

para combatir los síntomas psíquicos, neuróticos y hemáticos del sifilítico.

En determinadas circunstancias, cuando el objetivo ha sido provocar fuertes reacciones térmicas, esto es, un verdadero choc coloido-clásico, se ha recurrido al empleo del *pus aseptico* y también del *séptico* esterilizado por el yodo y el ácido fénico: de la *leche*, *metales coloidales* (plata, oro, selenio): de la *peptona* (intravenosamente) muy peligrosa: de las *vacunas* de Delbet o propidon: de *sueros no específicos*: y de la *sangre* del mismo enfermo (auto-hemoterapia).

Las enfermedades en las que tal *objetivo* está indicado son bastantes, descollando, la meningitis y neumococemias, el tifus exantemático, gripe, metritis y artritis gonocócica, bubón chancroso (BOIDIN), algunas septicemias, el reumatismo poliarticular agudo y crónico y ciertas afecciones de la piel (dermitis profesionales, eczemas rebeldes, zona, foliculitis).

Con lo dicho hasta ahora, vemos cuanto provecho podemos obtener con un factor considerado por los irreflexivos, *perjudicial*: para los poco atentos a los hechos, *indiferente*, y para los verdaderos prácticos fieles observadores y cumplidores de las leyes fisiopatológicas, base de la Medicina, *útil* y *necesaria*.

Y para concluir, y con el fin de puntualizar debidamente los conceptos emitidos, ahí va el resumen de mi modo de concebir y de actuar en lo que al problema terapéutico de la Fiebre se refiere: La conducta médica a seguir ante un enfermo afecto de un proceso agudo en lo que al síntoma Fiebre se refiere dentro de sus prudenciales límites, debe ser: respetarla al principio, entre tanto se adquiera con el auxilio de los recursos que no son del caso enumerar el conocimiento de la causa y se construya el consiguiente diagnóstico: frenarla más tarde, si rebasa los límites normales en espera de los efectos curativos proporcionados por el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas básicas, del proceso definido: emplearemos para el logro de aquel fin, los recursos higiénico-dietéticos representados por la derivación (pediluvios, enemas fríos, etc), la hidroterapia (baños o sábana mojada, etc.), la aireación, etc., etc.

Si por circunstancias especiales, no ha podido establecerse el diagnóstico transcurridos algunos días, y la Fiebre a más de mostrarse rebelde a los recursos higiénico-dietéticos tiene tendencia a subir, añadiremos entonces, a la medicación sintomática general (tónicos cardíacos, antisepticémicos) propia de todo proceso infeccioso indefinido, la administración de quinina en sus diferente combinaciones, sin suprimir empero, el empleo cuando menos, de la hidroterapia en la forma que creamos más conveniente y cómoda para el enfermo. Conseguido el descenso de las altas temperaturas y encauzada nuevamente la Fiebre dentro de sus justos límites, dejaremos de *atacarla*, suspendiendo la medicación febrífuga far-

macológica y continuando con la hidroterapia (8), hasta que aparezca la declinación real de la enfermedad.

En ciertas circunstancias, en las que por razones fisiopatológicas sea indispensable despertar las adormecidas fuerzas defensivo-ofensivas del organismo o modificar la composición química del plasma sanguíneo, nos valdremos del factor Fiebre, cuya producción se conseguirá mediante los recursos o sistemas ya conocidos.

Siguiendo estas normas de conducta, de sabor eminentemente clínico, mantendréis libre el cerebro de maléficos prejuicios y pueriles preocupaciones, orientándolo en línea recta hacia el horizonte donde radica el diagnóstico, fuente de preciosas y precisas indicaciones y piedra básica de todo buen tratamiento.

¡Cuántos diagnósticos no dejan de formularse, por hallarse la inteligencia embebida en ridículas preocupaciones, nacidas de falsas visiones y alimentadas por erróneas filosofías!

¡Cuántas indicaciones terapéuticas no dejan de cumplirse; que de oportunidades se desaprovechan para no presentarse más, por espíritus anonadados en cosas banales!

## CRONICA

### QUINTO CONGRESO INTERNACIONAL MÉDICO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Se ha celebrado en Budapest (2-8-Septiembre), el V Congreso Internacional de Accidentes del Trabajo.

