mismo.
- 9.<sup>a</sup> Toda la correspondencia, envío de trabajos, preguntas científicas para el Consultorio, etc., se enviarán a la Dirección de DOMUS MEDICI, calle de Espalter, número 2, Madrid, consignando en el sobre: «Para el BOLETIN ESPAÑOL DE CIRUGIA TORACICA.»

mente, si no todas, la mayoría de las manifestaciones de la tuberculosis.

Desgraciadamente ya tenemos experiencia suficiente, en lo que va de tiempo desde su aparición, para saber que la hidracida del ácido nicotínico muy pronto crea una resistencia bacilar, que se hace manifiesta a los pocos meses de su empleo. Es, pues, un medicamento de acción potente, pero pasajera, que debe emplearse con cautela, y estas características de potencia y efectos transitorios deben saber aprovecharse con oportunidad. Esto atañe principalmente a aquellos enfermos que son, en efecto o potencialmente, susceptibles de ser tratados quirúrgicamente. Se quejan los cirujanos torácicos, y no sin razón, de que la mayoría de enfermos que llegan a sus manos para ser tratados quirúrgicamente traen agotadas sus posibilidades de responder a los antibióticos, y que cuando mayor es su necesidad de ellos menor va a ser el beneficio que puedan obtener por su empleo. Esto ocurre, sobre todo, en tuberculosis, donde hasta ahora no contábamos más que con la estreptomina, y acaso el PAS, para proteger al operado de graves complicaciones postoperatorias.

Ahora tenemos la hidracida, y si algo hemos sacado en limpio como consecuencia de nuestra ya bastante dilatada experiencia con los antibióticos en general y con la estreptomina en tuberculosis, debemos aprovechar esta experiencia para utilizar esta nueva arma en beneficio de aquellos enfermos que habrán de ser sometidos a intervenciones quirúrgicas por tuberculosis pulmonar. Hay que reconocer que es ésta una enfermedad cuyas indicaciones quirúrgicas se van haciendo cada vez más amplias, y esta ampliación en el campo de las investigaciones se debe no solamente a mejores técnicas y mayores conocimientos, sino también, y en parte muy considerable, al empleo de los antibió-

ticos. Comparemos si no las estadísticas de resultados operatorios obtenidos antes y después de la aparición de los antibióticos. Desde que se emplean éstos, exclusivamente como tratamiento preoperatorio y preparatorio para reducir o abolir la actividad de la enfermedad, la mortalidad y morbilidad se han visto reducidas desde cifras casi prohibitivas a cifras insignificantes.

La hidracida del ácido isonicotínico se está empleando en estos momentos en millares de pacientes que hace unos meses estaban a punto de ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, las que, como era de suponer, fueron desechadas, tanto a requerimiento clínico como del propio enfermo, en tanto no se observaban los resultados de un tratamiento con hidracida. Es posible que algunos de estos enfermos se hayan curado, pero lo más probable es que las cosas no hayan sucedido así en la mayoría de los casos, y éstos son los que tendrán que volver a pensar, dentro de muy pocos meses, en ponerse en manos del cirujano. Pensamos que, desgraciadamente, no acudirán hasta cuando ya los efectos de su tratamiento con la «nueva droga» haya dejado de ser eficaz, cuando sus lesiones hayan vuelto a recobrar su marcha destructiva, cuando sus reservas hayan comenzado a decaer y, lo que es peor, cuando ya no podamos servirnos de ella para protegerlos de los peligros de la operación.

Esperamos que con el tiempo se llegue a utilizar ésta y otras drogas que vayan apareciendo—hasta que aparezca aquella que cure radicalmente la tuberculosis—, con cautela y previsión, pensando siempre que todo tuberculoso pulmonar es, desde los mismos momentos en que se inicia su enfermedad, un posible candidato a ser operado.

E. M. A.

---

## INSTITUTO DE CIRUGIA TORACICA, CATEDRA DE CIRUGIA TORACICA

DIRECTOR: PROFESOR JORGE A. TAIANA (Buenos Aires)

# LA PUNCION MEDIASTINICA A TRAVES DEL ESPOLON TRAQUEAL

Dres. JORGE A. TAIANA y EDUARDO SCHIPPATI

El estudio de los linfáticos del pulmón, magistralmente expuesto por Rouvière y Sukinicoff, etcétera, etc., así como la observación de numerosas necropsias en enfermos fallecidos por tuberculosis y cáncer broncopulmonar, nos permitió observar las relaciones anatómicas del confluente ganglionar mediastínico intertraqueobronquico con la carina traqueal. Esta relación, perfectamente descrita en los tratados clásicos de anatomía (Testut, Testut-Jacob, Rouvière), nos había permitido obtener conclusiones diagnósticas en las broncosco-

pias. En efecto, cuando en el curso de esa endoscopia observamos la existencia de una «apertura» marcada, de un ensanchamiento de la carina traqueal, y especialmente si existe fijeza de la misma frente a los movimientos vasculares (aorta) y respiratorios, inferimos que existe una gran adenopatía mediastínica, habitualmente como resultado de la propagación de un proceso pulmonar o esofágico.

Por otra parte, existen situaciones límites y de apreciación personal en lo que respecta al estado de la carina, en las que tener un documento posi-

tivo podría ser decisivo para efectuar o no una toracotomía. Más aún, cabe recordar que los ganglios linfáticos del confluente traqueobronquico no son fácilmente explorables en la toracotomía, salvo en casos de infarto masivo. Evidentemente no es lo mismo para el cirujano abordar un tumor de pulmón o de esófago en el que tenga la sospecha endoscópica de la propagación mediastínica por una carina algo engrosada, que abordarlo con la certeza histológica de dicha propagación. En esta última eventualidad, su situación para con el enfermo y la familia cambia, ya que encarará, casi seguro, una terapéutica quirúrgica paliática, que inclusive a su criterio puede no efectuar. Por todas estas razones, pensamos que sería útil tener la comprobación histológica del estado de los ganglios del confluente tráqueobronquial, especialmente en los casos límites, no en aquellos grados masivos de propagación, en que no cabe duda endoscópica.

Pensamos también que de esos ganglios podría obtenerse material para estudio en las afecciones mediastinales. Sin embargo, ellos no son accesibles desde las paredes torácicas. En cambio, endoscópicamente son fácilmente accesibles a través de la carina traqueal.

La práctica de cerca de cien punciones pulmonares y mediastínicas transtorácicas en el diagnóstico de los más variados procesos, en especial tumorales, sin trastornos o implantaciones posteriores, aun con controles estrictos, en base a una técnica bien precisa y reglada, nos hizo concebir la posibilidad de efectuar la punción mediastínica a través de la carina traqueal y abordar así los ganglios que se encuentran en el cuadrilátero formado por la bifurcación de la tráquea por arriba y la bifurcación de la arteria pulmonar por abajo.

Este cuadrilátero romboidal, ocupado por los ganglios linfáticos, que reciben linfa de más de la mitad inferior de ambos pulmones, tiene una altura a veces mayor de cuatro-cinco centímetros. Por otra parte, el espesor de la carina traqueal, que deberá atravesar la aguja, no sobrepasa los cinco-ocho centímetros. De esta manera, una aguja que, atravesando la carina, se introdujera en el mediastino uno a tres centímetros, podría obtener material para estudio histológico directamente del confluente ganglionar más importante del tórax. Mandamos entonces construir dicha aguja de un milímetro de espesor por cincuenta centímetros de largo, con bisel corto, filoso y mandril. El cono, de carácter y medida universal.

