

# Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

## SUMARIO

|   |    |
|---|----|
| Acta de la Sesión inaugural del día 6 de Febrero de 1955. . . . .   | 1  |
| Relación de las tareas en que se ocupó la Real Academia de Medicina de Barcelona durante el año anterior -Dr. Luis Suñé Medán . . . . .   | 3  |
| El Pasado del cirujano.-Dr. J. Puig Sureda . . . . .  | 23 |
| La anestesia de acción prolongada.-Dr. M. Anglada . . . . .   | 36 |
| El pronóstico de la tuberculosis pulmonar del lactante visto desde un dispensario antituberculoso -Dres. M. Salvat y E. Alegret . . . . . | 45 |
| Efectos terapéuticos de la globulina gamma en las afecciones gripales.-Dr. José M. <sup>a</sup> Garijo . . . . .                          | 50 |
| Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina . . . . .   | 54 |

---

*La Real Academia de Medicina de Barcelona, bajo cuya dirección se publican estos Anales, no se hace solidaria de las opiniones expresadas en sus artículos, cuya responsabilidad corre por entero a cargo de sus respectivos autores.*

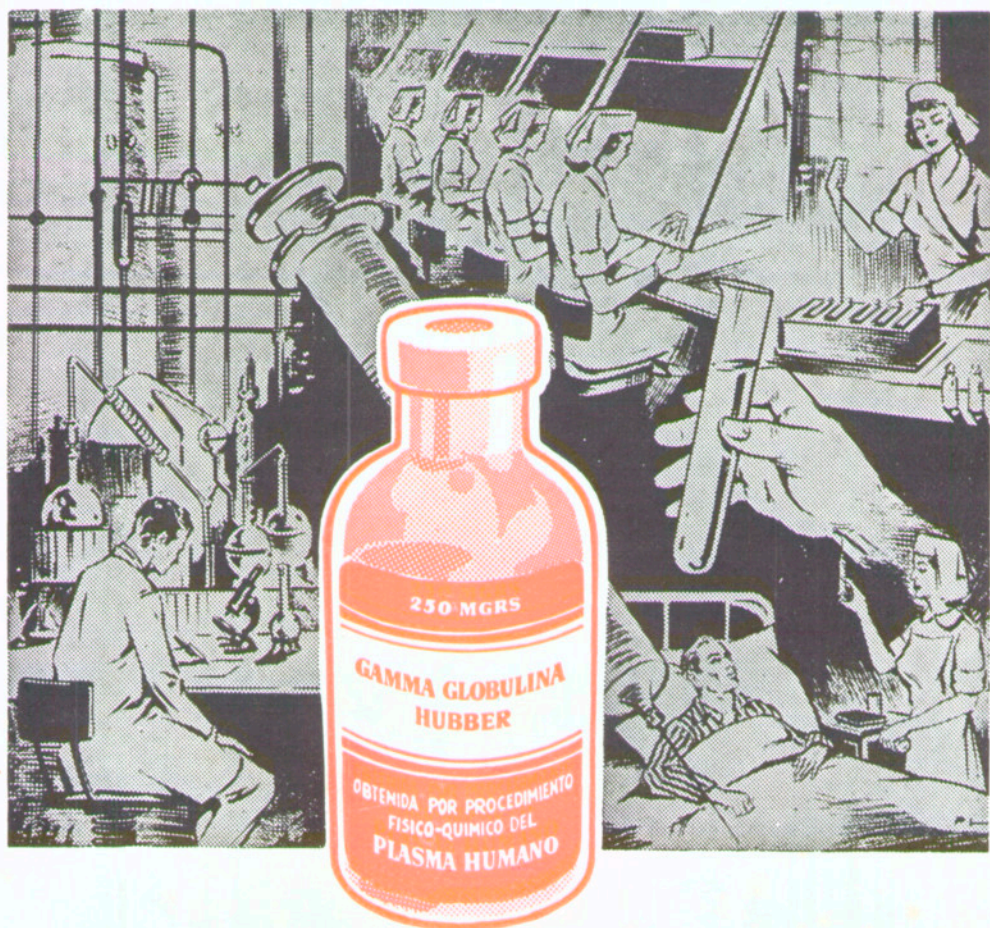
ENERO - FEBRERO 1955

AÑO XXXI  
ÉPOCA  
VOL. XXXV  
NÚMERO 115-116

ADMINISTRACIÓN  
Y  
CORRESPONDENCIA

EDITORIAL DE PUBLICACIONES MÉDICAS  
F. GALLARDO

SAN ELIAS, 10  
Teléfono 28 23 26  
BARCELONA



# GAMMA GLOBULINA HUBBER

*obtenida por procedimiento fisico-quimico del*

**PLASMA HUMANO**

# Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA  
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

---

REVISTA MENSUAL

---

*Director:*

Dr. F. Corominas Pedemonte  
Presidente de la Real Academia

*Secretario general:*

Dr. L. Suñé Medán

*Consejo de Redacción:*

Sres. Académicos de Número

*Comisión de Publicaciones:*

Doctores: H. Arruga. - A. Balcells. - L. Barraquer Ferré. - A. Carreras Verdaguer. Prof. V. Carulla. - Prof. F. Casadesús. - Prof. V. Cónill. - J. Cornudella. - Prof. J. Covalada. - F. Esquerdo. - F. Gallard Monés. - A. Gallard Esquerdo. - Prof. F. García Valdecasas. L. García-Tornel. - Prof. J. Gibert Queraltó. - Prof. S. Gil Vernet. - P. González Juan. - Prof. J. Jiménez Vargas. - J. Mercadal Peyrí. - A. Morales. - Prof. P. Nubiola. - B. Oliver Rodés. - Prof. A. Pedro Pons. - J. Pi Figueras. - Prof. P. Piulachs. - J. Puig Sureda. - Rdo. P. Pujiula. - Prof. F. Raurich. - A. Rocha. - B. Rodríguez Arias. - J. Roig Raventós. - F. Salame-ro. - M. Salvat Espasa. - V. Salleras. R. San Ricart. - Prof. - J. G. Sánchez-Lucas. - Prof. M. Soria. - Prof. M. Soriano. - A. Subirana. - L. Trías de Bés. - Prof. X Vilanova Montiu.

---

*Secretario de Redacción:* Dr. F. de Dulanto

Administración y Correspondencia: EDITORIAL DE PUBLICACIONES MÉDICAS

San Elias, 10 — BARCELONA — Teléfono 28 23 26



PODEROSO BIOCATALIZADOR DE LOS PROCESOS DE  
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ASIMILACIÓN

# VITAMINA T HUBBER

LABORATORIOS HUBBER, S. L. - BARCELONA

# ACTA

DE LA

SESIÓN INAUGURAL DEL DÍA 6 DE FEBRERO DE 1955

Bajo la presidencia del Dr. Corominas se celebró la Sesión Inaugural. Figuraban en el estrado el Rector Honorario, Dr. Eusebio Díaz, por la Universidad; el Director del Hospital Militar del Generalísimo, Dr. Nilo Sánchez, por Capitán General; el Oficial Mayor del Gobierno Civil, don Ricardo Ventura, por el Gobernador Civil; el Dr. Taxonera, por el Señor Alcalde; el Dr. Ramón Roquer, por el Señor Obispo, y el infrascrito Secretario General. Ocupaban sitio preferente los Académicos Numerarios Doctores Oliver Rodés, Nubiola. P. Pujiula, Salvat Espasa, Terrades, Gallart Monés, Conill, San Ricart, Raurich, Salamero, Sabatés, Isamat. (J. y F.), Soler Dopff, Trias de Bes, Arruga, Puigvert, Amat y Salarich.

Entre la numerosa concurrencia destacaban las siguientes representaciones de entidades profesionales médico-científicas de Barcelona: el Dr. Raurich, por la Real Academia de Ciencias y Artes y por el Cuerpo Facultativo de la Casa Provincial de Caridad; el Dr. Font y Puig, por la Real Academia de Buenas Letras; el Dr. Puiggrós, S. I., por

la Sociedad Española de Microbiología; el Dr. Fabián Isamat, por la Academia de Doctores del Distrito Universitario; el Dr. Doménech Martí, por la Cruz Roja Española; el Dr. Roig Perelló, por el Colegio Oficial de Farmacéuticos; el Dr. Orsola Martí, por el Instituto Médico-Farmacéutico; el doctor Juan Sebastián Jorba, por el Cuerpo de Médicos Forenses; el Dr. Peiró Rando, por la Academia Médico-Homeopática; el Dr. Jesús Isamat, por la Facultad de Farmacia, y el Dr. García-Díez Andreu, por el Hospital del Sagrado Corazón.

Abierta la sesión, fué leída por el Secretario que suscribe la «Reseña de las tareas en que se ocupó la Corporación durante el año anterior», y, acto seguido, el Académico Numerario, Dr. Puig y Sureda, dió lectura al discurso de turno sobre el tema «El pasado del Cirujano». Ambas disertaciones fueron muy aplaudidas por la selecta concurrencia que llenaba el salón de actos.

A continuación se abrieron las plicas que contenían los nombres de los autores de las Memorias re-

compensadas en el Concurso de Premios de 1954.

*Premio de la Academia* (Topografías). — Se concede el premio (Diploma de Medalla de Oro y Título de Académico Corresponsal) al Dr. D. Agustín Pumarola Busquets, por su «Topografía Médica del Prat de Llobregat».

*Premio de la Academia* (Epidemias). — Igual recompensa que el anterior a los Dres. Francisco Vilardell Viñas y Carlos Soler Durall, por su estudio «Histoplasmosis humana en Barcelona».

*Premio Anales de Medicina y Cirugía*. — (1.000 ptas. y Título de Académico Corresponsal) al Doctor don José A. Rodríguez Soriano, por su trabajo «Bases Fisiológicas, indicaciones y peligros de la terapéutica con estrógenos en la mujer», y el *Accésit* (500 ptas. y

Título de Académico Corresponsal) al Dr. D. Francisco Salamero Rey-mundo, autor de la Memoria «Histopatología de la trompa de Falopio».

*Premio Visa Tubau*. — (20.000 pesetas y Título de Académico Corresponsal) fué concedido a la Memoria de lema «Investigar es escudriñar en la obra del Creador», cuyo autor es el Dr. D. Víctor Cónill Serra.

El señor presidente, después de felicitar al Dr. Puig Sureda y al infrascrito Secretario General por los discursos pronunciados y a los autores de las Memorias premiadas, agradeció la asistencia a los señores representantes de las Autoridades y Corporaciones por su asistencia al acto, declaró abierto el curso académico de 1955 y acto seguido levantó la sesión.

V.º B.º

El Presidente,

FEDERICO COROMINAS PEDEMONTE

El Secretario General,

LUIS SUÑÉ MEDÁN

## RELACION DE LAS TAREAS EN QUE SE OCUPÓ LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA DURANTE EL AÑO ANTERIOR

Dr. L. SUÑÉ MEDÁN

Secretario General de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Excmo. Sr:

Muy Ilres. Sres. Académicos.  
Señoras y señores:

Como nota preliminar y a modo de enlace con las anteriores evocaciones de cada año, séame permitido dar una ojeada retrospectiva sobre las actividades académicas de un siglo atrás.

En el transcurso del año 1854, las tareas de la Academia de Medicina y Cirugía debieron resentirse de las especiales circunstancias surgidas en España a causa de las luchas políticas de la época, entre demócratas, progresistas, unionistas y moderados, que mantuvieron en continua zozobra a los habitantes de Barcelona. Después de formarse la llamada «Junta de salvación, armamento y defensa» al subir al poder el General Espartero, pareció amortiguarse la avalancha democrática, predominando la tendencia de los esparteristas auténticos y los unionistas que tenían por jefe a O'Donnell. Ello no obstante, continuaron los motines, aunque sin producirse sucesos de importancia.

Una vez dirimidas las diferencias políticas y sociales, esta Academia se entregó de nuevo a sus peculiares estudios, según vamos a exponer someramente.

Entre los hechos académicos más notables ocurridos en 1854, merece especial mención la consulta formulada por el Gobernador de la Provincia, respecto a la necesidad de crear en el Hospital Provincial, salas destinadas a las *enfermedades de la vista*. La Academia, que consideraba entonces la unidad y le indivisibilidad de la Medicina, reconoció, sin embargo, la conveniencia científica y práctica de las especialidades y, en consecuencia debió informar a la Autoridad en sentido favorable. Además de las reglas generales para establecer una Sala oftalmopática, la Corporación estudió concienzudamente todas las circunstancias de instalación del local, indicando las condiciones científico-higiénicas que había de reunir, así como respecto del instrumental y aparatos y de la competencia del servicio facultativo y demás personal idóneo.

El Alcalde Corregidor de aquel tiempo, requirió la opinión de la Academia sobre la *instalación de un nuevo gasómetro* destinado al alumbrado público, en el interior de la Ciudad, además del ya existente extramuros, por si ello podría producir perjuicios a la salud de los ciudadanos. La Academia, después de oportunos razonamientos, denegó absolutamente el permiso de erigir dicha fábrica ni de otro establecimiento de emanaciones nocivas.

Otro asunto importante en que intervino la Corporación de aquellas fechas, se refiere a la necesidad del *derribo de las murallas* que circundaban Barcelona. Se discutía entonces si con tal mejora, ya solicitada en 1839 y en 1853, había de ganar o perder en salubridad la urbe, ya que algunos elementos temían que la edificación de nuevas manzanas de casas, podrían constituir otros tantos diques que se opondrían a la libre circulación del aire procedente de los campos que rodeaban la ciudad. La Academia aportó razones para demostrar que la insalubridad de la ciudad dependía precisamente de la aglomeración excesiva del vecindario y que, por lo tanto, había de ser útil el derribo completo de las murallas, pues era ya la quinta vez que se reclamaba el ensanche de Barcelona en nombre de la salud pública. Pero esta Corporación se permitió observar que dicha reforma había de ser a base

de construcciones de moderada elevación, del saneamiento de las calles infectas, del mejoramiento de las habitaciones subterráneas y de la creación de parques, paseos y jardines en amplios espacios, para el solaz esparcimiento de los barceloneses.

Entre las enfermedades reinantes durante el año 1854, que son aproximadamente las mismas referidas en pretéritas reseñas, figuran las primeras apariciones del *cólera morbo asiático* en nuestra ciudad, que se inició en el mes de junio, se acentuó en julio y se desarrolló con intensidad en agosto, de modo que desde su invasión hasta el día 10 de octubre hubieron 6419 defunciones por cólera en Barcelona (incluyendo la villa de Gracia y la Barceloneta), las cuales correspondían casi a la cuarta parte de los sujetos atacados.

La Academia trabajó activamente durante aquella azarosa epidemia y formó parte de la Junta Provincial Permanente de Sanidad, creada en tal ocasión, estudiando entre otras cuestiones, la terapéutica especial de la enfermedad, puesto que fueron en gran número los pretendidos específicos que hubo que examinar y comprobar, habiendo de limitarse al tratamiento sintomático de entonces y dando las reglas profilácticas e higiénicas correspondientes, puesto que a la Academia no le pareció bastante comprobada la «existencia de *vibriones especiales* o de

miasmas animados», ni se creyó autorizada para aconsejar el empleo de *vapores sulfurosos* que se creían eficaces como preservativos y curativos de tan mortífera afección (1).

Hecha esta breve digresión histórico-académica de una centuria atrás, vamos a hacer un compendio de las tareas en que se ocupó la Corporación durante el período del año 1954.

#### **PERSONAL DE LA ACADEMIA** **Académicos Numerarios fallecidos**

Hemos de lamentar la pérdida para siempre de dos distinguidos Académicos Numerarios, el muy ilustre Dr. D. FELIPE CARDENAL NAVARRO, ocurrida el día 1.º de noviembre, y el muy ilustre Dr. Don JOSÉ CÓRDOBA RODRÍGUEZ, acaecida el día 28 del próximo pasado mes de diciembre.

El Dr. CARDENAL figuraba con el número 3 en el escalafón de Miembros Numerarios de esta Corporación, habiendo ingresado en el seno de la misma el día 4 de junio de 1916, de modo que fué académico durante 38 años. En febrero de 1935 fué elegido Vicepresidente de esta Academia, cargo que desempeñó hasta el año 1946, habiendo ejercido el de Presidente accidental durante el período de guerra civil española, por ausencia del malogrado e ilustre Dr. D. JAIME PEYRI ROCAMORA.

Es de justicia hacer resaltar la acertada actuación de CARDENAL en el nefasto trienio 1936-1939 en Barcelona, puesto que gracias a su oportuna y enérgica intervención, pudieron sortearse momentos de verdadero peligro para la Academia. Además, desde los primeros intentos de rebelión, CARDENAL, con el apoyo de toda la Junta Directiva, consiguió que se ocultase la imagen de Ntra. Sra. de las Mercedes de nuestra Capilla, en un lugar inaccesible y seguro del edificio corporativo.

El Dr. CARDENAL ejerció la Medicina general, habiéndose distinguido en la práctica de la misma con especial acierto, bien cimentado juicio clínico y razonada observación. Destacóse esta labor por su admirable honorabilidad profesional y de compañerismo. Tuvo predilección por la Terapéutica, que utilizó siempre con solidez de conocimientos en su numerosa clientela. Dedicóse también a estudiar la acción de las Aguas minero-medicinales. Prueba de su competencia en dicha materia fué su discurso de ingreso en esta Real Academia, en el que trata de «El criterio actual sobre las Aguas Minero-Medicinales y algunas consideraciones higiénicas que del mismo se desprenden» (1916). Su discurso de turno en la sesión inaugural del año 1928, versó sobre «El ejercicio de la Medicina».

(1) De la Memoria de Secretaría leída en la Sesión Inaugural de 1855.

CARDENAL fué un académico ejemplar, muy asiduo concurrente a las sesiones corporativas, habiendo mostrado siempre un acendrado cariño a esta docta Casa durante más de siete lustros.

Nuestro biografiado, sobrino y yerno del eminente y malogrado Dr. D. SALVADOR CARDENAL, que desempeñó con verdadero celo y entusiasmo la Presidencia de esta Academia durante varios años, pertenecía a la ilustre prosapia de los Cardenal, que ostentaron y ostentan tan prestigioso apellido.

De carácter afable y bondadoso, de excelentes dotes personales y reconocida modestia, fué un integérrimo caballero que logró captarse la simpatía y admiración de todos cuantos tuvimos la fortuna de tratarle como compañero, como académico y como amigo.

El Dr. CÓRDOBA RODRÍGUEZ, como todos sabéis, fué una relevante personalidad en el ámbito de la Psiquiatría. Ostentaba profundos conocimientos sobre tan delicada como sugestiva materia médica, que había adquirido en el Laboratorio de Psicología Fisiológica de la Sorbona, en el de Psiquiatría Superior de la Facultad de Medicina de París y en la Clínica del profesor BLEURER de Zürich. Dió interesantes cursos de Psiquiatría Infantil en Madrid, Bilbao y Barcelona; y de Psiquiatría e Higiene Mental en la Facultad de Medicina y en varias instituciones psicotécnicas. Entre otros cargos, había

dirigido la Clínica Psiquiátrica de San Baudilio de Llobregat y el Instituto Frenopático y ostentaba la Presidencia de la Asociación de Neuropsiquiatría de la Academia de Ciencias Médicas.

Fruto de sus laboriosas actividades profesionales son los importantes trabajos publicados, entre los cuales destacan la «Historia de la degeneración psiquiátrica» y «El mal romántico» y su discurso de ingreso en esta Academia sobre «Notas para la Historia psicopatológica del Romanticismo».

CÓRDOBA fué un excelente compañero muy apreciado por todos cuantos tuvieron la suerte de tratarle. Por mi parte, tuve la satisfacción de conocer a fondo las buenas cualidades científicas y personales del desaparecido académico, en ocasión de nuestro contacto profesional algo frecuente, al formar parte del Cuerpo facultativo de la Escuela de Reforma «Asilo Durán». La vida académica de CÓRDOBA fué muy corta, desgraciadamente, puesto que sólo duró unos tres años y medio.

Se trata de otra pérdida muy sensible para la Academia y para la Medicina española.

Que Dios tenga en el lugar de la Paz a ambos malogrados compañeros.

#### **Académicos Corresponsales fallecidos**

La mortífera guadaña ha segado otras vidas entre nuestros com-

pañeros corresponsales. Son los siguientes:

—Dr. D. JOAQUÍN VALLVÉ CUSIDÓ, farmacéutico, miembro de la Real Academia de Farmacia. Ingresó como Corresponsal en 30 de enero de 1916, con motivo de haber obtenido el Accésit al «Premio Garí», por su Memoria «Bioquímica Urológica». También ostentaba el título de Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Madrid.

—Dr. D. JUAN SAU SANTALÓ, médico de Camprodón. Fué nombrado Académico Corresponsal en la sesión Inaugural del año 1928 por haber alcanzado el Premio de la Academia (Topografías), por su trabajo «Topografía médica de Camprodón».

—Dr. D. JUSTO ARGULLÓS SOPEÑA, distinguido especialista otorrinolaringólogo de esta ciudad, autor de interesantes trabajos de carácter práctico. Actuó durante muchos años al lado del gran BOTÉY, de buena memoria y colaboró acertadamente en la Revista publicada por este malogrado colega y académico. Por mi parte, mantuve siempre con ARGULLÓS excelentes relaciones de amistad y de compañerismo.

—Dr. D. TOMÁS NART FONTOVA, médico de Belcaire de Urgel. Fué nombrado A. Corresponsal en diciembre último, en atención a sus méritos profesionales.

—Dr. D. ANTONIO PUJADAS FABREGAT, médico de Lérida. Había obtenido el título de A. Correspon-

sal también en el mes de diciembre próximo pasado por su meritoria labor profesional.

—Finalmente el Dr. D. TOMÁS CARRERAS ARTAU, recientemente nombrado Académico Corresponsal en atención a haber publicado una obra titulada «Médicos-filósofos españoles del siglo XIX» de indiscutible mérito literario y profesional. Esta Corporación había estimado muy justa dicha distinción al reputado profesor en Filosofía.

¡Que Dios les conceda el descanso eterno!

#### NUEVOS ACADEMICOS NUMERARIOS

El día 16 de mayo se celebró la solemne sesión de ingreso del Académico electo Dr. D. JOAQUÍN SALARICH TORRENTS. Ocupa la plaza que hubo de quedar vacante por haber pasado a Académico Honorario el Académico Numerario Doctor Don LEANDRO CERVERA ASTOR.

El Dr. SALARICH TORRENTS es hijo y nieto de distinguidos médicos vicensés, autores de notables trabajos médicos, paramédicos, históricos, etc. Precisamente uno de ellos, el abuelo del beneficiario Dr. JOAQUÍN SALARICH VERDAGUER, entre otras actividades, hizo un concienzudo estudio de la epidemia cólera a que me he referido en mi preámbulo histórico, la cual ofreció inusitada intensidad en Vich, su ciudad natal. Resultado de ello fué la redacción de una Me-

moria que fué premiada por esta Academia en 1855 y por la que obtuvo el Título de Académico Correspondiente y Medalla de Oro.

Por otra parte, el padre de SALARICH TORRENTS, Dr. JOSÉ SALARICH JIMÉNEZ fué también galardonado por esta Corporación en 1884 con el título de Académico Correspondiente por su trabajo sobre la «Topografía médica del Llano de Vich», que resulta ser la primera de las Topografías médicas premiadas que figura en la lista de los actuales Concursos de esta Corporación.

Sería oportuno trazar ahora la silueta científico-profesional y méritos personales de SALARICH TORRENTS. Sin embargo, ello representa quizá un verdadero apuro para mis posibilidades literarias y expositivas, que bien quisiera yo fuesen dignas del prestigio del nuevo Académico. El aprieto es debido, en parte, a la admirable y elegante peroración con que nuestro coacadémico Dr. GARCÍA-TORNEL presentó al Dr. D. JOAQUÍN SALARICH en su discurso de contestación al de su ingreso en esta Casa. En efecto, GARCÍA-TORNEL se vale de conceptos y datos tan relucientes sobre la labor profesional, personal y moral de SALARICH y están expuestos con tal perfección y justa medida, que ya no queda ropaje que poder servirme para revestir en merecedora forma la figura médica de tan ilustre compañero.

Habré de limitarme, pues, a re-

cordar algunas de las importantes actuaciones del académico de nuevo cuño y repetir hechos ya de todos conocidos.

SALARICH TORRENTS es una destacada personalidad entre nuestros compañeros, especialmente en el campo de la cirugía. Sus predilectas aficiones se desenvuelven ya en el Hospital Comarcal de Vich del cual fué Cirujano Jefe; trabaja también en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo y ostenta luego el cargo de Director del Departamento Quirúrgico del Hospital de Nuestra Señora del Mar, en donde organiza cursillos de ostensible provecho.

