

Su técnica es sencillísima, consiste en mezclar un tubo de los de stock vacuna con 20 cm. de agua destilada e inyectarlos en la uretra guardándolos unos 15 minutos.

¿Que resultados dá? Ha sido aún poco empleado para juzgarlo, pero en general los autores hablan bien de él, pero sin gran entusiasmo. Yo lo he usado en dos casos, con buen resultado, (curación a las 7 inyecciones uno y otro a las 9) pero no puedo juzgarlo porque al mismo tiempo hice la inyección intramuscular también de vacuna.

#### COMPLICACIONES DE LA BLENORRAGIA

*Prostatitis aguda.*—Va espléndidamente a condición de ser prudentes en la dosis, yo he visto casos que tengo la convicción que ha evitado la formación de absceso.

*Prostatitis crónica.*—Poca o casi ninguna acción, lo mejor son las autovacunas, ha de ir acompañada de masaje prostático.

*Orquiepididimitis.*—Buenos resultados, sobre todo calma el dolor, en un caso obtuve el retroceso de lo orquitis con solo dos inyecciones de vacuna Bruschetini.

*Reumatismo blenorragico.*—Recuerdo haber leído que un autor contaba haber empleado vacunas Bruschetini en 32 casos con curación absoluta en pocas inyecciones y sin ningún caso de anquilosis.

Yo solo he visto 3 casos, uno de la rodilla curó con vacuna Zeta en 13 inyecciones, 7 de suero Pasteur y antiflogistina local, y 6 inyecciones de caseal cálcico.

Otro caso, metatarsalgia bastante rebelde, curó con siete inyecciones de Arthigon, y otro cuya historia voy a relatar fué el fracaso más absoluto de las vacunas.

*Historia.*—J. C., de 18 años, habitante Calle Peu de la Creu, número 21.

Veo al enfermo por primera vez con una artritis de rodilla que por la forma de presentarse, lo dolorosa y ser monoarticular, me hacen investigar antecedentes. Dicho muchacho aqueja blenorragia hace un mes, tratado con instilaciones y balsámicos.

Le receto salicilato sosa y aspirina en poción y fomentos. Al día siguiente inyección de vacuna Bruschetini que continuó dándolas alternas. Así hasta la tercera inyección en que los fenómenos de la rodilla han disminuído mucho, pero viene metatarsalgia. Continúo con vacuna hasta la séptima inyección: los dolores del metatarso continúan y la tumefacción es casi igual. Empiezo con suero antigonocócico y vacuna simultáneos, sin resultado, llegando a dar 80 cm.3 de suero y 12 inyecciones de vacuna. El estado general, casi septicémico ha mejorado, pero no el estado local.

Lo vemos en junta con el Dr. CUATRECASAS, e indicamos visto lo negativo de lo ya hecho, hacer diatermia para lo cual ingresa en el Hospital Clínico en la Sala del Dr. FERRER CAGIGAL, general hombres, núm. 9. Estuvo allí cerca de tres meses saliendo con la articulación en anquilosis casi completa.

#### RESUMEN

Este es el esquema breve, sencillo de lo que nos ha demostrado nuestra práctica. En las uretritis gonocócicas puras, vacuna monomicrobiana con urotropina, en las uretritis asociadas, vacuna polimicrobiana e igual en las complicaciones.

Hoy por hoy la vacunoterapia, ayuda muchísimo a combatir el problema de la blenorragia, pero no lo resuelve.

Quizá en día no lejano, un preparado quimioterápico de la naturaleza de los que estamos ensayando (y de cuyos resultados ofreceremos las primicias a los lectores de ARS MEDICA) resuelva la *Terapia stereisans magna* como el salvarsán para la sífilis.

## CRÓNICA

### TERCER CONGRESO DE DERMATÓLOGOS Y SIFILIOGRAFOS DE LENGUA FRANCESA

La Sociedad internacional de Dermatología que fué fundada por iniciativa de DUBOIS-HAVENITH, en el Congreso de medicina de Budapest en 1909, terminó con la guerra. En 1922 apareció nuevamente con el nombre de asociación de Lengua francesa, que no es más que una Asociación Internacional con exclusión de los Imperios Centrales.

