

NOTAS MEDICAS

DE LA

CLINICA DE NTRA. SRA. DEL PERPETUO SOCORRO

AÑO I

LERIDA, ENERO 1946

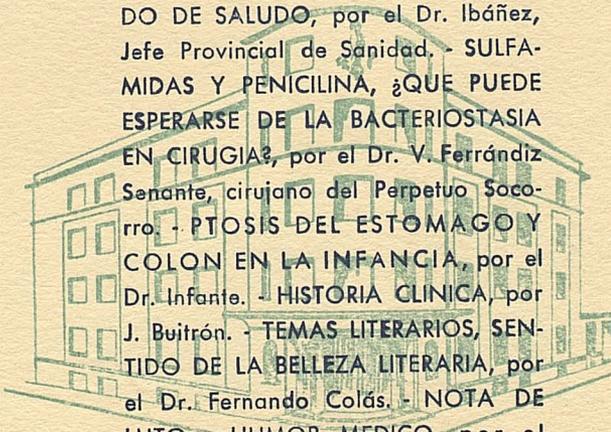
NUMERO 1

DIRECTOR: DR. T. INFANTE ARIAS

REDACCION: DRES. V. FERRÁNDIZ
SENANTE - J. BUITRÓN FERNANDEZ
J. CAVA COMABELLA - J. BALAGUÉRO
PEDROL Y S. ALONSO NIETO

COLABORADORES: CUERPO
MÉDICO DE LA CLÍNICA DE NUESTRA
SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO

SUMARIO



SALUDO Y PRESENTACION. - A MO-
DO DE SALUDO, por el Dr. Ibáñez,
Jefe Provincial de Sanidad. - SULFA-
MIDAS Y PENICILINA, ¿QUE PUEDE
ESPERARSE DE LA BACTERIOSTASIA
EN CIRUGIA?, por el Dr. V. Ferrándiz
Senante, cirujano del Perpetuo Socor-
ro. - PTOSIS DEL ESTOMAGO Y
COLON EN LA INFANCIA, por el
Dr. Infante. - HISTORIA CLINICA, por
J. Buitrón. - TEMAS LITERARIOS, SEN-
TIDO DE LA BELLEZA LITERARIA, por
el Dr. Fernando Colás. - NOTA DE
LUTO. - HUMOR MEDICO, por el
Dr. Martinez Lage. - EXTRACTOS
DE REVISTAS. - VIDA MEDICA.

PRECIO:
U N A
PESETA

DIRECCION: MARQUES DE VILLA ANTONIA, 2, 1.º - LERIDA

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE
INDUSTRIAS QUÍMICAS
Y
FARMACÉUTICAS

LLOFAR

ALCALÁ, 23 y 25
MADRID

CAPITAL SOCIAL:
35.000,000 PTAS.

Doctor:

*Al formular su prescripción
No olvide que nuestra marca
Sólo ampara productos de*

Absoluta garantía

RESERVADO PARA

Laboratorios MADE

NOTAS MEDICAS

DE LA

Clínica de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro

Año I

Lérida, Enero de 1946

Número 1

Saludo y presentación

Es tradicional fórmula de cortesía al aparecer una nueva publicación dedicar sus primeras líneas a saludar a las otras similares revistas y ofrecer una visión de cuales han de ser sus actividades.

Nuestra revista «NOTAS MEDICAS DE LA CLINICA DE NTRA. SRA. DEL PERPETUO SOCORRO», aspira como una de sus finalidades a mantener un contacto espiritual y también científico con los compañeros que, por un motivo o por otro, están vinculados a la comarca de Lérida, pues hay que tener en cuenta que tanto Barcelona como Zaragoza, forman distritos universitarios demasiado alejados de nuestras actividades, por lo que se hace necesaria una franca colaboración.

Esta revista, escrita y hecha para ser leída casi exclusivamente por compañeros que no tienen otro medio de exploración que el pequeño instrumental de su cartera y su buen ojo clínico, no puede estar dirigida en un sentido de gran amplitud técnica como lo hacen la mayoría de las excelentes revistas médicas, ya que ni por la capacidad científica de los que con asiduidad llevarán sus tareas, ni por la fisonomía práctica que creemos debe tener, es conveniente apartar toda literatura aburrida y aquellas concepciones etiogénicas y patogénicas que no estén sancionadas por la experiencia clínica.

Queremos llevar un estímulo al compañero y le brindamos la oportunidad para que rompiendo su modestia vierta en estas páginas ese randal de conocimientos que se ha forjado día a día en esa dura lucha constante de su noble ejercicio.

Por eso las historias clínicas resumidas, sabrosamente comentadas, sin más nota bibliográfica que la del ingenio clínico del autor, que constituirá para el compañero, entretenimiento, reflexión y enseñanza.

Admitiremos también con gusto, por ser gusto genérico de nuestra profesión, consideraciones filosóficas, narraciones más o menos poéticas, sin olvidar las cosas del arte, para que actúen como contrapeso de las inquietudes y sinsabores inherentes al trabajo médico.

La Clínica de Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro puso su pensamiento en crear una revista para todos vosotros y llevaros un mensaje mensual, pequeño y modesto, como son todas las cosas que aspiran a ser sencillas y sinceras, buscando la buena unión y dando al compañero toda la estima que significa esta palabra.

A MODO DE SALUDO

DR. IBÁÑEZ, JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD

Me ha causado gratísima sorpresa la noticia de la próxima aparición de un boletín informativo mensual, que bajo el título de «Notas Médicas de la Clínica de Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro», lleve a conocimiento del público en general la tarea periódica desarrollada por la Clínica del Perpetuo Socorro, de la que ha de ser portavoz; la publicación de trabajos; notas y comentarios de alto valor científico y profesional, que conserve despierta entre la clase la inquietud espiritual tan precisa al continuo progreso de la medicina, que no permite adocenamientos ni pasividades suicidas, fomentando los lazos de compañerismo y hermandad que tan bien cuadran a una profesión como la nuestra, tan profundamente humana, cuyos valores materiales y anímicos son prenda de lo augusto y sagrado de su cometido.