Ha ejercido el cargo de Profesor Ayudante de Anatomía y de Patología Quirúrgica; la Secretaría del Instituto Médico-Farmacéutico; y la del Boletín de la Sociedad de Cirugía de Barcelona, desempeñando con carácter interino la Cátedra de Patología quirúrgica por disposición oficial.

El Dr. SALARICH ha asistido a varios Congresos de Cirugía aportando frutos de su especialidad. En los de París y Lisboa presentó interesantes trabajos con proyección de películas cinematográficas relativas a intervenciones operatorias, especialmente sobre la maniobra original del distinguido embriólogo y cirujano español y Académico Correspondiente de esta Corporación Dr. AGUSTÍN GÓMEZ GÓMEZ, que permite llegar fácilmente al bazo, páncreas y estómago con muy es-

*A la vanguardia*

en el tratamiento de la hipertensión

# **SEDA - RAUPIN**

**Reserpina "Boehringer" cristalizada**

Alcaloide sedante-hipotensor de la Rauwolfia serpentina  
en tabletas de 0,2 mg. fraccionables para  
**DISTONIAS VEGETATIVAS - HIPERTENSION**

---

# **RAUPIN - líquido**

Alcaloides cristalizados disueltos en medio acético  
administrables en GOTAS para la terapéutica con

# **RAUPIN - RAUPINETAS**

2mg.-Alcaloides totales del polvo de la raíz por GRAGEA-1mg  
en todas las HIPERTENSIONES



**BOEHRINGER S. A.**

**MADRID**

**BARCELONA**

**SEVILLA**

# Lactéol

del D. BOUCARD



**BACILO LACTICO VIVO**  
Y SUS PRODUCTOS METABOLICOS

*Afecciones*  
*Intestinales*  
*y Cutaneas*

Laboratorio RAMÓN SALA, Paris, 174 - BARCELONA

# "Ceregumil"

Fernández

LABORATORIOS FERNANDEZ Y CANIVELL S.A.-MALAGA

caso traumatismo y que SALARICH fué de los primeros en realizar con perfecta técnica y felices resultados.

SALARICH dirigió el equipo quirúrgico del Hospital Militar de Pamplona y después el de Cestona durante la guerra de liberación española, mereciendo la estima y consideración de sus respectivos jefes. Después de actuar en el Hospital del Generalísimo de Barcelona, fundó un Hospital en Ripoll para atender a nuestros heridos de la región pirenaica.

Efecto de su acertada e intensa labor en aquel entonces, fué recompensado por el Ministro de la Guerra con la Cruz de 2.<sup>a</sup> Clase del Mérito Militar con distintivo Blanco, concediéndosele más tarde la Cruz de 2.<sup>o</sup> Clase del Mérito Naval con distintivo Blanco y también la misma insignia por el Cuerpo de Aviación.

El Dr. SALARICH TORRENTS es autor de numerosos trabajos originales y de crítica, todos ellos revestidos de apreciaciones prácticas, especialmente en el ámbito quirúrgico. Su discurso de ingreso en esta Real Academia, en el que se ocupa de «La perforación intestinal tífica. Nuestra experiencia en 71 enfermos operados», muestra una vez más, no sólo su admirable técnica operatoria, sino también el profundo y provechoso estudio

de tan grave complicación eber-tiana.

### NUEVOS ACADEMICOS CORRESPONSALES

Por su importante bagaje científico y profesional, esta Real Academia ha tenido a bien nombrar Académicos Corresponsales durante el pasado año 1954 a los señores siguientes, que son en número de nueve españoles y nueve extranjeros:

#### Españoles

—Doctor DON CRISTÓBAL MARTÍNEZ BORDIU, residente en Madrid, Director del Servicio de Cirugía Torácica del Patronato Nacional Antituberculoso.

—Doctor DON JUAN OBIOLS VIÉ, que se ha distinguido por sus actividades profesionales en Neurología y Psiquiatría.

—Doctor DON GABINO-JOSÉ SANZ ROYO, médico y veterinario, Diplomado de Sanidad y Presidente del Seminario de Ciencias Veterinarias.

—Doctor DON JUAN BARBERÁ VOLTAS, destacada personalidad en el campo de la Gastroenterología.

—Doctor DON LUIS BARRAQUER BORDES, cultiva con mucho acierto la especialidad neuropsiquiátrica y es hijo del ilustre Académico Numerario Dr. BARRAQUER FERRÉ.

—Doctor DON RAMÓN VIDAL TEIXIDOR, especializado en Psiquiatría y Medicina Psico-somática.

—Doctor Don JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ, figura muy destacada no solamente en Barcelona, sino en toda España, como médico anestesiólogo.

—Doctor Don EMILIO DE LA PEÑA, de Madrid, distinguido urólogo, de reconocido prestigio

—Doctor Don FRANCISCO SUREDA BLANES, de Palma de Mallorca. Autor de notables publicaciones sobre Cardiología, especialidad que cultiva con especial competencia.

#### Extranjeros

—Doctor Don EURICO PAES, catedrático de la Facultad de Medicina de Lisboa. Autor de numerosas publicaciones sobre Fisiología animal y Fisiología endocrina.

—Doctor Don RICARDO ERCOLE, de Rosario (Argentina), de demostrada experiencia en Urología, puesta de manifiesto en sus trabajos y notables disertaciones.

Además, con motivo del III Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax, visitaron nuestra ciudad y desarrollaron interesantes conferencias en esta Real Academia, distinguidos profesores extranjeros a los cuales se les confirió el título de Académico Corresponsal de esta Corporación. El tema de sus trabajos se expondrá luego al tratar de las sesiones científicas. Los señores favorecidos son los siguientes:

—Doctor Don RAUL VACCAREZZA, de Buenos Aires.

—Doctor Don LEVY VALENSI, de Alger.

—Doctor Don GUMERSINDO SAYAGO, de Córdoba (República Argentina).

—Doctor Don PABLO PURRIEL, de Montevideo.

—Doctor Don ETIENNE BERNARD, de París.

—Doctor Don ATTILIO OMEDEI ZORINI, de Roma.

—Doctor Don ANDRÉ MEYER, de París.

#### SESION INAUGURAL DEL AÑO 1954

Se celebró el día 31 de enero, con la solemnidad de costumbre, bajo la presidencia del Excmo. Señor Dr. D. FEDERICO COROMINAS PEDEMONTE, con asistencia de Autoridades, Presidentes de varias Corporaciones científicas y literarias, Directores de Hospitales, Académicos Numerarios y Corresponsales y nutrido público.

Abierta la sesión, el infrascrito Secretario General leyó la «Reseña de las tareas en que se ocupó la Corporación durante el año anterior» y acto seguido el Académico Numerario Muy Ilustre. Dr. D. VICTOR CÓNILL MONTOBBIO dió lectura al discurso de turno reglamentario titulado «La Mujer ante la Ley (Aspecto biológico del tema)». Ambos discursos fueron muy aplaudidos.

A continuación se abrieron las plicas que contenían los nombres

de los autores premiados en el Concurso del año 1953.

El resultado fué el siguiente:

*Premio de la Academia* (Topografías). — Se otorgan dos Premios: al Dr. ANGEL LATORRE RÍOS, por la «Topografía Médica de Vilovi de Oñar», y al Dr. FÉLIX PUMAROLA BUSQUETS, por la «Topografía Médica de Moncada y Reixach» (Diploma de Medalla de Oro y Título de Académico Corresponsal a cada uno).

*Premio de la Academia* (Epidemias y Epizootias). — Premio al Dr. CARLOS SOLER DURALL, por su Memoria «Estudio de la endemia de leishmaniosis en Barcelona con especial referencia a la leishmaniosis canina» (Diploma de Medalla de Oro y Título de Académico Corresponsal).

*Premio Salvá Campillo*. — Se otorga el Premio al Dr. D. FELIPE BASTOS MORA, por su trabajo «Tuberculosis experimental del esqueleto» (Diploma de Medalla de Oro y Título de Académico Corresponsal), y una *Mención Honorífica* (Diploma especial) al Dr. D. ANDRÉS PURSELL MENGUEZ, por el trabajo que trata de «Acción in-vitro de las hidracidas sobre B. K. procedente de enfermos de tuberculosis pulmonar en tratamiento con dicha droga».

*Premio Anales de Medicina y Cirugía*. — Se conceden dos Premios

(750 ptas. y Título de Académico Corresponsal a cada uno) a los doctores D. GABRIEL CAPELLÁ BUJOSA y D. JOSÉ MONTEYS VIÑAMATA, por sus respectivas Memorias: «Labyrinthotoxia estreptomycinica. Contribución a su estudio experimental» y «Las variaciones de la conductancia como factor pronóstico».

*Premio Gari*. — Se otorga *Mención Honorífica* (Diploma especial) al Dr. D. MANUEL PELÁEZ REDONDO, autor de la Memoria «Estudios sobre la circulación renal. Producción experimental del síndrome de aplastamiento».

El Sr. Presidente, después de felicitar a los señores Académicos actuantes, por sus respectivos discursos y a los autores de las Memorias premiadas, agradeció, en nombre de la Academia, la asistencia de las Autoridades, representantes de Corporaciones y selecto auditorio, declaró abierto el curso de 1954 y levantó la sesión.

#### SESIONES CIENTIFICAS

En el transcurso del año 1954, se han celebrado 29 sesiones científicas. Son las siguientes:

Día 19 de enero. — Dr. D. VÍCTOR SALLERAS LINARES. «Insuficiencia venosa profunda esencial».

Día 28 de enero. — Dr. D. LUIS SAYÉ. «Nuevos estudios sobre epidemiología de la tuberculosis».

Día 2 de febrero. — Dr. D. LUIS SAYÉ. «Interpretación de la fase epidemiológica actual de la tuber-

culosis en relación con la clínica y la profilaxis».

Día 9 de febrero. — Dr. D. JORGE GRAS RIERA, en colaboración con los Dres. V. TORRES y M. SALAZAR. «Estudio de la correlación existente entre las variaciones de la albúmina y globulina Gamma plástica».

Día 10 de febrero. — Dr. D. FERNANDO HERRERA RAMOS, de Montevideo. «Diagnóstico y tratamiento de las disquinesias biliares».

Día 23 de febrero. — Dres. Don ANTONIO PUIGVERT y D. ANTONIO COLS. «Pielografía descendente retardada en dos tiempos».

Día 9 de marzo. — Dr. D. ALFREDO ROCHA CARLOTTA, en colaboración con los Dres. A. GUARNER, JORGE SAMBOLA y R. VIDAL-RIBAS. «La clorhidria gástrica sin previo sondaje».

Día 16 de marzo. — Dr. D. MANUEL CARRERAS ROCA. «Ensayo histórico de la Real Academia de Medicina de Barcelona».

Día 28 de abril. — Mlle. MARGUERITE CORDIER. «La chromatographie et ses applications a la Biologie».

Día 11 de mayo. — Dr. D. BENITO OLIVER SUÑÉ. «Potabilización de aguas superficiales». (Caso particular de Barcelona).

Día 18 de mayo. — Dr. D. LUIS BARRAQUER FERRÉ. «Síndromes pseudomigrañosos por malformación vascular cerebral» (Con exposición de arteriograma).

Día 21 de mayo. — Dr. D. PEDRO

NUBIOLA ESPINÓS. «Histerodesviación».

Día 25 de mayo. — Rdo. P. Doctor D. RAMÓN ROQUER. «La anamnesis, diálogo, coloquio y psicología profunda».

Día 8 de junio. — Dr. D. GABRIEL CAPELLÁ BUJOSA. «En el primer centenario del descubrimiento del laringoscopio, por Manuel García».

Día 22 de junio. — Dr. D. RAIMUNDO FROUCHTMAN ROGER. «El síndrome bronquial asmógeno». Bases anatomofisiopatológicas y tratamiento».

Día 15 de octubre. — Dr. D. PEDRO DOMINGO. «La selección del candidato a la vacunación B.C.G.».

Día 15 de octubre. — Dr. D. LUIS SAYÉ. «Cutirreacción con el B. C. G.».

Día 26 de octubre. — Dr. D. ELÍSEO SUBIZA, de Madrid. «Alergia en la industria».

Día 17 de noviembre. — Dr. Don LUIS TRÍAS DE BES. «Consideraciones acerca del tratamiento de las endocarditis lentas por los antibióticos durante los últimos años».

Día 19 de noviembre. — Dr. Don RICARDO ERCOLE, de Rosario (Argentina). «Incontinencia de orina en la mujer».

Día 30 de noviembre. — Dr. Don JAVIER FARRERONS CO. «Ensayos entre lo barroco y lo clásico en Medicina».

Día 14 de diciembre. — Dr. Don MANUEL MIRALBELL CENTENA, en colaboración con los Dres. ENRIQUE MIRALBELL y P. CLAPÉS. «Apor-

tación al diagnóstico y en especial a la profilaxia de la escarlatina».

Los enunciados de las conferencias dadas por los señores profesores extranjeros que intervinieron en el referido Congreso de Enfermedades del Tórax, son los que a continuación se indican:

Dr. VACCAREZZA: «Características epidemiológicas y anatomopatológicas de la Tuberculosis en la República Argentina»

Dr. VALENSI: «El problema de la Tuberculosis en Alger».

Dr. SAYAGO: «Tratamiento actual de la Tuberculosis Infantil».

Dr. PURRIEL: «La enfermedad hidática y su localización cardíaca».

Dr. BERNARD: «Problema que plantea el empleo de los antibióticos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar».

Dr. OMEDEI ZORINI: «La experiencia de la Quimioterapia en el «Instituto Forlanini».

Dr. MEYER: «Neumotórax espontáneo no tuberculoso».

#### OTRAS SESIONES

El ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de la provincia de Barcelona organizó en diciembre último una serie de Actos-Homenaje a la buena memoria de RAMÓN TURRÓ, con motivo del centenario de su nacimiento, en los cuales colaboraron el Laboratorio Municipal de Barcelona y esta Real Academia de Medicina.

TURRÓ fué durante 34 años un distinguido Miembro Numerario de esta Corporación y su retrato figura en destacado lugar de este mismo Salón.

Uno de dichos actos se celebró en nuestra Sala de Conferencias, en la cual el Dr. DARGALLO HERNÁNDEZ, Director del Laboratorio Municipal de esta ciudad habló sobre: «Turró y el Laboratorio Municipal», y los señores Académicos Numerarios Dres. ANGEL SABATÉS y PEDRO NUBIOLA trataron de «Turró como Académico y algo más» y «Turró anecdótico», respectivamente.

Fué una sesión solemne y memorable, verdadero tributo de admiración a la excepcional personalidad del sabio biólogo.

Hace 28 años que TURRÓ dejó este mundo. Sin embargo, su espíritu investigador y el recuerdo de su vida científica ejemplar, se mantienen muy vivos entre nosotros.

#### DICTAMENES SOBRE CUESTIONES DE MEDICINA DEL TRABAJO

Durante el año 1954, esta Real Academia ha emitido varios dictámenes sobre accidentes del trabajo y sobre pensiones de invalidez, todos ellos solicitados por las Magistraturas del Trabajo. Son los siguientes, expuestos en forma sintética:

1. Se trata de contestar a varios extremos sobre accidente del

trabajo de la dependiente C. O. G., por supuestas *lesiones vertebrales causadas por una caída*. La Academia, después de estudiar el caso y las radiografías presentadas, informa que la demandante *puede ejercer sus funciones de dependiente*.

2. Caso de *desprendimiento de retina* del productor C. C. L. Interesa saber la opinión de la Academia sobre si dicha *afección pudo ser ocasionada por un traumatismo* sufrido por el actor. Esta Corporación dictamina que *el desprendimiento pudo muy bien ser debido al traumatismo*.

3. Se solicita si el reclamante J. G. L. por *pensión de invalidez*, se halla incapacitado para toda clase de trabajo de una manera definitiva. Después de detenido examen clínico y radiográfico, la Academia contesta *en sentido afirmativo*.

4. La Magistratura del Trabajo solicita informe sobre *estado actual* de J. B. B. en relación con su capacidad laboral para la profesión de peón albañil, teniendo en cuenta una *lesión de la rodilla izquierda*. Esta Academia, después del pertinente examen físico y funcional del interesado, informa que *la lesión impide que el reclamante pueda trabajar en ocupaciones que requieran la flexión de la rodilla*.

5. *Fractura del calcáneo* del productor P. V. L. Se pide dictamen sobre *estado actual* del demandante; resultado clínico de los injertos óseos que le fueron practicados; limitación de movimientos del pié lesionado y su valoración en relación con los trabajos propios de peón agrícola. La Academia opina que el interesado ofrece *secuelas post-traumáticas que le producen una incapacidad parcial y permanente para su trabajo de peón*.

6. Se solicita informe sobre *estado actual* del accidentado J. F. N. que sufrió un *golpe en la mano* y relación con el accidente. La Academia informa que el interesado padece *malacia del hueso semilunar del carpo* (o enfermedad de KIEMBÖCK), afección que *no es de origen traumático*.

7. Caso de *muerte por supuesta intoxicación en la manipulación del benzol* del operario J. B. B. En virtud de la documentación aportada, cree esta Academia que no hay la menor duda acerca de la *causa de la muerte, que fué por parmielotisis*, afección casi siempre mortal, más rápidamente cuando tiene por origen una intoxicación benzólica, que es la que sufrió el interfecto, contraída en el ejercicio de su profesión (industria de marroquinería).

8. Accidente del trabajo por

La  
hormona  
antiacetonémica

CAMERO



**ACETUBER**

# ACETUBER

La hormona específica antiacetónica

(Incluido en el Pettitorio del S.O.E. grupo n.º 65)

**ACETUBER** es la hormona antiacetónica obtenida del lóbulo anterior de hipófisis, mediante proceso original de selección químico-biológico, en cuya laboriosa técnica se ha conservado íntegramente toda su actividad, quedando eliminadas aquellas acciones hormonales capaces de interferir la actividad antiacetónica.

Su acción terapéutica obra por estímulo sobre el páncreas por medio de la hormona pancreótrica, lo que da lugar a una mejor insulinización de la glucosa en sangre. Estimula las glándulas suprarrenales, las cuales activan la neoglucogénesis. Acciona sobre los estrógenos, moderando la actividad hipofisaria (glucostática) y regulando el dispositivo periférico del consumo de glucosa.

**ACETUBER** responde a las necesidades actuales para la terapéutica de las acetoneurias y en particular de la acetoneuria infantil, por tener las condiciones precisas para el tratamiento de esta enfermedad, regulando de una forma armónica los distintos factores que intervienen en la misma, tanto en el momento de la fase aguda, como en la terapéutica de sostén y profilaxis de la misma.

**No existe contraindicación** ni de lugar a ninguna alteración orgánica ni funcional.

## INDICACIONES

Acetoneuria esencial infantil. Acetoneurias post-febriles. Acetoneurias secundarias a cualquier otra etiología. Acetoneurias del adulto.

## PRESENTACIÓN Y FÓRMULA

Caja conteniendo 5 inyectables de 1 c. c. Un c. c. equivale al extracto hormonal antiacetónico de un gramo de lóbulo anterior de hipófisis

## DOSIFICACIÓN

- NIÑOS.** En fase aguda: De 1 a 2 inyecciones diarias.  
En cura de sostén: De 1 a 2 inyecciones por semana.
- ADULTOS.** En fase aguda: 2 inyecciones una o dos veces al día.
- PRECIO:** V. P. Pesetas 45.

LABORATORIOS HUBBER, S. L.  
BERLÍN, 38 - BARCELONA - TELÉFONO 30 70 32

*caída del operario B. V. S., que la produjo fisura del sacro. La Magistratura solicita informe sobre las lesiones sufridas y su significación para el desempeño de los trabajos propios de peón de la construcción. La Academia dictamina que las lesiones están cicatrizadas; que están ligeramente disminuídos los movimientos de flexión e hiperextensión de la columna vertebral y normales los laterales. Las molestias que aqueja el interesado son debidas en parte a la fibrosis cicatricial y en gran parte a su constitución psiconeurótica. Dicho productor presenta incapacidad parcial permanente para su trabajo de peón.*

9. Productor F. A. G., lesionado en un ojo. Se pide informe sobre estado actual del aparato visual; si la catarata que padece en el ojo derecho puede ser atribuída al trauma, o por el contrario, a enfermedad, concretamente a uveítis. Esta Real Corporación contesta que todos los síntomas de estado actual, estudiados al detalle, hacen más viable la suposición de que la causa única de todas las lesiones después del accidente (incluso la catarata), se deben a la penetración de un diminuto cuerpo extraño tolerado, pero con los síntomas peculiares y características de otros casos análogos.

10. Se pide informe sobre la naturaleza de las lesiones en el

brazo que hayan quedado al operario F. S. R., con referencia al accidente del trabajo sufrido y su posible consecuencia en cuanto a su aptitud profesional de peón. Se dictamina que radiográficamente hay pérdida de la cabeza radial por extirpación quirúrgica, estando disminuídas la flexión y extensión fisiológicas; pero la flexión y extensión necesarias para su trabajo de peón han de aceptarse como suficientes.

11. Caso sobre lesiones en la mano del productor J. M. G. Se solicita informe sobre su posible significación en cuanto a su profesión de encofrador. Radiográficamente la Academia aprecia ausencia del hueso semilunar por extirpación quirúrgica; ligera descalcificación de los huesos del carpo; fractura consolidada de la apófisis estiloides. Los movimientos de pronación y supinación y de los dedos, normales, con marcada limitación de los movimientos de flexión y extensión de la muñeca, susceptibles de recuperación con el trabajo, que es posible no le impida su trabajo de encofrador.

12. La Magistratura pide informe sobre estado o grado de incapacidad de J. S. T., F. S. B. y T. S. G., por accidente del trabajo (silicosis). La Academia, después de los reconocimientos clínicos, opina que los tres reclamantes padecen neumoconiosis de segundo grado.

13. Reclamación por accidente del trabajo del operario A. R. L., sobre *lesiones en el pie*. Se solicita *estado actual del pie*; si los defectos funcionales cabe atribuirlos a la lesión sufrida tiempo atrás; si caso de existir tales defectos, suponen limitación funcional de pie en su función laboral de peón ordinario de la construcción. La Academia informa que radiográficamente *no se observa ninguna alteración que permita afirmar que ha existido fractura del astrágalo*, las articulaciones vecinas tienen también aspecto normal. El aspecto externo de la garganta del pie es normal, así como los movimientos pasivos. La limitación de los movimientos activos, puede ser ocasionada: a) por simulación; b) por falta de ejercicio durante el tiempo de tratamiento. *No se observan ni clínica ni radiológicamente motivos que justifiquen ninguna limitación en su función laboral de peón ordinario de la construcción.*

14. Se solicita informe sobre *enfermedad actual* del productor demandante S. M. M., que *trabaja en un ambiente con vapores de benzol*. La Academia opina que la enfermedad actual corresponde a una *fase de remisión de la intoxicación por dicho producto*; que la afección que aqueja S. M. M. *es atribuible a la intoxicación benzólica* que tiene como característica afectar con mayor intensidad a las personas

predispuestas, y adquirir gravedad cada vez mayor en las recaídas frecuentes al reintegrarse al mismo ambiente de trabajo.

15. La Magistratura pide dictamen sobre *estado actual* del productor demandante y *enfermedad que le aqueja*. Esta Academia, después del examen clínico, radiográfico y documental de J. F. R. dictamina que éste padece de *silicosis de segundo grado*.

16. Se pide informe, 1.º sobre *estado actual* del obrero F. M. R.; 2.º si las lesiones fibrosas infraclaviculares están ya actualmente completamente cicatrizadas, y 3.º *grado que clínica y radiográficamente alcanza la silicosis* que padece. La Corporación contesta que: de los documentos y radiografías aportados y del reconocimiento facultativo del enfermo, se deduce que F. M. R. padece *silico-tuberculosis avanzada*.

Según puede colegirse, las tareas de la Academia y, por lo tanto, de las Comisiones informantes de la misma en la resolución de tales cuestiones, son como siempre abrumadoras y delicadas. Se trata de una de las actividades académicas más arduas que esta Real Corporación pone al servicio de la justicia y de la Medicina social y forense.

**RELACIONES DE LA ACADEMIA  
CON VARIAS ENTIDADES  
CIENTIFICAS, CULTURALES  
Y BENEFICAS**

El Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo solicitó el nombramiento de dos señores académicos para formar parte de los Tribunales destinados a juzgar los concursos convocados para proveer dos plazas de dicho establecimiento benéfico, una de Oto-rino-laringología y otra de Cirugía de la Infancia. Para la primera fué designado el Dr. CASADESÚS y para la segunda el Dr. GARCÍA-TORNEL.