Por acuerdo del 2.º Congreso de Strasburgo, fué inaugurado el 25 de Julio pasado en Bruselas. La sesión inaugural tuvo lugar en el Palacio de las Academias, presidiendo el primer ministro JASPAR, quien hizo resaltar la importancia que tiene el progreso científico, en la marcha cultural de los pueblos y la obligación que tienen los organismos oficiales de ayudar moral y materialmente todo lo que vaya encaminado a fomentar dicho progreso de la ciencia. Declara abierto el Congreso en nombre de los Reyes, que ostentan la Presidencia honoraria.

La mesa estaba formada por el Dr. LESPINNE, presidente del Congreso, Dr. CAVAILLON, delegado francés; Dr. C. DE SILVA, por Portugal; Prof. JEANSELMÉ; Dr. THIBIERGE; Prof. GALLEMAERTS, de la Academia de Medicina Belga; Dr. SABOURAUD; Prof. HASIMOTO, de la Universidad de Mounden, por el Japón; Prof. EHLERS, de Copenhagen; Prof. HALKIN; Dr. HUDELO y Dr. DEKEYSER, secretario del Congreso. 27 naciones estuvieron representadas.

Después del Ministro JASPAR, toma la palabra LESPINNE que lee su Conferencia inaugural: *La dermatología en sus relaciones con la patología general.*

Empieza explicando el porqué del estudio en conjunto de la dermatología y la sifiliografía. La sífilis es una enfermedad general que dá síntomas cutáneos, y como la sífilis hay un gran número de enfermedades de la piel. Para ser dermatólogo hay que ser antes un buen internista. Considera la piel como un órgano más que no puede ni debe ser separado de la noción de la Patología General. La clasificación de Hardy en inflamaciones, diátesis dartoas, escrofulosas, etc., siguiendo un criterio etiológico es un hecho de patología general. Muchas veces los trastornos cutáneos no son más que reflejo de trastornos de nutrición, de secreciones endocrinas o del sistema nervioso.

Respecto al examen de las lesiones elementales cutáneas hay que generalizar el método de la biopsia. Sin este método no es posible en muchos casos hacer un diagnóstico verdad. La noción histo-patológica de las lesiones locales es imprescindible en Dermatología.

La mejor prueba de la relación íntima de nuestra especialidad con la patología general son los títulos de los *rappports* que serán leídos y discutidos en el Congreso: Tubercúlides, herpes zona, púrpuras, reinfección sifilítica, son todos temas de patología interna.

Para terminar los actos de la inauguración, fué llevada al cementerio de Woluwe, una lápida al Prof. DUBOIS, muerto indirectamente a consecuencia de la guerra.

Las sesiones científicas del Congreso tuvieron lugar en el Hospital Brugmann. Hospital magníficamente instalado en las afueras de Bruselas, formado por pabellones aislados, separados por jardines. Edificio en cuya construcción no se ha ahorrado medio alguno, hace que no falte detalle en sus instalaciones, creando un ambiente de confort y bienestar, tan necesario para los enfermos. Ocupa 20 hectáreas. Es capaz para 700 camas y su coste fué de 22 millones de francos.

Las sesiones del último día tuvieron lugar en Amberes en el Hospital Nottebóhm, donde hay un servicio muy completo de tratamiento de lúpicos. Terminadas las sesiones el profesor POIRIER presentó una serie de enfermos interesantes en el Hospital Sainte-Elisabeth.

La organización del Congreso honra a sus organizadores entre los que sobresalen Madame De KEYSER.

Los temas oficiales y gran número de comunicaciones han sido publicados antes del Congreso, ahorrando así mucho tiempo de lecturas. Sin embargo hay que hacer notar que la labor científica hubiera sido mucho más fecunda si las discusiones hubiesen tenido mayor amplitud. Gran número de temas importantísimos fueron pasados por alto, por falta material de tiempo y hubo necesidad de dividir el trabajo en dos salas que trabajaban al mismo tiempo.

Los temas oficiales, todos ellos de gran interés, fueron expuestos con gran amplitud, adoleciendo tal vez, de falta de unidad en el conjunto, es decir imprimiendo cada *reporteur* un criterio demasiado personal, lo que dificultó llegar a conclusiones prácticas.

Particularmente en el "Tratamiento del lupus", fué una exposición de métodos personales, excluyendo técnicas importantísimas y de las que ni se hizo mención, por ejemplo radium y sanocrisina.

Haremos una reseña resumida de los temas oficiales y el extracto de las comunicaciones más interesantes.