#### TÉCNICA DE LA PUNCIÓN MEDIASTÍNICA POR VÍA ENDOSCÓPICA.

Practicamos la anestesia bucofaríngea con *spray* y tópicos anestésicos, con una solución de pantocaína al 1 por 100, adicionada con solución de adrenalina al 1 por 100. Empleamos en total, inclusive los dos  $\text{cm}^3$ , que instilamos en tráquea, cuatro  $\text{cm}^3$ , de la solución de pantocaína al 1 por 100, con ocho-diez gotas de la solución al 1 por 100 de adrenalina.

Se efectúa luego la introducción del broncoscopio (Ch. Jackson o Hassliger) con la técnica habitual y se practica la endoscopia como de costumbre, recogiendo todos los datos posibles.

Decidida la punción, y con el tubo frente a la carina, con un hisopo se hace un tópico anesté-

sico (pantocaína) a nivel de la zona de la carina que se va a puncionar (parte media). Se aplica luego un segundo tópico con alcohol de 90° como antiséptico y anestésico.

Se introduce ahora la aguja con su correspondiente mandril y se atraviesa así la carina (cinco-cinco milímetros). Se retira el mandril y se conecta la aguja a una jeringa esterilizada a seco. Se hace avanzar la aguja dos a tres centímetros, siempre conectada con la jeringa y practicando una suave aspiración. Habitualmente no se aspira sangre. Si así sucediera, se retira rápidamente. Introducida dos-tres centímetros, se suspende la aspiración y se la retira lentamente.

Se aspira entonces con el aspirador en la tráquea y se hace en la zona puncionada sobre la carina un tópico hemostático y de seguridad, con solución de nitrato de plata al 30 por 100. Se retira el broncoscopio.

Se desconecta la jeringa de la aguja. Se retira el émbolo de la misma y se lo lava con dos  $\text{cm}^3$  de suero fisiológico, que se hacen deslizar dentro de la jeringa, tapando el pico Limpia ya la jeringa, se carga con un  $\text{cm}^3$  de suero fisiológico y con él se lava la aguja, recogiendo en el tubo de ensayo el material de su interior. Este material se fija en formol al 10 por 100 y se envía al anatomopatólogo con los consiguientes datos clínicos, radiológicos, endoscópicos y de identificación.

Es incluido, cortado y teñido de acuerdo a la técnica habitual. Se practican numerosos cortes (más de 30 en algunos casos).

#### COMENTARIOS DE LA TÉCNICA.

a) Introducimos la aguja con mandril hasta atravesar la carina (previa anestesia y antisepsia de la mucosa), para evitar la introducción en la misma de epitelio tráqueobronquial.

b) No aspiramos al retirar el sistema aguja-jeringa, para evitar llevar a la tráquea material mediastínico y para evitar introducir en la aguja células y moco traqueal.

c) Efectuamos luego aspiración en el sitio de la punción y tópico, mantenido con solución de nitrato de plata, hemostasia y acción cáustica y evitar la posible contaminación de la mucosa traqueal.

d) El material obtenido es cuidadosamente recolectado en un tubo estéril de fondo plano, no como el tubo de ensayo común, para tratar que se deposite en un plano y no en punto.

e) Por último, son necesarios múltiples cortes histológicos muchas veces; de lo contrario, como el material obtenido es escaso, puede ser negativa.

f) En algunos de los casos practicados hicimos nuevas broncoscopias a distintos intervalos, sin observarse ninguna nueva alteración; y

g) Creemos que practicada con la técnica descrita, los riesgos son mínimos o nulos. Quizá venga evitarla en aquellos casos en que se sospecha la existencia de grandes adenopatías mediastínicas tuberculosas reblandecidas.

#### ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA.

1.º Efectuamos la punción mediastínica a través del espolón traqueal en veinte pacientes.

2.º En todos los casos investigamos únicamente la existencia de células neoplásicas.

3.º La evolución clínico-radiológica, así como otros exámenes efectuados permiten clasificar así a los pacientes:

Quince, carcinomas broncogénicos.

Uno, cáncer del esófago.

Dos, neumonitis.

Uno, tuberculosis.

Uno, cáncer de situación dudosa-esófago.

4.º De estos veinte pacientes, en tres se efectuaron intervenciones quirúrgicas y en cuatro se repitieron exploraciones broncoscópicas a distintos intervalos, no encontrándose alteraciones imputables a la punción (fungus neoplásicos, ulceraciones, etc.).

5.º La búsqueda de células neoplásicas fué positiva en nueve casos: ocho, en el grupo de los carcinomas broncogénicos, y uno, en el de situación dudosa. Por supuesto, que en todos estos casos quedó evidenciado el compromiso tumoral de los ganglios mediastínicos.

6.º De los nueve casos antedichos, en cuatro pacientes el diagnóstico histológico de cáncer pudo hacerse por otros métodos: biopsia quirúrgica o endoscópica, lavado bronquial, incluso de esputos, etc.; pero en los otros cinco casos, el único documento histológico positivo para cáncer fué obtenido por la punción transespónica, que adquiere así un apreciable valor diagnóstico (33 por 100), si bien no de importancia en el diagnóstico tem-

prano de la enfermedad, ya que *certifica* su propagación mediastínica.

7.º De los once casos en que no se hallaron células neoplásicas, uno fué por material insuficiente, tres resultaron no ser cancerosos (dos, neumonitis, y uno, tuberculosis pulmonar), uno era un cáncer esofágico en el que la toracotomía no comprobó el infarto ganglionar intertraqueobronquico (no siempre fácil de explorar) y en otro caso el espón traqueal no estaba deformado como para hacer pensar en dicho infarto ganglionar (error de técnica). En los cinco casos restantes, la evolución demostró tratarse de cánceres propagados al mediastino; y

8.º Descartados los casos en que no se trató de cáncer (tres), los que el material fué insuficiente (uno) y en los que la adenopatía no fué evidente, endoscópica o quirúrgicamente (dos), quedan catorce pacientes afectados de cáncer, en los que se efectuó la punción, de los cuales en nueve fué positivo el hallazgo histológico: 64,2 por 100.

#### RESUMEN.

Se describe un método endoscópico de exploración del mediastino, consistente en la punción a través del espón traqueal de los ganglios intertraqueobronquicos.

Se destaca la utilidad diagnóstica y pronóstica de esta exploración. Se describe la técnica.

Se analizan los resultados obtenidos en veinte pacientes explorados.

## LA MEDIASTINOTOMIA TRANSVERSAL

Dr. R. BALTAR DOMINGUEZ

Santiago de Compostela.

Hace algunos años decía Schieden que la extirpación completa de un quiste dermoideo mediastínico puede constituir una de las intervenciones más difíciles de la Cirugía. Es indudable que esta afirmación debe extenderse en general a todos los tumores que asientan en la misma zona, dadas las relaciones que inevitablemente establecen con el conjunto de órganos de trascendencia vital que se alojan en la región central del tórax.

En este momento de brillante apogeo de la cirugía endotorácica, ha aumentado el interés por el estudio de las formaciones mediastínicas y se han acrecentado considerablemente las posibilidades operatorias. Son muy numerosos los tumores que se pueden implantar en el mediastino. Una buena parte de ellos son quistes dermoideos o teratomas de una enorme variabilidad histológica, pero también pueden existir tumores benignos de estructuras más sencillas—lipomas, fibromas—, así como quistes parasitarios. Se encuentran igualmente tumores malignos de todo género, especialmente de estirpe conectiva—linfosarcomas, sarcomas—, pero en su proyección terapéutica, los de esta naturaleza

suelen interesar más al radiólogo que al cirujano.