En representación de esta Academia, el Dr. D. ANGEL SABATÉS MALLA asistió a la Sesión Inaugural del Seminario de Ciencias Veterinarias.

Nuestra Real Corporación fué invitada por el Cuerpo Facultativo del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, a la recepción del nuevo Director del Servicio de Oftalmología, Dr. D. JUAN RUBIÓ SANS. Fué delegado el Dr. Don FRANCISCO BORDÁS.

Esta Academia de Medicina se adhirió al VI Congreso Nacional de Nipiología y de la XIII Jornada médica de Medicina de la Infancia», y al «Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax», celebrados en Barcelona.

Además, nuestro Presidente Dr. COROMINAS asistió personalmente a diversos actos inaugurales y de recepción de otras Acade-

mias, Centros culturales y Certámenes de esta ciudad.

**Honores y distinciones**

Otros Miembros Numerarios de esta Real Academia han alcanzado significados lauros por sus meritorias labores profesionales y médico-sociales. En el pasado año fueron galardonados los señores académicos Numerarios: Muy Ilustre Dr. D. AGUSTÍN PEDRO PONS, con Medalla de Plata de la Excm. Diputación Provincial, siendo también nombrado Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Al muy ilustre Dr. D. VICENTE CARULLA RIERA, se le concedió la Gran Cruz de la Orden de Sanidad Civil.

A nuestro Presidente Excelentísimo Dr. D. FEDERICO COROMINAS PEDEMONTE, la Encomienda con Placa de Sanidad Civil por sus desvelos y actividades en pro de esta Academia.

El Académico Corresponsal Doctor GARCÍA MARQUINA ha sido elevado al Decanato de la Facultad de Farmacia de esta Universidad.

**ACTOS RELIGIOSOS**

Durante el año 1954 se celebraron varias misas en nuestra Capilla: la correspondiente al día de la Sesión Inaugural invocando al Espíritu Santo; la del día de Nuestra Señora de las Mercedes; las de conmemoración de los Fieles Di-

funtos y la celebrada últimamente en sufragio del alma del Dr. CARDENAL NAVARRO.

#### **Donativos especiales de libros**

—Del Académico Corresponsal Dr. D. JOSÉ M.ª CAÑADELL VIDAL: un lote de libros originales suyos, sobre cuestiones de Endocrinología y Trastornos de la Nutrición.

—Del Gobierno de Francia, por conducto del «Instituto Francés de Barcelona»: cinco libros sobre Ciencias Médicas, Biológicas y Farmacéuticas.

—Del Académico Iltre. Dr. Don AUGUSTO PI SUÑER: una magnífica obra original suya sobre «Sistema Neuro-vegetativo».

Esta Real Academia agradeció los expresados donativos, especialmente la obra de PI SUÑER, que considera digna de toda ponderación.

#### **JUNTA DIRECTIVA**

En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias, en diciembre último se procedió a la renovación parcial de cargos de la Junta Directiva de esta Corporación para el cuatrienio de 1954-1957. Correspondía elegir por turno los cargos de Vicepresidente, Secretario General y Bibliotecario. El resultado de la votación fué la reelección de los señores que ya ostentaban dichos cargos, de manera que la Junta Directiva ha queda-

do constituida para el expresado período, en la misma forma que en el bienio anterior, o sea:

#### *Presidente:*

Excmo. Sr. Dr. FEDERICO COROMINAS PEDEMONTE.

#### *Vicepresidente:*

Muy Iltre. Sr. Dr. JOSÉ ROIG RAVENTÓS

#### *Secretario General:*

Muy Iltre. Sr. Dr. LUIS SUÑE MEDAN.

#### *Vicesecretario:*

Muy Iltre. Sr. Dr. FRANCISCO SALAMERO CASTILLÓN.

#### *Tesorero:*

Muy Iltre. Sr. Dr. BENITO OLIVER RODÉS.

#### *Bibliotecario:*

Muy Iltre Sr. Dr. FIDEL RAURICH SAS

#### **CONCURSO DE PREMIOS DEL AÑO 1954**

##### **Memorias recibidas**

##### **Premios de la Academia**

##### *Topografías:*

—«Estudio Topográfico - médico

de El Prat de Llobregat». Lema: «Riu mort».

#### *Epidemias o Epizootias:*

—«Histoplasmosis humana en Barcelona». Lema: «S. T. Darling».

—«Estudio sobre epidemiología reinante. Cuatro años de observación en Barcelona». Lema: «Clau-de Bernard».

#### **Premio Salvá y Campillo**

—«Estudio sobre las hiperergias». Lema: «Primum praevertere; post, sanare».

#### **Premio Anales de Medicina y Cirugía**

—«Algunos aspectos de la Fisiopatología de la trompa de Falopio». Lema: «Alma Mater».

—Otro trabajo sobre: «Bases fisiológicas, indicaciones y peligros de la terapéutica con estrógenos en la Mujer». Lema: «Creced y multiplicaos».

#### **Premio Gari**

Desierto.

#### **Premio Visa Tubau**

Tema obligado: «Cuestiones etiológicas y quirúrgicas que plantea la esterilidad femenina». Se han recibido dos memorias. Una con el lema: «Investigar es escrudiñar en la obra del Creador» y otra con el lema: «Juno».

Esta Real Corporación ha hecho un detenido estudio de todos estos trabajos, ha valorado sus respectivos méritos y ha acordado formular el siguiente veredicto:

La Memoria aspirante al Premio de «Topografías médicas», la cual trata del «Estudio médico-topográfico de El Prat de Llobregat» es un trabajo de positivo mérito que responde plenamente al espíritu y a la letra de la convocatoria. El amplio estudio que el autor lleva a cabo sobre las condiciones sanitarias y sociales de Prat de Llobregat está bien complementada con datos estadísticos y esquemas gráficos excelentemente concebidos. Se acuerda conceder a su autor el referido Premio. (Título de Académico Corresponsal y Diploma de Medalla de Oro).

Respecto al Premio de Epidemias y Epizootias, la Memoria que se ocupa de la «Histoplasmosis humana», es un trabajo realizado con afinado espíritu de investigación y en el que se efectúa un concienzudo estudio del tema con gran sentido crítico y notable claridad expositiva. Una notable iconografía contribuye a realzar los méritos intrínsecos de este trabajo. La Academia lo considera de mérito absoluto y es plenamente acreedor de que se le conceda el Premio. (Título de Académico Corresponsal y Diploma de Medalla de Oro).

La Memoria optante al Premio Visa Tubau, la cual lleva el lema «Investigar es escrudiñar en la

obra del Creador», presenta algunos puntos de reconocida originalidad, además de su carácter experimental práctico. En consecuencia se acuerda otorgarle el Premio (20.000 pesetas y Título de Académico Corresponsal).

De las dos Memorias aspirantes al Premio Anales de Medicina, la que trata de: «Bases fisiológicas. Indicaciones y riesgos de la terapéutica con estrógenos en la Mujer», el autor hace un estudio de dichos elementos y estima que ellos aumentan la vitalidad de las células germinativas, su difusión en la Naturaleza y acción adecuada en todos los seres vivos. Dominan en este trabajo las pacientes investigaciones del autor sobre gonadas y suprarrenal. Por todo ello, esta Real Academia le concede el Premio (1.000 pesetas y Título de Académico Corresponsal). Y la que se ocupa de: «Algunos aspectos de la Fisiopatología de la trompa de Falopio», se refiere a la investigación de la fisiología del factor tubárico con relación a la esterilidad. Se exponen datos interesantes, especialmente sobre ingeniosas y personales investigaciones en animales de Laboratorio que registran la influencia de las dos hormonas ováricas sobre la motilidad tubárica, con precisión de datos objetivos que superan a los estudios de ALEX WERTMANN, iniciador de estos estudios. En consecuencia, la Academia acuerda conceder el **Accésit** al autor de esta Memo-

ria. Teniendo en cuenta el mérito de ella, esta Corporación estimó justo otorgarle también el Título de Académico Corresponsal, además de 500 pesetas que se indican en el enunciado del Premio.

#### **Reformas del Local de la Academia**

Según habéis podido apreciar, es ya un hecho el propósito que desde hace tiempo tenía la Academia respecto al proyectado derribo de los edificios inmediatos a la misma, pertenecientes a la Comisaria de Beneficencia del Ayuntamiento de Barcelona y Sección de despiojamiento, a fin de dejar libres las cuatro fachadas de nuestra sede, especialmente la posterior, de mayor interés arquitectónico y que se hallaba oculta por gran parte de los muros referidos. Con ello, no sólo se consigue mejorar el aspecto exterior de nuestro Casalicio, sino que queda suprimido dicho Departamento municipal, poco grato a esta Corporación, a causa de sus pésimas condiciones que ofendían el sentido del olfato (mingitorios en mal estado), el de la vista (pordioseros y otras suciedades) y el del oído (gritos lastimeros y estridentes de muchachos encerrados), etc.

El resultado de todo ello beneficia mucho a esta Real Academia, por cuanto pronto podrá quedar aislado el inmueble y rodeado de jardines, además del amplio espacio libre circundante que se utili-

zará para el paso de vehículos desde la calle del Carmen a la de Cervelló.

Pero tal reforma tiene otro aspecto muy interesante para la Academia. Me refiero a las mejoras introducidas en el interior de ella. En efecto, la parte posterior de la Sala de Conferencias en donde había la Capilla, Sacristía y despacho adyacente, (éste de escasa utilidad), se ha transformado en dos amplias Salas destinadas una a Presidencia y otra a Secretaría, iluminadas de día por la abertura de dos grandes ventanales en la pared posterior, y de noche por las mismas lámparas de la techumbre que antes hacían exiguo servicio.

La Capilla queda instalada en lo que había sido Sala-Despacho de la Presidencia, situada en el piso superior. El local resulta muy adecuado teniendo en cuenta el revestimiento de las paredes y otras particularidades de favorable aspecto.

Se han labrado unos sótanos, con ventilación y lucernarios, en los cuales se ha dispuesto el Archivo de la Academia que antes se hallaba en un anexo que ha sido derribado y en el cual había también hasta ahora la Secretaría y Salita de reconocimientos. Una escalera especial comunica la nueva Secretaría con el Archivo.

Se han trasladado varios de los grandes sillones sobrantes de la antigua Sala de la Presidencia, semejantes a los que hay en el Anfiteatro y que actualmente ocupan

la Sala de Conferencias, lo que ha obligado a modificar favorablemente algunas partes del mobiliario.

El Anfiteatro ha ganado en luz diurna.

Cabe afirmar ahora que todas estas reformas han ido a cargo de nuestro Excmo. Ayuntamiento por el hecho del derribo y como compensación a haber sido cercenada una parte del local (Archivo y anexos). Aprovecho la presente coyuntura para reiterar públicamente a la Corporación Municipal de Barcelona, en nombre de la Academia, la expresión del más sincero agradecimiento.

Ahora bien, me creo en el deber de hacer bien patente que, si se han conseguido reformas tan beneficiosas para esta Real Academia y, sobre todo, en tiempo realmente muy breve, ha sido gracias a las laboriosas gestiones personales y los desvelos de nuestro digno Presidente Dr. COROMINAS PEDEMONTE, no solamente por lo que se refiere a su continua relación con el Ayuntamiento, el Patronato Artístico de la Zona de Levante y personal competente en los trabajos de reforma exterior, sino también por sus ideas originales respecto a los cambios producidos por las nuevas instalaciones interiores que hemos mencionado. Durante varios meses he sido testigo de la cotidiana y abnegada presencia del Dr. COROMINAS en medio del polvo levantado por la pica y el martillo, dirigiendo al lado del personal idó-

neo, una buena parte de las obras y haciendo las oportunas observaciones para el mejor logro de las nuevas instalaciones, todo ello con inusitada actividad, con verdadero tesón, constancia y entusiasmo tributarios de loa y de admiración.

Señores, voy a terminar. Quizá sea pecar de inmodestia, pero tengo la pretensión de creer que ello irá seguido de algunos aplausos que, según costumbre, vais a dedi-

car a mi árido trabajo de recopilación, más por cortesía que por sus méritos que son pocos. Pues bien, es mi vivo deseo que tales ruidosas, pero expresivas muestras de aprobación, que han de ser también de gratitud, sean aumentadas hoy en cantidad y en intensidad para ser dirigidas únicamente a la persona de nuestro dignísimo y querido Presidente Excmo. Sr. Don FEDERICO COROMINAS PEDEMONTE

He dicho.



# TESTOSTEROIDE

— *Abelló* —

ACETATO DE TESTOSTERONA DE PRODUCCION NACIONAL

Hormona masculina  
sintética de pureza  
química absoluta, va-  
lorada biológicamen-  
te y de eficacia con-  
trastada en clínica.

*3 dosificaciones*

*5, 10 y 25 Miligramos .*

*cajas de 3 ampollas de 1c.c. de cada  
dosificación.*

Fábrica de Productos Químicos y  
Farmacéuticos **A B E L L Ó**  
MADRID - LEÓN

# EL CHOQUE VITAMINICO

DOSIS MASIVAS DE

## VITACAROTENE PURO FORTISIMO

Con 500.000 u. i. de Vitamina A

## VITACAROTENE COMPLEJO FORTISIMO

500.000 u. i. de Vitamina D - 300.000 u. i. de Vitamina A  
100 miligramos de Vitamina E

Una ampolla de 3 c. c. vía bucal

PIDAN MUESTRAS A LOS  
**LABORATORIOS PELLETIER**

Apartado 200

MADRID

## Instituto Central de Análisis Clínicos

del Dr. GRIFOLS Y ROIG

Rambla Cataluña, 102 - BARCELONA - Teléfono 27 10 53

### Análisis      Autovacunas      Transfusiones

de aplicación  
diagnóstica.

### Plasma humano

con sangre fresca y  
sangre conservada

Desecado, fácilmente soluble, de conservación indefinida.

Contra el Shock Traumático y post-operatono quemaduras, hemorragias tóxico infantil

## EL PASADO DEL CIRUJANO

Dr. J. PUIG SUREDA

Numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

ERA previsible. Inexorables las agujas del reloj estatutario de la Academia señalarían mi turno. Llegó, lejos de mi memoria. Con asombrada extrañeza, oí la campana: fué el aviso cariñoso de nuestro incomparable secretario. Me sorprendió completamente desprevenido. Despertó mi apuro. Vi asustado la ceremonia de apertura, vi la selecta concurrencia, vi la mesa presidencial y me vi a mí mismo.

¿De qué tratar y cómo?

En rápido análisis, la apertura, me dije, por solemne que sea, tiene más de fiesta que de académica; su público, selecto sí, pero heterogéneo, aun cuando congregado bajo la común enseña de la Medicina.

¿Qué tema escoger y cómo tratarlo para mantener el mínimo interés que permita saldar sin gran aburrimiento el tiempo que su cortesía concede a la disertación?

Vino a mi memoria el prefacio de Graham a su preciosa y original *Historia de la Cirugía*. Dice así: «He aquí un libro de cuentos: el cuento de la Cirugía a través de los cuentos de los mil y un ciruja-

nos que han impulsado el arte quirúrgico hasta su actual desenvolvimiento. El cuento es de los buenos (declaración que puedo hacer sin la menor inmodestia, por cuanto tan nula es mi responsabilidad en el alba de la Cirugía, allá en los tiempos prehistóricos, como en sus actuales progresos). Tiene momentos de gran emoción, momentos de impudor, momentos de tragedia... Tiene retazos brillantes y retazos sombríos. Yo espero, por lo menos, que guste al lector que puede ser un hombre o mujer corrientes, tan distintos de esa nebulosa y casi temible criatura que es el intelectual. Los hombres y las mujeres corrientes se encuentran en todas las revueltas de la vida y entre ellos incluyo aún, a los doctores y estudiantes de Medicina que, sin razón plausible, nada conocen de los afanosos desvelos de sus innumerables predecesores». ¡Qué mina de sugerencias fascinadoras!, me dije.

Extraído de un rico filón, es el tema de este discurso al que hago la misma salvedad que Graham con palabras de Guillemeau: «Si

alguien me objetara que ese discurso mío es sólo compilación de ciertas rapsodias de los antiguos cirujanos, yo, gustoso confieso y reconozco que hay muy poco, por no decir nada, de mi propia invención...»

Esta ingenua y espontánea confesión que pudieran o debieran hacer y omiten, quizá por supuesta, innumerables autores de renombre, me autoriza a sonreír si un malicioso fruncimiento de cejas y labios me advierte que han sido descubiertas ideas o frases o párrafos enteros de Castiglioni, Diepgen, Gräham, Garrison, García del Real, Oriol Anguera y... tantos más en cuyos escritos he espigado libre y abundantemente.

Urdimbre de esta disertación, me propuse fueran hilos de la enmarañada madeja de la Historia de la Cirugía.

Carente de la técnica del historiador y del filósofo, quise abandonar el curso de pensamiento médico, es decir, de las ideas, así como la evolución de las enfermedades (patología histórica) como también la cronología biográfica de los grandes.

Creí fácil y atractivo seguir la pista del cirujano a través del tiempo, no en cuanto a sus conocimientos ni habilidad, sino por ambiente, por el modo de conducirse y ser tratado.

Fué espejismo la supuesta facilidad y vano empeño aislar de buenas a primeras en la historia, la

figura del cirujano, que durante siglos está fundida en la del médico y las dos, en la general de la medicina, mientras en otros, repudiado por éste, parece encontrarse en confusa equivalencia con gentes de la más baja condición, hasta que finalmente es fácil perfilar su destacada personalidad y verle de nuevo del brazo del médico con el mismo ideal.

Así, pues, esta lectura que en su origen pretendí fuese la narración de una sarta de hechos enhebrados por el tiempo, una anecdótica biografía del cirujano desconocido, ha tenido que pedir un crédito a la imaginación y a la ideología de ciertas épocas. Escapadas furtivas a cotos que imaginé cerrados y en los que se caza más cirugía que cirujanos.

De lo anterior, se colije lo que va a ser el cuento.

He de procurar sea corto, lo que equivale decir que será incompleto; sólo una mínima parte del desarrollo funcional del cirujano.

La Medicina es una necesidad biológica. Nació cuando no pudo menos de nacer. Al sacar su partida de nacimiento resultó ser la del hombre.

Lo mismo ocurre con la Cirugía, cosa alguna que extrañar, ya que en esencia son lo mismo: arte y ciencia de curar. No se encuentran separadas las partidas médico y del cirujano.

No buscamos pergaminos; no obstante, hay documentos escritos de la primera operación. En el primer capítulo del Génesis se lee: «21.—Por cuanto el Señor Dios hizo caer en Adam un profundo sueño: y habiéndole dormido, le tomó una de sus costillas e hinchó carne en su lugar. 22.—Y formó el Señor Dios la costilla, que había tomado de Adám, en mujer y llevola a Adam».

Vieja y noble alcurnia la del operador, pero no del cirujano, cuya existencia requiere la previa de una afección quirúrgica, o sea de una enfermedad. Y continuando en plena abstracción, la enfermedad exige la vida, una y otra muy anteriores al hombre.

No hay que alarmarse. No voy a buscar los cromosomas quirúrgicos en el Pre-Cambriano de hace dos billones de años, en el que el geólogo señala la aparición de la vida en la tierra, con un error en más o en menos de millones de años, pero nada nos dice en cuanto a la enfermedad.

Con el biólogo, en cambio, se apuntarán un tanto fuerte al decir que saben cuando apareció la muerte. Es mucho decir; pero quizá haya un poco de verdad.

En efecto, cuesta imaginar cuando muere, en su ambiente, un protozoo que se reproduce por bipartición hasta el infinito. Pero no ocurre así al *Volvox*, protozoario flagelado, que en su ciclo normal *nace, vive y muere*. Podemos decir

que con él hizo la muerte su entrada en el mundo y en la vida, la individualidad.

Hasta pasado mucho tiempo (siempre el consabido sonsonete: millones de años), no tenemos pruebas fehacientes de enfermedad y ésta, quirúrgica. Los monstruosos anfibios del mesozoico también se rompían los huesos, lo que era de presumir, pero también enfermaban. En los museos se conservan vértebras de dinosaurio y de esquilodonte con osteomielitis.

La enfermedad quirúrgica rondaba, pues, por el mundo millones de años antes de aparecer lo que más se parece a un hombre, el *Pithecanthropus* de la raza Trinil, que aún se duda en inscribirlo como hombre o en el libro de su primo el antropoide. En todo caso, sería un pobre hombre.

Me está vedado (por incompetencia) hurgar ni discurrir sobre el origen uni- o pluri-céntrico de la especie humana, pero en otro orden de ideas, a mi ver, es indiscutible, que el hombre antes de ser civilizado no lo fué, o había dejado de serlo. Cuando menos este es el ascenso actual del salvaje a ciudadano, dígase de niño a hombre.

Con rara unanimidad convienen los entendidos, que las primeras etapas del desarrollo de la humanidad se deben a la coincidencia de actos instintivos que giran alrededor del eje: defensa individual, defensa de la especie, profundamente influidos por los fenó-

menos ambientales. Así se explica que desde el último período interglacial, hasta la fusión del último glaciario, es decir, desde la raza Trinil a la Cromagnon (toda la edad de piedra) se encuentren seriadas y en el mismo orden y en todas partes por distantes que estén, desde el pedernal tosco del paleolítico al notablemente pulido de la última edad del neolítico, con sucesivas aportaciones de conchas, espinas, huesos... Vagos rastros e historia de una primitiva cultura.

De todo lo anterior, poco extraeríamos para el cirujano que buscamos, si de acuerdo, los técnicos no hubiesen decidido que las comunidades salvajes de hoy, son el fiel espejo del hombre neolítico; verdaderos embriomas detenidos en su desarrollo y enquistados en el mundo. Así, pues, el *chaman*, médico-mago, sería el reflejo fiel de nuestros remotos antecesores.

No voy a entretenerme en cuanto hacen y saben estos apreciables colegas. Sólo me interesa hacer constar que trepanan y practican una curiosa mutilación craneal en «T» y que el propósito que guía estos operadores *aymacas* de Bolivia, *quinchúas* del Perú y *nativos* de las islas de la Lealtad, es abrir la puerta para que salga el demonio causante de la dolencia invitándole con un conjuro. Otros móviles pueden tener, como el razonable de extraer el fragmento hundiéndose como hace el polinesio actual.

Por lo que abundan los cráneos

neolíticos trepanados junto a pedernales de tosco filo, la trepanación debió ser moneda corriente entre los velludos cirujanos de la edad de piedra.

Graham, imagina una trepanación dentro una caverna allá por los 400.000 años antes de J. C.

El operador, un viejo peludo con desgreñado cabello y larga barba. El paciente yace de bruces en tierra; en torno, los hombres de la tribu cubiertos con pieles tienen grandes mazas al alcance de sus manos; detrás, en cuclillas las mujeres con los niños. En manos de un ayudante, los sílex afilados.

El cirujano se agacha, coge la cabeza del paciente y la lleva entre sus robustos y velludos muslos mientras otros sujetan el cuerpo. El cirujano separa en dos grandes mechones la cabellera de la víctima y los entrega para que tiren de ellos dos ayudantes.

Todo está a punto y todos, callados, contemplan fijamente.

El cirujano coge el afilado pedernal y zaja resueltamente hasta el hueso, siguiendo la línea de separación de los mechones. Los colgajos fuertemente estirados sangran hasta ser comprimidos por los sucios dedos de los ayudantes.

La operación cobra interés. Hombres, mujeres y niños todos se acercan mientras el operador empieza el ataque del hueso raspano con el pedernal. Dentro hay, es indudable, el demonio que, intranquilo, por boca del enfermo da

grandes alaridos y protesta. Raspa el cirujano con más ardor, desprende la compacta externa y con menos fuerza vacía el *Diploe*. Ahora, procede con más precaución al ataque de la lámina vítrea, pues sabe que encontrará debajo una membrana gris que no debe rasgar. Sería demasiado insulto para el enfurecido demonio que no querría salir.

La puerta está abierta, no muy ancha en verdad, pero es suficiente y por ella con un exorcismo, sale el demonio. Ni los hombres ni las mujeres lo han visto salir, pero el operador lo asegura. La prueba es que el operado no grita ni se mueve. El cirujano aproxima los labios de la herida que cubre con hojas recién cogidas.

Una trepanación es algo más que un acto instintivo, supone un razonamiento, como lo supone al coetáneo pintor rupestre, el dibujar en la pared al bisonte que intenta cazar.

Acogiéndonos a la socorrida ley del espejo, sin arriesgar demasiado, podemos afirmar que aquellos cráneos y pedernales son testigos de la comparecencia del cirujano al campo de la enconada y dramática lucha entablada por el hombre desde hace más de medio millón de años contra la enfermedad y el dolor.