## PRIMER TEMA

### ETIOLOGÍA DEL HERPES Y DEL ZONA.

#### I.—C. FLANDIN (Paris).

A primera vista parece que pueden ser considerados en el mismo grupo. El estudio morfológico ya pone de manifiesto las diferencias existentes; y el estudio etiológico hace todavía más patentes estas diferencias.

I. *Herpes*.—Se caracteriza por vesículas con localización preferente en ciertas regiones; recidiva frecuentemente y es provocado por distintas causas (infecciosas, tóxicas, endocrinas o emotivas). Reina desorientación con respecto a la verdadera etiología del

herpes. GUITER en 1920 consiguió inocular una vesícula en la córnea de un conejo, con el contenido de una vesícula de herpes corneano del hombre y reproducir la erupción. A partir de entonces, se ha demostrado que todas las variedades de herpes son inoculables al conejo y que pueden producir encefalitis al mismo.

Se ha llegado a obtener por filtrado, un virus filtrante que podría ser considerado como específico del herpes. Pero ¿todos los herpes son debidos al mismo virus? No está bien claro.

El virus del herpes sería un agente infeccioso que llevarían en latencia casi todos los individuos y que desencadenaría una erupción, en ocasión de un desequilibrio orgánico.

II. *Zona*.—Clínicamente es una erupción vesiculosa, que se desarrolla sobre un eritema de topografía radicular, casi siempre unilateral y con dolores neurálgicos.

Las inoculaciones del zona han dado siempre resultado negativo. Lo que parece más probable es la identidad del zona y de la varicela.

III. *Relaciones del herpes y del zona*.—Es muy difícil establecer una relación.

El herpes es debido a un virus filtrante. El zona sería una fiebre eruptiva probablemente del grupo varicela.

#### II.—C. LEVADITI (Paris).

I. *Herpes*.—Según el autor el virus del herpes contiene gérmenes de muy distinta virulencia. Este virus es inoculable al conejo y al hombre. El virus penetra en la célula a favor de la regeneración mitótica del epitelio.

En el neuro-eje la lesiones son de dos clases: Unas son meningo-vasculares. Otras de las neuronas. Siempre seguiría tejidos derivados del ectodermo.

Respecto a la inmunidad, cree que se descompone en tantas inmunidades parciales, como sistemas celulares sensibles al virus. El tejido cutáneo influye sobre el sistema nervioso; le transmite la inmunidad al mismo tiempo que la infección. El sistema nervioso central regula esta inmunidad, ejerciendo un tono parecido al trófico-vascular, que el autor llama *tonus inmunotrófico*.

II. *Zona*.—Es una enfermedad infecciosa específica, cuyo germen no es inoculable. Este es el carácter diferencial más esencial entre el herpes y el zona.

III. *Mecanismo patogenético del herpes y del zona*.—Los gérmenes que llegan de fuera son solicitados por los tejidos del ectodermo, que son atacados cuando cae el tono inmunotrófico de que hemos hablado antes.

## SEGUNDO TEMA

### PÚRPURAS (PATOGENIA).

#### I.—E. WEIL (Paris).

Las púrpuras han pasado de la nosografía cutánea a la nosografía hemática. No es una enfermedad autó-

noma, como no lo son la melena o la hemoptisis. Sus síndromes hay que estudiarlos aparte. Separa los síndromes hemorrágicos y las púrpuras simples.

Los síndromes hemorrágicos pueden ser infecciosos o tóxicos. Las púrpuras simples pueden ser: primitivas (peliosis reumática) o secundarias que son a su vez infecciosas o tóxicas. Clínicamente es imposible separar las púrpuras simples y las hemorrágicas.

*Mecanismo fisiológico.*—Ni la teoría capilar de Franck ni la esplénica de Karnelson explican la patogenia. Para WEILL resultaría la enfermedad de un trastorno en conjunto de todos los órganos hematopoyéticos y glándulas endocrinas en particular el ovario y el sistema simpático.

## II.—M. ROSKAM (Lieja).

*Patogenia de la incoercibilidad de las hemorragias en las púrpuras hemorrágicas.*—Puede ser: por alteración predominante de las plaquetas o reducción numérica de las mismas. Por inaglutinabilidad de los mismos; o por alteración de las paredes vasculares.

Después de argumentar experimental y clínicamente deduce que según él: haya o no haya trombopenia se necesita una endotelitis parcelaria hemorrágica que explique las hemorragias incoercibles.