De su importancia dará idea aproximada el número de comunicaciones, que han sido unas 300, y el número de Congresistas que han sido cerca de 2000. Si al concepto de cantidad añadimos el de calidad, citando los nombres de ALBEE, OLIVARES, SAUERBRUCH, BÖHLER, OLLER, KAUFFMAN, VULPIUS, e IMBERT, entre otros, nadie dudará de que la modalidad quirúrgica que supone el accidente del trabajo adquiere, de día en día, relieve y perfiles propios.

(8) Fundándonos en dos razones: la 1.<sup>a</sup> para combatir pequeños rescoldos que, a la manera de los grandes incendios, suelen aparecer en los momentos que se cree está extinguida la enfermedad; y la 2.<sup>a</sup>, para aprovechar los efectos *tónico*, *antiséptico cutáneo*, *diurético* y *sedante*, producidos por la hidroterapia, aparte del antitérmico.

Claro que el problema del accidente del trabajo es un problema esencialmente quirúrgico; pero al que se añaden una serie de detalles de trascendencia que, aumentando en forma considerable, le hacen adquirir rápidamente el carácter definido de una especialidad.

En todo accidente grave se plantea, ante todo, un caso importante desde el punto de vista social: la capacidad o la incapacidad post-traumatismo. Un tratamiento bien dirigido puede convertir un inválido en un hombre útil, y, por el contrario, un tratamiento inadecuado o insuficiente puede, a un hombre que debió recuperar su integridad funcional, dejarlo convertido en inválido.

Se dirá que esto puede darse en cualquier caso quirúrgico, y es verdad; pero con la diferencia de que, en la práctica quirúrgica ordinaria, sólo excepcionalmente intervienen los no especializados y abordan sin temor el tratamiento del accidente del trabajo (sobre todo en poblaciones de segundo orden... y en alguna de primer orden), médicos cuyas actividades profesionales están muy alejadas de la cirugía, y ya es sabido que la Cirugía más difícil es la cirugía de urgencia (por la premura con que debe formularse un diagnóstico y más aún por la rapidez con que debe tomarse una decisión de la que depende el éxito o el fracaso), y no hay que decir que la cirugía del accidente entra de lleno en aquélla.

Pero dejando aparte lo que llevamos dicho, aún existen otros extremos que el médico no debe ignorar pues él ha de jugar el papel más importante y decisivo y debe mantenerse ecuánime e imparcial, ya que se trata de intereses, todos respetables. Me refiero a la discusión que se puede entablar entre patronos y obreros ante un supuesto caso de capacidad o de incapacidad.

Buena y mala fe puede haber por parte de patronos y compañías aseguradoras. Buena y mala fe puede haber por parte del obrero. Unos tendrán interés en demostrar que el lesionado puede realizar toda clase de trabajos. Otros sostendrán que no puede realizar ninguno. La opinión del médico debiera ser (lo es muchas veces) la que dictare el fallo. Esto sólo demuestra la cada vez más necesaria preparación que necesita para emitir dictámenes e informar ante Tribunales, y no debe olvidarse que esto exige el conocimiento previo de las leyes (la española la comentaremos y criticaremos otro día) y de las *psicologías especiales*, de las simulaciones, y muy particularmente de la *parasitología* del accidente del trabajo. Los parásitos, según he oído en Budapest, existen en todas las latitudes y tienen las mismas características.

Por otra parte, la necesidad de estudiar a fondo la especialización del accidente del trabajo, se hace sentir más y más por la tendencia manifiesta a establecer leyes casi universales, a establecer valoraciones semejantes en los casos de incapacidad, y ¿quién podrá dudar de que es el médico quien debiera, sino

dictar, por lo menos intervenir de una manera muy directa en su elaboración?

Debo advertir que en estos comentarios no hago más que reflejar los resultados generales del Congreso de Budapest. He creído más interesante para los lectores de ARS MEDICA comentar y relatar lo que puede suponer un resultado práctico en nuestras costumbres y estudios profesionales que citar y extractar (en forma forzosamente deficiente) las ponencias y comunicaciones, muchas de las cuales podrían haber sido presentadas en cualquier Congreso de Cirugía, sin el carácter del de Budapest.