Tradicionalmente, la extirpación de los tumores mediastínicos estaba mediatizada por el temor de la apertura pleural. Para evitarlo, se habían propugnado una serie de incisiones cuya característica común era la reducida amplitud del campo operatorio. Hoy, desaparecida la amenaza que en otro tiempo significaba el neumotórax brusco o la infección de la pleura, se tiende a intervenir estos tumores por vía transpleural. Así lo aconseja Sweet, cuando dice que la mayor parte de los tumores mediastínicos deben ser abordados mediante una toracotomía *standard*. Sin embargo este mismo autor hace notar que en ciertos tumores altos y anteriores puede ser útil la esternotomía media longitudinal. Esta antigua esternotomía, con las variantes de Milton, Sauerbruch o similares, ha sido tomada también en consideración recientemente por autores tan prestigiosos como Churchill, Cope, Blalock, Harvey, Ford, Lillenthal, Santy, Berard y Fontaine, que la han adoptado en casos adecuados, con diversas modalidades.



En realidad, estas dos vías—toracotomía lateral y esternotomía media—son las que actualmente entran en consideración casi exclusivamente para la mayor parte de los cirujanos. Apenas encuentran oportunidades para su empleo otras soluciones técnicas, como son las que practican resecciones subperiósticas u osteoplásticas del mango del esternón (Kocher, Poirierm Bardenheuerm Lexer) a las que penetran lateralmente (mediastinotomía Warfield, de Clagett y Root, de Ricard, etc.).

Pero si es cierto que tales procedimientos de apertura del tórax resultan, en efecto, menos ventajosos que la toracotomía normal o que la esternotomía media, y que éstas, por el contrario, permiten resolver satisfactoriamente la casi totalidad de los problemas derivados de la extirpación de tumores mediastínicos de localización anterior y superior, existe, a mi juicio, otra técnica de penetración que ofrece indudables ventajas en muchos casos e incluso a veces manifiesta superioridad sobre las que hoy se utilizan de modo habitual, y que, a pesar de ello, está injustamente postergada.

Me refiero a la mediastinotomía transversal de Friedrich. Esta intervención fué propuesta por su autor en 1910. Ya en 1908, D'Este; en 1909, Salomini, y poco después, Iselin, la habían aconsejado para la liberación del corazón. Cuando Friedrich la publicó como utilizable para los tumores mediastínicos, gozó de un cierto auge. Pero luego, aun a pesar de que Wilms hizo ver la posibilidad de amplificarla lateralmente mediante una resección costal complementaria, pareció comprobarse que exponía fácilmente a la apertura de los fondos de saco pleurales y que resultaba de todos modos relativamente reducida.

Estos inconvenientes, que resultaban muy evidentes en aquella época, ya no existen en la actualidad, y si, a pesar de todo, sigue sin ser empleada en algunas ocasiones, es posible que se deba tan sólo a que está un poco olvidada en los modernos tratados de Cirugía.

En efecto, en todas las obras de reciente publicación suele omitirse la mención de esta técnica, que sólo figura en los dos grandes tratados alemanes clásicos de Bier, Braum y Kummell y de Kirschner, sin que aún, en aquella época, la citen autores tan conocidos como Pels-Leusden, Kleinschmidt o Schmieden. En período más reciente, no es tampoco objeto de la menor alusión en los capítulos dedicados a cirugía mediastínica por Christmann, Tkorek, Cutler, Sweet, Bertrand y Creyssel, Segovia, Rock y Paterson, Grey-Turner y Horsley.

A pesar de todo, últimamente me he sentido inducido a utilizarla en alguna ocasión, por parecerme que teóricamente era la que ofrecía mayores ventajas, ya que su empleo me ha sido especialmente útil en un caso que relataré brevemente.

Se trataba de un tumor relativamente grande, de desarrollo preferente hacia la parte alta del hemitórax derecho, pero con una amplia base de implantación central que rebasaba la línea media. Por consiguiente, entendí que una toracotomía lateral, por muy anterior que se practicase, no permitiría fácilmente el desprendimiento de los grandes vasos y del pericardio—que es, indudablemente, la zona de mayores dificultades—y que una esternotomía media no daría bastante campo para la separación del contorno externo del tumor, que

aparecía muy íntimamente unido a la cara interna del pulmón.

Al decidirme a emplear la esternotomía transversal lo hice con la decisión de completarla con una resección costal, según Wilms, de la amplitud necesaria. El resultado técnico de la incisión superó con mucho mis mejores esperanzas. Tan pronto como se realizó la sección transversal del esternón a nivel del segundo espacio intercostal y fueron separados los extremos del hueso después de seccionar los tejidos fibrosos retroesternales, se obtuvo una abertura de unos siete centímetros en sentido vertical, que permitió alcanzar fácilmente todo el límite izquierdo de la tumoración, de un modo muy directo. Luego se efectuó la ligadura de la mamaria interna del lado derecho y una resección de la tercera costilla hasta la línea axilar anterior, con lo que el campo operatorio resultó de una amplitud muy superior a la que pudiera esperarse. Al iniciar el tiempo intratorácico, resultó que el tumor pudo desprenderse fácilmente de todos los órganos mediastínicos, pero no de la cara interna del pulmón derecho, cuya superficie estaba infiltrada en su totalidad, hasta un poco por debajo del hilio. Ante esta circunstancia, fué inevitable renunciar a la extirpación simple de la masa tumoral y hubo necesidad de realizarla unida a la totalidad del pulmón derecho. Esta neumonectomía total pudo conducirse también hasta su final, con una sorprendente facilidad.

Contra todo lo que generalmente se admite, he encontrado que por esta vía incluso resultaba más fácil, tanto por su mayor proximidad como por la más cómoda posición del enfermo—en decúbito supino normal—, la ligadura de los elementos vasculares del pedículo y, sobre todo, la sutura del bronquio. Ante la enorme facilidad que para la resolución de este caso me proporcionó la mencionada incisión, he analizado con más detalle sus posibilidades. A mi juicio, existen dos tipos de tumores mediastínicos, en los que no tiene indicación alguna: los posteriores, frecuentemente neurógenos, que deben ser abordados por plano dorsal, y los dependientes del tiroides o del timo, que justifican una esternotomía longitudinal alta. Pero en todos los demás tumores del mediastino anterior, considero que tiene una evidente superioridad sobre la vía transpleural por toracotomía lateral, por muy divulgada que se encuentre ésta gracias a sus múltiples indicaciones.

En efecto, las mayores dificultades del desprendimiento de los referidos tumores se plantean en la disección del pericardio y de los grandes vasos. Esta liberación se hace con mucha mayor exactitud procediendo de dentro afuera. Es indudable que un acceso análogo lo proporciona una esternotomía longitudinal. Pero esta última es mucho más traumática y tiene posibilidades mucho menores de extensión lateral complementaria. Por otra parte, el curso ulterior de las esternotomías verticales es notablemente más desfavorable, ya que con frecuencia producen fístulas por osteitis y trastornos funcionales de la caja torácica, que no es fácil que se deriven, en cambio, de la simple sección transversal del esternón en una zona favorable.

Es de notar, además, que este tipo de mediastinotomía permite comenzar la intervención con una pequeña abertura inicial, mediante la cual es po-

sible orientarse sobre las características quirúrgicas de la intervención, que, una vez conocidas, justificarán una mayor o menor ampliación del campo operatorio, que puede alcanzarse extendiéndose hacia uno u otro lado mediante incisiones intercostales, resecciones costales o simples secciones complementarias de los cartílagos, más altas o más bajas. También es posible, en caso de necesitarse mayor campo en línea media, extenderse hacia arriba o hacia abajo, realizando una resección complementaria osteoplástica o subperióstica, de un fragmento del esternón.