*Patogenia de la erupción purpúrica y de las hemorragias.*—Analiza las concepciones de Franck que admite: Las púrpuras por alteración sanguínea y por alteración vascular. La distribución parcelaria de los elementos purpúricos hace creer que es necesaria siempre una causa periférica de endotelitis vacular, que provoque el elemento purpúrico.

## III.—LESPINNE y JEROND (Bruselas).

*Las púrpuras postarsenobenzólicas.*—Se encuentran casos de púrpura post-salvarsánicos. Afortunadamente no son frecuentes. Siempre dan síntomas de alarma que se traducen por crisis nitroides ligeras.

El choque hemoclásico medicamentoso, produce una profunda alteración sanguínea. El azufre y el benzol tienen también una importancia capital en la producción de estos trastornos. En general aparecen las púrpuras en individuos con sistema hematopoyético tarado. No parece que sea por intoxicación arsenical. No es obstáculo para continuar el tratamiento específico.

## TERCER TEMA

### REINFECCIÓN SIFILÍTICA, PSEUDO-REINFECCIÓN Y SUPERINFECCIÓN.

#### I.—R. BERNARD (Bruselas).

Después de un extenso estudio histórico hace el siguiente resumen. Para diagnosticar una reinfección es necesario 15 condiciones. Estas condiciones casi nunca están juntas. Es imposible determinar si el tratamiento ha sido o no suficiente. Es imposible comprobar en todo momento la negatividad de signos serológicos. Es imposible determinar el intervalo entre dos inoculaciones. Es imposible saber si hay realmente curación. La pseudoreinfección no es más que una recidiva.

Las reincubaciones están condicionadas por el estado de inmunidad del organismo. Es imposible saber donde termina la superinfección y donde empieza la reinfección y en todo caso es necesario un nuevo tratamiento específico. Propone llamar *reinoculación* o *Segunda infección sifilítica*.

#### II.—CARLE (Lyon).

La aparición de una lesión de apariencia chancrosa en un sifilítico antiguo puede ser debida a:

1.º Una *pseudo-reinfección* manifestación espirilar de origen endógeno, del período. 2.º Una *super-infección*, lesión muy parecido al accidente primario y que aparece sobre una región ya invadida antes. 3.º Una *reinfección*, es decir una nueva infección.

Para asegurar una reinfección hay que tener: Seguridad de la primera Sífilis. Seguridad del 2.º contagio y su período de incubación. Comprobación de la presencia del treponema y comprobación de la adenitis chancrosa.

En los heredo-sifilíticos es imposible determinar una *reinfección*.

#### III.—M. PINARD (Paris).

Estudia detalladamente la inmunidad, haciendo una comparación con la vacunación. No es solo la inmunidad que influye en las reinfecciones. Influyen también los estados de sensibilización o alergias. Inmunidad y alergia se equilibran y se asocian, siendo la causa de los fenómenos que nos ocupan.

## CUARTO TEMA

### LOS TRASTORNOS ENDOCRINOS DE ORIGEN HEREDO-SIFILÍTICO.

#### I.—NICOLAS y GATÉ (Lyon).

Después de FOURNIER que fué el primero que sintió este hecho, fué GAUCHER y luego HUTINEL quienes fijaron los trastornos endocrinos de origen heredo-sifilítico que producen una acción distrófica.

Hay hechos anatomo-patológicos y hechos clínicos. Los primeros corresponden a la sífilis precoz, los segundos a la sífilis hereditaria tardía. Hay que tener en cuenta que los síndromes glandulares son a veces muy imprecisos para poder asegurar su origen heredo-sifilítico. Esto no significa que renunciemos a reconocer hechos positivos de relación y que comprueban con el diagnóstico serológico y el tratamiento específico.

#### II.—A. LERI y BARTHELEMY (Paris).

Desde hace algunos años se ha dado una importancia exagerada tanto a la heredo-sífilis, como a los trastornos de nutrición de origen endocrino. Por una tendencia natural han sido relacionados también los trastornos endocrinos con la heredo-lues, pero desgraciadamente pocos hechos positivos tenemos. Son los pequeños signos, que nos producen la *impresión* de ser de origen heredo-sifilítico.

Anatómicamente en el feto o en el recién nacido, las glándulas endocrinas están invadidas como los demás

órganos por los espiroquetas. Más tarde se manifiestan o no por síntomas glandulares sin ninguna especificidad. Clínicamente es imposible demostrar el origen de un trastorno anatómico y parasitológicamente, o que haya curado con solo el tratamiento específico.