Y en realidad, la parte práctica del último Congreso queda retratada en el deseo unánime de que en todo el mundo se establezcan Institutos de Reeducación y en la declaración de la necesidad de intensificar los estudios de la Medicina del trabajo.

Ambas peticiones son lógicas: El Estado no debe creer que todo ha terminado cuando un obrero ha cobrado una indemnización (que en ningún caso es suficiente para ponerle a cubierto de la miseria)-si realmente ha quedado totalmente inválido para el trabajo, sino que debe intentar su recuperación. Eso es lo humano, lo justo e incluso lo más interesante para el gobernante. ¿Cómo no decir que en España tenemos un Instituto modelo que debe enorgullecernos? Todos los que no conozcan el I. de R. de Inv. de Madrid, no deben dejar de visitarlo. Pueden tener la seguridad de que verán un establecimiento a la moderna, donde hombres de la altura moral y de la preparación técnica de OLLER y MADARIAGA trabajan en forma insuperable.

La tendencia del Congreso de Budapest ha sido dirigida hacia la creación de Hospitales mantenidos por Compañías, por Asociaciones patronales o por el Estado, dedicados especialmente al accidente del trabajo y a disminuir el número de inválidos.

En cuanto a la enseñanza especializada se ha propugnado la creación de Asociaciones médicas, constituidas por todos los médicos interesados en el estudio de estas cuestiones. Puedo adelantar que la constitución de esta Asociación española pronto será un hecho.

Justo es que consigne que Budapest, ciudad bellísima, atendió a sus visitantes con tanta cortesía y les prodigó tantas atenciones, que todos salimos de ella sinceramente agradecidos. El Congreso fué un modelo de buena organización.

Adrede he dejado para el final señalar que la representación española dejó el pabellón a envidiable altura. El Dr. OLLER, que ya había consolidado su prestigio en anteriores Congresos, presentó una notable conferencia sobre «*L'invalidité a cause des fractures mal soignées*», que fué muy celebrada, siendo invitado a presidir el resto de la sesión, dándose el caso de que fuera el único Presidente que dirigiese las discusiones y contestara a los comunicantes en el idioma oficial por ellos empleado (francés, inglés, alemán o italiano). El Profesor OLIVARES obtuvo un éxito ruidoso. Su comunicación «*Resultats obtenus*

*avec le vissage dans les fractures du col de femur*», versaba sobre el mismo tema que la del Dr. ALBEE y, como éste, presentaba una película. No entremos en comparaciones, siempre odiosas; pero hagamos constar con orgullo que el Prof. OLIVARES fué ova- cionado y que sus operados demostraron que habían logrado recuperar su funcionalismo *in totum*. El eminente profesor fué felicidadísimo.

También los doctores PÉREZ MARÍN y TORRES FRA- GUAS, leyeron sendas comunicaciones (úlceras trau- mática de estómago y anquilostomiasis, como en- fermedad profesional, respectivamente), que mere- cieron los elogios de todos los presentes.

A todos ellos y al simpático NÚÑEZ JUARROS envió desde aquí un cariñoso saludo en demostración de que no he olvidado las horas, tan gratas para mí, que pasé a su lado.

Por último, conviene que se diga que el Comité In- ternacional deseaba vivamente que el próximo Con- greso se celebrara en Madrid. Ello no resultó posible y entonces, a pesar del empeño demostrado por los italianos de que se designase Roma, Suiza, resultó elegida, casi por unanimidad. Consignemos el hecho como una nueva prueba de la consideración que Es- paña ha logrado y hagamos votos porque si nueva- mente se presentara una ocasión como ésta, no existan obstáculos que impidan la realización de un deseo que tanto nos honra.

LORENZO G.<sup>a</sup> TORNEL CARRÓS.

## PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA COPENHAGUE:

30 Julio a 1 Agosto 1928.

Dinamarca, tierra fértil, tierra dulce. Flota en las aguas frías del deshielo, cubierta de prados, sur- tida de bosques. Reino de paz, tierra de democra- cia.

Lejos de las playas doradas y de las costas áridas vive su ordenada vida esta isla de ensueño. Copenha- gue, tranquila y cortés, urbana y civilizada, pasea suavemente entre lagos y puertos, parques y monu- mentos. Tranquila es su vida, ordenada su ruta.