Puede pensarse también en la utilidad de esta incisión para toda la gran cirugía de la base del corazón y de los vasos que de ella parten. Recordemos, por ejemplo, que el problema de una intervención por estenosis congénita de la pulmonar estriba en la selección del vaso que ha de utilizarse para la anastomosis. Recientemente, Blacklock ha preconizado la toracotomía del lado derecho porque descubre un mayor número de vasos procedentes del arco aórtico y permite elegir el más adecuado, que con frecuencia es la subclavia derecha, que se angula menos que la izquierda. Otras veces se ha de dar preferencia al tronco braquiocéfálico o a la carótida primitiva. Esta discriminación, mediante la esternotomía transversal, puede hacerse como tiempo previo, antes de prolongar la incisión hacia la derecha o la izquierda, según las condiciones del caso.

Para hacer más objetiva la gran asequibilidad de ciertos órganos mediastínicos a esta incisión, he comprobado que en un cadáver de un sujeto de mediana talla, en una sección transversal del tórax, a nivel de la quinta vértebra dorsal, la tráquea se encuentra a cinco centímetros y medio de profundidad, a contar del plano cutáneo preesternal, y a diez centímetros de distancia de la pared lateral del tórax. A nivel de la sexta dorsal la aorta dista

cuatro centímetros y medio del plano anterior y once del lateral.

Como conclusión me permito hacer notar mi impresión personal de que la esternotomía transversal de Friedrich debe ser considerada como una de las vías más útiles para la penetración en mediastino anterior, especialmente cuando se propone como finalidad operatoria la extirpación de tumores, ya que proporciona un campo operatorio muy amplio, un acceso muy directo a las zonas más críticas de la región, es poco cruenta, muy fácilmente ampliable en cualquier dirección, con arreglo a las exigencias del caso, y, finalmente, es muy poco mutilante y de separación muy satisfactoria.

Puede decirse de ella que llena como ninguna las exigencias enunciadas por Harrington en las intervenciones por tumor mediastínico, cuando decía que los principios esenciales en este tipo deben ser:

- 1.º Liberación del tumor con la mayor visibilidad posible y la menor lesión de la pared torácica.
- 2.º Evitación de tracciones sobre mediastino; y
- 3.º Restablecimiento lo más completo posible de las relaciones de los órganos y de la caja torácica.

#### RESUMEN.

Se enumeran las diversas vías de acceso utilizables para la extirpación de tumores del mediastino superior, describiendo las indicaciones y las posibilidades de cada una de ellas y dedicando una atención especial a las ventajas que ofrece en determinados casos la mediastinotomía transversal de Friedrich, sobre todo cuando se completa con una resección costal ampliadora, que permite ensanchar considerablemente el campo operatorio y alcanzar más directamente las zonas críticas de liberación.

## Radioterapia del cáncer de pulmón: Indicaciones y resultado

### PRIMERA PARTE

Dr. M. RUIZ RIVAS  
Madrid.

El problema que el cáncer de pulmón plantea al radiólogo es de fecha muy reciente, ya que hace veinte años no existía el problema, puesto que los cancerosos llegaban a manos del radiólogo en condiciones tan malas, que daba la impresión que lo que hacían era solamente quitarse de encima al pobre enfermo y no asistir a su triste desenlace. La mayoría de los cancerosos de pulmón se presentaban al radiólogo en estado de franca caquexia y con complicaciones infectivas. Los radiólogos de esa época se veían ante el problema de inhibirse o de intentar un tratamiento radioterápico insuficiente. La mayoría, ante un caso perdido, se decidían a irradiar con pequeñas dosis, con esperanzas de mejorar en algo al enfermo. Como no tenían en cuenta las múltiples contraindicaciones para

el tratamiento radioterápico, lo único que conseguían era la aceleración del fin. Este hecho fué recogido por León Bernard irónicamente, pues dicho autor afirmaba que el mejor tratamiento para el cáncer de pulmón era la radioterapia, pues con ella se apresuraba la muerte del enfermo.

Por desgracia, encontramos todavía compañeros que no han evolucionado y que tienen la misma opinión de la radioterapia que la que tenía León Bernard. Si bien se les puede perdonar, pues es cierto, solamente en parte, y es difícil sacarles de su error. Todos sabemos que no hay peor mentira que la que tiene parte de verdad. Lo que no se les puede perdonar es que culpen a la radioterapia del fracaso, como tampoco se puede culpar del desastre a un fármaco activo cuando existe una

EL NUEVO FARMACO CONTRA LA TUBERCULOSIS  
DE ACCION ANTIBACTERIANA ESPECIFICA CONTRA EL **B. DE K.**

# HIDRACIN-FAGUL

(HIDRACIDA DEL ACIDO ISONICOTINICO)

PRODUCCIONES QUIMICAS Y FARMACEUTICAS "FAGUL"

CONCESIONARIOS DE

*J. T. Baker Chemical Co. - New - Jersey*

Cada comprimido de HIDRACIN-FAGUL contiene 50 mgs. de Hidracida del ácido Isonicotínico.

Frascos de 25 comp. Ptas. 21,—

> > 100 > > 69,55

> > 150 > > 100,20 (en preparación)

SERVICIO DE INFORMACION MEDICA SAMAS

Riera San Miguel, 5

BARCELONA

Teléfono 27-83-19

**INSTRUMENTAL QUIRURGICO: Sueco, Alemán, Francés, y Nacional garantizado**

UNICA CASA DE ESPAÑA que tiene el instrumental **COMPLETO** para CIRUGIA DE TORAX, con los últimos modelos de los Dres. Semb, Sauerbruch, Price-Thomas, etc., etc., hasta más de cien entre Periostotomos, Costotomos, separadores, aproximadores de costilla, pinzas gubias, disectores, pinzas Clamps para bronquios, pinzas disección largas y finas, tijeras disección largas y finas, etc.

**Cirugía Cardio-vascular**

Solicite presupuesto y catálogo en imprenta a

**LA CASA DEL MEDICO, S. A.**

El mejor y mayor surtido a los mejores precios en INSTRUMENTAL QUIRURGICO y MOBILIARIO CLINICO

**LA CASA DEL MEDICO, S. A.**

**Atocha, 113 (Frente Facultad) Telef. 27-98-39 y 27-13-51**

**M A D R I D**

contraindicación formal a su aplicación. Los radiólogos de la época mencionada irradiaban sin tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento, la naturaleza, la extensión y el terreno sobre el cual asienta el tumor.

El cáncer de pulmón es un problema de actualidad por varias razones, entre las cuales destacan el mayor número de casos que se registran en nuestros días. Hay muchos compañeros que se consuelan creyendo que el aumento del cáncer de pulmón registrado por las estadísticas se debe al progreso de los medios de exploración, principalmente de radiodiagnóstico y endoscopia. Esto no es cierto, pues el cáncer de pulmón crece en cifras relativas y absolutas, y la creencia de que el aumento es simplemente relativo, no tiene razón alguna.

El cáncer de pulmón es un cáncer cuyo tratamiento, hasta el presente, es esencialmente quirúrgico. No debemos olvidar que el tanto por ciento de casos operables es muy reducido, quedando un gran número cuya única esperanza de supervivencia está en la radioterapia. Tampoco debemos olvidar que el cáncer de pulmón representa la décima parte de las muertes ocasionadas por el cáncer, o sea 8.000 muertes al año en Inglaterra, 15.000 en Norteamérica. En Madrid, según los datos recogidos en la Sección de Estadística del Ayuntamiento, en los que se puede observar muy bien la marcha ascendente de la incidencia del cáncer, tenemos:

	Muertes totales por cáncer	Corresponde el cáncer de pulmón
Año 1945 .....	1.160	116
» 1946 .....	1.176	117
» 1947 .....	1.236	127
» 1948 .....	1.379	196
» 1949 .....	1.362	120
» 1950 .....	1.410	184
» 1951 .....	1.663	184

De estos datos podemos deducir, aproximadamente, que mueren de cáncer 41.000 españoles, de los cuales 4.100 corresponden al cáncer de pulmón.