Hay que considerar la invasión de las glándulas endocrinas por la sífilis como un caso más de la invasión de que son objeto los otros órganos.

## QUINTO TEMA

### TUBERCÚLIDES: ORIGEN Y TRATAMIENTO.

#### I.—SCHAUMANN (Stokolmo).

Nos faltan para concretar este asunto, hechos anatómo-patológicos y terapéuticos. Tenemos que fundamentar nuestros diagnósticos en reacciones biológicas y antecedentes familiares.

Considera como tuberculídes los tipos que ha descrito DARIER. Evolucionan en *poussés* y raramente albergan el b. de Koch. Son debidos a un estado de alergia. La teoría de las embolias bacilares de DARIER queda en pie, sólo que estos bacilos son destruidos por la alergia. La evolución de la tuberculosis podría ser comparada a la de la sífilis, con su período de inoculación, y de generalización secundaria, pero mucho más irregular.

El lupus eritematoso sería una linfogranulomatosis metaescrofulosa. El eritema pernio y sarcoides de BOCO sería una linfogranulomatosis benigna.

#### II.—PAUTRIER (Strasburgo).

*Tubercúides y tuberculosis.*—Entre las tuberculosis cutáneas verdaderas se cuentan: el liquen escrofulosorum, las tuberculosis pápulo-necróticas y el eritema indurado de BAZIN. Los bacilos que circulan en un enfermo infectado, llegan a la piel y determinan la lesión local. La alergia representa un gran papel en esta patogenia.

Entre las tuberculídes clasificamos: los sarcoides de BOCO no sifilíticos, sarcoides hipodérmicos de DARIER, el lupus eritematoso, el lupus pernio y el angio-lupoide.

El lupus eritematoso no es seguro que sea tuberculoso y la teoría linfogranulomatosa de SCHAUMANN no está demostrada todavía.

La teoría de la naturaleza sifilítica de las tuberculídes no es cierta más que para ciertas formas que ceden rápidamente con el tratamiento específico.

Las recientes investigaciones de BESANZON, PHILIBERT, etc., demuestran que sólo conocemos un aspecto del b. tuberculoso y que hay que seguir los estudios para llegar a conclusiones más precisas.

## SEXTO TEMA

ESTADIO ACTUAL DE LA TERAPÉUTICA EN EL LUPUS Y EN LAS TUBERCULOSIS CUTÁNEAS: HALKIN (Lieja), P. FRANÇOIS (Amberes), L. DEKEISER (Bruselas).

Las tuberculosis cutáneas reflejan una infección tuberculosa y por lo tanto reclaman un tratamiento general.

El tratamiento general mejor son los baños generales de luz.

Los baños de luz se hacen con arcos voltaicos, con lámparas de mercurio o con lámparas de arco con carbonos polimetales.

Es difícil apreciar si son superiores las lámparas de mercurio o el arco voltaico.

La utilidad de los rayos infrarojos no está demostrada.

El tratamiento con sales de tierras raras o éter benzil-cynámico no tienen el valor de la helioterapia y presentan inconvenientes.

Las tuberculinas no sirven más que en las tuberculosis atenuadas.

El tratamiento fototerápico local intensivo ha acortado el período del tratamiento.

La crioterapia es útil en el lupus eritematoso. Las escarificaciones y las pomadas pirogálicas conservan su valor, combinadas con la fototerapia. El tratamiento por Rayos X es el que menos esperanzas hace concebir.

## COMUNICACIONES

LAURENT y VINNAY: *La simpatectomía periarterial en Dermatología.*—Teniendo en cuenta los fenómenos que determina esta intervención, o sean: aumento de la tensión arterial y aumento de la calorificación, habrá indicación en las úlceras tórpidas, eritema pernio, asfíxia local o cianosis de las extremidades. En todos estos casos han encontrado mejorías importantes.

COMTE y CAILLIAN: *Estudio sobre la linfogranulomatosis infecciosa maligna.*—Hacen un estudio histórico muy detallado. Describen las lesiones de la linfogranulomatosis. Comparan estas lesiones a las que se observan en ciertas infecciones crónicas (tuberculosis, sífilis, micosis). Diferencian esta afección de los cánceres y sarcomas. Relacionan esta enfermedad con las leucemias cutáneas. Terminan su trabajo considerando la linfogranulomatosis como una enfermedad infecciosa, con brotes febriles sub-agudos y de evolución maligna.