Por escasas que fueran sus luces, vería la causa de una herida. Para él, enfermar y curar era misterio, como era incapaz de explicarse la luz, su sombra, el viento,

el entrar y salir el aire por su boca, el fuego que ya sabía encender y... tantas cosas más. Ha visto caer el rayo y se ha asustado con el trueno, ha visto lluvia y pedrisco caer del cielo. Ha soñado. Todo es sobrenatural. Seres invisibles, espíritus buenos y malos pueblan el ambiente y causan lo agradable y desagradable que le ocurre. La enfermedad es un demonio que penetró en el cuerpo y hay que obligarle a salir, por esto se abría la cabeza.

La trepanación es la primera operación en el mundo de la que hay pruebas. Pero no indica el orto del cirujano. Otras operaciones no comprobables acompañarían la sucesión de reflejos cada vez más complicados, de actos instintivos doblados por juicios elementales que culminaron en un propósito y actuación deliberados. Es toda una larga, oscura y tortuosa senda en la que sólo transcurre la imaginación.

La era de este remoto cirujano fué larga, y contra lo que era de esperar de épocas cada vez más próximas, apenas deja rastro. En su pobre arsenal quirúrgico, quizá junto al cuchillo de sílex, hubo otro de bronce, nos dirá el arqueólogo, que toma este asunto por su cuenta.

Se atraviesa un largo período de penumbra, en el que se fragua el subconsciente de la humanidad, en el que se enraízan el folklore, la tradición y las supersticiones de los pueblos que en su extraordina-

ría semblanza, acusan un muy próximo parentesco, quizá también una ley general, porque, como dice Rivers, «el orden de las causas naturales, puede decirse, atrevidamente, que existe antes que esas mismas causas».

La semilla del *homo sapiens*, del *homo faber*, como con razón se le llama, aparece en brotes dispersos, gérmenes de las asombrosas antiguas civilizaciones orientales coetáneas y casi simultáneas. Tan poco aparente es un *decalage* de siglos después de contar, como hasta aquí, por millones de años.

Los primeros documentos acreditativos de tan notables civilizaciones, producen la extraña sensación del súbito nacimiento de una cirugía ya desarrollada, no en fase de lenta evolución.

Asombra en el código babilónico de Hamurabi, escrito 2.250 años antes de J. C., la llaneza con que se fijan los honorarios del cirujano:

Si opera a un caballero una herida grave o hace una cruel herida con lanceta de bronce y le salva la vida, o si le abre un absceso en un ojo, recibirá 10 chekels de plata. Si es a un hombre libre, 5 chekels y si a un esclavo, el dueño dará 2 chekels.

Así continúa por un hueso roto, entrañas enfermas, etc.

Este lenguaje supone la existencia de cirujanos de profesión. Lo grave del código, es que estatuye que si a consecuencia de la operación el caballero pierde la vida o

la vista, se cortarán las manos al cirujano.

No es de menor calidad el papiro de Smith, procedente de Luxor, descifrado hará unos 20 años. Un cirujano anónimo escribe en 1.600 años a. de J. C. lo que vió e hizo en la guerra. Cómo examinó la herida y el paciente, al que comunica el pronóstico y le trata si le cree curable o lo abandona si lo contrario. Así, sin invocaciones ni sortilegios, trata razonablemente fracturas y luxaciones. Parece ser un cirujano laico el autor y no un sacerdote.

Más notables son los documentos ários. En uno de los Vedas se pondera la necesidad para el cirujano, de conocimientos anatómicos obtenidos por disección de cadáveres humanos. Las discrepancias de su anatomía con la actual se explican por haber disecado cadáveres macerados de niños menores de dos años; los mayores eran incinerados.

Lo notable no acaba aquí; son las instrucciones que se dan para el aprendizaje de la cirugía: «El maestro procurará que su discípulo alcance la práctica de la cirugía aun cuando ya domine las siete ramas de la medicina o que las haya recorrido en totalidad. Un discípulo, por instruído que sea, si no está iniciado en la práctica, no es competente para encargarse del tratamiento».

Da después minuciosos detalles y termina:

«Advertencia importante: un aprendiz adiestrado en la cirugía sobre objetos de experimentación, como calabazas, muñecos, odres llenos de agua, trozos de piel..., o que haya aprendido el arte con la ayuda de las cosas arriba mencionadas o haya sido instruído en el arte de la cauterización sobre cosas iguales o similares a las del cuerpo humano a que se aplican, jamás perderá su presencia de ánimo en la práctica de su profesión».

Si a lo anterior se añaden mil detalles más y la maestría en cirugía plástica a la que no faltaba material dado el número de desnarrigados por castigo, no imagino cómo pudo perderse tan notable cirugía.

El proceso de la decadencia fué igual en Babilonia que en Egipto que en la India y China, la evolución se repite.

A un empirismo heredado, en especial por el cirujano, sucede una medicina especulativa que acaba en teúrgica. Al modesto operador que aprendió de su padre o maestro una técnica muy lentamente progresiva, cuando sus méritos se reconocen, coge de sus manos el bisturí el que entre los suyos supo elevar su cultura, y convertido en médico-cirujano empírico-racional, da a su actuación el carácter de maravillosa modernidad de que encontramos ejemplos en la cirugía de aquellos pueblos.

La creencia en la posesión demoníaca, que nunca se había perdido

del todo, vuelve a mostrarse con mayor fuerza. La medicina y la cirugía no se habían separado nunca por completo de la religión; gradualmente, misticismo y hechizo adquieren mayor significado que cualquier tratamiento racional y la cirugía vuelve a ser absorbida por exorcismos supersticiosos.

Aquellas religiones destruían mucho más de lo que creaban; así fué heredado un arte bastardo e inferior por los sacerdotes que encargaban la práctica de la cirugía a las castas más bajas. La cirugía ya no fué una ciencia ni un arte, fué paulatinamente convirtiéndose en un bajo comercio. Los demonios que los pedernales, tan brillantemente manejados por los cirujanos prehistóricos, habían desalojado, regresaron a sus moradas. Volvía el dominio de lo sobrenatural.

He aquí una leyenda sobre uno de los libros sagrados que tratan de cirugía, el *Ayur Veda*:

Los *Ashvini Kumars*, hermanos gemelos del sol, deseaban aprender la ciencia de Brahma —la más elevada de las filosofías— de un tal *Dadhyanchy*, que la había aprendido de Indra. Desgraciadamente Indra había prometido cortar la cabeza a su discípulo si transmitía su filosofía. Esto hubiera podido complicar las cosas para hombres de menor talla que los *Ashvini*. Convencieron éstos al sabio, que les hablara de la ciencia de Brahma, y luego con su consentimiento le cortaron la cabeza y la

reemplazaron, uniendo al tronco la cabeza de un caballo. Indra, en su furor, cortó la cabeza del sabio tal como había prometido, mas ciego de ira, fué la del caballo la que cortó. Entonces los Ashvini, que eran hábiles cirujanos, le colocaron de nuevo su propia cabeza, que habían conservado muy cuidadosamente.

Una dificultad surgió, sin embargo, al enterarse los dioses, del prodigio. Decidieron que, a pesar de la subsiguiente enmienda, el hecho de haber cortado la cabeza a su preceptor no era disculpable desde el punto de vista moral. Los gemelos fueron por lo tanto arrojados de entre los dioses.

Se dirigieron entonces a un sabio anciano y decrépito, que acababa de casarse con una princesa joven y atractiva. Los Ashvini devolvieron al sabio impotente todo su vigor y él en agradecimiento, les ofreció en los ritos del inmediato sacrificio, las libaciones que les correspondían antes de haber sido arrojados de la sociedad de los dioses. Indra se ofendió mucho y quiso lanzar contra ellos el inevitable rayo. Pero el rayo no llegó a estallar, pues el brazo de Indra quedó súbitamente paralizado. Los Ashvini curaron entonces esta parálisis, lo que les valió volver en seguida a la compañía de los dioses, donde continuaron su buena obra y finalmente enseñaron a Indra el *Ayur-Veda*, o sea, la cirugía.

Interesante es la notable seme-

janza no sólo en las concepciones teóricas, sí que también en pequeñas particularidades, entre pueblos muy distanciados. Será, en parte, debido a que la humanidad, en condiciones análogas, produce siempre parecidas representaciones ideológicas, lo que Bastian llama el *pensamiento popular*, pero a la vez, a un comercio material que lo es también de cultura.

La cirugía de los pueblos orientales estaba en pleno apogeo cuando la niebla de la prehistoria se deshacía en Grecia. También aquí, los dioses entran en íntimo contacto con los mortales. De este hibridismo nacen las primeras figuras de la cirugía sin que podamos discernir lo que tienen de falso y de verdad.

Apolo, médico de los dioses, tiene de la ninfa Coronis un hijo que extrae de la matriz de su madre muerta, tendida ya sobre la pira funeraria. Así nace Asclepios en Tesalia. Su padre encarga a Chiron, el Centauro, que le instruya en cirugía, lo que hace con tanto éxito, que Plutón se alarma ante la baja en el número de almas que llegan al infierno. Se queja a Zeus que no puede menos que matar a Asclepios con un rayo. Asclepios asciende al Olimpo y deja en Grecia a sus hijos Machaon y Podaliro continuadores del arte de su padre y de la extirpe de los asclepiades.

En la *Iliada* vemos a los hermanos junto a los otros héroes en la

guerra de Troya (XIII a J. C.) extraer flechas y curar heridos.

La cirugía en los tiempos de Homero (1.000 a J. C.) era la popular que en la *Iliada* no tiene intromisiones sobrenaturales que ya aparecerán en la *Odisea* como inicio de la misma evolución que en oriente acabó poniendo la cirugía en manos de casi pordioseros.

Aquí la vemos en las de semidioces. En la XI *Iliada* se lee: «Oh, neleiano Néstor, gloria de los griegos, ven sube a tu carro y que Machaon suba contigo, y dirige los caballos de sólidos cascos con toda rapidez hacia los barcos, porque un hombre médico equivale a muchos hombres más, porque te extrae las flechas y aplica los remedios calmantes.» Este prestigio del cirujano no se marchitará en Grecia; ocho cirujanos acompañaban a Xenofonte en la expedición de los diez mil; Licurgo los clasifica como distinguidos oficiales no combatientes.

La cirugía egipcia en plena decadencia irradiaba aún sus enseñanzas y su ejemplo. La griega en sus primeros pasos recibió su influencia. El dios médico Imhotep tiene su réplica en Asclepios y el templo de Memphis en el colosal sanatorio popular de Epidauro. Herodoto hace el elogio de aquella cirugía y Pitágoras acude a estudiar en sus templos, donde para entrar, se le obliga a ser circuncidado. De haberse generalizado y persistido la obligación pocos pedirían hoy becas para el extranjero.

Motivos del orden que fuere, local o de coincidencia, habían producido una libertad de espíritu nueva en el mundo hasta entonces.

La medicina en los templos es cada vez más inductiva, ya no se cree que del *abaton* salió a pie alegremente, un niño del brazo de su madre nacido a los 5 años de gestación, ni que se vació una ascitis cortando y reimplantando la cabeza.

Al lado de la sacerdotal, aparecen en las islas de Levante y costa oriental escuelas semiconfesionales. Cnido, Cos, Pérgamo, Crotona y Minos (en Creta) dan testimonio.

La influencia de los filósofos naturales, muchos de ellos médicos, se acentúa al acercarse al siglo V antes de J. C. en que aparece Hipócrates.

Epoca la más gloriosa de Grecia en la que Pericles, político y filósofo, supo proporcionar al mundo el soberbio espectáculo de un pueblo libre y soberano.

Período de grandes artistas, filósofos y matemáticos. Fidias dirige los trabajos artísticos en Atenas, pero ya la Hélade está sembrada de obras de arte. Hace poco que Cimón ha terminado la guerra con Persia. No queda nada de las monarquías patriarcales en las que el rey lo era todo: jefe, sacerdote, juez, asistido por una vieja aristocracia rural. Quizá todavía en algún rincón sirvan el buey o el carnero de moneda, pero el dinero lo transforma todo. Solón ha hecho la

reforma monetaria y el deudor moroso deja de ser un esclavo. La *élite* es una sociedad culta, influida sin prejuicios por la observación de la naturaleza. Con Zenón se propaga la controversia científica, se mide, se pesa, se discute todo, lo humano y lo divino. Ha aparecido la prosa en la escritura, género literario de la ciencia...

En este ambiente, en el que domina el afán por la explicación racional de los hechos, en Cos, nace Hipócrates contemporáneo de Sócrates y de su discípulo Platón.

La medicina europea, comienza verdaderamente en tiempos de Pericles y sus adelantos se concentran en la colosal figura del «Padre de la Medicina» (460-370 a. J. C.).

Hasta el 700 se tomó a la letra esta paternidad, pero Hipócrates fué un compilador, el mejor de los hipocráticos. También es de antes su célebre juramento. Esto no resta nada del gran mérito de haber impreso a la medicina un espíritu científico y una ética ideales; a ello se debe su ulterior avance.

La hemorragia, el dolor y la infección impidieron a los cirujanos aprovechar el empuje que dió Hipócrates a la medicina. La cirugía continuó siendo la egipcia, pero con un aire de modernidad, con manos y uñas limpias, agua hervida, enfermos estudiados y preparados, con salas de operaciones en las *iatreyas* o clínicas limpias y bien orientadas y atenta a no dejar pasar el momento oportuno puesto

que huye rápidamente, decía Hipócrates.

El cirujano de verdad, practicaba también la medicina como partes integrantes de un solo arte liberal, pero había especializados, incluso en Cnido se tendía más a formar cirujanos mientras que internistas en Cos.

El ejercicio era libre sin garantía de la capacidad con lo que abundaron los charlatanes y curanderos.

Hipócrates fué un médico-cirujano práctico ambulante, periodeuta, más médico que cirujano. Es curioso que su juramento proscribía la operación de la piedra, acreditada desde tiempo por operadores ambulantes como lo seguirá siendo siglos después hasta Ambrosio Paré; operadores que se apresuraban a poner kilómetros por enmedio sin esperar la suerte de su operado.

En cambio, la cirugía incruenta, la cirugía sin frenos (luxaciones y fracturas), fué llevada a un grado admirable que no desmerece del actual.

En ningún escrito de Hipócrates hay referencia a curas milagrosas ni prácticas sacerdotales.

Las guerras ininterrumpidas, gran escuela de cirujanos, pero funesto sino de Grecia, invasiones y discordias, junto a la peste (de ella murió Pericles 429 a. J. C.) se juntan para la decadencia de una cultura tan extraordinaria.

Alejandro mantendrá durante

un corto tiempo la gloriosa herencia, y por disección humana, añadirá conocimientos anatómicos. Herófilo cirujano ginecólogo, será la figura más destacada; Celso le acusa de vivisección en criminales.

La cirugía hipocrática se encaramaba hacia la investigación, pero no tuvo tiempo. Roma creaba un imperio.

Grecia ha caído bajo su dominio, la Fuerza suplanta a la Ciencia y a la Belleza. El nivel cultural desciende, pero aún conservará viejas resonancias que mantendrán al conquistado por encima del conquistador.

En Pérgamo, 500 años después de Hipócrates, nace Galeno (129-201 d. J. C.). El helenismo está en Alejandría, aquí Galeno acabará su aprendizaje.

Tres siglos antes, algunos médicos griegos emigran a Roma; con ser de los peores patentizaron la gran superioridad profesional; otros llegaron después en avalancha de esclavos (Corinto en masa 150.000).

Plinio, el Viejo, se lamenta de no haber tenido Roma médicos desde más de 600 años; les bastaban algunas hierbas, sus dioses y sus ritos.

Desdeñoso, el romano, desprecia al *graeculus esuriens* de Juvenal, quien también nos dirá de Roma: un antro de ladrones, la vida intolerable, la decencia desconocida, los médicos unos vampiros, despreciables, deshonrados, igno-

rantes, explotadores de los enfermos, malos compañeros, envenenadores y concusionarios: ¡Y nada más! ¡Que tal debieron ser los cirujanos de Suburra y Transtevere! Pero también es posible que mejor considerados, pues cuidaban de los gladiadores.

Un cirujano griego, Archagathos (220 a. J. C.), alcanza gran renombre, se le dan derechos de *quirite*, se le llama familiarmente *vulnerarius*, porque usa el cauterio, pero no tardará en llamársele *carnifex*, por sus excesos operativos.

Con todo, Grecia ha conquistado Roma. Plinio se duele de que los médicos que no hablan griego no logran la confianza del público y Catón los tilda de asesinos. Asclepios de Prusa (Bitinia) (124 antes de J. C.) detractor de Hipócrates se hace famoso.

En la práctica civil, el cirujano no es más que un curandero despreciable como los masajistas y bañeros tan abundantes en la Roma imperial, cuya moralidad se ahogaba en las escandalosas Termas romanas. Técnicos especialistas junto con sacerdotes de Cibeles importados de Frigia (205 a. J. C.) se dedicaban a procurar eunucos a las damas de aquella sociedad.

El ambiente militar era más correcto y la consideración del cirujano en el ejército muchísimo mayor; los césares le protegen abiertamente.

Cuando desapareció la república

lo primero era el soldado, segundo el sacerdote, tercero el jurisconsulto, cuarto el mercader, quinto el médico, y lindando con los más humildes, le llega el turno al cirujano.

Galeno llega a Roma a los 33 años. Asqueado, otros dicen que, temeroso de la peste, vuelve a su ciudad natal para regresar cinco años después por el resto de su vida.

No podemos juzgar la profesión por el caso Galeno; es ciudadano romano de Pérgamo, la ciudad fiel premiada con un trato de favor; rico, inteligente, batallador, muy culto y autoritario. La fama de sus éxitos quirúrgicos con los gladiadores, hace que le llame el emperador-filósofo Marco Aurelio para atender a su hijo Comodoro, futuro emperador y gladiador amateur.

El favor de influyentes protectores debió caracterizar su actuación que poco debió parecerse a la de otros cirujanos griegos que no hace mucho eran esclavos en una sociedad en la que de lo bajo a lo alto mediaba un abismo.

Es comentarista entusiasta de Hipócrates, escribe en depurado griego, a pesar de lo cual, sus obras se difunden y no las de Ceiso comentarista más fiel, escritas en castizo latín un siglo antes.

Galeno pudo haber sido un buen cirujano de su tiempo. Se formó en Alejandría de buena tradición clínica, y desde Herófilo de mayores conocimientos de anatomía in-

cluso humana. Nadie como él diseccionó tantos ni tanta variedad de animales, incluso un elefante, el esqueleto de un hombre encontrado por casualidad, a lo que hay que añadir la práctica durante su estancia en Pérgamo al cuidado de gladiadores y su afición a experimentar.

A pesar de ello apenas hay cirugía en sus copiosos escritos, siendo así que hay toda la medicina de su tiempo. Quizá se quemaron en el incendio de su biblioteca de la Vía Sacra o quizá, es más verosímil, su orgullo le impidió tratar de un arte vil, que ya en su tiempo había declinado lamentablemente.

Es vanidoso, de continuo habla de sus curaciones maravillosas, cosa que jamás hizo Hipócrates; es imperativo y autoritario, sus preceptos piden un tajante *sí o no*.

Por desgracia, su dogmatismo vino muy a punto para la inercia metal que se avecina y, para colmo, lega a la futura cirugía una anatomía que no es humana, sino del mono y del cerdo.

A pesar de todo, su dominio sin apelación durará 1500 años.

El imperio ya en tiempo de Galeno está herido de muerte. En la ideología titubeante de la época minaba un sublime precepto incomprendible para el pensamiento romano y que iba transformando a la humanidad: *Amaos los unos a los otros*. Por sarcasmo, su tor-

Los más recientes descubrimientos en el campo de la Sulfamidoterapia son puestos al día por los  
**LABORATORIOS ARTIACH, S. A.**  
con su nueva especialidad

# TETRANILAMIDA

con fórmula:

|                   |
|-------------------|
| Sulfanilmerazina. |
| Sulfanildiazina.  |
| Sulfanilurea.     |
| Sulfaniltiazol.   |

## Características originales:

La SULFANILMERAZINA, última adquisición de la quimioterapia sulfamídica, se caracteriza por la rápida obtención de ALTOS NIVELES EN SANGRE Y LENTA ELIMINACION GLOMERULAR.

La polivalencia sobre multitud de gérmenes propios de cada grupo.

La protección de la SULFANILUREA sobre la acción antisulfamida del a. para amino benzoico.

La absorción rápida y eliminación lenta, y a la inversa, de sus diversos constituyentes.

## Indicaciones:

Neumonías; Meningitis de origen vario; Escarlatina y complicaciones; Otitis; Sinusitis; Actiniomycosis; Infecciones bacterianas mixtas; Gonococias y Estreptococias hemolíticas; Anginas diversas; Laringitis y Faringitis, etc.

Solicite literatura y muestra

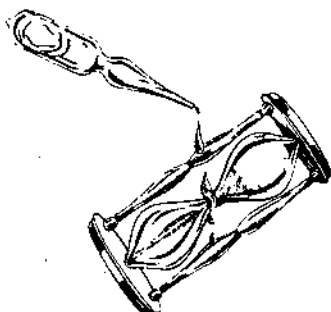
---

**LABORATORIOS ARTIACH, S. A.**

Moncayo, 9 y 11

ZARAGOZA

*Nuevas posibilidades en la lucha contra el dolor  
y la perturbación funcional del simpático.*



# OLEOCAINA

CRUZ SALAS

PRIMER ANESTESICO LOCAL  
DE EFECTO SOSTENIDO PREPARADO EN ESPAÑA

**LABORATORIO CRUZ SALAS**  
SAN BAUDILIO DE LOBREGAT (BARCELONA)-ESPAÑA

# OLEOCAINA TÓPICA

CRUZ SALAS

CREMA ANTIPRURIGINOSA A BASE DE  
HIDROLATOS DE FLORES Y OLEOCAINA

# MADREZAL

EL MAS ENERGIICO GALACTOGENO (PILDORAS)

FORMULA: Extracto gallega officinalis, 0,07 gr. Extracto gossypium herbaceum, 0,06 gr. Nucleinato sodico, 0,03 gr. Acido fosforico, 0,02 gr. Acido nicotnico, 0,0007 gr.

# MADREZAL

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

cida interpretación iba a ser la ruina de la cirugía.

La nueva religión provoca tempestades en las conciencias embebidas de ancestrales convicciones. Se retrocede a los tiempos de la medicina teúrgica, ahora teológica puramente deductiva. En un mesianismo desbordado todo viene del cielo: la enfermedad es *Flagellum Dei pro peccatis mundi*.

Mala atmósfera y mal suelo para el árbol de la medicina arraigado en una filosofía pecaminosa.

En esta peligrosa intranquilidad no cabía ciencia, ni arte, ni literatura ni nada. Para colmo de desdichas la herencia de Galeno propende a separar las dos hermanas gemelas.

La cirugía se derrumba e Inocencio III le da el golpe de gracia con su *Eclessia abhorred a sanguine*. Va a repetirse la evolución conocida, el mismo fenómeno que ya vimos.

Cuando resucite o despierte la Cirugía, sin hemorragia, sin dolor y sin infección, su vuelo será maravilloso.

Pero esto es otro cuento. El mío acaba aquí.

Siento no haber podido pagar mejor la deuda de gratitud que les debo por su asistencia y amable atención, sólo en descargo puedo alegar que estaba cumpliendo con un reglamento.

## LA ANESTESIA DE ACCION PROLONGADA

Dr. M. ANGLADA

LA anestesia local corriente del tipo de la novocaína puede cumplir dos finalidades distintas. Por un lado produce la supresión de la sensibilidad dolorosa en una zona orgánica determinada, al objeto de permitir por un espacio de tiempo más o menos corto la actuación quirúrgica. Frente a este aspecto tenemos otro, orientado a la supresión dolorosa igualmente, pero no la propia del acto quirúrgico, sino la propia de la lesión que se quiere tratar.

En los casos en que debe atenderse principalmente el primer aspecto, es decir, cuando la anestesia no haya de ser más que un auxiliar de la intervención, puede no resultar interesante que el efecto anestésico sea más largo que el tiempo estrictamente quirúrgico. En estos casos incluso pueden asociarse a la novocaína ordinaria substancias como la hialuronidasa, que si bien dan carácter fugaz a la anestesia, en cambio, por aumentar el índice de difusión de la misma, permiten anestésias de amplias zonas con dosis relativamente bajas de anestésicos.