En estos últimos veinte años, la radioterapia ha recorrido un largo camino en sus tres fases fundamentales: en el conocimiento de la dosis cancericida; en la parte física, que nos permite hacer llegar al tumor la dosis requerida; en la técnica, biofísica. Por otro lado, la oncología también ha progresado mucho. Basados en estos avances, la radioterapia ha pasado definitivamente de una fase empírica y desacreditada a otra científica, que, como vamos a ver, nos ofrece resultados alentadores y dignos de tenerse en cuenta. Hoy día por el perfeccionamiento del radiodiagnóstico y de la endoscopia, el diagnóstico es más precoz, lo que junto con el buen estado general facilita el tratamiento radical de estos enfermos.

¿Por qué actualmente obtenemos mejores resultados con la radioterapia en el tratamiento del cáncer de pulmón? La respuesta es muy sencilla: porque además de las ventajas fisiobiológicas mencionadas, hoy sabemos seleccionar los casos que deben recibir un tratamiento radical, los que solamente debemos tratar paliativamente y, por último, aquellos en los que la abstención está indicada.

El cáncer de pulmón quizá sea el más difícil de

tratar, y el problema que se plantea el radiólogo es muy serio. Ya veremos luego por qué; ahora podemos adelantar varias razones: no solamente la histología es de lo más proteiforme, sino que también varían mucho la tolerancia del enfermo ante la irradiación, y el comportamiento clínico, radiológico y evolutivo del tumor.

El radiólogo, en cuanto se refiere directamente al tratamiento, puede clasificar los cánceres de pulmón en tres grupos: radiosensible, de radiosensibilidad media y radorresistentes.

*Radiosensibles.*—Corresponde a este grupo el epiteloma indiferenciado, de imagen radiológica sumamente variable y que se caracteriza por su gran malignidad, pues tiene una evolución muy rápida y la difusión linfática es rápida y extensa. Como casi todos los tumores muy radiosensibles, son poco radiocurables. Es frecuente no llegar a tiempo e irradiar la masa tumoral primitiva cuando, sin saberlo, existen ya metástasis lejanas, por lo cual el pronóstico es muy sombrío.

*Radiosensibilidad media.*—El principal representante de este grupo es el epiteloma espinocelular, que si lo comparamos con el anterior, es de un crecimiento más lento y se propaga poco a los ganglios linfáticos. Aunque no responde tan rápidamente a la irradiación como el anterior, su pronóstico es más favorable.

*Radorresistentes.*—Corresponde al cáncer glandular. Este cáncer, raro, afortunadamente, tiene un crecimiento lento, pero progresivo. Se difunde poco por vía linfática y responde muy poco a las dosis corrientes de radiación.

Antes mencionamos el polimorfismo tan extraordinario que tienen los cánceres de pulmón en su histología, en su clínica y evolución, etc. Por tanto, una clasificación que se base en la radiosensibilidad es imperfecta; pero, como va orientada al pronóstico y al tratamiento, para todos es útil, y para nosotros es imprescindible.

El cáncer de pulmón tiene una característica propia que le diferencia de todos los demás cánceres. Ante un cáncer de pulmón, el radiólogo nunca sabe si el enfermo va a tolerar o no la radiación. No sabemos por qué, pero el hecho es que mientras unos enfermos toleran perfectamente grandes cantidades de radiación, en otros se presentan rápidamente signos de intolerancia, inmodificable en ocasiones, y que nos obliga a abandonar el tratamiento. No existe relación alguna entre la tolerancia de la irradiación y el tipo histológico del tumor, ni entre el tamaño y situación del mismo. Tampoco existe relación entre la tolerancia y la potencia invasora del tumor. En la actualidad no hay ningún procedimiento clínico ni de laboratorio que nos sirva para conocer, antes de irradiar, la tolerancia del enfermo, y no tenemos más remedio que empezar el tratamiento con la debida cautela e ir tanteando la tolerancia del enfermo.

#### INDICACIONES.

La radioterapia hoy día se encuentra colocada entre la cirugía y el abstencionismo. Tiene dos objetivos: la terapia radical, que aspira a una supervivencia larga, y la terapia paliativa o sintomática, que trata de detener la evolución fatalmente progresiva del cáncer de pulmón. Las indicaciones quirúrgicas del cáncer de pulmón son

concretas y precisas; no ocurre lo mismo con la radioterapia, en donde la gran mayoría de los enfermos están colocados en los casos límites. Lo que sí tienen de común la cirugía y la radioterapia es que lo mismo el cirujano que el radiólogo deben saber cuándo abstenerse. En otras palabras: la radioterapia no debe ser administrada de una manera sistemática en todos los cánceres de pulmón no quirúrgicos. Una contraindicación quirúrgica no equivale a la indicación de radioterapia.

La radioterapia paliativa debe considerarse como una terapéutica sintomática más, y la radical, mal llamada radioterapia curativa, pues hoy no podemos hablar, en lo que al cáncer se refiere, particularmente cuando este asienta en órganos internos, de curación, sino de sobrevivencia, lo cual es un artificio que encubre nuestra impotencia ante las enfermedades, que por algo llevan el apellido de malignas.

Cuando el radiólogo se ha decidido a irradiar un cáncer de pulmón tiene que considerar muchos factores, unos son propios del tumor, y otros lo son del paciente, considerado en su todo. De la consideración del estudio de la forma, tamaño, localización, potencial evolutivo, grado de difusión del tumor, y de la consideración del estado general del paciente, de su nutrición, de las posibles taras orgánicas y enfermedades concomitantes, el radiólogo debe llegar a la conclusión de si debe aspirar al tratamiento radical o contentarse con el paliativo. Esto teóricamente es muy fácil de deducir, pero luego en la práctica, sobre todo en los casos límites o dudosos, es muy difícil de predecir la clase de tratamiento que daremos al enfermo. Ya hemos visto lo que ocurre con la tolerancia individual ante la radiación. El factor volumen del tumor es muy importante. Existen autores que para huir de la incertidumbre dan reglas fijas. Por ejemplo, Shormon dice que los tumores que tienen menos de 6 cm. de diámetro máximo son tributarios a la terapia radical, y los que tienen más se deben tratar paliativamente. Con esta actitud pasamos de la incertidumbre al polo opuesto, al rigorismo. Es fácil de ver el poco apoyo clínico que tiene la afirmación del autor mencionado, puesto que los tumores incluidos en el grupo de radiosensibles pronto pasan de los 6 cm. de diámetro, y, por el contrario, la reducción de las grandes masas tumorales es tal que a menudo se obtiene la desaparición completa de su imagen radiográfica.

El predecir, antes de irradiar, considerando factores tan inseguros como el tamaño, forma, situación, genio evolutivo, es poco clínico. ¿No sería mucho mejor empezar con todas las precauciones de la radioterapia paliativa y conforme vamos viendo la tolerancia del enfermo y la respuesta del tumor ante la radiación dada (lo cual se puede apreciar perfectamente a las dos semanas de tratamiento) ir aumentando la dosis para pasar a la radioterapia radical si el enfermo y el tumor lo permiten?