Ante la carencia de publicaciones que las circunstancias vienen imponiendo, tan favorable iniciativa puede ayudar y de hecho ayudará a la recogida y difusión de datos y noticias de interés de carácter profesional y sanitario y mantenga la debida unidad de criterio y el cumplimiento de servicios dispuestos por la superioridad o que las circunstancias locales aconsejen establecer.

Felicitando a los iniciadores de la idea, deseamos largos y continuos éxitos a los que han de llevar el peso de su desarrollo, ofreciendo nuestro concurso y apoyo, con el deseo de la mayor armonía entre las clases sanitarias, cundiendo entre ellas tan magnífico ejemplo.

Sulfamidas y Penicilina

¿Qué puede esperarse de la Bacteriostasia en Cirugía?

POR EL DR. V. FERRANDIZ SENANTE

CIRUJANO DEL PERPETUO SOCORRO



Consecuencia habitual del «nacimiento» de un medicamento, es la división de las opiniones médicas, extremas, en dos grupos: los encomiadores a ultranza y los detractores del nuevo método. Quizás influyen en ello condiciones de temperamentos varios, más dados al entusiasmo unos o al escepticismo otros; o simplemente impaciencia de objetivar una experiencia aun no adquirida o muy corta. La realidad es que, únicamente podemos valorar la nueva medicación entrada en nuestro arsenal, los que sin pasión, pasada la riada de los entusiasmos y escepticismos vanos, deseamos conservar en el fiel de la balanza nuestro enjuiciamiento, atentos tan sólo al resultado de nuestros estudios y los de otros de competencia e imparcialidad conocida.

Los entusiastas de primera hora, quizá esperaban demasiado de los antibacterianos y los detractores acaso no sepan aprovechar lo que les brindan las nuevas medicaciones.

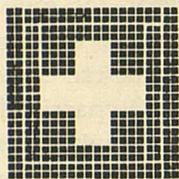
No podemos nosotros pretender dejar zanjada la cuestión, ni tampoco dar a nuestro trabajo un carácter doctrinal. Nos lo impide la índole de esta revista y por esta misma razón hemos eliminado discusiones y citas bibliográficas. Deseamos únicamente comunicar las impresiones vividas, a nuestros colegas, y resumirlas en breves conceptos, para aquellos que por no ejercer la Cirugía hayan tenido menos ocasión de adquirir una idea personal sobre el tema que sirve de título a estas reflexiones.

Enfocando desapasionadamente el problema ha de dejarse bien sentado en primer lugar que ni las Sulfamidas (empleemos este nombre genérico) en sus distintos tipos, ni la Penicilina y similares, deben inducirnos a hacer «tabla rasa», como se dice vulgarmente, de nuestros recursos anteriores.

Recuerdo yo, que en los albores de la aparición de las Sulfamidas en España corriendo el año 1938, llegó al Hospital donde prestaba mis servicios como

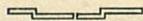
cirujano, una importante partida de este medicamento para su «experimentación clínica». La fama — ruidosa casi — de su acción antibacteriana, antitreptocócica y antianaerobia sobre todo, precedía a nuestra experiencia; y alguien propuso que para adquirirla se usasen las sulfamidas como única medicación en todas las heridas e infecciones, con excepción de toda otra medida. Yo no acepté esta proposición. Convencido de que mis infectados (con sus graves fracturas abiertas, sus heridas anfractuosas, sus empiemas post-traumáticos, sus celulitis extensas... etc.) curaban bien y en gran porcentaje con las normas quirúrgicas seguidas, no quise exponerles, y sólo acepté el compaginar la nueva quimioterapia con mis tratamientos, cruentos muchas veces sí, pero conocidos eficaces en una serie no pequeña de casos. El tiempo y la experiencia propia y ajena, vinieron a darme la razón; y hoy seguimos usando aquellos métodos quirúrgicos, reforzándolos con la acción de los bacteriostáticos.

En toda herida o trauma hemos de considerar dos aspectos: Uno mecánico (avulsión, separación de tejidos, desviación, presencia de cuerpos extraños... etc.) y otro de índole bio-química (procesos de disimilación, infección latente, procesos defensivos, de reparación cicatrización... etc.). En las infecciones quirúrgicas, al proceso biológico se une primitiva y secundariamente en una gran mayoría de casos una serie de factores mecánicos creados en el campo de la inflamación, por la desvitalización de tejidos (secuestros, necrosis tisula-



LA CRUZ BLANCA

APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS DE TODAS
CLASES Y BAJO PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA
MATERIAL CLÍNICO Y SANITARIO



A. LORDA TRAJD - ORTOPÉDICO

Avda. del Caudillo, 18, 1.º - Teléfono 1891 - LÉRIDA

res más o menos extensas) el acúmulo de pus, la tensión peristáltica crea da po el edema,... etc.

Que los problemas mecánicos han de resolverse por modos mecánicos, muchas veces, es algo que el más sano empirismo de nuestros antepasados aportó a la Cirugía de los traumatismos. Tenidas en la antigüedad la mecánica y la Cirugía misma, aplicadas al arte de curar, como métodos inferiores desdeñados por los médicos, conquistaron luego su derecho a entrar en la práctica científica y siguen manteniéndose hoy.

Una herida — decíamos — es asiento de procesos muy complejos, y veníamos insistiendo los cirujanos modernos en la poca eficacia de los antisépticos llevados a las heridas. Con razón considerábamos pasada la época del irrigador en el cuarto de curas, lleno de las soluciones A, B o C, de distintos colores pero igual ineficacia. Un buen criterio biológico nos llevó después a tratar las heridas con reposo, posición correcta del miembro, las menos curas posibles, y un respeto tal a los procesos reparadores y defensivos que culmina en algunas circunstancias hasta el extremo de cerrar la cura y, por así decirlo, confesando su superioridad autocurativa, con los excelentes resultados de todos conocidos. Esto da la impresión, y es verdad, de que en el proceso de la curación hace más el enfermo que el cirujano, cuya misión se reduce a no estorbar según se ha llegado a decir.