Isla flotante, plana, sin relieve, Dinamarca os- tenta sus severos castillos, sus palacios, sus museos, entre alamedas y jardines coloreados por flores finas, que julio es primavera en Dinamarca.

Asomándose en la proa, el castillo fortaleza de

Kronsborg mira a Suecia. Hamlet duerme el sueño eterno en su regazo.

Entre jardines avivados del color de las flores los castillos de Frederiksborg y de Frederborg, im- presionan por su talla y por su policroma arquitec- tura; mueso histórico y residencia reales.

Ilusión no soñada ha sido realidad para nosotros; el Congreso de Oto-rino-laringología nos ha llevado a Copenhague.

Los Dres. PUJADOR, FERRANDO, CASADESÚS, SUÑÉ y MEDÁN, OLLER, SEGÚI, GIFREDA y el que suscribe, tuvimos la suerte de asistir a las tareas del Con- greso, amablemente acompañados de las señoras OLLER, SUÑÉ y FERRANDO.

El Congreso se reunió en el Palacio del Congreso de los Diputados en Christiansborg.

La sesión inaugural fué presidida por el presiden- te del Congreso, profesor insigne de Copenhague, Dr. SCHWIEGELOW; asistió al mismo el Rey de Di- namarca y dos ministros, democráticamente sentados en la primera fila de butacas.

Leído el discurso por el presidente, de tonos cor- teses, llamando a la paz y a la fraternidad, el se- cretario Dr. BLEGVAD hizo un estudio de la elabora- ción del Congreso. La tarea es larga y entretenida, además de las ponencias hay presentadas 170 comu- nicaciones, no queda tiempo para demostraciones prácticas ni visitas a Hospitales, algunos de ellos muy interesantes, llenos de pulcritud y encanto, co- locados entre parques y jardines, limpios, claros, es- maltados, dan la sensación de bienestar y de orden. El número de camas disponibles supera al número de enfermos.

Las ponencias fueron discutidas todos los días a las 8 de la mañana, empezando por las de los Dres. UFFENORDE y G. FERRERI, que tratan de sepsis de origen faríngeo, las dos muy extensas analizan pau- latinamente todos los aspectos histológico, bacterio- lógico, anátomo-patológico, patogenia y tratamien- to de los procesos infectivos de origen faríngeo. Im- posible señalar detalles en medio del amplio estu- dio que han hecho los ponentes; no hemos podido descubrir una orientación nueva, pero sí un estudio completo. El profesor NEUMANN, de Viena, estudia en su amplia ponencia la operación radical parcial, conservadora, en el tratamiento de las otorreas cró- nicas.

Paso a paso hace un estudio histórico del tema, las indicaciones de la intervención, para nosotros muy limitadas, la manera de practicarla y los resul- tados por él obtenidos.

Su feliz técnica hace más amplia la indicación de su uso, que para la mayoría de especialistas es muy limitada, nunca será una intervención de uti- lización frecuente.

La ponencia sobre Estructura anatómica del oído medio y su influencia en el curso de las supuraciones del oído a cargo de los Dres. MOURET, de Montpe- llier y G. PORTMANN, de Burdeos, fué desarrollada por el profesor PORTMANN; la muerte nos impidió

oír al profesor MOURET, que pasó su vida dedicado a estos asuntos y cuya competencia no ha sido hasta la fecha igualada.

El Dr. PORTMANN expuso brillantemente su tema. Estudio completo muy acabado tanto anatómica como patogénicamente; no podemos aceptar algunos puntos sobre eburneización de las mastoides supuradas que siguiendo a WITTMACK sostiene, porque sus teorías pueden ser refutadas por hechos prácticos, puestos en evidencia, especialmente por el Dr. SUÑÉ y MEDÁN en sus radiografías. Siguió la ponencia sobre el mismo tema del profesor de Hamburgo Dr. WITTMACK, muy amplio, muy detallado.

El último día del Congreso fué destinado al estudio de las ponencias sobre diatermia en el tratamiento de los tumores malignos de vías anteriores, a cargo de los Dres. van MACKENZIE y GUNNAR HOLMGREN.

El uso de la diatermia como precedente quirúrgico para el tratamiento de neoplasias malignas de la faringe, esófago y laringe, que el Dr. MACKENZIE preconiza, no creo sea aceptado por la mayoría de los asistentes. Es un tratamiento que nos recuerda el proceder de DOYEN con su sistema de electrocoagulación.