Sin embargo, hay una serie de afecciones en que puede decirse que toda su clínica subjetiva radica en un solo síntoma: el dolor. Se comprende fácilmente que en estos casos si se consigue suprimir la manifestación dolorosa, sin interferir los naturales procesos de reparación de la lesión, la curación clínica se habrá obtenido. Naturalmente, si el efecto antiálgico es en el tiempo, más corto que la evolución reparadora de la lesión, la enfermedad volverá a manifestarse y obligará a actuar nuevamente en el sentido anestésico. En cambio, también es natural que deberán proibirse todos aquellos anestésicos que, por producir verdaderas degeneraciones de las fibras nerviosas, la anestesia obtenida sea casi permanente.

En nuestro concepto, un anestésico local ideal sería aquel que cumpliera de lleno ambos objetivos: proporcionara la anestesia suficiente para el acto quirúrgico y se mantuviera ésta todo el tiempo que durara el proceso reparador de los tejidos lesionados o intervenidos. Recientemente hemos tenido

ocasión de experimentar un nuevo tipo de anestésico de acción prolongada (A. A. P.), que creemos orientado en este sentido y del cual vamos a dar una breve idea, aunque nuestro estudio no abarque su acción anestésica operatoria.

### Administración y dosis

Fundamentalmente la vía que hemos empleado ha sido la intramuscular y en otros casos la subcutánea, pero siempre procurando que el anestésico estuviera separado de la piel por una capa más o menos gruesa de tejido celular. Con este criterio consideramos que los resultados más brillantes han correspondido a aquellos casos en que la infiltración se ha hecho en plena masa muscular. En nuestros casos, y condicionándolo a la patología que nos ha sido posible observar, las dos regiones en que los efectos terapéuticos han sido mejores han sido la del hombro y la lumbar.

El punto de inyección se determina cuidadosamente, investigando los puntos «gatillo» cuya presión despierta un vivo dolor. Ordinariamente la naturaleza de la lesión permite esta localización precisa, pero en otros casos el dolor a la presión es menos electivo y debe hacerse la infiltración en forma de cono o abanico. La primera forma suele corresponder a las lesiones óseas o ligamentosas,

mientras la segunda es más propia de las lesiones musculares.

Es conveniente que haya cierta proporción entre la cantidad de anestésico inyectada y la extensión o importancia de la lesión. Cuando la lesión, aunque muy dolorosa, sea de poco volumen anatómico (por ejemplo, arrancamiento perióstico), con medio centímetro cúbico puede haber suficiente. Al contrario, las lesiones poco precisas y de mayor dimensión anatómica (por ejemplo, esguince lumbar) son susceptibles de mayor cantidad. En general, también se inyectarán mayores dosis en las zonas musculadas que en las proximidades de la pierna.

Siguiendo las normas generales anteriores, la tolerancia del anestésico ensayado ha sido buena. El dolor provocado por la inyección del mismo ha sido muy variable de unos individuos a otros, pero de una forma general puede decirse que el efecto doloroso inmediato ha sido el mismo que produce la inyección de novocaína corriente. En cuanto al dolor tardío, tampoco hemos encontrado diferencia con ésta, pues si bien es cierto que en algún caso el enfermo nos ha manifestado haber acusado dolor en el curso de las primeras 24 horas, superior en intensidad al propio de la lesión, también es cierto que recordamos casos de simples infiltraciones de novocaína que han provocado dolores tan intensos que han obligado a analgésicos gene-

rales enérgicos; por lo demás, en los casos en que se ha producido aquella manifestación dolorosa tardía, nunca ha sobrepasado las 24 horas y ha cedido espontáneamente.

En algunos casos hemos practicado la infiltración anestésica debajo mismo de la piel, sin que hayamos observado tardíamente otra particularidad que un discretísimo edema localizado alrededor del punto de inyección; en el curso de unos pocos días toda la zona afectada ha regresado a la normalidad. Sin embargo, en dos casos el edema se hizo difuso, doloroso y caliente, tardando cerca de una semana en desaparecer. Aunque no sepamos las causas de esta intolerancia, la atribuimos, bien a haber inyectado demasiada cantidad de anestésico, bien a una sensibilización a los componentes del mismo. Sin embargo, creemos que es preferible abstenerse en lo posible de inyectarlo en la inmediata vecindad de la piel.

En los casos en que la naturaleza de la lesión haga temer una complicación infectiva, es preferible abstenerse de utilizar el A.A.P., pues si aquélla se presenta, al faltar el dolor propio de la inflamación, es posible que pase inadvertida en sus comienzos.

En cuanto a la duración del efecto anestésico, aun cuando hemos observado algún caso en que ha sido solamente de 24 horas y otros de más de dos semanas, general-

mente la anestesia obtenida ha sido de 5-8 días. En algunos casos, con la primera inyección el efecto anestésico ha sido tan prolongado que ha superado al período de reparación anatómica y se ha obtenido la curación clínica con carácter definitivo, sin que haya precisado una nueva inyección.

Los resultados obtenidos por nosotros han sido en conjunto muy buenos, pues han sido muy pocos los casos en que el efecto terapéutico no se ha obtenido. En estas ocasiones nos parece que la causa ha consistido en un defecto de técnica. Cuando hemos tenido la certeza de que el anestésico se ha inyectado en plena zona lesionada, el resultado terapéutico ha sido constante. Resulta, sin embargo, que a veces la naturaleza de la lesión, de pequeño tamaño y situación profunda, hace que la punta de la aguja inyectora no caiga dentro de la misma y el anestésico, tan poco difusible en sí, no se ponga en contacto con ella. Un caso de éstos fué el referente a una fractura de dos apófisis transversas lumbares, en que después de la inyección de 1,5 c. c. en cada foco la mejoría fué casi nula; nuestra impresión es que el anestésico no llegó al foco de fractura.

En las lesiones de las partes blandas de los miembros también pueden obtenerse buenos resultados con los A. A. P. Nosotros lo

**SIN** <

EFFECTOS VASOCONSTRICTORES  
ACCIONES SECUNDARIAS



**acción prolongada**

**HUBERSIL**

MODERNA ANESTESIA DEL DOLOR

# HUBERSIL

## Moderna anestesia del dolor de acción prolongada

(Incluido en el Petitorio del S.O.E. grupo n.º 113)

Los modernos estudios sobre la anestesia local, para conseguir la supresión prolongada del dolor, han culminado en la obtención de un antidoloroso (anestésico local) de larga duración, cuyo solvente es un derivado de los glicoles, siendo HUBERSIL su más genuino representante.

HUBERSIL responde a las exigencias del momento actual, ya que dá lugar a una óptima anestesia local que se prolonga unos ocho días, suprimiendo totalmente el dolor de la parte afecte, tanto si es causa de quirúrgica (intervenciones), traumática (fracturas), o algias de cualquier otra etiología.

HUBERSIL no afecta lo más mínimo la función motora del órgano tratado, no es irritante ni altera las fibras nerviosas. La prolongación de la anestesia de este específico no se acompaña de fenómenos de vasoconstricción.

### INDICACIONES

En cualquiera de las formas que damos a continuación se obtiene una supresión absoluta y duradera del dolor, mediante la infiltración de los puntos álgidos previamente localizados.

Reumatismo muscular, lumbagos, artrosis, torticolis, neuralgias intercostales, distensiones y esguinces, prurito anal, herpes zoster con manifestaciones intercostales dolorosas, arterioespasmos, algias post-traumáticas, fisuras y fracturas costales, coxigodineas, fibrositis, periartritis escapulo-humeral, adherencias periarticulares, tendinitis del supra espinoso, bursitis subdeltoides, ruptura parcial ligamentosa. Como sedante del dolor post-operatorio (apendicectomías, laparotomías, hernias, amigdalectomías, etc.).

### PRESENTACIÓN

Caja conteniendo 5 ampollas de 3 c. c. Ptas. 38

Caja especial para cirugía mayor, conteniendo 5 ampollas de 10 c. c. Ptas. 84.

### DOSIFICACIÓN

**Para el síndrome doloroso de origen no traumático:** 1-2 o más inyectables, según criterio facultativo.

**Para el síndrome doloroso de origen operatorio en cirugía mayor:** impregnar los planos musculares y subcutáneos de la incisión, mediante irrigación de los mismos con HUBERSIL. Para ello se dispone de envases especiales para cirugía mayor.

**NO EXISTE CONTRAINDICACION. - NO DEBE INYECTARSE POR VIA ENDOVENOSA**

LABORATORIOS HUBBER, S. L.

BERLÍN, 38 - BARCELONA - TELEFONO 30 70 52

hemos ensayado en tendinitis del supraespinoso, con y sin calcificación, bursitis deltoidea aguda, subluxación acromio-clavicular.

*Indicaciones:* Entrando en el estudio del campo de aplicaciones clínicas de este anestésico de acción prolongada, creemos que sus indicaciones selectivas son muy numerosas, pero por haber en los casos por nosotros observados una abrumadora mayoría de pacientes de aparato locomotor, nos ceñimos a su acción en los mismos.

En primer lugar, debemos significar que la gran traumatología no es campo de acción del A. A. P. Efectivamente, los casos de grandes fracturas, que por afectar la continuidad del hueso son tributarios de una inmovilización rigurosa por el procedimiento contentivo que sea, no tienen indicación de dicha anestesia, pues lógicamente el dolor debe de cesar una vez realizada aquella inmovilización y los dolores residuales que puedan persistir son susceptibles de tratarse por los analgésicos generales. En estos casos, si se recurre a la anestesia local del foco de fractura, la novocaína corriente tiene una duración anestésica lo suficiente larga como para permitir las maniobras de reducción oportunas y consiguiente enyesado. Además, en las grandes fracturas el hematoma fracturario suele ser voluminoso y el anestésico precisa sea muy difusible, pues de lo contrario se tiene

que emplear en grandes cantidades para obtener una indolencia completa del foco. Residiendo precisamente la acción prolongada del anestésico que nos ocupa en su escasa difusibilidad, se comprende que no tenga indicación en las fracturas de huesos grandes.

Es en las pequeñas fracturas, que no afectan la continuidad del hueso, y que, por tanto, no son tributarias de la inmovilización, las que constituyen los casos de indicación ideal del A. A. P. Dentro de éstos, tenemos todos los arrancamientos ósteo-periósticos, las fracturas de cuello de escápula y de húmero sin desviación, las de tróquiter, las de cabeza de radio sin desviación, los arrancamientos de estiloides radial y cubital, las parcelarias de falanges, las coxigeas, las de apófisis transversas vertebrales, las de costillas, etc. La fractura diafisaria de peroné, aunque interrumpa la continuidad, como quiera que este hueso no interviene en la carga del miembro inferior, constituye también un caso de elección para ser tratado con el A. A. P.

La mayoría de arrancamientos ósteo-periósticos que hemos tratado han recibido cantidades de A.A.P. oscilantes entre 0,5 c. c. y 1 c. c., pero habiendo precisado antes exactamente, mediante radiografía en dos proyecciones, su posición.

Por regla general, con dos inyecciones, una de entrada y otra a

los siete días, ha habido suficiente para poder dar el alta al lesionado; muy demostrativo es el caso siguiente.

Obs. 34. — Enferma de 23 años que hace cinco días le cayó un martillo en el dedo gordo del pie derecho, haciéndosele desde entonces muy dolorosa la marcha. A la exploración no se aprecia más que un dolor provocado, selectivo, en el borde interno del dedo a nivel de la articulación interfalángica. Se practica una radio, que demuestra un pequeño arrancamiento óseo del borde articular de la falange distal. Se infiltra con 0,5 c. c. del A. A. P. la zona fracturada. Al cabo de seis días es alta sin dolores.

Las fracturas del cuello escapular suelen con frecuencia pasar desapercibidas, cuando no hay desviación, pues solamente las radiografías de densidad apropiada pueden demostrarlas. Uno de nuestros casos no fué diagnosticado hasta el décimo día. En vista que los dolores apenas mejoraban, se mandó repetir la radiografía. Corresponde al siguiente lesionado.

Obs. 9. — Enfermo que por caída lateral desde un triciclo sufre una contusión en el hombro derecho. Movilidad del hombro dolorosa y disminuida. La radio es negativa. Se le prescriben unas sesiones de onda corta. A los 10 días nos vuelve a ver nada mejorado. Se repite la radio y se comprueba una fractura del cuello escapular sin desviación. Se practica una profunda infiltración por la cara posterior del hombro hacia el cuello escapular con 3 c. c. de A. A. P. Dos días después vuelve con pocos dolores; se le prescriben ejercicios activos moderados de hombro. Una semana después vuelve mostrando una movilidad casi completa. Se le hace una nueva infiltración y es alta a los 25 días del accidente.

En las fracturas de tróquiter, la supresión del dolor es fundamen-

tal, pues al permitir la movilización precoz del hombro, se evita la atrofia deltóidea, tan rápida y difícil de recuperar en algunos enfermos. En uno de nuestros casos, por tratarse de una paciente de cerca de 70 años, nos pareció prudente tratarla clásicamente mediante la férula de abducción. Sin embargo, la evolución de este caso nos demostró que, precisamente en estos enfermos añosos, la combinación de la férula y la anestesia del foco de fractura es el tratamiento de elección. El caso a que nos referimos es el siguiente.

Obs. 61. — Enferma de 67 años que sufre una caída y presenta una radiografía en que claramente se observa una fractura de tróquiter sin desviación. Se le coloca una férula de abducción y se le prescriben movilizaciones activas de mano y codo. Al sexto día se le ordena comenzar a movilizar el hombro, pero la enferma vuelve al día siguiente diciendo que le es imposible por el dolor. Se le inyectan 3 c. c. de A. A. P. y se le ordena nuevamente la movilización. En días sucesivos va mejorando el grado de movilidad, y es alta sin secuela a los 23 días del accidente.

Las fracturas de cabeza de radio sin desviación constituyen casos de elección para el tratamiento con las infiltraciones anestésicas, especialmente si antes se ha procedido a la evacuación del hematoma fracturario. A juzgar por el resultado que hemos obtenido nos inclinamos a creer que este tratamiento es superior a la inmovilización o que, por lo menos, la recuperación es más rápida. Esto se

desprende al considerar el caso siguiente:

Obs. 66. — Enferma de 25 años de edad que sufre una caída notando después vivo dolor al pro-supinar, en el codo. En la radio se observa una fractura en escoplo de la cabeza radial. Se coloca un vendaje compresivo y dos días después se punciona la articulación por su cara externa, con el antebrazo en pronación. Se extraen unos 3 c. c. de sangre y a continuación se inyectan 3 c. c. de A. A. P. Al día siguiente se prescriben movilizaciones activas de pro-supinación y flexo-extensión y 10 días después se inyectan nuevamente 3 c. c. más. A los 28 días es alta sin ninguna limitación.

En las fracturas de estiloides radial, el componente doloroso en ocasiones es muy importante, hasta el punto que ni la inmovilización enyesada es capaz de hacerlo desaparecer. En estos casos, la utilización de una anestesia local que pueda mantener su acción una semana es necesaria. Sin creer que esta importancia del dolor sea frecuente en estos casos, a continuación referimos la siguiente observación.

Obs. 5. — Enfermo de 35 años que a consecuencia de un choque de moto presenta dolor en junta estiloides radial. En la radiografía se observa un pequeño fragmento radial del tamaño de un grano de arroz. Se coloca una inmovilización enyesada. Al día siguiente nos manifiesta que tuvo que recurrir a un mórfoco para conciliar el sueño. Tranquilizamos al lesionado sin darle importancia. Vuelve al siguiente día quejándose de dolor sordo y continuo. Se le retira el enyesado, se infiltra la junta estiloides con 0,5 c. c. de A. A. P. y se coloca nueva inmovilización. Al día siguiente nos manifiesta han cesado los dolores. Alta a los 30 días sin secuela.

Es curiosa la observación reco-

gida por nosotros, que comprueba la acción del A. A. P. en las lesiones inveteradas. Se refiere el siguiente caso de luxación coxígea.

Obs. 55. — Enferma de 29 años que manifiesta que a partir de hace dos meses, en que tuvo un parto mediante forceps, nota sensación dolorosa sobre el coxis al sentarse. La presión sobre el mismo es dolorosa: la radiografía es negativa. Se practica una infiltración en dos puntos del coxis con 2 c. c. de A. A. P. A los 10 días vuelve y nos manifiesta no tiene más dolores.

Las fracturas diafisarias del peroné, con y sin desviación, son lesiones que responden admirablemente a su tratamiento con el A. A. P. Es conocida la nula importancia del peroné en la función estática del miembro inferior, pues en realidad, la única porción noble del mismo es la maleolar. Por tanto, sus fracturas, cuando no afectan la mortaja astragalina, no precisan ninguna reducción y lo único interesante es suprimir cuanto antes la sintomatología dolorosa y permitir el normal funcionamiento de la extremidad. El tratamiento mediante un enyesado con estribo deambulatorio tiene el inconveniente, aparte de lo incómodo de que el plazo de invalidez se alarga mucho, de que cuando el enyesado se retira y el foco fracturario es ya indoloro, la rigidez articular del pie, principalmente a nivel de la subastragalina, hacen la marcha dolorosa y difícil. En cambio, la infiltración con A. A. P. del foco fracturario seguida de la colocación de una cola de zinc es

de resultados sorprendentes. El caso siguiente es muy demostrativo.

Obs. 10. -- Lesionado de 35 años que hace dos días padeció por caída en un terraplén una contusión en el 1/3 medio de la pierna derecha. La presión en su cara externa despierta un dolor selectivo y la marcha es dolorosa. La radiografía practicada demuestra una fractura transversal de la diáfisis peroneal. Se infiltra con 3 c. c. de A. A. P. el foco de fractura y el lesionado manifiesta no tener ningún dolor al caminar. Dos días después, por persistir un discreto edema de la extremidad, se aplica un vendaje de cola de zinc. Es alta a los 18 días.

Las fracturas costales sin complicación constituyen una de las indicaciones mejores de los A.A.P., pues la cesación del dolor es inmediata. Basta en estos casos con la inyección en el foco de fractura de 1 c. c. para que el lesionado se sienta subjetivamente curado. Este tratamiento es preferible al engorroso procedimiento de la colocación del clásico cingulo de esparadrapo y suele ser suficiente con dos inyecciones separadas 8 días una de otra.

Las contusiones en la pared torácica, en muchos casos no llegan a producir ninguna solución de continuidad en las costillas, pero dejan un dolorimiento vivo y preciso que es muy rebelde al tratamiento. Estos casos, que ordinariamente recurren a las aplicaciones locales de cualquier terapéutica física, revulsivos y analgésicos, mejoran extraordinariamente si se infiltran los músculos intercostales vecinos

a la zona contundida con A.A.P. Entre los muchos casos que nos ha sido dado tratar, con y sin fractura costal, y que han curado con gran rapidez, destaca el siguiente:

Obs. 66. — Enfermo de 42 años que al chocar contra el borde de una mesa nota un fuerte dolor costal en novena costilla izquierda y que le persiste a las 24 horas. Se busca con resultado positivo el dolor provocado a distancia. En vista de ello, se infiltra con 1 c. c. de A. A. P. el músculo intercostal inferior y superior a dicha costilla. A los pocos minutos se siente muy mejorado y a los 5 días después nos vuelve a ver libre de molestias y solicitando el alta.

En las lesiones de partes blandas, traumáticas o no, también el A. A. P. puede darnos resultados sorprendentes. Nosotros lo hemos ensayado en casos de tendinitis del supra-espinoso, bursitis deltóidea aguda, esguinces ligamentosos de la rodilla y de los maleolos y esguinces musculares lumbares.

La tendinitis del supra-espinoso es enfermedad relativamente frecuente en los peones de más de 40 años. Sus molestias en algunos casos son muy dolorosas, y a veces extensas, pues pueden afectar a toda la extremidad superior en forma de una verdadera neuritis braquial. Los movimientos de abducción del brazo son especialmente dolorosos en cuanto se acercan a los 90°, pues en esa zona el tendón del supra-espinoso, afecto de un proceso degenerativo, se desliza por debajo del acromión y entra en roce con él. El tratamiento que se suele emplear en estos casos es la terapéutica física primeramente

y más adelante la intervención. Sin embargo, la terapéutica anestésica prolongada debe siempre ensayarse, pues con frecuencia provoca una rápida y completa remisión de la enfermedad. El caso que describimos a continuación así lo demuestra.

Obs. 19. -- Enfermo de 55 años que desde hace un mes viene aquejando un dolor en cara externa del hombro que se exagera durante el reposo nocturno. La exploración demuestra la típica zona dolorosa y un punto muy selectivo en el muñón del hombro, por debajo mismo del acromión. Se le practica en el mismo punto una inyección de 2 c. c. de A. A. P. y a los pocos momentos cesa el dolor y la movilidad del brazo es activa e indolora. A los cinco días vuelve a vernos, solicitando nueva inyección que se le aplica. A los 12 días después, es alta sin molestias.

Los esguinces ligamentosos de rodilla y maleolos que nosotros hemos tratado mediante la infiltración de A. A. P. han sido numerosísimos, y de ellos hemos sacado las conclusiones siguientes. Sus resultados son menos espectaculares en general que los obtenidos en las afecciones del hombro. La cantidad de anestésico a emplear será menor que en estos últimos y nunca se pasará de 1 c. c. Es imprescindible haber localizado antes con mucha exactitud el punto de máximo dolor a la presión. En general, el anestésico es bien tolerado, pero, en algún caso, su inyección puede ir seguida de fenómenos locales. Esta eventualidad es exclusiva de los individuos muy delga-

dos en que los ligamentos articulares de rodilla o maleolos no están aislados de la piel por tejido celular.

El llamado esguince lumbar, tan frecuente en la casuística de los accidentados laborales, encierra en sí una serie de lesiones musculares (glúteas o sacro-lumbares), ligamentosos (sacroiliacos e intorespinosos), articulares (sacroiliacas espondilosis), ósteo-artritis y artritis lumbo-sacra y, por último, los propios del disco intervertebral.

Nosotros, al objeto de ensayar el A. A. P., nos hemos preocupado de entresacar de los muchos casos de esguince lumbar que hemos visto, aquellos en que la exploración clínica y radiológica nos había permitido descartar los que no presentaban lesiones musculares o aponeuróticas. Estos casos normalmente no se recuperan antes de los 15 ó 20 días y se tratan generalmente mediante aplicaciones de infrarrojos y masajes, que muchas veces no hacen más que agravar la sintomatología. La inyección de un anestésico prolongado, en muchos casos que hemos observado, ha sido seguida de una rápida desaparición de los síntomas y el alta se ha producido en 48 horas. Un caso típico de este resultado es el siguiente.

Obs. 5. -- Enfermo de 32 años que hace 24 horas cae de una escalera y al levan-

tarse nota dolor muy vivo en zona lumbar derecha. La exploración demuestra una discreta escoliosis, envaramiento lumbar y una zona bastante precisa de dolor a la presión en la porción más próxima al sacro de las masas de los canales lumbares. Se inyectan 3 c. c. de A. A. P. en dicha zona y aunque el dolor aumenta de momento, a los 10 minutos ha cesado casi por completo. Dos días después vuelve a vernos sin ninguna molestia y solicita el alta.

De nuestras experiencias se deduce que el A. A. P. tiene una variada gama de aplicaciones con éxito, siempre que se precise bien la afección quirúrgica en la cual debe emplearse y localizando asimismo el punto de máximo dolor o gatillo.

## EL PRONÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR DEL LACTANTE VISTO DESDE UN DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO

Dres. M. SALVAT y E. ALEGRET

ENTRE los 22.000 niños visitados en la sección de Infancia, que dirige uno de nosotros (SALVAT), del Dispensario del Instituto Antituberculoso de Barcelona, hasta el final del año 1953, hemos encontrado 130 que enfermaron de tuberculosis pulmonar o ganglionar intratorácica antes de cumplir el primer año, no habiendo visto ninguno inferior a la edad de tres meses por ser éstos visitados en los servicios de puericultura o pediatría.

Estos 130 enfermos los hemos dividido en cinco grupos:

1.º El primer grupo, constituido por diez lactantes de 5 a 12 meses, presentan formas *caseosas ulceradas*; se distingue por la rapidez evolutiva, por la gran extensión y profundidad de las lesiones, por la pérdida notable y continuada de peso y por la intensidad de los fenómenos toxi-infecciosos seguidos de muerte.

2.º El segundo grupo lo constituyen doce lactantes de 5 a 12

meses con *diseminación pulmonar de nódulo pequeño*, en cinco casos como manifestación primaria, en los otros siete como secundarios a un proceso exudativo ulcerado. Todos estos casos son anteriores al empleo de los antibióticos. De los doce, ocho han fallecido y de los otros cuatro desconocemos su fin.

3.º El tercer grupo lo forman cinco niños de 4 a 9 meses con *diseminaciones discretas*, relativo buen estado general y con aumento de peso. Tres de estos enfermos los hemos podido seguir de cuatro a seis años curados.