VAN DER VALK: *La cutis verticis girata como síntoma de la enfermedad de Recklinghausen.*—Presenta un caso de paquidermia vorticelada coexistiendo con nevus pigmentarios y moluscum. Del examen histológico deduce que son del mismo origen y naturaleza y por tanto considera la cutis verticis girata como un síntoma de la enfermedad de Recklinghausen.

LACAPÉRE: *Efectos de las radiaciones del radium sobre los tejidos y empleo de tópicos radioactivos.*—Estudia la acción biológica sobre las células, de todas las radiaciones del radium, haciendo notar que, al lado de la acción destructiva, hay una acción excitante si se emplean dosis débiles. Obtiene grandes resultados en úlceras crónicas y eczemas usando pomadas de bromuro de radium.

PAYENNEVILLE y MARIE: *Paralelo de los resultados*

obtenidos en el tratamiento de la sífilis reciente, en el período pre-humoral y en el período post-humoral.—Presentan estadísticas muy completas y hacen resaltar las grandes diferencias existentes según la época del tratamiento. El porcentaje de enfermos curados, cuyo tratamiento empezó antes del período serológico es de 55 %. Empezando después, 27 %.

BARTHELEMY: *Trastornos vasculares debidos a inyecciones intramusculares de bismuto.*—Se pueden producir embolias arteriales que pueden presentar cuatro formas: Exantema lívido, placa equimótica, dermatitis gangrenosa y gangrena dermo-hipodérmica.

PETER: *El método de depilación de la tiña por el acetato de talio.*—Preconiza como único medicamento a emplear el acetato de protóxido de talio, desechando los demás. Hace consideraciones sobre las causas que determinan la depilación del cuero cabelludo dejando indemnes las demás regiones pilosas. La teoría parasimpática que explicaría este hecho presenta grandes contradicciones.

RAMEL: *Las modificaciones de la velocidad de la sedimentación en el curso de las reacciones alérgicas.*—Todos los estados patológicos que determinan un grave trastorno en el metabolismo celular, producen una variación en la velocidad de sedimentación. Las inyecciones de tuberculinas no producen una variación constante en la sedimentación, siendo muy difícil sacar una relación fija. Lo mismo para los casos de tricofitias estudiados. De todo esto deduce que siendo la sedimentación una base para el pronóstico, no es, sin embargo, una función de la alergia. La alergia y la inmunidad son dos estados que apesar de ser independientes pueden mezclar sus efectos.

CARLO DA SILVA: *Un caso de sífilide tuberculo ulcerosa circinada fagedénica.*—Presenta un caso muy interesante, con fotografías. Apesar de ser un caso extremadamente resistente a los tratamientos específicos, acaba por ceder a la terapéutica, asociando todos los medios de curación. Deduce la necesidad en muchos casos, de dicha asociación terapéutica para no caer en el fracaso.

FOUQUET: *Las preparaciones de chaulmoagra en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas.*—La analogía entre el b. de Koch y el b. de Hansen ha hecho que se hayan empleado el aceite de chaulmoagra y sus éteres etílicos en las tuberculosis. La falta de terapéutica verdaderamente específica ha ayudado a estas experiencias. Para las tuberculosis cutáneas se han empleado pomadas de chaulmoagra con lipoides. Estas pomadas tienen una electividad sobre el b. de Koch y obran destruyendo su cubierta cérea, lo cual se consigue por su gran poder de penetración. Cita varios casos de lupus curados aparentemente.

HUDELO, RABUT y NADAL: *Estudio comparativo y radiológico de la absorción de los distintos preparados bismúticos.*—Hacen un estudio detallado de la absorción de las distintas sales de bismuto. Sacan la conclu-

sión que no hay que buscar en los preparados de bismuto la riqueza en bismuto metal que contienen, sino la proporción de sal utilizable para el organismo.

MILIAN: *Las erupciones medicamentosas.*—Examina las teorías que se han emitido para explicarlas. (Idiosincrasia, anafilaxia, coloidoclasia, sensibilización). Las divide en erupciones de origen externo y de origen interno. Y patogenéticamente las divide en tóxicas y biotróficas. Las primeras aparecen por acumulación de medicamentos y las segundas por fenómenos de sensibilización.