Con el advenimiento de los bacteriostáticos la tentación de ayudar activamente se ha apoderado del médico y otra vez ponemos en las heridas polvos líquidos y pomadas; pero si he de ser sincero he de decir, salvo contadas excepciones, que con ello no creo que hayamos adelantado tanto como nos figuramos. La herida crea pronto su barrera defensiva, ante los gérmenes y sus productos, y si está en buenas condiciones de drenaje, pronto no necesita ayuda ajena.

Si un herido tiene fiebre y dolores, a causa de su herida, vale más revisar este foco (desbridarlo, descomprimirlo, ponerlo en buena posición, y condiciones de ejercer su autodefensa), que atiborrar a ciegas, de tabletas o inyecciones al enfermo. No es quizá tan elegante como el ir estudiando la concentración en la sangre de la droga administrada, y acaso no parece tan científico a los que desdeñan los vulgares problemas de la práctica diaria. Desde luego es menos cómodo que dictar a la enfermera unas tabletas o inyecciones cada X horas, y menos lucido que esperar la bajada, espectacular, de la curva térmica en la gráfica como por arte de magia; pero es más, mucho más eficaz ir a mirar la herida operatoria o traumática y quitar unos puntos que ocultan un hematema infectado o desbridar un fondo de saco mal drenado; en cuyos casos y muchos otros la quimioterapia está de más.

Si en el proceso de curación de las heridas se ha podido decir paradójicamente que «hace más por el herido el que le hace lo menos» hay que entender

que este «hacer menos» tiene su indicación justa y la discreción que precisa es siempre lo más difícil, como ocurre siempre con la discreción en todos los aspectos de la vida.

En lo que al tratamiento local se refiere — repito — sosteníamos hasta ahora que no bastaba espolvorear la herida o raciarla con cualquier antiséptico para considerarla bien tratada. Quien así lo haga, aunque el nuevo rito sea la Sulfamida o la Penicilina, esperándolo todo de la droga, sufrirá duras decepciones, por celo que ponga en su empleo y por precoz que este sea. Los tejidos desvitalizados, los rincones anfractuados y al amparo del aire, los rincones mal drenados, son focos donde se acantona la infección bien protegida, donde no llegará la penicilina y se inactivará la sulfamida por la presencia del ácido para-amino-benzoico nacido de la degradación proteica, sin contar que la dilución del producto, en la exudación, disminuirá su actividad. Los gérmenes así amparados seguirán multiplicándose y el tratamiento fracasará.

Las heridas recientes, traumáticas, deben pues seguir limpiándose quirúrgicamente, más que químicamente, recortando no sólo sus bordes sino todas sus superficies desvitalizadas, exponiendo al aire sus recesos por los desbridamientos oportunos, y extrayendo los cuerpos extraños. Si todo esto es posible íntegramente — y no siempre lo es, aun en los medios mejor dotados y en las manos más diestras — se cerrará por sutura; y si nó se drenará.

¿Y los bacteriostáticos cuando? Entonces, si se quiere, ¡bien venidos! antes de suturar o poner el drenaje, pero en mi concepto siempre como segundo personaje en acción. Por importante que este segundo personaje pueda parecer la «vedette», como dirían con su expresivo lenguaje los franceses, sigue aun siendo en los traumatismos abiertos la Cirugía. Es más, deduzco de mis lecturas que muchos de los éxitos que se apuntan los antibacterianos usados, en las modernas publicaciones de Cirugía de Guerra, son debidos en gran parte a la activa participación del cirujano que ha aprendido a excindir, limpiar, drenar e inmovilizar precoz e intachablemente. En nuestra guerra de liberación, los cirujanos españoles obtuvieron brillantes estadísticas, con muy escasa gangrena gaseosa, tétanos e infecciones con sepsis, usando procedimientos quirúrgicos puros (inmovilización provisional enyesada para el traslado después de la excisión, seguida muchas veces en la retaguardia de cura oclusiva definitiva... etc.) que han sido adoptados por muchos extranjeros algunos de los cuales los bautizaron de «Método español» y han seguido obteniendo excelentes resultados. Algunos Traumatólogos de nuestra patria, como Gimeno Vidal y Trueta pudieron valorar en Londres y Viena y poner a gran altura con su práctica y publicaciones, los métodos que sancionó su experiencia que era sólo un brillante destello de nuestra experiencia colectiva.

Las estadísticas de guerra de 1914 - 1918 se habían ya tan enormemente mejorado en España, sin bacteriostáticos, en los años 1936 - 1939, que no puede

atribuirse la mejoría de las estadísticas actuales del mundo a distintas causas fundamentales a las que motivaron nuestra mejora.

No queremos con lo que antecede negar los beneficios de la sulfamidoterapia en los traumáticos. Nosotros cumplido el acto quirúrgico y fundamental, la usamos como preventivo en numerosas ocasiones, ya locamente espolvoreando los focos en los casos sospechosos, ya por inyección y «per os» para prevenir una infección probable. Sin embargo, no somos sistemáticos, y en las ocasiones en que la operación, por la limpieza en que transcurre, nos deja satisfechos, o la contaminación no es verosímil, prescindimos de la aplicación de cualquier antiséptico o bacteriostático y pensamos que es superfluo verter por sistema, en el peritoneo o en las heridas, la correspondiente dosis de polvos sulfamídicos.

Por bien toleradas que sean las sulfamidas son un cuerpo extraño al organismo, que sólo debe usarse por necesidad, y ya ha habido autores que han levantado sus voces desde la prensa médica, contra el abuso del tratamiento local que «retarda y dificulta la cicatrización» (sic).