4.º En el cuarto grupo, el más numeroso, incluimos a sesenta y ocho lactantes de 4 a 12 meses con imágenes *infiltrativas parenquimatosas* y reacción ganglionar más o menos visible. De éstos, seis han fallecido, uno a los dos años y cuatro meses de meningitis, once han asistido a una sola visita y diez han sido observados durante poco tiempo para poder precisar su evolución. Los cuarenta y uno restan-

tes, veintiuno de los cuales han sido seguidos desde un mínimo de dos años a un máximo de dieciséis, excepto un caso de recidiva, todos han curado en un plazo inferior a un año y cuatro meses.

5.º Finalmente, el último grupo comprende treinta y cinco niños de 4 a 12 meses que han llegado a la visita con *lesiones en franca regresión* o con imágenes *residuales*; uno falleció de causa desconocida y los restantes curaron, habiendo podido seguir a siete de ellos de dos a doce años.

El estudio detallado de estos casos nos ha permitido comprobar que sobre la evolución favorable o desfavorable de la enfermedad influyen dos clases de factores: los debidos al ambiente o medio social en que se desenvuelve el niño y los debidos a la forma clínica de la enfermedad, ambos influidos más o menos por las medidas profilácticas o terapéuticas que aplicamos.

Las condiciones económico-sociales, así como el mantenimiento de las reglas higiénicas se traducen de una manera manifiesta en las condiciones de nutrición y de defensa del lactante y de un modo especial, en lo que se refiere a la calidad y eficacia de los contagios en la vida en común, pues son estos niños lo más expuestos al contagio de individuo a individuo, o sea con bacilos procedentes de focos abiertos al exterior y, por tan-

to, de intensa virulencia. Por dichas razones se impone la separación inmediata del niño enfermo del foco de contagio, de tal manera, que la experiencia nos ha enseñado que es difícil lograr la involución de la enfermedad mientras el lactante enfermo conviva con el causante de la infección.

En general, se concede especial importancia pronóstica a las condiciones de cantidad, número, virulencia o agresividad bacilar ante las de resistencia del individuo y la influencia medicamentosa; sin embargo, clínicamente es muy difícil, diríamos imposible, ponderar dichas características, y, por lo tanto, conocer íntimamente las condiciones en que se desarrolla la lucha entre el bacilo y el organismo. Además, actualmente empezamos a enfrentarnos con lactantes contagiados con bacilos procedentes de enfermos que han sido tratados largo tiempo con antibióticos y quimioterápicos cuyo grado de agresividad desconocemos, y los exámenes clínico-radiológicos que hemos practicado en este sentido no nos permiten sentar conclusiones respecto al curso evolutivo de la enfermedad en los lactantes contagiados con supuestos bacilos resistentes o dependientes.

Otro elemento pronóstico de valor es la constitución del lactante y también la edad, ya que cuanto menor es ésta mayor es la tendencia evolutiva a la extensión, difusión y caseificación. Después de los

seis meses el niño se defiende mejor, sobre todo si se ha separado del foco de contagio en un momento propicio.

Los síntomas clínicos de toxoinfección, como son la temperatura, anorexia, sudores, así como los signos estetoacústicos, son de un valor pronóstico no despreciable; sin embargo, el signo más elocuente y que puede considerarse como un índice seguro de mal pronóstico es «la pérdida progresiva de peso».

Los datos de laboratorio son un buen recurso para comprobar el curso de la infección, entre ellos la eritrosedimentación, de un valor relativo, pero no específico, y la demostración del bacilo de Koch en el jugo gástrico, cuya presencia consideramos de mal pronóstico en el lactante.

En el lactante, las reacciones a la tuberculina son casi siempre de difícil interpretación pronóstica. Antes de los seis meses las reacciones acostumbran a ser pequeñas y poco intensas, después de esta edad se observan las reacciones características de la infancia, debiéndose considerar de mejor pronóstico las reacciones intensas, aun las flictenulares, lo que se comprende si tenemos en cuenta que la reacción traduce un grado de potencial reaccional del organismo como lo prueba la negativación de la reacción en los casos malignos.

En el lactante pueden observar-

se todas las formas anatomorradiológicas que se observan en el niño; sin embargo, son típicas de la primera edad las formas caseificantes, neumónicas y bronconeumónicas, ocupando grandes extensiones de parenquima, con cavidades, grandes bloques ganglionares y las formas granúlicas de grano fino, lesiones mortales a breve plazo. Pasados los seis primeros meses se observan enfermos con imágenes infiltrativas parenquimatosas con reacción y a veces con diseminación, más o menos discreta, que separados del foco de contagio y sometidos a un buen régimen pueden regresar y curar.

No son raros los casos con intradermorreacción positiva que presentan lesiones mínimas, residuales y aun algunos sin lesiones visibles, casos que hemos seguido durante mucho tiempo sin que hayamos podido apreciar ninguna otra manifestación específica.

*En tanto los exámenes radiológicos no descubren una imagen cavitaria, no se demuestra la presencia del bacilo de Koch en el jugo gástrico (eliminadas las posibles causas de error) y no disminuye el peso, aun en los casos de extensas infiltraciones y grandes adenopatías, puede esperarse la curación.*

Merece mención especial la influencia que la vacunación con el B. C. G. tiene sobre la evolución de la tuberculosis del lactante. En lo que se refiere al poder de protec-

ción de esta vacuna, no hemos de insistir, pues está suficientemente demostrado. En el Instituto Antituberculoso, desde el año 1924, se han practicado 21.600 vacunaciones en recién nacidos por vía oral, procedimiento al cual seguimos fieles hasta el momento actual; cuidan de la buena administración de la vacuna el médico de la familia, la comadrona y, por lo general, las enfermeras visitadoras del Instituto.

No hemos observado ningún accidente atribuible a la vacunación y en todos los casos se ha demostrado su eficacia.

Entre los 130 enfermos de menos de un año comprendidos en este estudio, 22 han sido vacunados con B. C. G., no obstante, no han sido separados del foco de contagio; dos de estos enfermos presentaron formas malignas de los grupos 1.º y 2.º, falleciendo a los pocos días de haber sido examinados; ocho han sido incluidos entre los sesenta y ocho del grupo 4.º con imágenes infiltrativas parenquimatosas, uno murió al cabo de un mes y otro curó a los cuatro meses, pero a los veintiocho meses falleció a consecuencia de hemoptisis, y los restantes curaron en un espacio de tiempo entre uno y seis meses, excepto dos, que tardaron trece meses; los otros doce, cuya edad oscilaba entre los cinco y once meses, en el momento de la primera exploración presentaban imáge-

nes de regresión o residuales y han continuado curados.

Es decir, de los 22 lactantes enfermos vacunados, 19 curaron en poco tiempo, lo cual confirma el pronóstico favorable de la vacunación, ya que con ella hemos podido comprobar una disminución de las formas malignas y de la meningitis, cuya frecuencia veíamos iniciarse al final del primer año de la vida.

El pronóstico de la tuberculosis pulmonar del lactante tiende cada día a mostrarse más benigno. La disminución progresiva de las formas malignas se viene observando desde hace mucho tiempo, pero últimamente, gracias a los medios profilácticos y de inmunización, se manifiesta de una manera más acentuada.

Nuestra guerra civil constituyó un período de difícil estudio, debido a la movilidad e inestabilidad de población; en la post-guerra ha continuado manifestándose la disminución progresiva de la mortalidad.

El empleo de los antibióticos y quimioterápicos ha planteado la cuestión más sobresaliente de la actualidad, por lo que se refiere al pronóstico; ésta es la de indicar los beneficios que estas terapéuticas pueden reportar en los casos de tuberculosis pulmonar del lactante como medio profiláctico y curativo.

De los resultados obtenidos has-

## OBRAS DE ARTE



### "Lucrecia"

Las cosas bellas que hoy admiramos representan obras perfectas del ayer que el tiempo convierte en clásicas. Sólo lo perfecto perdura.

• Escultura prodigiosa cincelada, en 1804, por Damián Campeny, Barcelona.

Entre las ESPECIALIDADES CUSÍ hay medicamentos clásicos, de médicos eminentes, útiles para curar.

Los medicamentos clásicos continúan siendo siempre eficaces; muchos de los medicamentos nuevos han decaído poco tiempo después de haber aparecido.

Lo nuevo, una vez consagrado, se impone, pero no debe olvidarse que los medicamentos clásicos siguen siendo específicos en la curación de muchas enfermedades.

|                                  |     |                                     |
|----------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Pomada de Pagenstecher . . . . . | Hoy | <b>POMADA OPTÁLMICA CUSÍ</b>        |
| Pasta de Lassar . . . . .        | "   | <b>DERMOSA CUSÍ ANTICONGESTIVA</b>  |
| Pasta de Dohi . . . . .          | "   | <b>DERMOSA CUSÍ ANTIECZEMATOSA</b>  |
| Pasta de Unna . . . . .          | "   | <b>DERMOSA CUSÍ REFRESCANTE</b>     |
| Pasta de Hodara . . . . .        | "   | <b>DERMOSA CUSÍ ANTI-IMPETIGOSA</b> |

## DERMOSAS CUSÍ

REPRESENTAN CONFIANZA Y SEGURIDAD  
PARA EL MÉDICO PRÁCTICO



**PAVERFILINA**

**3**

*derivado*

**LUMPAVERINA**

**ACETILCOLINA**

**PAPAVERINA**



*Orbita S.A. S.*

ta el presente, podemos deducir que su empleo puede, en determinados casos, evitar los procesos de diseminación hematógica. Respecto a los efectos curativos resulta todavía hoy difícil deslindar los beneficios atribuibles a la medicación de los obtenidos por la curación espontánea, casi siempre de evolución más rápida en el lactan-

te que en el niño mayor y en el adolescente.

La coexistencia, casi en todos los casos, de las dos lesiones, parenquimatosa y ganglionar, crea el dilema de que mientras el empleo de los antibióticos se halla indicado en las lesiones pulmonares, no se halla justificado en los casos de gangliomatosis intratorácica.

## EFFECTOS TERAPEUTICOS DE LA GLOBULINA GAMMA EN LAS AFECCIONES GRIPALES

Dr. JOSE MARIA GARIJO GRACIA  
Médico Puericultor y de A. P. D.

DE antiguo es conocido el importante papel que en la defensa de las infecciones tenía la movilización y exaltación de las defensas correspondientes a cada proceso patológico de etiopatogenia agotante. Este objeto tenían las diversas terapéuticas paraespecíficas (hemoterapia, leche, omnadina, etc.), que con tanto éxito se han venido usando por nuestros grandes clínicos del siglo pasado y de los tiempos actuales. La incógnita consistía en localizar dónde residía el agente eficaz que al ponerse en marcha, haría cambiar el curso de la enfermedad. La creencia de que el sistema reticulo-endotelial era el factor formador de anticuerpos, hizo pasar inadvertida la concepción de su origen linfoideo. Fué necesario que HECKTOEN, MURPHY, STURM hicieran experiencias de reducir el tejido linfoideo por los rayos X y demostraran la disminución de la producción de anticuerpos. Los trabajos de WHITE, DOGGERTY, SHACE y de MC. MASTER han impuesto la teoría de la localización en los linfocitos de las globulinas anticuerpos. Los antígenos estimulan la formación de anticuerpos en los ganglios

de la zona inyectada, como lo demuestra el hecho de que la linfa eferente los contiene en mayor cantidad que la aferente (HEILICH, HARRIS). Los anticuerpos están contenidos en los linfocitos y parece ser que formados por ellos, ya que colocados estos linfocitos en otro plasma linfático liberan dichos anticuerpos (HARRIS, GRIM), quedando demostrada la teoría del origen linfoide de los anticuerpos que formuló BUNTING en 1925. Los antígenos bacterianos serían liberados al ser destruidas las bacterias por los fagocitos (polinucleares) y por los elementos reticuloendoteliales, y a partir de estos antígenos o por su estímulo, los linfocitos en su intimidad elaboran los anticuerpos, o mejor la globulina-anticuerpo (HEILICH, HARRIS), a partir de la fracción gamma (KASS, TXOWELL). Los estudios de COHN y colaboradores demostraron que los anticuerpos son vehiculados por una fracción proteica del plasma, que es la globulina gamma, la cual representa el elemento fundamental de la inmunidad pasiva. JANSEN admite y demuestra que las proteínas plasmáticas están en equilibrio dinámico, por lo que se for-

man y renuevan continuamente, siendo la vida funcional de las mismas alrededor de cuatro semanas, así como que esta globulina gamma anticuerpo, no se forma por las modificaciones de la globulina gamma normal, sino que la función anticuerpo está vinculada en su estructura durante la síntesis de la misma, siendo esta síntesis realizada en una forma continua. Las descargas de globulinas en la sangre son reguladas directamente por las hormonas de la corteza suprarrenal e indirectamente por la hormona hipofisaria corticotropa. Quizá esta liberación hormonal de la globulina anticuerpo tenga lugar de una manera continua, pero es posible que aparezca la llamada reacción anamnésica de los inmunólogos, que consiste en que a un sujeto inmunizado anteriormente por determinado antígeno, una nueva administración de éste, hace subir pasajera y momentáneamente la tasa en sangre del anticuerpo correspondiente, obteniéndose el mismo resultado, aunque con menor regularidad cuando se administra otro antígeno cualquiera o una proteína banal, es decir, que cualquier estímulo capaz de actuar sobre la corteza suprarrenal conduce a una secreción hormonal que induce a los linfocitos a liberar su provisión de anticuerpos. Este es el fundamento de los buenísimos resultados obtenidos con los preparados corticales (suprarrenales) en todos los enfermos donde haya o se sos-

peche un fallo o agotamiento córtico-suprarrenal.

WISSLER, WODNDGE y STEFFE condicionan a una alimentación deficiente en aminoácidos los déficits inmunitarios y hacen resaltar la gravedad de las endemias y epidemias consecutivas a guerras o tiempos de mala alimentación de los habitantes de una localidad. Nosotros pensamos, basándonos en todos estos estudios, que si a un organismo enfermo, aparte de suministrarle el antibiótico adecuado al microorganismo responsable (virus, bacteria, hongo, etc.), exaltamos sus defensas agotadas en la lucha contra el proceso patológico, podríamos conseguir, aparte del aniquilamiento del mismo, un restablecimiento de la alterada biología humoral.

Merece la pena considerar ante el enfermo, aparte del antibiótico adecuado, el estado de sus defensas y los presuntos fallos de su organismo. Persuadidos de la realidad de estas investigaciones, hemos asociado en la reciente epidemia gripal en unos casos y en otros hemos empleado solo la Gamma Globulina Hubber a los antibióticos usuales; así como terapéutica coadyuvante los extractos córtico-suprarrenales y las vitaminas B, A, C, D, K, sin tener que lamentar ningún éxitus letalis.

Las conclusiones que se desprenden de nuestras historias clínicas las exponemos a nuestros compañeros para que cada uno juzgue y

vea si sus resultados son tan alentadores como los nuestros.

Disponemos de treinta casos, de los cuales exponemos uno muy grave y otro sencillo; todos ellos quedaron sin secuelas de ningún tipo.

*Historia núm. 1.* — H. L. A. C. Barbadillo. Edad, tres meses. Antecedentes familiares: No tiene contacto con tuberculosos. No hay abortos ni antecedentes mentales en los padres. Nacido de parto normal. Lactancia materna dos meses y actualmente mixta con leche condensada. Estreñimiento.

Historia actual: Ha tenido tos perruna, fiebre alta, grita mucho por la noche y se lleva la mano al oído; vómitos e intensa agitación con espasmos de vientre.

Es diagnosticado de bronconeumonía gripal y tratado con Penicilina y Terramicina; le hacen una paracentesis por su intensa agitación, según nos refiere la familia. Al ser visto por nosotros tiene una temperatura de 40-41°. Rigidez de nuca, tensión de fontanela, aleteo nasal y taquicardia muy acentuada. Signos de Brudzisky y Kernig débilmente positivos.

Tórax: Extertores húmedos sin soplo, matidez en tercio inferior en plano anterior y posterior.

Abdomen: Deshidratación de primer grado, sin hígado ni bazo, hay meteorismo y grita al hacer la exploración. Hace las deposiciones de tipo caprino y muy secas.

Lengua y labios muy secos, sin

manchas negras ni capa saburral. Oído derecho e izquierdo intensamente edematizados y con señales de la reciente paracentesis. No hay dolor al percutir mastoides. Los padres me hacen presente la ineficacia de los antibióticos empleados. Rechazan una punción lumbar des congestionante y nos decidimos al empleo de la Gamma Globulina Hubber.

A las nueve de la noche le es puesta la primera dosis, a las tres horas desciende la temperatura a 38-37'5°, le desaparece la agitación y los vómitos, toma alimento, se hace blanda la tos y empieza a dormir bien. El niño, según las referencias del padre, tuvo una gran agitación recién puesta la inyección, pero en seguida se presentó una gran crisis de sudor y descendió la temperatura en la forma expuesta. No se ha usado Simpatol ni Percortén que se tenían dispuestos. Obtenido este efecto, hacemos preparar unos supositorios de Aureomicina (200 mgrs. por supositorio), que le son administrados cada doce horas. Queda apirético y duerme francamente bien. A los tres días hay un nuevo ascenso térmico pese a la Aureomicina; se le pone otra ampolla de Globulina Gamma y desaparecen las oscilaciones térmicas. Como terapéutica coadyuvante, se ha puesto hepatohepato (un cc. alterno) y complejo B, así como en la convalecencia calcio y vitamina C (el hígado) y vitamina B para neutrali-

# HUBERMICINA



◀ **SIMPLE**



◀ **NORMAL**



◀ **FUERTE**



**POTENCIAL ANTIBIOTICO E INMUNITARIO**  
Moderna terapéutica polivalente de las infecciones víricas y bacterianas

# HUBERMICINA

## SIMPLE - NORMAL - FUERTE Potencial antibiótico e inmunitario

El problema del bajo nivel inmunitario de los pacientes tratados con antibióticos, ha sido totalmente resuelto con HUBERMICINA, en la que están representadas las funciones antibiótica y anticuerpo, lo que permite instaurar una terapéutica bacterioestática lograda por la Penicilina G. Potásica y la Dihidroestreptomocina, elevando al mismo tiempo la riqueza inmunitaria del paciente.

La Gamma Globulina que está incluida en HUBERMICINA aumenta el potencial defensivo humano frente a cualquier proceso infeccioso y vírico, resolviendo el problema inmunitario sin tener que recurrir a técnicas complicadas.

La asociación de Penicilina-Estreptomocina con la proteína plasmática Gamma Globulina, faculta el mantener la constancia del antibiótico en sangre durante largo tiempo.

### INDICACIONES

Bronconeumonías. - Neumonías. - Neumonitis vírica. - Amigdalitis. - Adenoiditis. - Meningitis. - Abscesos cerebrales y pulmonares. - Encefalitis. - Sinusitis. - Otitis. - Mastoiditis. - Endocarditis. - Pielitis. - Nefritis. - Cistitis. - Enterocolitis. - Bacteriemias. - Disentería bacilar. - Colectitis. - Peritonitis. - Procesos víricos diversos (Sarampión, Mononucleosis infecciosa, etc.). - Infecciones ginecológicas. - Erisipela. - Heridas infectadas. - Gangrena gaseosa. - Profilaxis y terapéutica pre y postoperatoria, etc., etc.

### PRESENTACIÓN

#### Hubermicina Simple

Penicilina G. Potásica

300.000 U.

Gamma Globulina 50 mg.

Precio V. P. 55. - Pts.

#### Hubermicina Normal

Penicilina G. Potásica

400.000 U.

Dihidroestreptomocina

0'50 gr.

Gamma Globulina 50 mg.

Precio V. P. 67. - Pts.

#### Hubermicina Fuerte

Penicilina G. Potásica

400.000 U.

Dihidroestreptomocina

1 gr.

Gamma Globulina 100 mg.

Precio V. P. 115. - Pts.

### DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

En general de una a dos ampollas diarias por vía intramuscular, siempre bajo control y criterio del facultativo.

**No existen contraindicaciones**

LABORATORIOS HUBBER, S. L.

BERLÍN, 38 - BARCELONA - TELÉFONO 30 70 32

I. G. VILADOT, S. L. - BARCELONA

zar los efectos tóxicos de la Aureomicina). A los seis días se le cambia la leche condensada por leche de vaca fresca con Maltomax y se le da un choque de vitaminas A y D. El niño ha ganado de peso y está completamente bien.

*Juicio clínico.* — Al agotarse o no responder las defensas naturales, no hacen efecto los antibióticos empleados; por eso las dos ampollas de Globulina Gamma, al reponer y estabilizar las alteraciones humorales y hacer activas las defensas, hace eficaz la Aureomicina empleada y resuelve el proceso.

*Historia 2.ª* — C. A. Salas. Lactancia materna sin antecedentes familiares. Costra láctea al mes y medio, que se le extiende por cara y cuello. Estreñimiento. Se acatarrá hace unos días, tiene fiebre alta y un foco bronquial del lado derecho, tos, temperaturas de 38-39° sin aleteo nasal. Por tratarse de un diatéxico exudativo y encontrarnos ante una reacción exagerada por la predisposición de estos niños a dar una nota alarmante en los procesos de este tipo, le tratamos únicamente con Globulina Gamma y dividimos el frasco en dos intervalos de doce horas. Después de la primera dosis ha descendido la temperatura y suavizado la tos, duerme bien y toma bien el alimento y a la segunda dosis no acusa ningún síntoma, pues le

ha desaparecido la tos. En este caso no se ha usado ningún antibiótico. Pomada de vitamina F, Maltomax y un jarabe de balsámicos que ya tomaba anteriormente completan este tratamiento. A los ocho días que volvemos a verla se encuentra perfectamente.

Los restantes casos de nuestra localidad de Castrillo de la Reina ofrecen la característica de febrícula, tos perruna e inapetencia, y se resolvieron todos con Globulina Gamma única y exclusivamente.

### Conclusiones

1.º El resultado de la Globulina Gamma usada por nosotros en todas las afecciones gripales ha sido rápido y eficaz, evitando las complicaciones y ascendiendo los anticuerpos circulantes.

2.º En un caso gravísimo hizo bajar la temperatura, ceder la prostración y cambiar la sintomatología, así como facilitó e hizo eficaz la acción del antibiótico usado.

3.º En los casos de iniciación es conveniente empezar el tratamiento con ella sola, y en la mayor parte de los casos no hace falta emplear antibióticos.

4.º En los casos rebeldes es de la mayor utilidad y eficacia su asociación con los antibióticos adecuados.

# Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Mes de Octubre de 1954

Día 15.—El muy ilustre señor Dr. D. Pedro DOMINGO, miembro numerario de esta Real Academia, y hoy Director del Instituto Nacional del BCG de Cuba, ocupa nuestra tribuna para hablar de *La selección de los candidatos a la vacunación BCG*.

El Presidente, Dr. COROMINAS, demuestra la complacencia que siente nuestra corporación por volver a tener en su tribuna la personalidad del ilustre conferenciante, que, ausente ahora de nuestra patria, vuelve a ella con frecuencia y se complace en cambiar opiniones con los miembros de nuestra Academia, que le tienen en el mismo afecto o mayor, si cabe, que cuando convivía con nosotros, a los cuales él corresponde generosamente enviando de vez en cuando a nuestra corporación noticias de los importantes trabajos que lleva a cabo en la República hermana, en la cual ocupa uno de los más brillantes cargos de la Medicina cubana.

El Dr. DOMINGO, después de corresponder efusivamente a la salutación del Presidente, dice que Cuba, por su condición de país isleño, sin razas aborígenas que pue-

dan considerarse mantenedoras de estados de sensibilidad especial, con núcleos urbanos y rurales ampliamente comunicados entre sí, con un apreciable grado de cultura media y una cultura sanitaria bastante cultivada, se presta bien al estudio de este fenómeno universal que es el descenso de la mortalidad tuberculosa que viene observándose en estos últimos años.

Dice que es indudable que sólo al médico corresponde esta disminución de la mortalidad por tuberculosis, pues él es quien, siguiendo la evolución de los nuevos descubrimientos y el mejor conocimiento de la infección tuberculosa ha dejado de dar importancia a ciertas medidas que antes se consideraban capitales, tales, por ejemplo, el empleo sistemático de la creosota, el uso de cubiertos especiales para el enfermo, para evitar la difusión de la enfermedad, para ver en el Sanatorio un elemento esencial de protección. Ha dejado de aconsejar la ingestión excesiva de alimentos como fuente de protección específica y ha encontrado en la vacunación por la vacuna de BCG una forma de ele-

var el nivel de protección, y así tantas otras cosas.