Cuando el cáncer de pulmón no es quirúrgico, no por el grado evolutivo del tumor, sino porque asienta en regiones vedadas al cirujano (por ejemplo, cuando se sitúa muy cerca del espolón traqueal), entonces no hay titubeos y se empieza con la terapia radical. Lo corriente es que nos encontremos con enfermos que no sabemos dónde clasificarlos, porque tienen un estado general que, si bien no es bueno, tampoco es francamente malo, con grandes imágenes radiológicas que corresponden, casi,

o sin casi, a un hemitórax opaco, en el cual es muy difícil valorar la parte que corresponde a la atelectasia, a la fibrosis y al propio tumor. Tienen también estenia, insuficiencia hepática más o menos acentuada, febrícula ligera..., etc. En estos casos hay que ser muy cautos, y el único guía que tenemos es la clínica. Lo corriente es, particularmente en los casos de cáncer de pulmón indiferenciados de evolución rápida y, por tanto, radiosensibles, que con dosis mínimas, paliativas, la astenia desaparece rápidamente, el enfermo mejora, en el hemitórax opaco van apareciendo claridades que corresponden a zonas atelectásicas, en las que por quedar permeable el bronquio correspondiente vuelven a la ventilación. Este es el momento de ir paulatinamente aumentando la dosis para pasar a la terapia radical. Ocurre también el caso opuesto: todo parece invitarnos a la cura radical, y el paciente no tolera la radiación y, lo que es peor, empeora rápidamente. No es la lógica lo que siempre manda en el tratamiento del cáncer de pulmón, por lo que siempre hay que guiarse por la clínica. De aquí se deduce que nuestros conocimientos en el caso de cáncer de pulmón son muy reducidos, ya que no podemos explicarnos por qué unos pacientes que debían tolerar la irradiación no la toleran y viceversa.

*Tratamiento radical.*—Son tributarios a la terapia radical los siguientes tumores:

1.º Los tumores inoperables que por su situación especial no pueden ser intervenidos. Se incluyen en este grupo los cánceres endobronquiales, que por su situación próxima a partes importantes de las vías respiratorias no se pueden extirpar. También los cánceres peribronquiales, que después de su estudio, por tomografía o por la toracotomía exploratoria, resulten inoperables. En este tipo de cánceres, que son inoperables por su situación anatómica y no por su avanzada evolución, es en donde la radioterapia obtiene los resultados más brillantes.

2.º Los cánceres operables, en los que el paciente rehusa la intervención; y

3.º Aquellos pacientes que por su edad, por padecer alguna tara orgánica, etc., no pueden correr el riesgo de una intervención.

*Tratamiento paliativo.*—Podemos incluir en este grupo los cánceres de pulmón siguientes:

1.º Aquellos que teniendo escaso volumen son extremadamente disneizantes

2.º El cáncer circunscrito, pero ya con adenopatías supraclaviculares.

3.º Aquellos que se extienden a lo largo del mediastino y causan, por compresión o por infiltración disfagia, parálisis del recurrente, etc.

4.º Los cánceres que tienen abundantes adenopatías hiliares y en los que no se pueden separar la parte que corresponde al tumor de los infartos linfáticos.

5.º El cáncer del apex o de Pancoast-Tobías.

6.º Los cánceres de pulmón con metástasis ósea; y

7.º Las recidivas después de la neumonectomía.

Las pleuresías no constituyen por sí mismas contraindicación alguna, pues pueden ser secundarias a causas reaccionales, que no tienen una relación directa con el cáncer de pulmón.

*Casos que no se deben irradiar.*—La contraindicación se basa en factores de causa general y local ya mencionados. La caquexia, tan fre-

cuenta en estos enfermos, agotados por la tos intratable y que caracteriza la evolución del cáncer de pulmón. La edad, se admite en términos generales, que no deben irradiarse enfermos de más de setenta años. No se puede precisar la edad a la cual exactamente no se puede irradiar, pero la proximidad a los setenta años nos debe hacer pensar que toda prudencia es poca. No hay que olvidar que la máxima incidencia del cáncer de pulmón es en individuos de sesenta años.

Por lo que se refiere a los factores propiamente tumorales, tenemos que considerar la forma clínica y su estadio evolutivo.

1.º Los cánceres masivos, que se extienden a una gran parte o a todo el pulmón. Es evidente que hay que hacer un estudio radiológico serio para diferenciar lo que en el hemitórax opaco corresponde al tumor, a la telectasia y a la fibrosis. Además, hay que tener en cuenta la naturaleza histológica del tumor, pues ya mencionamos que los tumores radiosensibles alcanzan rápidamente tamaños exagerados y siguen siendo tributarios a la radioterapia; en cambio, tumores de radiosensibilidad media o radiorresistentes de igual volumen no deben ser tratados.

2.º Las formas mediastinopleuropulmonares, evolucionan tan rápidamente hacia la muerte que no da tiempo al tratamiento y que suelen llegar tarde a las manos del radiólogo. En estos casos no se consigue ningún resultado favorable.

3.º Cánceres infectados. Hay que hacer una distinción, pues mientras en los cánceres cavitados, en los que se forman verdaderos abscesos pulmonares por fusión e infección de su masa central, no se debe irradiar por el peligro que supone el exacerbar la infección (pues las dosis son muy superiores a la terapia antiinflamatoria y antiinfecciosa), y, además, la de poder provocar la hemoptisis. En cambio, cuando la infección del tumor descansa sobre una base atelectásica, se puede irradiar previo tratamiento con antibióticos, pues al ceder la causa y permeabilizarse el bronquio, puede resolverse el problema, desaparecer la infección; y

4.º La asociación del cáncer con metástasis visceral, con grandes derrames pleurales, con la tuberculosis pulmonar... contraindica todo tratamiento radioterápico.

**Resultados.**—Para huir de los resultados personales voy a escoger las estadísticas de varios autores. Los doctores Violland, Papillon y Goyon presentan 110 casos de cáncer de pulmón entre los años 1947 y 1951, de los cuales 96 recibieron únicamente el tratamiento radioterápico. El 48 por 100 de los casos tiene su comprobación histológica, y 18 más que fueron rechazados por el cirujano, lo cual se puede interpretar como que ciertamente era cáncer lo que estos enfermos padecían.

El tratamiento radical fué administrado a 43 enfermos, mientras que el paliativo se dió a 53. La eficacia del tratamiento se establece de acuerdo con la mejoría de los síntomas y con la supervivencia.

**Efectos sintomáticos.**—Cuando la tolerancia es buena y la indicación del tratamiento está bien hecha, el primer cambio que se experimenta es el de la mejoría del estado general. El enfermo se encuentra mejor. Esta mejoría subjetiva es la más constante, y además es la respuesta más precoz

al tratamiento. La astenia disminuye, el apetito aumenta y empieza la tendencia a ganar peso. La sintomatología también mejora, principalmente en lo que se refiere a la disnea y a la expectoración. Las hemoptisis desaparecen, los signos de compresión disminuyen—el dolor disminuye rápidamente (excepto en el cáncer apical, que es muy rebelde)—. La tos es otro de los síntomas que se modifican tardíamente. En números redondos se puede calcular que la mejoría sintomática de todos los enfermos tratados asciende a un 75 por 100 de los casos.

Es difícil relacionar la cuantía de la reducción con la mejoría y con el pronóstico, puesto que la desaparición total de la imagen tumoral suele ocurrir precisamente en los cánceres indiferenciados, de pequeñas células, muy radiosensibles, que son precisamente las que tienen más poder de invasión linfógena y, por tanto, mayores facilidades para las metástasis.

**Sobrevivencia.**—En la actualidad tienen los autores mencionados siete casos tratados con radioterapia radical que se encuentran vivos. Todos han pasado de los dos años, y en la fecha de la publicación llevaban veinticuatro, veintiséis, veintiocho, veintinueve, treinta y uno y treinta y seis meses de supervivencia.

La relación de la dosis con la supervivencia es evidente. Cuanto mayor es la dosis profunda mayor es la supervivencia. El 50 por 100 de los enfermos tratados con dosis débiles no llega a los seis meses. Uno de cada siete llegan al año, y uno de cada nueve llega a los dos años. En cambio, cuando se irradia con dosis enérgicas, de los 18 enfermos, seis han pasado de los dos años, y dos de los tres años.