En cuanto al empleo de los bacteriostáticos en procesos quirúrgicos locales limitados y sin sepsis, mi experiencia es poco favorable. Hemos visto muchos de nosotros multitud de adenoflemones, panadizos, abscesos y otras infecciones que hubieron de someterse finalmente al acto quirúrgico después

RESERVADO

PARA

Laboratorios Dr. Robert

de saturarse de tal o cual producto sulfamidado, sin experimentar mejoría ni lograr evitar la pequeña operación que fué la que curó. Quizá el fracaso obedece a la falta de indicación, o su imprecisión ante la ignorancia del germen causante — es conocido que no todos son sensibles — o al momento desfavorable, posiblemente tardío, de iniciación de la terapéutica, o a todas estas y otras causas justas. Realmente las sulfamidas se recetan demasiado a la ligera — por «moda» también — y algunas veces he estado al borde de la conclusión de que, o no son sulfamidas lo que se despachan, o el organismo es más resistente a su acción tóxica de lo que veníamos creyendo.

Que los métodos de bacterostasia, en general, pueden dar a la intervención un compás de espera, no lo dudamos, pero que esto pueda ser en beneficio del enfermo, que padezca una afección eminentemente quirúrgica, es algo más que problemático, pues — poseemos ejemplos de ello — puede ser a costa de empañar la claridad del cuadro y simular una curación engañosa, o conducir a una pérdida de tiempo precioso, concibiendo esperanzas y aplazando la operación más de lo conveniente.

Como excepción y en casos concretos y escogidos en que no pelagra la vida por el aplazamiento de la intervención, vigilando al enfermo muy de cerca pueden obtenerse resultados satisfactorios. Yo recuerdo de mi práctica un enfermo con una grave artritis supurada, metastática, de rodilla, comprobada bacteriológicamente de origen estreptocócico — en repetidos exámenes y cultivos del producto de punción — que curó sin otro tratamiento que la inmovilización rigurosa en escayolado, las punciones evacuadoras y la administración de sulfamida a la dosis de 10 gramos diarios mantenida. De haber peligrado el estado general — que se conservó muy bueno — a pesar de las altas temperaturas, yo no hubiera dudado en practicar una artrotomía. El premio de la abstención y de los momentos angustiosos que pasamos — todo hay que decirlo — fué la curación de la rodilla sin anquilosis, en un trabajador de más de cincuenta años.

No son estas con todo experiencias sin riesgo que deban repetirse a menudo ni sin una gran dosis de cautela y discernimiento.

* * *

En las infecciones quirúrgicas ya establecidas de grave repercusión general séptica y resistencia a las sulfamidas indicadas, hemos venido usando la Penicilina con resultados diversos, de los tipos que esquematizo a continuación.

- a) Respuesta de tipo integral. Desaparición del cuadro septicémico y rápida mejoría del estado local hasta la curación, en casos de: Fractura abierta grave; Antrax gravísimo en diabetes descompensada,

resistente a la insulina inicialmente; Peritonitis pneumocócica; Fle-
món difuso del suelo de la boca... etc.

- b) Respuesta de la sepsis sólo, persistiendo el mal estado local que hubo de yugularse con varios desbridamientos posteriores, en focos metastásicos, que finalmente condujeron a la muerte en un cuadro apirético pero de consunción, en un diabético..
- c) Respuesta favorable a la sepsis y esterilización focal sin curación integral, persistiendo una enorme colección abdomino - pelviana purulenta y amicrobiana que hubo de evacuarse operatoriamente.
- d) Amortiguamiento de la sepsis pero continuación real del proceso, silenciados los síntomas generales y atenuados los locales, simulando una evolución favorable. Un nuevo brote solapado con temperaturas subfebriles que no llegaron a 38, y súbitamente perforación de un gran absceso subfrénico en la gran cavidad abdominal, causando la muerte de la enferma, puérpera de pocos días que había comenzado su historia con un dolor y plastrón de fosa ilíaca derecha que fué extendiéndose hacia arriba. Operada con urgencia en muy malas condiciones de estado general por el Dr. Cava Comabella, asistido

Doctor: NUEVA APORTACION A LA TERAPÉUTICA CON

SCURONAL

Paraminobenzoil-dietilaminoetanol clor. (Scurocaine Poulenc)

Anestésico local - Aplicación al nuevo tratamiento de la Jaqueca, Cefalea Migranoide, etc., con infiltraciones en la región temporal - Tratamiento del Reumatismo y Ocena por infiltración.

Solución al 1 %

Scuronal S-1 amp. 5 c. c.
Scuronal S-1 amp. 20 c. c.

Solución al 2 %

Scuronal S-2 amp. 5 c. c.
Scuronal S-2 amp. 20 c. c."
Scuronal 2 % caja 10 amp. 2 c. c.

Envases especiales para Clínicas y Hospitales, de 100 y 50 amp. de 5, 10 y 20 c. c.

ESTAN PROVISTAS LAS FARMACIAS

Laboratorios **SEID** * Modolell, 56 * **BARCELONA**
Director A. Sala Amat

por mí, no pudimos hacer más que comprobar el absceso subfrénico; y queda oscura su causa que bien pudo ser una apendicitis (?).

En los casos de los grupos a) y b) todos personales, la intervención sobre el foco precedió a la administración de Penicilina. En los restantes fué la operación secundaria e impuesta por la persistencia o agravamiento del estado local.

De lo que antecede deducimos que ante casos de indicación quirúrgica no debe posponerse la operación, ni es prudente esperar de los antibacterianos — la penicilina en este caso — la resolución del proceso. En el caso hipotético de tener que escoger entre Cirugía y Bacteriostasia valdría más renunciar a esta última que dejar de operar. La combinación posible de ambas nos acerca al ideal de tratamiento.