Cuba ha visto descender en 20 años las cifras de su mortalidad por tuberculosis desde 75 a 32 por 100.000. Esta disminución, de un 43 por 100, con ser mucho, significa una cifra modesta en relación con lo que se ha logrado en otras partes. Con relación a esta realidad cabe preguntar si ella es debida a una disminución del número de infectados. En tal sentido, esta pregunta viene contestada por el estudio de la infección precoz. Para su demostración proyecta el conferenciante un primer cuadro por el cual se ve que el índice de alergia tuberculínica en el niño durante el primer año de la vida ha variado, por lo que se refiere a la ciudad de La Habana, de 15,29 por 100 en el año 1930 a 24,00 por 100 en 1943.

La política sanatorial de Cuba no ha podido alcanzar los límites previstos necesarios, lo cual hace que muchos bacilíferos difundan la infección, especialmente aquellos para los cuales se halla la enfermedad en sus comienzos. Van a parar al Sanatorio los que se consideran bacilíferos en abundancia, pero difunden el germen multitud de enfermos ambulatorios con lesiones iniciales mínimas.

Pasa a considerar la relación que existe entre el número de niños enfermos de tuberculosis y la gran cifra general de niños alérgicos.

En Cuba, como en tantos otros países en los cuales no es obligatoria la declaración de la enfermedad tuberculosa, es muy difícil obtener cifras normales a este respecto. Pero, hasta cierto punto, existe una cifra que puede considerarse como índice, que es la del número de niños tuberculosos ingresados en los hospitales de La Habana.

El contagio masivo en el propio domicilio es la gran fuente de enfermedad; y el contagio de la calle es la gran fuente de alergia, o sea gente que se infecta en forma discreta, que les sirve para lograr un aumento de resistencia sin pasar por el estado de enfermedad.

Se puede llegar a las siguientes conclusiones:

Primera: Los modernos tratamientos reducen drásticamente la cifra de mortalidad del niño enfermo.

Segunda: La Vacunación por BCG ha hecho disminuir, también de una manera drástica, el número de enfermos entre los vacunados.

Tercera: En la población infantil sin vacunar la incidencia de la enfermedad tuberculosa no ha disminuído.

Esto permite ya señalar, en orden a la selección de los candidatos a la vacunación por BCG, que no es aconsejable, en un medio como el descrito, iniciar la vacunación en la edad escolar, sino que debe efectuarse tan pronto como

sea posible, después del nacimiento.

Según el Dr. DOMINGO, cada país ha de estudiar su problema, procurando saber si es necesario efectuar la vacunación del recién nacido o no; o bien si se hace en edad escolar, teniendo en cuenta que haciéndolo así se pueden perder muchos niños pequeños. Está bien practicar la vacunación escolar, pero la mejor es la de la infancia.

En Cuba, como en España, debe empezarse por el recién nacido, revacunando cuando haga falta. Y debe ponerse en claro lo que el BCG significa, para no dar lugar a falsas alegrías.

Con este criterio, la vacunación significa un positivo progreso, al cual debe acogerse el médico, creyendo que debe utilizarlo por ser el BCG de acción positiva.

Termina el Profesor DOMINGO su conferencia diciendo que, de todo lo dicho debe llegarse a alguna conclusión de carácter general.

Que en los países o regiones de alta endemicidad es necesario iniciar la vacunación por BCG desde los días que siguen al nacimiento.

Que para los niños mayores, que deban vacunarse por vía intradérmica, son precisas pruebas alérgicas que den la máxima seguridad de que no se está vacunando a niños ya infectados.

Que el anergeno tuberculínico bacilar se presta muy singularmente para las investigaciones alérgicas relacionadas con la selección

de los candidatos a la vacunación por BCG.

El Profesor RAMOS, después de ponderar como se merecen las palabras del Dr. DOMINGO, dice que de ellas pueden derivarse muy importantes sugerencias, de las cuales sólo recogerá algunas. En primer lugar afirma que la becegeterapia se practica ya hace algunos años en nuestra Facultad de Medicina. Refiere que en algunos casos de meningitis tuberculosa con encefalitis que, a los tres meses de tratamiento por isoniacida el enfermo empeoraba, se ha usado el BCG por vía intradérmica y se ha visto producir rápidamente un absceso, que supuraba, pero que curó aplicándole polvos de isoniacida. Han podido recogerse siete casos de estos fatales, y en todos ellos se obtuvo una mejoría rápida, desapareciendo los espasmos y logrando obtener radiografías normales. De modo que cree el Dr. RAMOS, que la becegeterapia es un arma magnífica. Pero el problema consiste en fijar cuál sea el momento oportuno de practicar la becegeterapia en estas formas graves. Opina el Dr. RAMOS, que en los primeros momentos deben emplearse los antibióticos, pero cuando ya está vencido el enfermo y el organismo no reacciona, cosa que suele ocurrir a los tres meses, es cuando debe estimularse aquella alergia. No todo se ha de reducir a luchar contra el germen, sino que es pre-

ciso también contar con el organismo.

Día 15.—En este mismo día, el académico numerario muy ilustre Sr. Dr. D. Luis SAYÉ habló de *La cuti-reacción con BCG*, empezando por exponer los trabajos de Frappiel y Geui comunicados en junio de 1948 al I Congreso Internacional del BCG. Según ellos, practicando la cuti-reacción en anérgicos o en tuberculino positivos con alergia atenuada, la reacción positiva se reconoce a las 24 horas, caracterizándose por edema y enrojecimiento de 1-3 milímetros. Los autores comprobaron, que en el 22,9 por 100 de las 626 personas examinadas con reacciones negativas a altas dosis de tuberculina, con esta técnica se demostraba la «Alergia tuberculosa total», o sea a la tuberculina, a las proteínas bacilares y a los cuerpos bacílicos.

Desde el mes de abril del presente año, en el curso de la observación de niños vacunados en forma intensiva por vía digestiva, el disertante ha examinado el resultado de la cuti-reacción con BCG vivo (CB) con el fin de investigar su posible utilidad para reconocer la infección virulenta en los vacunados. El número de observaciones es de 204; 101 corresponden a infectados con germen virulento, y 103 a vacunados, aparentemente sin la infección virulenta. La emulsión de BCG empleada procedía del Laboratorio Municipal de Barcelona, en cuya sección de BCG, éste se pre-

para con una cepa recibida recientemente del Instituto Pasteur de París, que contiene 10 centigramos por centímetro cúbico, y el autor ha empleado también el BCG del mismo Instituto, haciendo la dilución, que contiene 7 centigramos y medio por centímetro cúbico.

La técnica empleada fué la siguiente: previa la desinfección de la piel de la región deltoidea con éter, se practican dos escarificaciones de medio a un centímetro sin provocar salida de sangre, y separadas por un espacio de 2 centímetros, practicando la inferior a través de una gota de la emulsión de BCG; se cubre la zona escarificada con una gasa esterilizada, que se deja aplicada por espacio de 24 a 48 horas. A nivel de la escarificación con BCG y en la parte interna del brazo se practica un tatuaje a través de una pequeña gota de tinta china esterilizada, con el fin de reconocer, al reabsorberse la inflamación, la zona en que se haya practicando la reacción. De igual modo se procede en los vacunados por vía digestiva. Practicando una sola punción con una aguja para inyecciones intradérmicas el tatuaje es muy pequeño y no alcanza a un milímetro.

Los tipos de reacción observados han sido: la reacción *negativa*: la lectura a las 24-72 horas no revela diferencia alguna entre la escarificación testigo y la hecha a través el BCG; el *tipo tuberculínico* se caracteriza al tacto por un ligero

relieve y un enrojecimiento de uno a tres milímetros, pudiendo distinguirse o no la línea de escarificación; raras veces, a los 8 ó 10 días se observa una descamación superficial en la zona central de aquélla; otras veces se observa el tipo queoide en los períodos iniciales y terminales de la reacción, incluso algunas veces una erupción folicular de 12 a 20 elementos. En el tipo *tuberculínico descamativo*, el diámetro de la reacción edematosa y eritematosa es ya mayor desde el principio, de color rojo intenso, y a los seis u ocho días se ha formado una costra a lo largo de la escarificación, costra que persiste por espacio de una a tres semanas, dejando una zona infiltrada dura, que se reabsorbe lentamente. El tipo *supurativo abortivo*, que se comprueba entre las 24 y 48 horas y se caracteriza por la intensidad de la infiltración y del enrojecimiento, y por la formación de pus en la línea de escarificación.

No se puede determinar con precisión el tiempo que dura la evolución de los distintos tipos, sino únicamente decir que, en términos generales, el tipo tuberculínico en los vacunados persiste por espacio de dos a tres meses y que el descamativo y el supurativo abortivo son de duración más prolongada.

En ningún caso se ha observado adenopatía regional ni la aparición de síntomas anormales que puedan atribuirse a la cuti-reacción con BCG.

A continuación proyecta el Doc-

tor SAYÉ unos cuadros comparativos de los resultados de la cuti-reacción con BCG en infectados con germen virulento; los tipos reaccionales y la alergia tuberculínica en infectados con germen virulento, con alergia negativa o atenuada y con alergia positiva y los tipos reaccionales y alergia tuberculínica en vacunados aparentemente sin la infección virulenta.

El Dr. MIRALBELL CENTENA, después de elogiar la interesante aportación del Dr. SAYÉ dice que sus observaciones personales le han demostrado que la diferencia entre los resultados de la cuti-reacción en un enfermo o en un vacunado se basan en la prontitud de reacción. El vacunado reacciona a las 24 horas, o sea que su reacción es predominantemente alérgica; y en cambio, en el contagiado se produce un eritema en el que predomina el nódulo; y cree que lo más significativo es el nódulo y su persistencia.

Día 26.—El Dr. Eliseo SUBIZA, Jefe de los Servicios de Alergia del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y del Departamento de la Alergia del Instituto Nacional de Medicina del Trabajo, ocupa nuestra Tribuna. El Presidente, Dr. COROMINAS le saluda en nombre de la corporación y se complace de que una personalidad de tanto relieve venga a nuestra ciudad a hablar de un tema tan interesante en la Medicina del Trabajo, y de tanta importancia desde los

puntos de vista social y económicos como el de la *Alergia en la Industria*.

Agradecidas por el Dr. SUBIZA las palabras que le ha dedicado el Sr. Presidente, entra en el desarrollo de su conferencia diciendo que ya desde mucho antes de conocerse los fenómenos de hipersensibilidad se conocía la existencia de dermatosis profesionales por contacto, así como la existencia de ciertas manifestaciones, hoy comprobadas como alérgicas, que afectan al aparato respiratorio, tales como el asma de los algodonereros, el asma del cromó, etc.

Es difícil poder catalogar a los alérgicos profesionales, pues si bien en algunas ocasiones el diagnóstico es sencillo, en otras no lo es tanto. Una primera dificultad estriba en la posibilidad de que una persona alérgica lo sea por causa extraprofesional, y no por el ejercicio de su trabajo. Por otra parte, existe un grupo de afecciones alérgicas, que podría decirse lo son en tono menor, que es muy difícil de atribuir a una causa profesional. Y, aparte de todo ello, hay una disparidad de criterios entre los distintos autores para lograr el encasillamiento de las distintas enfermedades.

Por todas estas razones, cree el Dr. SUBIZA que, mejor que hacer una exposición exhaustiva de las causas de alergia profesional, es mucho más interesante conocer las

características de la sensibilización laboral.

En principio, podremos considerar el fenómeno de la sensibilización como el producto patológico de un individuo predispuesto, que se ponga en contacto con un alérgeno sensibilizante. Además, debe tenerse en cuenta que hay casos en que la predisposición individual lo es todo y el alérgeno es puramente circunstancial, al frente de otros en los cuales la predisposición individual es poco manifiesta y el alérgeno tiene una potencia tal que por sí solo es capaz de originar la sensibilización.

La primera variante, es decir, la que considera a la predisposición individual como el factor más importante, es, quizá, la más conocida y la que se alega quizá también con demasiada insistencia. Se trata de individuos que captan de una manera extraordinaria todos los sensibilizantes, y que al nacer ya revelan esta predisposición que les llega del mundo exterior, que son los alimentos, a la acción de los cuales reaccionan con el conocido cuadro del eczema exudativo del lactante. Más tarde pueden cambiar estas manifestaciones alérgicas de eczemas por asma, y así sucesivamente su sensibilidad se va haciendo más polivalente.

La segunda variedad tiene interés porque corresponde, muchas veces a las alergias que se observan por efecto de las distintas profesiones. En ellos el factor heredi-

tario y constitucional no suele ser tan evidente, pero, en cambio, resulta apreciable el contacto masivo con determinados alérgenos que han demostrado poseer una potencia alergizante importante.

Para comprender la sensibilización del hombre debemos tener en cuenta que hay una *predisposición individual*, que depende de diferentes factores. Por una parte, hay que tener en cuenta la herencia, pero existen también otros factores coadyuvantes de la sensibilización. En el campo de los factores individuales, si consideramos la carga alérgica familiar de un núcleo de niños con asma, observaremos la importancia que en estos casos suelen tener los factores genéticos. Veremos que casi todos ellos tienen antecedentes familiares de enfermedades alérgicas. En cambio, si consideramos en un grupo de asmáticos adultos el factor herencia, veremos que la carga alérgica familiar tiene menos importancia, aunque siga manteniéndose en valores aproximados del 40 al 50 por 100 de los casos.

Si observamos, por otro lado, que los alérgenos que sensibilizan en el asma no pueden considerarse como excesivamente patentes, no tendremos más remedio que aceptar, para estos casos, que una serie de factores que influyen fuera de la vida uterina han creado un estado que facilita que el individuo se sensibilice. En estos casos, decimos que esos factores son

de predisposición adquirida, ya que también tiene cierto interés para comprender algunos factores de la alergia laboral.

Los factores facilitadores pueden distinguirse en endógenos y exógenos.

Son factores endógenos todos aquellos traumas psíquicos que pueden tener influencia sobre la labilidad del sistema nervioso vegetativo. Lo mismo puede decirse de los estigmatizados en este sistema por ciertas influencias endocrinas, tales como el hipertiroidismo u otras. Este hecho es digno de tenerse en cuenta, pues muchos tratamientos correctos hiposensibilizantes no producen efecto si no se procura corregir la alteración tiroidea.

Entre los *factores exógenos* tienen interés todos aquellos que alteran, por un procedimiento mecánico, físico o químico las defensas de nuestro organismo, favoreciendo de esta manera la penetración del alérgeno.

A continuación refiere el Dr. SUBIZA algunos casos prácticos para demostrar la acción de estos factores exógenos.

Por lo que se refiere a la alergia dermatológica, la importancia en Medicina del Trabajo es extraordinaria. Aproximadamente el 1 por 100 de la población laboral padece de dermatosis de trabajo, tanto que en los Estados Unidos consideran que estas enfermedades ocasionan la pérdida de mayor can-

tividad de horas de trabajo que todas las enfermedades profesionales juntas.

Las dermatitis por contacto de sustancias tóxicas forman un importante capítulo dentro de las dermatosis profesionales y son debidas, casi siempre, a la manipulación de productos cáusticos, alcalinos, sales muy concentradas y de efectos perjudiciales para la piel. Asimismo deben englobarse en este grupo de toxicodermias aquellas lesiones foliculares producidas por el contacto de aceites minerales.

Deben de tenerse en cuenta también aquellas sustancias que, además de su acción tóxica sobre la piel por simple contacto, poseen nones metálicos que facilitan la sensibilización, como ocurre por ejemplo con el cemento que, a veces, contiene partículas infinitesimales de cromo que facilitan la acción irritativa de aquellas sustancias.

Las resinas, gomas, barnices y materias plásticas son también potentes alérgenos. Es conocida, por ejemplo, la frecuencia con que se observa la alergia a la laca para uñas y también la frecuencia de la sensibilización a la trementina contenida en la cera para faenas domésticas. Los oficios que más perjudicados resultan por el uso de estas sustancias son: ebanistas, pintores, fabricantes de plástico, etcétera. Otras sustancias de este grupo vegetal, que actúa como po-

deroso alérgeno, es el caucho y sus derivados. En la industria textil, tintorería, peletería y peluquería se emplean anilinas, colorantes azoicos y otras sustancias capaces de sensibilizar. Las medias de nylon pueden originar una reactivación extraprofesional de este tipo de sensibilidad, por acción de sus colorantes. Los persulfatos, los antibióticos, ciertas drogas como el yodoformo, salvarsán, etc., pueden ser causa de dermatitis por contacto.

Por lo que se refiere a la *alergia respiratoria*, el problema, desde el punto de vista profesional, tiene menos importancia si se admite como enfermedad alérgica profesional aquella en que el alérgeno sensibilizador ha de ser proporcionado por el trabajo. Entre los asma auténticamente profesionales, puede contarse el asma de los agricultores y oficios rurales, que mejoran sensiblemente al trasladarse a la ciudad. Sus causas están ligadas al ambiente rural y no son auténticamente profesionales, ya que pueden trascender a otras personas no profesionales que vivan en la misma localidad.

Refiere luego el asma de los entomatólogos, que trabajan con parásitos intestinales; el de los molineros, que sufren con relativa frecuencia de asma y rinopatía alérgica; el asma de los impresores, que parece debida a la goma de acacia que se emplea para espesar la tinta de imprimir; la de los obre-

ros que trabajan en las fábricas de insecticidas, probablemente por la acción del pelitre; la de las industrias cosméticas, por la acción de la raíz de lirio; la de los algodoneeros, quizá por la acción de restos de semillas que existen en el algodón en bruto. Asimismo los farmacéuticos pueden sensibilizarse a la ipecacuana, ruibarbo, harina de linaza, etc.

Y, para terminar, refiere la alergia respiratoria observada en los ebanistas y carpinteros que trabajan maderas tropicales (Ukola, Nevero, Tokaseyoko, etc.). Los obreros saben que cuando trabajan con estas maderas tienen estornudos, lagrimeo, picor de ojos y, en algunas ocasiones, fenómenos asmógenos. Y se refiere, por último, al asma de los obreros del cáñamo y del esparto, indudablemente existente, pero cuyo origen no se ha podido demostrar en forma experimental.

#### Mes de Noviembre de 1954

Día 17.—En este día ocupa la tribuna el académico numerario muy ilustre Sr. Dr. D. Luis TRÍAS DE BES, para desarrollar la conferencia que lleva por título: *Consideraciones acerca del tratamiento de las endocarditis lentas por los antibióticos durante los diez últimos años.*

Empieza diciendo que entre los éxitos terapéuticos alcanzados por la penicilina, una de sus conquis-

tas mejores fué, indudablemente, su aplicación al tratamiento de las endocarditis lentas. Hasta 1943 en que el Comité Inglés de Terapéutica considera que la endocarditis no era tributaria de la penicilina, podía admitirse que su mortalidad era de un 100 por 100. Fué LOEWE quien, en enero de 1945, sobreponiéndose a la nota pesimista inglesa, ensayó su empleo en 12 casos, obteniendo la curación en 7. Su ejemplo es imitado por los americanos y es desde aquella fecha que ha entrado el tratamiento de la endocarditis lenta decididamente por la vía de los antibióticos. A partir de entonces se repiten las publicaciones refiriendo curaciones de endocarditis lenta por la administración de penicilina en diferentes dosis.

Así fué siguiendo el optimismo hasta llegar a 1947, en que PRIS llegó a la conclusión de que la endocarditis lenta es una enfermedad curable en un 100 por 100. Esta euforia continuó hasta 1949 en que empiezan a publicarse casos en que la penicilina no ejerce ninguna acción.

Para hacer más comprensible esta afirmación, el conferenciante proyecta un cuadro en el que expone los resultados obtenidos en su servicio del Instituto Municipal de Infecciosos. Por él se ve que a partir de 1949 disminuye notablemente el número de casos de endocarditis negativa, lo cual atribuye el Dr. TRÍAS al empleo de los antibió-

ticos que hacen reducir el número de casos de endocarditis positiva.

Ahora bien, si la morbosidad por la endocarditis lenta ha disminuído, no ha ocurrido lo mismo con su mortalidad. Es decir, si ha disminuído el número de enfermos, en cambio ha aumentado el índice de mortalidad.

En el primer año se logró curar 23 enfermos de entre 33. Hoy, de 17 casos, sólo hemos logrado negativizar 9, lo cual da un porcentaje de 52,9 por 100 inferior al anterior.

Este hecho es tanto más significativo por cuanto los tratamientos que se empleaban antiguamente ahora los consideraríamos ridículos, pues antes se empleaban dosis que hoy serían manifiestamente exiguas. Y en cambio, ahora que empleamos dosis mayores, la mortalidad ha aumentado.

No parece sino que la eliminación de los gérmenes sensibles es un hecho positivo. Pero, en cambio, las nuevas implantaciones son más resistentes, siendo del tipo *viridans sanguis*, *enterococo fecalis*, etcétera., que son de distinta especie de los *viridans mitis*.

¿Cuáles son los factores de esta resistencia? El Dr. TRIAS los clasifica en cuatro grupos:

1.º Endocarditis lentas en las cuales el germen es generalmente resistente por sí mismo.

2.º Otro grupo formado por re-

infecciones cardíacas, es decir, por enfermos que habían sufrido de endocarditis, que aparentemente curaron y vuelven a repetir.

3.º Endocarditis por infección mixta, o sea, que se trata de una doble acción causal bacteriana.

4.º Finalmente, enfermos con hemocultivo negativo.

Esos cuatro factores influyen en que la estadística sea menos favorable a los antibióticos.

A juicio del conferenciante, cuando no se logran resultados favorables con la penicilina tampoco se logran con los antibióticos bacteriostáticos. O sea, que la acción bactericida es mejor que la bacteriostática.

Influye en la mortalidad el hecho de la reinfección endocárdica, que puede ser provocada por gérmenes distintos o por gérmenes de un mismo tipo. En algunos casos contribuyen en la infección dos gérmenes distintos. Se llega, pues, a la conclusión de que, para las endocarditis lentas, son factores adversos la reinfección, la asociación por distintos gérmenes y la condición gémica del paciente.

Pero quedan las endocarditis lentas con hemocultivo negativo, las cuales continúan siendo un enigma y un verdadero quebradero de cabeza para los que se ocupan de ellas. Y es de notar que desde hace unos años se observa un aumento de las formas negativas

con relación a las positivas y en una proporción tan grande que aquéllas llegan a duplicar y aun a triplicar a éstas.

Es posible que estas formas tengan también un origen bacteriano, pero los gérmenes permanecen ocultos, reaccionan distintamente y la enfermedad es inasequible a los antibióticos.

El autor cree que este aumento de las formas negativas podría atribuirse a ciertas formas de alimentación en sentido restrictivo, como ocurrió en España a raíz de nuestra guerra civil. En los antecedentes de esos enfermos que sufrían y sufren endocarditis lentas y negativas se comprueban antecedentes carenciales que llaman la atención, como el hecho de haber tomado parte activa en la guerra, haber estado en campos de concentración, cárceles, etc., que permiten relacionar una cosa con otra.

Clínicamente, estas formas se parecen a las positivas, pero así como en éstas el desarrollo dura de seis a siete meses, en cambio, en las negativas, su evolución es de uno a tres años; lo cual ha hecho que algunos médicos hayan cometido el error de darlas por curadas.

Termina su disertación el Doctor TRÍAS diciendo que, a pesar de que su comunicación tenga un tono pesimista, él cree que debe seguir luchándose en espera de que surjan nuevos antibióticos que ataquen a los gérmenes hoy resisten-

tes y que se siga un método de tratamiento más eficaz. Cree que es de gran importancia la precocidad del diagnóstico y del tratamiento a dosis elevadas. Con un hemocultivo precoz y un tratamiento a altas dosis pueden mejorar mucho las estadísticas. Todo enfermo joven portador de una lesión valvular que se halle en estado febril y cuya duración sea superior a una semana, debe considerarse como afecto de endocarditis lenta, aunque su hemocultivo resulte negativo.

El académico numerario Dr. SOLER Y DOPFF alaba sin reservas la brillante disertación del Dr. TRÍAS y hace incapié en la necesidad de seguir sus consejos, porque la endocarditis lenta, aunque en proporción más reducida que en años atrás, sigue siendo una de las pocas infecciones en las que se dan casos de incurabilidad.