DANEL: *Nota sobre el tratamiento del lupus por el raspado y carbonización total.*—Cree que es el mejor procedimiento para la curación del lupus y presenta una brillante estadística.

NANTA y GINNY: *Un chancro experimental mixobacteriano.*—Ha conseguido inocular jugo esplénico de un caso de esplenomegalia microbiana. Ha escogido el cobayo para el experimento, obteniendo un chancro en el cual ha podido ser aislada una bacteria que se ha denominado con el nombre de *simbacteria esplenomegalia*.

VIGNE y FOURNIER: *Tratamiento del lupus tuberculoso por el éter benzil-cinámico.*—Trata dos lupus con inyecciones intramusculares de éter benzil-cinámico, aprovechando la propiedad del radical cinámico sobre el b. de Koch. Obtiene brillantes resultados y asocia a este tratamiento los tratamientos locales destructivos.

NICOLAS, GATÉ, MASSIA y PETOURAND: *Linfodermia con manifestaciones polimorfas en un enfermo con leucemia linfoide de tipo esplenomegálico.*—Historia detallada y completísima, extendiéndose en consideraciones de orden clínico.

DEGRAIS y BELLOT: *El radium en Dermatología.*—El radium en Dermatología ha desempeñado un papel importantísimo para la curación del cáncer cutáneo, pero además de esto es un gran medio terapéutico para un gran número de afecciones benignas en las cuales es insustituible. Es un medio que sólo requiere un buen instrumental y una técnica perfecta.

HINEK: *La púrpura experimental.*—Examina las relaciones de las púrpuras y la piel, desde el punto de vista patogenético. La acción tóxica de un suero trombolítico, no se hace sólo sobre las plaquetas sino que también sobre todo el sistema hematopoyético mieloide. Todo el sistema linfático está afecto. Las hemorragias cutáneas es un síntoma del sistema retículo-endotelial de la piel. La piel juega su papel por las variaciones de su acción tromboplástica y relacionadas con la inmunidad.

BIZARD y MARCERON: *Empleo del permanganato potásico en polvo, en el tratamiento del lupus tuberculoso.*—El permanganato se ha usado mucho pero siempre en solución. En polvo se ha usado muy pocas veces. Sin embargo es un buen procedimiento, sobre todo

para modificar los lupus rápidamente. Usan el permanganato finísimamente pulverizado, colmando las anfractuosidades que forma la lesión. Antes de esta operación hay que preparar la lesión sea con la cucharilla o escarificando. El dolor de la aplicación del permanganato es intenso. Hay que anestesiar. Las consecuencias del procedimiento (que loides, recidivas) hay que tenerlas en cuenta para la elección del método.

Jaime PEYRÍ: *Piodermitis vegetantes. Contribución a su estudio.*—En otro lugar de este mismo número, publicamos íntegra la comunicación del Prof. PEYRÍ.

Antonio PEYRÍ: *Resultados de la sanocrisina en el tratamiento del lupus.*—Emplea la sanocrisina, señalando sus inconvenientes y accidentes que puede producir. Usa la dosis media de 0'25 gr. semanal y obtiene resultados favorables que pueden llegar a la curación.

José M.<sup>a</sup> PEYRÍ y José M.<sup>a</sup> TRAGANT: *Las reacciones endocrinas y su terapéutica en Dermatología.*—Esta comunicación publicóse íntegra en el número de julio de ARS MEDICA.

Jaime PEYRÍ: *Contribución a estudio del herpes.*—Después de indicar las bases de sus experimentos, termina con las siguientes conclusiones: La localización del herpes alrededor de las aberturas naturales es debida a la movilidad y riqueza linfática de la región. Casi siempre es unilateral. La coexistencia con distintas infecciones hace creer en la pluralidad de agentes infecciosos. Un caso de muerte por encefalitis después de un zoster, nos hace creer en la posibilidad de unidad del herpes, zona y encefalitis.

NOGUER MORÉ: *Tratamiento del lupus por electrocoagulación.*—Estudia detenidamente el método señalando sus ventajas e inconvenientes.

GIRONA y NOGUER MORÉ: *Piodermitis agudas de tendencia úlcero-serpiginosa.* Presentan un caso, parecido a los descritos por HALLOPEAU y AZÚA. Usan el tratamiento del caldo-vacuna de Delbet.