No deseo extenderme más sobre el tema, ni descender a pormenores de dosis y forma de administración que son del dominio general de los médicos que han tenido la bondad de seguirme en estas reflexiones. Quizá he tratado el tema con excesivo esquematismo y hasta un poco de machaconería para tratar de poner las cosas en su punto, en su verdadero justo medio. Únicamente creo que puede tener interés en lo que encierra de concepto general, de aplicación a nuestra práctica. Si esto ha servido tan sólo para hacer pensar un poco en nuestros problemas y reflexionar sobre nuestros enfermos mi objeto estará logrado.

NORMAS a que han de ajustarse los trabajos para su publicación en la revista.

Artículos médicos, principalmente sobre problemas diagnósticos y terapéuticos de 12 cuartillas, como máximo.

Historias clínicas, 3 cuartillas.

Artículos para médicos, 6 cuartillas.

NOTA: Las cuartillas, habrán de ser escritas a máquina, a doble espacio y con un margen cuadrangular de 2 cm.

PTOSIS DEL ESTOMAGO

Y

COLON EN LA INFANCIA

POR EL DR. INFANTE.

El presente artículo, tiene como finalidad señalar la frecuencia de las ptosis gástrica y cólica en la infancia, llamando la atención sobre la serie de síntomas clínicos que presentan esta clase de enfermos y que han de entrañar la preocupación de que, tal vez, estas alteraciones sean la consecuencia del descenso, dentro de la cavidad abdominal, de los órganos citados.

La ptosis gástrica y cólica, minuciosamente descrita en la edad adulta, se ha venido considerando, hasta hace poco, como enfermedad casi excepcional en la infancia, demostrando este aserto, el que todavía no aparezca descrita, como entidad nosológica, en los tratados de la especialidad pediátrica.

Estos procesos, bastante frecuentes, sólo tomarán interés práctico cuando entren en su conocimiento el mayor número de médicos; entonces, con la atención prevenida en la existencia de la ptosis, los enfermitos no andarán de una a otra consulta con diagnósticos poco satisfactorios, de insuficiencia hepática, parasitosis intestinal, colitis, tuberculosis latente, hiponutrición sobre fondo nervioso, cuando no operados de apéndice, sino que incitarán a examinarles radiológicamente, ajustando su sintomatología al diagnóstico que nos ocupa.

¿Cómo son los enfermos? La afección, más frecuente en niñas que en niños, se observa alrededor de los 10 años, época en la que normalmente debe realizar un engorde al estirón precedido. Entre los niños, en los que no se produce este relleno y quedan delgados, es en los que encontraremos los ptósicos.

Los casos más típicos son aquellos en que su tipo constitucional está orientado hacia el hábito de Stiller, con escápulas aladas, ensilladura lumbar y vientre caído, faltando la agudez del ángulo epigástrico, advirtiendo de que también pueda aparecer este trastorno en niños de constitución somática desarmónicamente atenuada.

La sintomatología es vaga e imprecisa, encontrándose de todo un poco; generalmente lo que llama la atención es que el niño ha crecido y no engorda,

salpicada esta incidencia, algunas veces por molestias dispépticas, casi siempre por inapetencia y faltando excepcionalmente el dolor. El dolor es de intensidad variada y sin caracteres precisos, no siendo raro que se localice en la región periumbilical, atribuyéndose con frecuencia a parásitos, o, interpretándoles como manifestación neuropática (cólicos umbilicales que nos habla Moro). En otras ocasiones los dolores se localizan en la zona hepática o región apendicular, lo que ha motivado a considerarles síntoma de apendicitis crónica, motivando una decisión operatoria, sin obtener, después de realizada, ninguna mejoría.

Acompañando a estas molestias más llamativas, habitualmente tienen constipación e inhabitualmente algún que otro vómito. Muy frecuente es que nos llame la atención la hipotonía muscular de estos enfermos y que su escolaridad sea muy deficiente.

Ante un niño, en este período de crecimiento, resentido en su nutrición con la agrupación de algunos de los síntomas anteriormente detallados y con la negatividad de mala dentadura, sífilis o tuberculosis, descartando lo que haya de neuropátia, debe ser lo suficiente para motivar el estudio radiológico, única forma de asegurar el diagnóstico que tanta importancia para el futuro del niño debe tener, ya que con la higiene general, gimnasia, régimen alimenticio y algunos medicamentos, se pueden evitar sus molestias y trastornos innumerables en la edad adulta.

.....

*Si algún compañero de la comarca no
recibiera la revista y desea adquirirla,
puede pedirla a la Dirección.*

.....

HISTORIA CLINICA

Por J. BUITRON.

N. R. M., 25 años, soltero, soldado

Ingresa en el H. M. con el diagnóstico de intoxicación.

Cuando le vemos por primera vez, le encontramos pálido, quejándose de molestias en epigástrico, con vómitos frecuentes (de líquido claro), está postrado, con pulso blando de 130. No hay temperatura.

Nos dice, que el día anterior por la mañana, se encontraba bien, que por la tarde tuvo mareos, efectuando una deposición negra, abundante. Por la noche ingresa con urgencia. Se dá parte de gravedad.

Nos cuesta trabajo sacarle, que desde hace 2 ó 3 años tiene un síndrome tardío y discreto de molestias de estómago (no dolores) postpandriales, que se calman con la ingesta. Nunca vómitos, ni melenas.

Las molestias duran unos 20 días, suelen aparecer en primavera y el resto del tiempo se encuentra sin ellas, no las dió nunca importancia, pues no le molestaban.

EXPLORACION. — Solamente encontramos dolor epigástrico espontáneo y más intenso a la palpación.

DATOS COMPLEMENTARIOS. — Aglutinación positiva al 1 x 500 al paratífus B; Leucocitos 24.106; Hematias 4.200,000; Neutrofilos 88 = Linfocitos 10 = Monocitos 2 = Eosinofilos - 0 = Basofilos - 0.

CURSO EVOLUTIVO. — Se hace una transfusión de 300 c.c.; se le pone suero glucosado por varias vías. Dieta absoluta, dieta blanda, severa, y más tarde más amplia; Hierro, Extractos hepáticos, etc.