Creemos sinceramente que la diatermia tiene indicaciones sencillas y muy útiles, pero el bisturí y los procedimientos radiferos ganan en eficacia y en seguridad en el tratamiento de las neoplasias malignas.

Todos los días, después del desarrollo de las ponencias, fueron leídas y comentadas hasta 120 comunicaciones que versaban sobre los varios capítulos de la especialidad.

En tres secciones se dividieron las comunicaciones, secciones presididas por los profesores S. SCHWIEGELOW, H. MYGIUD, A. THOMVAL.

Las comunicaciones, muchas repetían temas ya conocidos con detalles prácticos observados o recogidos por los exponentes; otras sustentaban teorías más o menos ingeniosas sobre funcionamiento del laberinto, percepción de la audición, emisión de sonidos.

No estudiaré ninguno de los asuntos tratados, sólo haré remarcar que presentaron comunicaciones los Dres. FERRANDO sobre laringitis tuberculosa y sanocrisina, OLLER, sobre la acción de los iones en las enfermedades del oído; CASADESÚS, llamó la atención con su aparato fonatorio para laringectomizados; SUÑÉ y MEDÁN fué muy solicitado para la explicación de sus radiografías de cráneo; el que suscribe leyó los resultados obtenidos con las pruebas voltaicas en los laberínticos, cerebrales y normales.

Muchos especialistas españoles asistieron al Congreso, entre ellos los Dres. BRAGUERO y PORTELLA presentaron comunicaciones referentes a septicemia faríngea. HINOJAR y GARCÍA HOMACHE hablaron de extirpación de las amígdalas, exponiendo cada uno su procedimiento. RODRÍGUEZ JUAN y LORENTE de No, hicieron un amplio estudio de sus trabajos

referentes al laberinto en el perro. BARAJAS trató de diatermia en cirugía oto-rino-laringológica. FAIREN presentó un estudio sobre manifestaciones distónicas de laringe en los síndromes extrapiramidales. RUIZ ZORRILLA trató de cirugía cosmética de nariz.

Quedaron comunicaciones para desarrollar, todas irán incluidas en el tomo del Congreso.

La organización muy cuidada; antes del Congreso, todos los inscritos tenían en su poder el libro de las ponencias y un resumen de todas las comunicaciones.

Anexa había la exposición de instrumental, muy bien presentada por las distintas casas concurrentes. Los instrumentos, repetidos en todas las mesas, pocos no conocidos.

No faltaron los banquetes, recepciones y lunch; también un atractivo programa de excursiones dentro y fuera de la capital fué ofrecido a los Congresistas.

Dinamarca, nuestro recuerdo se pasea por sus lagos, bosques y jardines; gente amable. Copenhague extenso, urbano, muy fino.

VILA ABADAL.

## REVISTA DE REVISTAS

### MEDICINA

*Estado actual de las ictericias y de las cirrosis.*—F. GALLART Y MONÉS.

Los antiguos, no teniendo a su disposición argumentos experimentales ni anatómicos precisos, basaban la patogenia de las ictericias en el pronóstico. Oponían las ictericias benignas a las graves, no aceptando formas intermedias y dando a cada una de ellas una explicación diferente: las *ictericias benignas* eran siempre debidas a una obstrucción pasajera del colédoco, puesto que no se encontraba en ellas ningún signo de insuficiencia hepática; las *ictericias graves* eran debidas a degeneración de la célula hepática.

Las primeras eran de origen canalicular, las segundas traducían una hepatitis o una hepatosis.

Esta oposición condujo a la terapéutica colagoga en las ictericias benignas, y a la terapéutica antitóxica en las ictericias graves, buscando en las primeras, la secreción biliar, para expulsar el famoso tapón mucoso de Virchow que nadie ha visto.

No es este solamente el papel que se atribuía al colédoco en la producción de las ictericias, sino que se invocaba también para explicar las ictericias infecciosas, aceptando exclusivamente la vía canalicular y por consiguiente la infección ascendente.

Pero, explicarse una ictericia crónica por retención u obstrucción de las vías biliares, era muy simple y sencillo, cuando se trataba de ictericias por retención, pero era más difícil cuando la ictericia no se acompañaba de retención,