No se pueden comparar entre sí los resultados que se obtienen con la cirugía y con la radioterapia, ya que se trata de enfermos en diferentes condiciones, y el radiólogo solamente trata con aquellos que ha rechazado el cirujano, es decir, con enfermos mucho más graves. De las grandes estadísticas quirúrgicas se deduce que solamente un 20 por 100 de los enfermos tiene una supervivencia, de más de tres años, no contando la mortalidad de la intervención, que oscila entre el 15 al 20 por 100, aunque en estos últimos años ha descendido notablemente gracias a los avances de la cirugía y del tratamiento postoperatorio. Phole cita un caso de carcinoma primario de pulmón (*Journal of Thoracic Surgery*, 13, 67, 1944), tratado con radioterapia, que sobrevivió a contar del final del tratamiento seis años y medio.

Leddy cita su experiencia con 250 casos, de los cuales todos eran inoperables, y solamente se trataron 125 con radioterapia. De los 125 casos no tratados ninguno alcanzó a vivir más del año. De los 125 casos tratados hubo 25 cuya supervivencia osciló entre un año y doce años después de terminada la radioterapia.

Es muy frecuente encontrar, sobre todo en artículos quirúrgicos, afirmaciones tan categóricas como gratuitas de que no existen casos de cáncer de pulmón con una supervivencia superior a los cinco años, tratados únicamente con radioterapia. Esto no es verdad. En el trabajo a que me refiero de Leddy y Moersch, que prácticamente es antiguo, pues data de 1940 (*Roentgentherapy for Bronchogenic Carcinoma J. A. M. A.*, 115, 2,239, 1940), de los 125 pacientes tratados, cinco sobrepasaron los cinco años, y no hay que olvidar que

fueron rechazados por el cirujano y que de 1940 a la fecha se ha progresado mucho, como ya hemos mencionado, en el tratamiento radioterápico en el cáncer de pulmón.

Es muy difícil apreciar la cuantía de la sobrevivencia atribuible a la radiación. Numerosos estudios y estadísticas han conducido a considerar que la sobrevivencia, desde que se hace el diagnóstico de cáncer de pulmón hasta que el enfermo muere, cuando no es sometido a tratamiento, es de cinco meses, por tanto, y hablando también en términos generales, se puede atribuir al trata-

miento el tiempo de sobrevivencia que pase de los cinco meses mencionados.

Se diferencia también el cáncer de pulmón de otros cánceres en que la asociación de la cirugía con la radioterapia, tan beneficiosa por lo regular, en el cáncer de pulmón no da buenos resultados. Con la radioterapia preoperatoria no se logra convertir en caso no operable el operable, y la radioterapia postoperatoria da mediocres resultados.

(Continuará.)

## BIBLIOGRAFÍA

*La circulación pulmonar durante el reposo y el esfuerzo en la estenosis mitral*, por Harald Eliasch (monografía). Estocolmo, 1952.

Esta monografía fué publicada en el volumen IV, suplemento 4 de 1952 del *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*. Es fruto de las investigaciones llevadas a cabo por el autor en los Hospitales St. Erik y Sabbatsberg, de Estocolmo, sobre 54 casos de estenosis mitral, que fueron estudiados mediante el cateterismo del corazón derecho. De este grupo de casos, 26 fueron seleccionados para estudiar la reacción vascular ante un esfuerzo graduado, y ocho casos fueron estudiados antes y seis semanas después de haber sido sometidos a una valvulotomía. Describe el autor minuciosamente los métodos empleados y los distintos aparatos necesarios para llevar a cabo este tipo de investigación, así como el método estadístico para determinar sus resultados.

Esta interesante monografía constituye un valioso complemento a la literatura, ya bastante extensa, que versa sobre la investigación que es menester llevar a cabo en pacientes afectados de estenosis mitral, los cuales habrán de ser estudiados con toda meticulosidad antes de ser sometidos a valvulotomía o a cualesquiera de las intervenciones que hoy día se practican para alivio de esta afección en sus distintos aspectos.

E. M. A.

*Lung Abscess*, por R. C. Brock. Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1952.

Las publicaciones que de cuando en cuando lanza Brock a la publicidad son siempre esperadas con impaciencia y recibidas con entusiasmo por sus lecturas. Teníamos noticias de la preparación de esta excelente obra y la esperábamos con verdadera curiosidad. No hemos sido defraudados, pues la obra, que consta de 197 páginas, con figuras, es el más completo y minucioso estudio de los distintos tipos de absceso pulmonar que hasta ahora se ha hecho.

Dice el autor en su introducción que el absceso de pulmón constituye en todo momento una afección grave, cuya gravedad se acentúa a consecuencia del concepto reinante acerca de su tratamiento, ya que existe la tendencia a aceptar sin titubeos un tratamiento expectante y conservador en todos los casos. Existe también la tendencia, muy generalizada, a agrupar en una sola entidad clínica, denominada «absceso pulmonar», todas aquellas lesiones con supuración y cavitación pulmonar, sin pararse a pensar que este estado de cosas puede ser producido por un número de causas distintas con un curso clínico y un pronóstico muy variable.

Está la obra dividida en nueve capítulos, el primero de los cuales se refieren a la anatomía segmental broncopulmonar, cuyo estudio es esencial para poder localizar exactamente el segmento donde yace un absceso, requisito indispensable para un buen tratamiento si éste ha de ser quirúrgico.

En el capítulo II, dedicado a la patología de los abscesos

pulmonares, el autor afirma que el mecanismo más frecuente para la formación de éstos es la embolia bronquial, y así vemos cuán frecuentes son los abscesos del segmento apical del lóbulo inferior, puesto que es este segmento el más vulnerable a un émbolo bronquial cuando el sujeto yace en decúbito supino. Otra postura que se adopta frecuentemente durante el sueño es el decúbito lateral, y así vemos la frecuencia con que se observan abscesos de la parte lateral y posterior del lóbulo superior. Este concepto «postural» del absceso de pulmón ha llegado a ser reconocido por todos como explicativo de la frecuencia con que asientan los abscesos en estas zonas, y, a la vez, confirma el mecanismo de émbolo bronquial como factor preeminente en la causación de esta entidad patológica.

En los capítulos III, IV, V y VI se estudian los abscesos anaeróbicos, aeróbicos, estafilocócicos y el Friedländer, respectivamente. Nos ha llamado mucho la atención el capítulo sobre el absceso estafilocócico, pues el autor aclara muchas dudas reinantes sobre el mismo. Este absceso casi viene a ser una entidad clínica, pues su sintomatología, su clínica y su aspecto radiológico son tan netos que puede llegar a diagnosticarse aun antes de recibir confirmación bacteriológica. Hasta hace muy poco nunca se había pensado en el absceso estafilocócico como una entidad clínica separada de otros procesos similares, y el autor deja sentado una vez y para siempre este nuevo concepto.

Los capítulos VII y VIII están dedicados a la etiología del absceso pulmonar y al cáncer pulmonar abscesificado, y están redactados en la forma clara y concisa que caracteriza toda la obra que reseñamos.