No tuvo más hemorragias. Solamente tuvo fiebre discreta dos días.

El pulso fué recuperándose progresivamente. A los 15 días radioscópicamente se vé un bulbo duodenal deformado, y por compresión sobre área bulbar con la cuchara de HOLZKNECHT, se vé un nicho del tamaño de una lenteja, en la curvatura menor, próximo a recesso interno.

Este caso nos recuerda varias cosas: 1.º La frecuencia mayor de las

hemorragias en los ulcus indoloras o casi indoloras. — 2.º, La importancia fundamental del interrogatorio en procesos digestivos. — 3.º, Valor de los Rayos X, en el diagnóstico objetivo. — 4.º, El Laboratorio tiene importancia, cuando se le interpreta correctamente y siempre de acuerdo con la clínica, aunque algunas veces desconcierta.

La aglutinación al 1 x 500, no nos preocupó, por que creemos que a ese título ya lo debía tener antes de la enfermedad, ya que en un día, no pueden formarse tantos anticuerpos, y además no comprendemos un paratípus de dos días de fiebre discreta.

La Leucocitosis con neutrofilia tan intensa, nos hizo pensar en un proceso infeccioso sobreañadido, pero recordando, que uno de los estímulos más poderosos del sistema mieloide es la pérdida aguda de sangre, y que la reacción es tan variable de unos a otros enfermos, de tal suerte que algunos pueden llegar — dice Jiménez Díaz — a 30.000 la Leucocitosis, y a 80 los neutrofilos (nuestro caso 88) que no dudamos en atribuirlo a la hemorragia aguda.

La anemia tan discreta de 4.200.000, no armoniza a primera vista con el cuadro severo del enfermo; pero, tenemos que decir, que los análisis fueron practicados al día siguiente de la melena y aunque los mecanismos de defensa se establecen pronto, no con gran rapidez. Naturalmente, al perderse sangre, se pierde conjuntamente y en la misma proporción, glóbulos y plasma. Por lo cual, en los primeros días de una hemorragia por copiosa que sea, un análisis del número de hematies no sería elocuente, pues sencillamente encontraríamos valores próximos a los normales, y solamente más tarde, cuando se reestablece la volemia, es decir, el volumen sanguíneo normal, por la formación de plasma y su penetración en el sistema vascular, cosas las cuales, no se hacen con la rapidez que quisiera el organismo, y además, tampoco le interesa, pues de recuperarse la volemia rápidamente, se aumentaría la tensión, con la cual la hemorragia no se cohibiría. Por todo lo cual, el organismo hecha mano de momento a los órganos de depósito, uno de los cuales es la piel, en la cual se produce un vaso-constricción, que es la responsable de la palidez, y no a la disminución de glóbulos rojos, que son sensiblemente normales, como lo demuestra el recuento.

Por eso en estos casos, sería interesante determinar el valor hematocrito, junto al recuento de hematies, y veríamos que sería normal (4, 6 en el hombre y 4, 2 en la mujer).

El valor hematocrito, a pesar de su nombre, como sabéis es una vulgar perogrullada, consiste en coger 10 c. c. de sangre del enfermo, colocarles en

una centrifuga, tenerla un rato, se saca el tubo y se lee: los glóbulos ocupan un volumen en el tubo de 4,6 y el resto hasta 10 c.c. de plasma,

Con estos dos datos, vemos en análisis sucesivos de un hemorrágico agudo, que a medida que disminuyen los hematies, disminuye el valor hematocrito, uno por dilución, y otro por que ha entrado más plasma en los vasos.

Resumiendo, para la práctica diaria, cuando queramos saber la cuantía el valor real de una anemia aguda por el recuento de hematies, esperaríamos unos días, pues de otra forma nos expondríamos a errores, y mucho mejor determinarlo al mismo tiempo el valor hematocrito con el cual seríamos más exactos.

Lérida, 29 Enero de 1946.



PANKAL

GRANULADO

Simple

Vitaminado

PANKAL-C

AMPOLLAS

adultos

infantil

fuerte

INDUSTRIAS QUIMICO FARMACEUTICAS PISAGRA

Diputación, 427. — BARCELONA

Sentido de la belleza literaria

POR EL DR. FERNANDO COLÁS



Vaya ocasión poco propicia para el desarrollo de un tema de vuelos poéticos. Una Revista Médica cuajada de historias clínicas, es sin discusión interesantísima para el profesional, y si a ello se acompañan estudios inspirados en los progresos de la medicina y cirugía modernas, entonces es más que interesante; ahora bien, tienen sobrada razón los que afirman que hay que enseñar deleitando, sobre todo en asuntos de índole tan reciamente científica cual son los de medicina.

Confieso sinceramente que en mi ya larga vida profesional, he tenido ocasión de leer entre la copiosa literatura médica que afortunadamente nos invade, un buen número de artículos que, aun dotados de un prodigioso encanto de estilo, y hasta despojados de toda frivolidad, resultan a veces sin alma; no radica precisamente en el contenido esa lamentable vacuidad; el tema motivo de la reflexión y estudio, existe claro y perenne en el fondo del asunto científico, pero la estructura dominante, la forma literaria, no es la adecuada para mantener fija la atención en la trama del asunto que se debate. Precisa pues, el calor de la espiritualidad poética cuya rima levante con el aliento de la palabra sonora, el bello canto lírico que lime las no pocas asperezas que lleva consigo la estética moderna. La intelectualidad que no ha servido para hacer vibrar el corazón con las dulces melodías del alma, no es tal, y sí una verdadera pesadilla por muy científica que aparente.

El auténtico hombre de ciencia no precisa asomarse a los Cenáculos literarios para exponer el tesoro de su intelecto, fluye con el chorro de su inspiración científica, la esencia poética que concede la verdadera galanura de estilo; esa idealidad que lleva el pensamiento y sentimiento del lector al plano de la verdad científica, apoyado siempre en las recias columnas de lo espiritual.