CARRERAS: *Estenosis duodenal producida por un sí-filioma y simulando un tumor maligno.*—Un caso de localización extraordinariamente rara y que simulaba un cáncer de duodeno. Curación sin dejar estenosis, con un tratamiento intensivo de salvarsán y bismuto. Radiografías del Dr. L. BALCELLS.

A. CARRERAS.

## BIBLIOGRAFÍA

J. TERRACOL.—LAS RINITIS Y LAS SINUSITIS PURULENTAS DE LA INFANCIA. MONOGRAFÍAS OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS INTERNACIONALES. Gaston Doín, editor. París. 1926.

El estudio que hace el autor de las Rinitis de la infancia es bastante completo y expone de una manera clara la gravedad de la afección especialmente en la primera infancia, en la que el tanto por ciento de mortalidad es muy elevado. Con-

viene tratar muy extensamente las rinitis purulentas, con un aspirador y luego instilar una solución de nitrato de plata.

No son solo las adenoiditis la causa de muchos trastornos óticos, nasales, faríngeos y laríngeos, no es suficiente examinar el cavum, se debe proceder sistemáticamente examinando las fosas nasales de los niños.

Señala el autor como causa de muchas supuraciones nasales las sinusitis. Aunque de muy difícil exploración los senos nasales de los niños son infectados muchas veces, desde la edad de diez años, antes los senos son muy reducidos y en la primera infancia son virtuales.

Todos los médicos deben preocuparse de las sinusitis purulentas, persistentes, causa de graves trastornos en los niños, en los primeros tiempos de su vida.

VILA ABADAL

E. RIBAS RIBAS.—CIRUGÍA DE LA ÚLCERA GASTRO-INTESTINAL. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA INDICACIÓN Y DE LA TÉCNICA. Barcelona. 1926.

Entre las publicaciones monográficas recientes del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, con que esta histórica institución da constantes pruebas de vitalidad y pujanza científica, la del Dr. RIBAS RIBAS merece un lugar de honor bajo todos conceptos.

Es un resumen crítico de la labor realizada durante un cuarto de siglo por el clínico infatigable y operador habilísimo que además—cosa poco frecuente entre nosotros—no ha desperdiciado en lo más mínimo el abundante material que le proporcionan sus servicios hospitalarios y su clientela particular. Ha contado para lograrlo con la colaboración constante y eficaz de sus ayudantes Dres. VILARDELL, SAURET, BRETÓN, RABASA, LIENZE, BATLLE, E. RIBAS ISERN, SÁNCHEZ, ARNALDIC, COSTA, YMBERT, MESTRES, E. GRAU, J. GRAU, CORNEL y G. RIBAS ISERN a los que su maestro rinde cariñoso tributo y no podemos hacer menos nosotros también.

Comprende este trabajo el estudio quirúrgico completo de la úlcera gastro-duodenal desde la anatomía patológica macro y microscópica en todas sus variedades y localizaciones, el estudio del úlcus-cáncer, las indicaciones operatorias, la crítica de la gastro-enterostomía, a la importancia de la localización de la úlcera, hasta las distintas resecciones estudiando su oportunidad, técnicas y resultados post-operatorios desde el punto de vista químico, radioscópico, radiográfico y clínico. Termina con el análisis de las estadísticas de la gastrectomía y el estudio de las operaciones sobre el sistema nervioso.

Esta rapidísima ojeada sobre el sumario de la obra nos da idea de su enorme interés. Más difícil es darla de su parte gráfica.

Magníficas fotografías en negro y en color de 34 piezas patológicas nos muestran las distintas variedades de úlcera gastro-duodenal.

Las microfotografías de preparaciones histológicas en número de 68 debidas a la maestría del Dr. FORNELLS PUIG nos permiten conocer en detalle la anatomía patológica microscópica de la úlcera y la zona peri-ulcerosa y su transformación neoplásica. Igual elogio debemos hacer de las radiografías de dos gastrectomizados.

El Dr. CARDENAL, a quien con motivo de sus bodas de oro científicas está dedicado el trabajo que nos ocupa hace un cumplido elogio de la labor realizada por el Dr. RIBAS y pocas palabras podemos añadir a las del maestro.

Solo queremos insistir sobre el bello ejemplo de colaboración científica que nos dan el Dr. RIBAS y sus discípulos, sin la cual es imposible actualmente cualquier trabajo de alta cultura médica, que como el presente pueda resistir con ventaja la comparación con las mejores publicaciones extranjeras.

J. SALARICH