El Presidente agradece al Doctor TRÍAS su importante comunicación y hace recalcar el hecho de que la afirmación del conferenciante de que al principio se lograba curar endocarditis lentas con cantidades de penicilina que hoy parecerían ridículas, se ha visto en todas las demás formas de enfermedades infecciosas. Así, en la bronconeumonía, eran espectaculares los resultados que en 1945 se lograban con algunas decenas de millares de penicilina, y hoy requieren millones. Y es muy sensible que este abuso inmoderado de los antibióticos se haya desarrollado

tanto en Barcelona, en cuya Real Academia de Medicina levantó por primera vez su voz FLEMING contra el empleo de aquel antibiótico en enfermedades para las cuales no se requería en absoluto su uso, dando la voz de alarma por el peligro que ello podría representar al dar lugar a la creación de cepas bacterianas penicilino-resistentes. Y esto es lo que ha sucedido. Por esta razón, los laboratorios productores se ven obligados a buscar constantemente nuevos preparados antibióticos que suplan a los que van resultando inactivos o poco activos. Por esta razón el médico consciente no debe dejarse llevar del afán que tienen muchas familias de emplear, venga o no venga a tono, nuevos preparados cuyas excelencias no se cansan de publicar las firmas productoras.

Y agradece al Dr. TRÍAS DE BES sus siempre interesantes aportaciones, sobre todo estas que se refieren al problema de la endocarditis lenta, que ha sido de los primeros en estudiar en nuestra Patria.

Día 19.—En este día ocupa nuestra tribuna el Profesor Dr. D. Ricardo ERCOLE, de Rosario (Argentina), para dar una conferencia con el título de: *Incontinencia de orina en la mujer*.

Después de unas palabras de salutación por el Presidente Dr. COROMINAS, el académico numerario Dr. PUIGVERT hace la presentación del conferenciante, de quien dice que es una de los más constipos

representantes de la especialidad urológica en aquella República Sudamericana. Sus publicaciones científicas son numerosas e importantes y hoy ocupa uno de los lugares más destacados entre los hombres de ciencia de aquel país, que ha sabido en pocos años ponerse al nivel de los pueblos más cultos.

El Dr. ERCOLE empieza su conferencia dando las gracias al Presidente por haberle dispensado el honor de ocupar nuestra tribuna, que para las Repúblicas Sudamericanas tiene el valor de la Representación de la importante cultura médica de nuestro país y dice que se siente sobrecogido de poder hablar en un edificio erigido hace dos siglos para enseñanza de la cirugía en Barcelona.

Dice que va a ocuparse de un tema de patología femenina que considera fundamental, en parte por su frecuencia, ya que un 50 ó 60 por 100 de las mujeres presentan incontinencia en cierto grado, aunque sólo sea de esfuerzo y, además, porque este aspecto de patología femenina no ha sido demasiado tratado en forma universal. Dice que se refería únicamente a la incontinencia uretral, prescindiendo de aquéllas debidas a una solución de continuidad de la vejiga, ectrofia vesicular, etc. Dice que, según su criterio, el mecanismo esfinterovesiculouretral no tiene la misma jerarquía en el hombre que en la mujer, ya que en ésta

no existe un esfínter estriado tan bien desarrollado como en el hombre y, además, porque por las relaciones de vecindad con el aparato genital, está más expuesto a los procesos traumáticos del parto, lo que hace que sean mucho más frecuentes las incontinencias en la mujer que en el hombre.

Es muy importante conocer la anatomía y la fisiología de estas partes para poder fundar mejor el tratamiento de esta enfermedad. Bastará decir que el mecanismo esfinteriano-vesículo-uretral no tiene igual mecanismo que en el hombre. Un mecanismo representa la suma de una serie de factores estáticos y dinámicos, casi más importantes los primeros que los segundos, ya que aquéllos son los que condicionan la continencia. Existen dos elementos dinámicos: esfínter liso del cuello vesical y esfínter estriado. El liso está mantenido en su posición a través de los ligamentos uretrales y de un elemento dinámico fundamental, que son las fibras que mantienen el nivel y que sostienen el tono. La relajación de las fibras tubocóigeas junto con la contracción de los músculos abdominales y la inmovilización del diafragma son los que originan el paso de las primeras gotas de orina. Desde el punto de vista terapéutico, este hecho tiene una importancia fundamental. La forma en S de la uretra, que desaparece en la incontinencia, constituye un elemento estático.

El sistema simpático influye poco en el acto miccional y es el parasimpático el elemento nervioso de la evacuación de la vejiga y de enervación de los elementos musculares del periné.

Son varios los factores etiológicos que pueden provocar las incontinencias. Unos pueden ser de carácter local, como, por ejemplo, los partos. Otros, de orden general, que pueden ser hormonales o factores neurógenos de enervación.

Analizando los factores que condicionan la incontinencia, pueden distinguirse: incontinencia de orina por rebosamiento, incontinencia por aumento de la sensibilidad vesicular y aumento del tono; incontinencia por alteraciones del mecanismo esfinterovesicular, que es el que interesa desde el punto de vista terapéutico. Esta incontinencia puede ser producida por cistocele, uretrocele, partos, embarazos y deficiencia neuromuscular.

Ante una incontinencia de orina, ¿cuál ha de ser nuestra conducta? Lo primero que debe hacerse es averiguar el factor etiológico y el mecanismo de producción, por lo cual es preciso prestar gran atención al interrogatorio, ya que a veces por él solo se puede llegar al diagnóstico. Además de un buen interrogatorio debe hacerse un examen neurológico, urológico, genital y del aparato urológico. Si conviene, puede completarse el examen neurológico con una radiografía de la columna lumbosacra.

El examen genital debe dirigirse hacia el estudio del carácter de los partos e intervenciones que haya sufrido la mujer. Respecto al aparato urinario, además del examen general debe hacerse un estudio radiográfico, endoscopia, cistometría y un estudio cistográfico.

En muchos casos, el mecanismo está debilitado, pero es continente, más si se le agrega otro factor, éste es el que produce la rotura del equilibrio. Así, por ejemplo, curando una cistopatía, la enferma puede recobrar su continencia.

Finalmente se hace la cistografía. Se le ha dado mucha importancia y hay diversos procedimientos para el estudio de la vejiga y la uretra. El conferenciante dice que practica sistemáticamente la cistografía estando la enferma acostada, de pie y con esfuerzo; o sea, tres placas en posición antero-posterior y sólo en casos de mucho grosor se practica una oblicua.

Pocas palabras para hablar del tratamiento, que corresponde más bien a los tocólogos. El tratamiento de la incontinencia consiste en vigilar el parto, y gracias a la mejor orientación de los partos el número de incontinencias ha disminuido mucho y debe disminuir más. En las mujeres multíparas, que es donde más se observa la incontinencia, ésta suele ser de esfuerzo. Tiene mucha importancia el tratamiento de reeducación funcional. En las mujeres ancianas se obtie-

nen a veces buenos efectos con tratamiento estrogénico.

El conferenciante dice que hace 15 años practica el tratamiento de las incontinencias de orina mediante la electro-coagulación del cuello por tres puntos y con ello obtiene un 75 por 100 de curaciones. Sin embargo, a la larga, estas enfermedades pueden recidivar. Si fracasa, puede repetirse, y a veces se obtiene la curación después de la tercera intervención. Como este procedimiento es muy sencillo, ambulatorio, puede repetirse varias veces.

El gran número de intervenciones quirúrgicas que se ha descrito para curar la incontinencia de orina en la mujer demuestra bien a las claras que no hay ninguno perfecto y cada urólogo procura encontrar el mejor.

Si se tiene en cuenta que el factor fundamental de la evacuación vesicular está condicionado por la relajación de las fibras del elevador, o sea por el descenso del cuello, se ha de aceptar que en el tratamiento quirúrgico lo fundamental es poder aplicar nuevamente el cuello en su sitio, en su posición normal. O sea, que lo fundamental es elevar el cuello, cosa que es muy factible y, en cambio, es imposible, con una sola operación, reconstruir el elemento muscular de la uretra o del cuello.

Día 30.—El académico correspondiente Dr. FARRERONS Co, anuncia su conferencia con el título de *En-*

*sayos entre lo barroco y lo clásico en medicina* y dice que el objeto de la misma es ofrecer a la consideración de los Señores Académicos el resumen de un libro que ha de llevar el mismo título, en el cual trata de la revisión de algunos capítulos de la Historia de la Medicina.

Cabe estudiar la Medicina barroca y la Medicina clásica. Pero no puede hacerse aisladamente esta diferenciación, porque coexisten, si bien la mayor o menor proporción de cada uno de aquellos elementos es lo que proporciona el colorido a la Medicina, o sea, lo que caracteriza a los períodos barroco y clásico.

No hay duda de que existe una Medicina barroca, de la misma manera que se habla de pintura, escultura o arquitectura barrocas; de igual manera se puede hablar de Medicina clásica, pintura clásica, etcétera.

Se ha de tener en cuenta la circunstancia de que, como dice Lain Entralgo, la Medicina se modifica después de lo que han hecho el arte, la religión, la filosofía, etc., lo cual es comprensible, ya que siendo el sujeto de la medicina el hombre, es natural que la idea que se tenga de él en otras ramas del saber influya en los métodos empleados para averiguar su dolencia o aplicar los remedios para combatirla.

Estos elementos que se mezclan, se obscurecen y reviven, confieren

una tónica especial a la Historia de la Medicina, que podemos describir así: medicina barroca, que va desde la aparición del hombre en la Tierra hasta 500 años antes de Jesucristo. Con Galeno terminaría esta época en que se consideraba al hombre como un ser magnífico e inigualado. Más tarde, la Medicina se humaniza y en la baja y en la media se llega al descubrimiento de la circulación de la sangre, lo cual convierte en dinámico lo que hasta entonces se creía que era traslado de espíritu en función vegetativa.

Por lo que hace referencia a la época clásica, puede considerarse que va desde el tercer milenio antes de Jesucristo hasta el siglo v de nuestra era. El concepto de clasicismo se empezó a emplear en la Edad Media, a raíz del Renacimiento.

Si se consideran los años más cercanos a nuestra época, quizá se piense que no hay ya movimiento de vaivén. Pero, sin embargo, éste perdura. En efecto, vemos que en el siglo xviii privan el movimiento de los anilistas, el del vitalismo, etcétera.

Es corriente creer que la Medicina clásica empieza en Hipócrates, pero, en realidad, debe situarse su comienzo en épocas muy anteriores, siendo Hipócrates quien la sistematizó.

Cabe hablar también de la Medicina árabe, entendiéndose por tal aquella cuyos textos se encuen-

tran escritos en árabe, aun cuando muchos de sus autores fuesen españoles, persas, etc. La Medicina árabe es ornamental, barroca y puede decirse que fué la que infundió carácter a la Medicina de Salerno, de raíz hipocrática, en intenso contacto con los monjes de Montecasino, punto de partida de toda la Medicina moderna.

Posteriormente viene la época de la Yatrofísica, en la cual todo se explica mecánicamente y se pretende explicar todo lo referente al cuerpo humano mediante fórmulas algebraicas.

A pesar de todo, se mantiene la creencia en el poder mágico. Así, por ejemplo, se creía que la imposición de las manos de los reyes curaba las enfermedades, y se dice que Luis XVI llegó, en una ocasión, a imponerlas 2.700 veces.

Por aquellos tiempos era más importante conocer el pronóstico que el diagnóstico, y por esta razón se hacían ofrendas a los dioses y se examinaban los hígados de las aves sacrificadas.

De aquellas épocas remotas procede el uso de muchas joyas, que hoy siguen usándose desconociendo su origen. Así, por ejemplo, la pulsera que llevan las mujeres fué, antiguamente, un amuleto con el cual pretendían retener en las muñecas el latido de la vida.

Este concepto de la Medicina vuelve a tener importancia entre los monjes de la Edad Media. En aquella época, el hombre se hace

otra vez pequeño, cree en entes y en dioses y resurge la astrología. El hombre es considerado como un microcosmos y se supone que quien conoce el Universo conoce al hombre, y al revés. Por ello, mediante las estrellas, se puede saber el destino del hombre.

La alquimia adquiere también mucha importancia, y los medicamentos maravillosos, como la triaca, que estaba compuesta por noventa substancias, la principal de las cuales era la carne de víbora, se mantuvo por espacio de 1.300 años, conservando Venecia la exclusiva de su fabricación. Podríamos decir que la Medicina barroca se encuentra hoy en manos de los radiestesistas (radiestesia).

Para terminar, dice el conferenciante que es lógico que los clínicos actuales intenten explicar todo aquello que no pudo explicarse en tiempos remotos. Así, por ejemplo, por qué razón después de hablar con determinada persona nos sentimos eufóricos y, en cambio, con otras deprimidos. Ortega y Gasset dice que hay seres rebosantes de vitalidad y seres que carecen de ella; los primeros nos animan, los segundos nos deprimen.

El Presidente, Dr. COROMINAS felicita al conferenciante por su interesante aportación, pero cree de su deber llamar la atención al Doctor FARRERONS, porque le cree inclinado a creer fácilmente en esos poderes mágicos a que ha hecho referencia, cosa que la Medicina

moderna no puede admitir. Se refiere al libro de Ambrosio Paré, quien, a pesar de ser un experto cirujano y hombre eminente en su tiempo, explica en su libro la expulsión de fetos con cabeza de un animal cualquiera y otras cosas por el estilo, que incluso aparecen grabados en su libro. Pero, es verdad que siempre que se refiere a hechos de esta o parecida naturaleza no afirma haberlos visto, sino que habla sólo por referencias, lo cual indica que en tiempos remotos se creía fácilmente en cosas no explicables.

La Medicina filosófica que tanto privó en los siglos XVII y XVIII fué barrida por los anatómicos e histólogos alemanes y franceses y especialmente, a partir de la Medicina experimental de Claudio Bernat.

El clínico ha de tener siempre en cuenta la influencia del sistema nervioso en patología humana y acoger con reserva muchos de los resultados, que aparecen como milagrosos, obtenidos mediante el psico-análisis que, bien mirado, sólo influye sobre determinadas personas, que las más de las veces ya acuden al médico con intención de dejarse influir.

#### Mes de Diciembre de 1954

Día 14.—El académico corresponsal, Dr. D. Manuel MIRALBELL CENTENA profesa una conferencia con el título de *Aportación al diagnóstico y, en especial, a la profilaxia*

*de la escarlatina*. Dice que incluye en el calificado de escarlatina desde las formas más atenuadas hasta las que presentan el cuadro completo.

Actualmente, se consigue curar bien a los escarlatinosos y que los hermanos no se contagien. Pero antes de la aparición de las sulfamidas y de los antibióticos también se obtenían buenos resultados. ¿Cómo explicar todo ello? Lo primero que llamó la atención fué que se tendía a disminuir el período de aislamiento, y entonces se vió que los pequeños brotes epidémicos coincidían con el reingreso al colegio de niños que acababan de pasar la enfermedad.

Cree el conferenciante que esta disminución del período de aislamiento y el incumplimiento de las normas clásicas son la causa de la diferencia que se observa entre la disminución del número absoluto de escarlatinosos y del relativo.

Escuelas americanas y algunas europeas sostienen que los análisis de los frotos faríngeos de los escarlatinosos se negativizan a los pocos días de iniciarse la enfermedad, lo cual va acompañado de la curación clínica de los enfermos y afirman, además, que las descamaciones cutáneas no pueden ser fuente de contagio. O sea que, según estas teorías, no es necesario guardar el período de aislamiento.

Algunos autores dicen que basta un aislamiento de 14 días y hay quien llega a 8; y se ha llegado a

decir que puede permitirse la vuelta al colegio a los 14 días si el enfermo ha sido tratado con penicilina.

Es cierto que los médicos europeos no aceptan, en general, este modo de pensar. Pero así y todo ese plazo de 14 días se ha aplicado a muchos niños al desaparecer todo síntoma de enfermedad.

Lo que importa saber, con garantía de laboratorio es:

1.º Confirmación del estreptococo hemolítico en todo escarlatinoso:

a) Comprobar en varios casos de anginas que no eran escarlatinosas la presencia del germen.

b) Comprobar el número de niños que llevan el estreptococo sin estar enfermos.

2.º Comprobar si hay estreptococo en los convalecientes pasados los cuarenta días.

3.º Repetir el análisis cada cuatro días si se encuentran gérmenes.

4.º Si no se encuentra el germen, repetir el análisis más tarde para su confirmación.

Practicados todos estos exámenes por analistas competentes se ha observado:

a) En 18 exámenes bacteriológicos practicados en anginas no

escarlatinosas se obtuvo el siguiente resultado.

Sin estreptococo hemolítico... 17

Con estreptococo hemolítico... 1

b) En doce niños sanos:

Con estreptococo hemolítico... 0

Sin estreptococo hemolítico... 12

El contraste es bien evidente, y de él pueden sacarse dos conclusiones, una científica y otra práctica: la confirmación del concepto actual de la influencia del estreptococo hemolítico, cuya ausencia permite negar la escarlatina, pero cuya presencia no la afirma. La conclusión práctica es la de que es conveniente intensificar los análisis bacteriológicos y de cultivo.

Este examen permite diagnosticar todas las escarlatinas leves, hoy tan frecuentes, que a veces se confunden con otras enfermedades exantemáticas. Se comprende la importancia que tiene todo ello para la evitación o curación de procesos secundarios, tales como la nefritis. El Dr. MIRALBELL ha hecho practicar análisis a los catorce días de enfermedad, encontrando un porcentaje positivo de 96 por 100 con abundantes colonias de gérmenes; cosa que no concuerda con la afirmación de muchos autores americanos.

Al principio creyó el conferenciante que esta disparidad podría

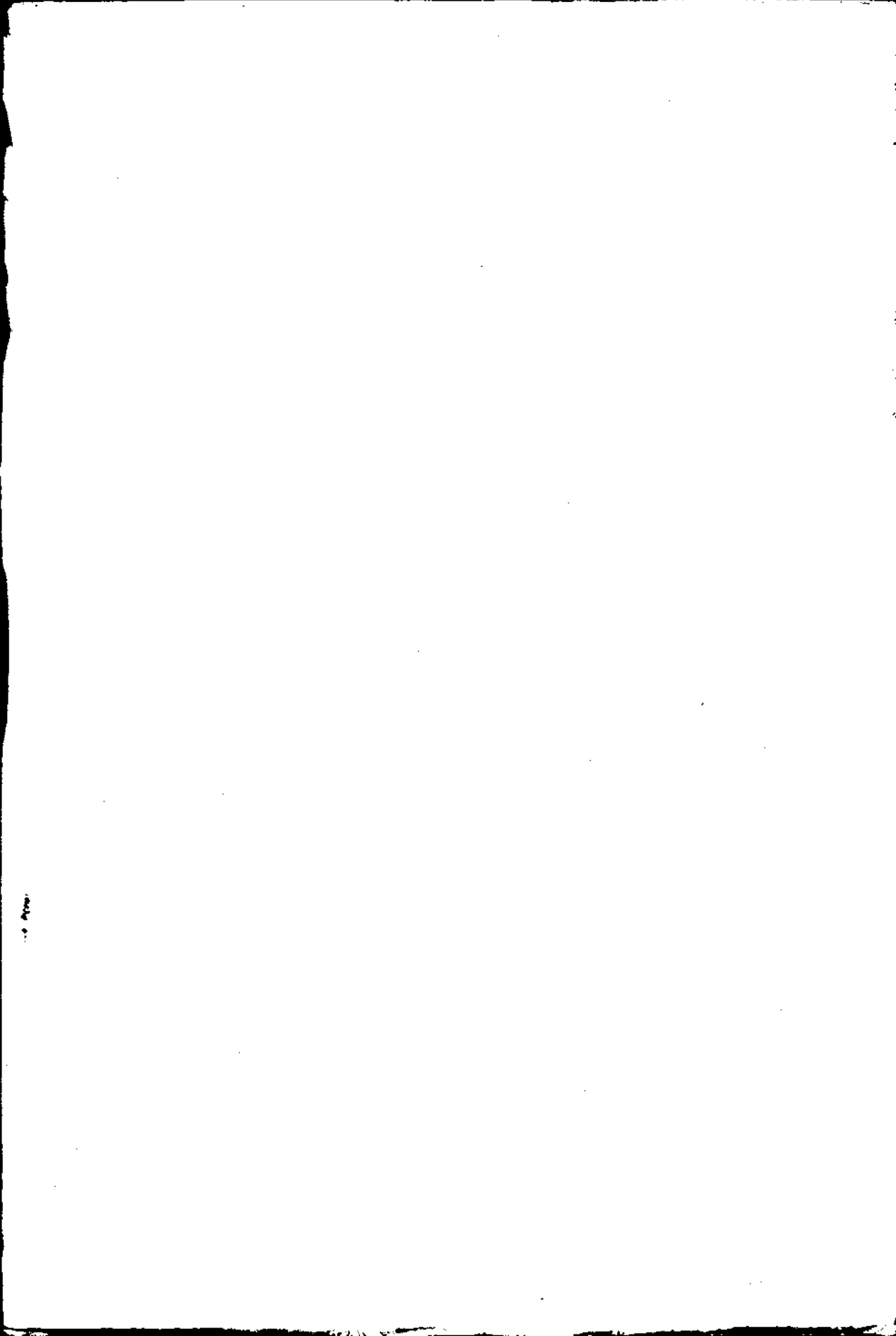
ser debida a diferencias de tratamiento; pero, comprobado, no podía ser así, pues aquí se habían administrado incluso dosis de penicilina superiores a las empleadas en América. Pudo pensarse que se trataba de una cepa especial con una resistencia superior, pero esta idea hubo de desecharse por cuanto estos análisis no fueron practicados en una sola epidemia de escarlatina, sino en casos aislados durante dos años consecutivos. Sólo cabe una hipótesis: la de suponer que aquellos autores hacen los análisis durante o inmediatamente después de aplicar la penicilina y el Dr. MIRALBELL los hace bastante días después: una semana. ¿Será porque, en este plazo se ha eliminado la acción de la penicilina y ha habido reactivación de gérmenes?

Proyecta el autor varios cuadros para demostrar que no es cierto que el escarlatinoso tratado con penicilina deje de ser contagioso a los 16 ó 18 días, o sea, que es una imprudencia hacer volver a los niños a la escuela antes de los 40 días.

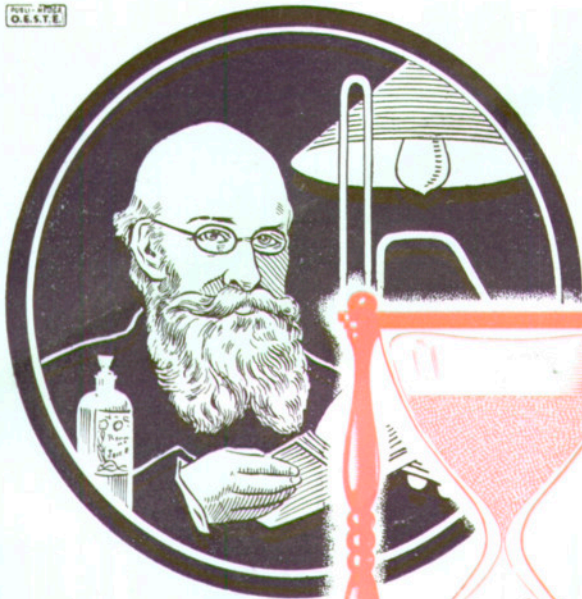
Concede, pues, el conferenciante gran importancia a la investigación de la existencia del estreptococo hemolítico. Insiste en recordar que, dando de alta a los niños a los 14 días, como es una fecha anterior a la aparición del segundo periodo, no puede decirse que no vuelva a aparecer el germen, en cuyo caso el niño podrá convertirse en una fuente de contagio para sus compañeros, por cuya razón no debe darse de alta a ningún escarlatinoso sin haber pasado de la tercera semana.

Pueden darse casos en que pasado este período sigan hallándose cultivos positivos, quizá porque la sangre del enfermo carezca de determinada proteína, por cuya razón será prudente convenir en el período clásico de los 40 días de aislamiento.

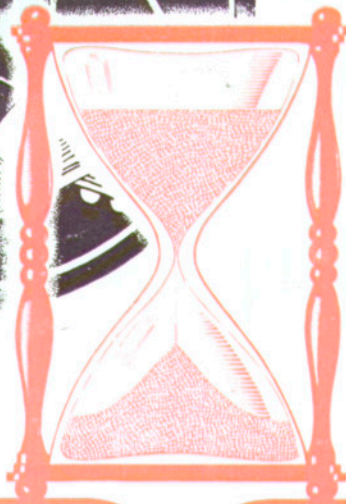
Termina su conferencia diciendo que algunos autores vuelven a dar sistemáticamente penicilina pasadas las tres primeras semanas, y que él, en definitiva, es partidario de atenerse, con penicilina o sin ella, al período clásico de aislamiento.



PREMIOS  
OESTE



*Una  
fórmula  
invariable  
a través  
del tiempo*



CS 134

# Phosphorrenal

*Robert*

**RECONSTITUYENTE**

GRANULADOS: Simple ● Con hierro

ELIXIRES: Simple ● Con hierro

INJECTABLES: Simple ● Con hierro ● Sin estircina

**LABORATORIOS ROBERT**

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS • MADRID BARCELONA