Hegel dice: « En el arte clásico, el espíritu constituye el fondo de la representación, pero combinado siempre con la forma sensible, de tal manera, que se armoniza con esa misma forma sin superarla nunca. Por eso, cuando se verifica esta feliz combinación, cuando el espíritu idealiza la Naturaleza convirtiéndola en una imagen fiel de sí misma, alcanza el arte su perfección ».

Hagamos traslado de este bello criterio, desde la concepción artística a la netamente científica y especialmente a la literatura médica, intercalando entre lo teórico y lo experimental sin olvidar el plato fuerte de la interminable bibliografía, una buena dosis del aliento espiritual preconizado por Hegel; y es que la expresión se agiganta y el concepto se aclara cuando por ejemplo estudiando los resultados clínicos y experimentales de médicos tan eminentes como Vollmar, Kolle, Frenkel, Shiga, etc., en los que analizando la acción antiestafilocócica del ajo, se extienden en miles consideraciones más o menos prácticas sobre sus principios activos, efecto profiláctico, acción terapéutica, en fin, olvidando que, a pesar de lo interesante del tema, la oración se hace verdaderamente soporífera sin el jugoso aliciente de su descripción botánica, porque es forzoso reconocer que en este género de la familia de las liliáceas existe un bulbo, una inflorescencia y una flor que tiene su poesía, como la tiene un geráneo, precioso adorno de los mejores jardines españoles, aunque huera desagradablemente. Así podría citar innumerables ejemplos en los que demostrado queda este aserto, hermosas concepciones científicas rebosantes de lógica, pero carentes de sentido pedagógico.

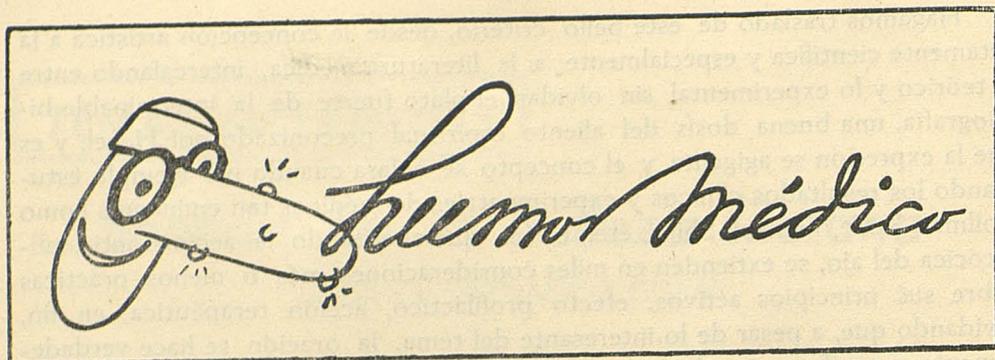
Así como en estética, la firme voluntad supera todos los obstáculos para llegar a una perfecta oración mental, idéntico fenómeno se realiza ante el esfuerzo meditativo que precisa la inteligencia para comprender y desentrañar un tema científico; más si esa firmeza de voluntad queda iluminada por la luz de la poesía que todos atesoramos en más o menos dosis, entonces sí, llegamos a la conclusión de que en el estudio está la antesala de la felicidad.



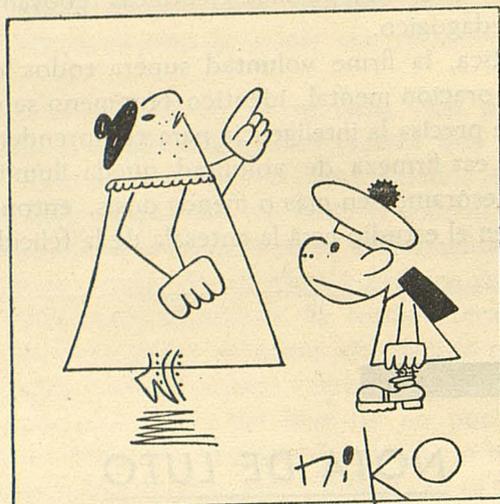
NOTA DE LUTO

Con gran sentimiento hemos recibido la noticia del fallecimiento del Ilre. Sr. D. Carlos A. Ferrándiz, padre de nuestro querido compañero de redacción y eminente cirujano de la Clínica de Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro, Dr. Vicente Ferrándiz. Al dolor que pasa en esta circunstancia tan querido compañero, asociamos el nuestro.





por el Dr. MARTINEZ LAGE - Medikodentologo.



PROMESA

...y si eres bueno y aplicado, el domingo por la tarde te
llevaré a que te arranquen las glándulas ...

Extractos de Revistas

Contribución a la Anatomía Patológica y Patogenia de las hernias del Apéndice y apendicitis herniarias, por el Dr. Ramón Morandeira Vaamande. Med. Esp. octubre 1945

Después de unas consideraciones históricas, distingue el autor dos conceptos fundamentalmente distintos: a) La hernia primitiva del apéndice en que este órgano él sólo ocupa el saco herniario que es completo; y b) La hernia secundaria a un desplazamiento herniario del ciego que arrastran consigo el apéndice. El saco puede ser de la variedad llamada «por deslizamiento».

La variedad a) o «Apéndice» de Paul Thiery se encuentra en una frecuencia del 1'5 % al 0'41 % según numerosas estadísticas aducidas. Es un hallazgo anatómico y no se puede diagnosticar previamente. La frecuencia de la hernia secundaria del apéndice es la del ciego. La mayoría de los Cirujanos extirpan este apéndice.

La modalidad más frecuente es la inguinal, sigue la crural y todas las hernias aun del lado izquierdo pueden contener el apéndice.

La hernia del apéndice puede complicarse de estrangulación y de apendicitis, más aún con la pieza ante la vista es difícil decir si la estrangulación ha producido la necrosis del apéndice o ha sido una apendicitis gangrenosa

lo que ha provocado la estrangulación por inflamación del saco. Hay discusión y sólo la histología puede, según el autor, decidir en algunos casos.