Quizá el capítulo más interesante de todo el libro sea el último, en el que estudia el tratamiento de los abscesos pulmonares y se dan tablas comparativas de los resultados obtenidos por el propio autor y por otros investigadores. La tan debatida cuestión de tratamiento médico expectante en contra de tratamiento quirúrgico, ya sea por drenaje externo (cada vez más en desuso), ya por exéresis, se estudia y razona a base de estadísticas que no dejan lugar a duda acerca de cuál método es el mejor. Como era de suponer, tratándose de un cirujano tan experto como lo es el autor, éste aboga por un tratamiento quirúrgico precoz en la mayoría de aquellos casos en los que después de un plazo prudencial de tratamiento medio no ha habido una reacción favorable. El momento propicio para drenaje externo o para una exéresis no siempre es fácil de determinar, pero el autor, aunque se inclina más bien por la exéresis, deja bien sentada la idea de que el drenaje externo sigue aún siendo la operación de elección en gran número de casos.

Esta obra quedará como clásica, como lo quedó también su *Anatomía del árbol bronquial*, publicada en 1946, y, como ésta, no debe faltar en la biblioteca de todo aquel por cuyas manos habrán de pasar enfermos afectados de absceso pulmonar.

E. M. A.

## EXTRACTOS DE REVISTAS

JOHANSSON (L.) y UGGLA (L. G.): «Lobectomía y neumonectomía en tuberculosis». *The Journal of Thoracic Surgery*, 3 de marzo de 1952; vol. XXIII, n.º 3.

Se refiere este artículo a 54 casos de T. P. operados en el Sabbatsber-Sjukhus, de Estocolmo, entre 1935 y 1950. Confirman los autores el hecho de que los antibióticos contribuyen notablemente a los buenos resultados que hoy día se obtienen con la exéresis parcial o total de pulmón en la T. P. Muchos enfermos que antes tenían un pronóstico sombrío pueden ahora ser sometidos a intervenciones salvadoras, con lo cual un número cada vez mayor de pacientes llegan a manos del cirujano. La quimioterapia debe, sin embargo, utilizarse de tal forma que su acción benéfica no se disipe antes del momento oportuno para el tratamiento quirúrgico, y, por tanto, es indispensable que exista la más estrecha colaboración entre el tratamiento desde un principio.

La extirpación de parénquima pulmonar va seguida de una dilatación y enfisema del tejido pulmonar restante, con el peligro de una diseminación. Por tanto, se aconseja el llevar a cabo una toracoplastia por encima del tejido extirpado, ya que cuando ha habido algunas excepciones a esta regla se han producido algunos descalabros. La resección segmentaria debe limitarse a aquellas lesiones muy limitadas y localizadas, con actividad escasa o nula, ya que, de lo contrario, existe el peligro de fistulización, empiema y diseminación.

Debe estudiarse preoperatoriamente con gran detenimiento la función respiratoria en todos los casos donde sea esencial conservar una función de parénquima y evitar una insuficiencia cardiorrespiratoria.

A la vista de nuestra experiencia, en la actualidad, la exéresis pulmonar en T. P. parece ser un indispensable complemento de la colapsoterapia, en casos seleccionados y en cuanto a mortalidad y morbilidad no representa un peligro mayor que la colapsoterapia en general. Puede representar la salvación en caso de enfermedad unilateral, con grave intoxicación general cuando otros métodos terapéuticos están prescritos: la estenosis del bronquio principal, con destrucción completa del pulmón, constituye una indicación precisa.

En los 54 casos estudiados en este artículo se llevaron a cabo 32 neumonectomías, 20 lobectomías y dos lobectomías combinadas con resección segmentaria. Las indicaciones principales fueron: un fracaso de la colapsoterapia para conseguir el cierre de las cavidades; dos lesiones pulmonares secundarias a tuberculosis bronquial estenosante, y tres lesiones parénquimatosas extensas.

Antes de 1948 se efectuaron 19 operaciones sin la protección de antibióticos, y hubo siete defunciones. Después de esa fecha hubo 35 operados, con dos defunciones.

BERNARD J. RYAN y otros: «Excisión simple en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar». *The Journal of Thoracic Surgery*, Vol. XXIII, N.º 4, Abril 1952.

Es ésta una nota previa basada en la excisión simple de focos tuberculosos pulmonares en 30 casos seleccionados siendo el método de elección la resección en cuña en la mayoría de los casos. Los enfermos fueron preparados previamente con antibióticos (PAS y estreptomina) hasta obtener cultivos negativos en el esputo o lavado gástrico.

La cantidad de tejido celular que habrá de extirparse se determina después de un examen manual del pulmón, con miras a conservar la cantidad máxima de parénquima, y en casi todos los casos fué posible extirpar las lesiones mediante una resección en cuña, lo que supone una pérdida mínima de tejido pulmonar; pero a veces es necesario extirpar un

lóbulo entero y hasta un pulmón. En un mismo caso se hicieron hasta nueve resecciones en cuña. No hubo mortalidad y la morbilidad postoperatoria fué mínima, sin ningún caso de fístula o empiema.

Los autores reconocen que para poder juzgar los resultados en este grupo de casos habrán de transcurrir varios años, y no pretenden afirmar que este procedimiento llega a eliminar todas las lesiones en todos los casos, pero creen que las pequeñas lesiones que quedan, en algunos casos, se cicatrizarán. Sin embargo, si este procedimiento no proporciona resultados superiores a otros métodos terapéuticos, puede decirse que la T. P. no es una enfermedad controlable mediante la exéresis pulmonar.

WILLIAM W. STED y PHILIP H. SOUCHERAY: «Estudios fisiológicos después de operaciones torácicas. 1. Efectos inmediatos de la toracoplastia». *The Journal of Thoracic Surgery*, Vol. XXIII, N.º 5, Mayo 1952.

En la elección de un tratamiento quirúrgico adecuado para cada paciente habrán de considerarse tres factores:

1. La naturaleza de la lesión tuberculosa y las posibilidades de los diversos tipos de operación, como tratamiento definitivo para la lesión a tratar.
2. La reserva pulmonar del paciente y su capacidad para tolerar la pérdida permanente de función después de la operación.
3. La magnitud de la sobrecarga inmediata que sigue a la operación y la capacidad del paciente para tolerar esta sobrecarga.

Los autores anuncian que en artículos sucesivos estudiarán los efectos producidos por lobectomía, neumonectomía y resección segmentaria, mientras que en este trabajo presentan los efectos fisiológicos inmediatos de toracoplastias (siete costillas en tres tiempos) practicadas en diez hombres de veintitrés a sesenta y dos años. En cada caso se llevó a cabo una cuidadosa valoración de la función pulmonar preoperatoria. Clínicamente los pacientes variaban entre hombres normales hasta hombres con disnea consecutiva a un ligero esfuerzo. En cada caso se encontraron con una anoxemia ligera, pero muy significativa después de la operación. En un caso hallaron una anoxemia bastante severa a consecuencia de una atelectasia.

Hallaron pruebas de la existencia de circulación sanguínea a través del lecho sanguíneo pulmonar, sin que hubiera contacto con el aire alveolar. Este *shunt* pulmonar se debe, en toda probabilidad, a la perfusión continua de tejido pulmonar recientemente colapsado, y explica la presencia de la casi totalidad de la anoxemia. El aumento postoperatorio en metabolismo va acompañado de un aumento proporcionalmente mayor en el volumen minuto respiratorio. El aumento en el volumen de espacio muerto a ventilar por minuto explicaría el aumento en el volumen minuto respiratorio, mientras que el volumen de ventilación alveolar aumentó sólo ligeramente. Una disminución del cociente respiratorio, consecutiva a la disminución nutritiva del día de la operación, explica la falta de aumento proporcional en el anhídrido carbónico eliminado en ese día en presencia de un aumento metabólico.

La naturaleza de la sobrecarga impuesta al organismo por una toracoplastia puede resumirse de la siguiente forma: un tórax, cuya expansión queda limitada por el dolor consecutivo a la operación, necesita mantener una ventilación ligeramente superior a la preoperatoria.

Esta demanda queda compensada por un aumento en ritmo respiratorio.