El tratamiento es la ectomía en todo caso. — V. F.

Lorenzo Velázquez, B. y otros. — El Glicerofosfato sódico como utero espasmolítico. «Farmacoterapia actual», 1945, n.º 4, octubre.

Los autores que venían estudiando la acción de diversas sustancias tales como los polialcoholes sobre el músculo uterino, han descubierto recientemente que el Glicerofosfato sódico la presenta de un modo electivo. Los productos que se empleaban hasta ahora, sólo tenían efecto sedante secundario, y en cambio múltiples acciones, algunas desagradables, sobre ciertos aparatos y sistemas.

La experimentación a que ha sido sometida dicha medicación ha demostrado de un modo concluyente su eficacia, tanto del punto de vista farmacológico sobre el útero de coneja aislado, como del clínico mediante el histerotonógrafo.

Se emplea en solución acuosa al 50 % y a dosis de 5-10 c. c., por vía endovenosa siendo completamente inofensiva en cantidades superiores, teniendo posiblemente una acción estimulante central.

Es de aconsejar su empleo, ya que los resultados son magníficos en los casos que interesa frenar el hiperperistaltismo y tono uterino, como por ejemplo aborto incipiente — asociado además a la progesterona y vitamina E —, amenazas de parto prematuro, diatocias dinámicas, engatillamientos placentarios y entuertos.

J. B. P.

Sobre el empleo clínico de la vitamina B6. Dr. A. Billabrigo. - Revista Española de Pediatría. - Diciembre de 1945.

En este trabajo, se nos ofrece una amplia información sobre el empleo

clínico de la vitamina B6. La administración de esta vitamina, parece ser de eficacia, en la dermatitis seborreica y su forma amplia de enfermedad de Leiner anemias hipocrómicas y en algunas enfermedades del sistema nervioso, como el síndrome de Little y encefalotapias que presentan hipertonia, lo que parece indicar que la adermia tenga un efecto clínico favorable sobre el funcionalismo de la piel, sistema nervioso y sangre, sin que se puedan hacer otra cosa que hipótesis sobre el modo íntimo de acción.

T. I.



VIDA MEDICA

Nombramiento. — Ha causado gran satisfacción entre la clase médica leridana, la designación para Presidente del Consejo General de Colegios Médicos al Dr. González Bueno, eminente cirujano, de quien es de esperar por sus grandes cualidades morales y profesionales y por el impulso de su juventud, que desarrolle la más fructífera labor y defensa de los médicos españoles.

Nuestra adhesión y cordial enhorabuena.

Colaboración. — Tenemos el gusto de participar a los distinguidos compañeros que reciben esta revista que el Profesor Dr. Gregorio Marañón ha prometido a «Notas Médicas de la

Clínica de Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro », un artículo original.

Natalicio. — En el Servicio de Maternidad de la Clínica de Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro, ha dado a luz felizmente un hermoso niño, la señora del prestigioso oftalmólogo de esta capital Dr. García de Oteya.

Nuestra mejor felicitación.

Revistas y Libros de Medicina

CONTADO Y PLAZOS

TOMAS GARCIA

HOTEL MUNDIAL LERIDA

Proveedor de la Clínica Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro. — Clase Médica

LABORATORIOS CARULLA "In-Fer"

(INVESTIGACIÓN TERAPÉUTICA)

Calle Aragón, 405 - Teléfono 54445
BARCELONA

ACETILCOLINA CARULLA

Ampollas: 0,06 - 0,12 - 0,18 y 0,24 grs.

ACETILCOLINA-YOHIMBINA CARULLA

Ampollas: 0,12 Bromuro de Acetilcolina más
0,01 Cloruro de Yohimbina

ACETILCOLINA-PAPAVERINA CARULLA

Ampollas: 0,12 Bromuro Acetilcolina y 0,02 Nitrito de Papaverina

0,18	»	»	0,04	»	»
0,24	»	»	0,08	»	»

B-NEURIN CARULLA (Vitamina B antineurítica)

Ampollas: 0,005 y 0,025 grs. (simple y fuerte)
Comprimidos: 0,003 grs.

C-ESCORBUTIN CARULLA (Vitamina C antiescorbútica)

Ampollas: 0,05 y 0,10 grs.
Comprimidos: 0,05 grs.

Productos "RAZA"

GUISSONA - Teléfono núm. 2

FÁBRICA DE LECHE EN POLVO Y PRODUCTOS DIETÉTICOS

Leche Semidescremada con 12 % de grasa » Entera con 20 % de grasa	} Maternizadas para la Lactancia
--	----------------------------------

Leche Acidificada (Babeurre) 12 % de grasa » » » 4 % de grasa » Malteada 9 % de grasa	} Alimentos medicamentos
---	--------------------------

Harina "RAZA"

Dextrino malteada

Harina Lacteada

Especial Alimento para el destete

Xicaol

Sobrealimento a base de Cacao, Leche, Azúcar e Hidratos de Carbono

“HACHEMINA”

===== FACTOR H. =====
ACIDO P. AMINO BENZOICO
=====

INDICACIONES

Enfermedades distróficas de piel — Dermatitis seborreicas del lactante — Prevención y tratamiento de alteraciones sulfamídicas.

Producto de los **LABORATORIOS MEDEA**
Santa Carolina, 15 — BARCELONA

CATGUT "PAGESAR"

OFRECE LAS MÁXIMAS GARANTIAS POR SU
PREPARACION ESMERADA EN TODAS SUS FASES

Simple y crómico en tubos y en seco

Gastro-Intestinal con aguja traumática

Seda trenzada e Hija de Murcia (Crin)

Esterilizados en tubos

Sin esterilizar en madejas o mazos

COMERCIAL E INDUSTRIAL SAVE, S. A.

Calle Cabanas, 31

BARCELONA

Teléfono 25406

C. S. 450