

LÓPEZ SENDÓN y GARCÍA SUÁREZ publicaron en septiembre de 1942, su experiencia en 26 casos tratados con neumoperitoneo, cuya experiencia no es favorable al empleo del neumoperitoneo como técnica antihemoptoica; si bien es verdad que en ningún caso lo emplearon con fines hemostáticos, han visto algunas hemoptisis aparecidas en el curso de este tratamiento en enfermos que anteriormente no habían presentado tendencia a hemorragias.

Sin embargo, W. O. FOWLER, el año 1941, se mostraba satisfecho del éxito obtenido en siete casos de hemoptisis con la asociación frénico-parálisis-neumoperitoneo.

Es de esperar que la magnífica labor realizada y gran experiencia obtenida en los centros de Colapsoterapia permita sentar en un futuro próximo, indicaciones absolutamente precisas y valorar en grandes estadísticas la utilidad real de técnicas que como el neumoperitoneo son de reciente adquisición.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÓ, J., y ABELLÓ, F. — Hemoptisis, 1941 (Monografía).
 ALMANSA DE CARA, S. — Rev. Clin. Esp., 1, 538, 1940.
 ALMANSA DE CARA, S. — El accidente hemoptoico y la terapéutica de las hemoptisis. Málaga, 1939.
 BANYAL — Arch. Surg., 38, 148, 1939.
 BANYAL — Am. Jour. Med. Sci., 196, 207, 1938.
 BORGHESE, A. — Minerv. Med., julio 1941.
 FOWLER, W. O. — Am. Rev. of Tbc., octubre 1941.
 GRANDE, F. — Las vitaminas (Monografía), 1942.
 GONZÁLEZ MARTÍN, J. — Rev. Clin. Esp., 4, 313, 1942.
 HASSELBACH, F. — Die Tuberkulose Lungenblutung. Tub. Bibliot., 67, 1938.
 HERNÁNDEZ DÍAZ. — Rev. Clin. Esp., 2, 62, 1941.
 HOLLAND y CHLOSTA. — Deut. Med. Wschr., 52, 1939.
 HÜBSCHMANN. — Pathologische Anatomie der Tub. Berlin, 1928.
 JAQUEROD — Hemoptysies tuberculeuses. Lausanne. Payot y Cie.
 MARINA FIOL. — Rev. Clin. Esp., 7, 156, 1942.
 LÓPEZ SENDÓN, M., y GARCÍA SUÁREZ, R. — Rev. Esp. de Tbc., 90, septiembre 1942.
 PARTARRROYO y J. BLANCO. — Colapsoterapia de la Tuberc. pulmonar.
 PURSELL MÉNQUEZ y ANDREU MAGRI. — Rev. Clin. Esp., 9, 43, 1943.
 SIMON y REDEKER. — Tbc. infantil, 1932.
 SOL-LEVY. — Amer. Rev. of Tub., abril 1942.
 STRICKER, F. — Fortschritt zur 100. Jahrgigen Stiftungsfeier des Med. Chir. Friedrich-Wilhelms-Instituts, pág. 183.
 TAPIA, M. — Formas anat. clín. diag. y trat. de la tbc. pulmonar, 1941.
 TRIMBLE. — Am. Rev. of Tbc., 111, 1937, y 528, 1939.
 ULRICH, H. — Diag. y trat. de la tbc. pulm. y laríngea, 1935.

EDITORIALES

UN NUEVO MÉTODO PARA DETERMINAR DIRECTAMENTE LA PRESIÓN INTRA-ARTERIAL EN EL HOMBRE

Las dificultades existentes para obtener un registro exacto de las variaciones de la presión arterial en el hombre, han sido superadas recientemente con la introducción por BUCHTHAL y WARBURG de un nuevo manómetro con transmisión eléctrica. El método empleado por los autores daneses consiste en medir los cambios de capacidad que se producen en un condensador sometido a variaciones de presión. El aparato consiste en una jeringa de 1 c. c. de capacidad, conectada con una fina cánula. El interior de la jeringa está lleno de solución de citrato sódico para evitar la coagulación y dentro de la solución se encuentra el condensador cuyas variaciones de capacidad, previa amplificación, son registradas fotográficamente por medio de un galvanómetro. La sensibilidad de este nuevo dispositivo es extraordinaria y las variaciones de la presión intraarterial transmitidas a través de la aguja al cuerpo de la jeringa se traducen en variaciones de la capacidad que registradas como hemos dicho, reproducen con absoluta precisión las curvas de presión arterial. La fidelidad con que el nuevo manómetro reproduce las menores variaciones de presión es considerable y los autores describen el registro simultáneo de la presión y el electrocardiograma así como una serie de registros obtenidos en distintas circunstancias experimentales, tales como el nitrato de amilo y la oclusión de la arteria distalmente al punto de aplicación del manómetro.

Cuando se registran simultáneamente las presiones en la arteria braquial y en la femoral, se observa

un retraso en el aumento de presión de esta última de 20 a 30 milisegundos. El máximo de presión en esta arteria también se alcanza más tarde y la fase ascendente de la curva se retrasa en otros 20 milisegundos en relación con el trazado de la arteria braquial. En la arteria braquial se observan dos ondas secundarias, una primera menos marcada y una segunda más manifiesta. Esta segunda es la única que existe en el trazado de la femoral. El mecanismo de estas ondas secundarias no está bien aclarado, pero es posible que en la experiencia de los autores provoquen la aparición de dichas ondas secundarias comprimiendo la arteria distalmente en relación con el punto de inserción de la aguja. La onda del pulso probablemente es reflejada en el punto comprimido y regresa hacia atrás produciendo a su vez una onda de presión negativa al llegar a los grandes vasos la cual se transmite de nuevo por la arteria 150 milisegundos después de haber alcanzado la curva de presión su altura máxima. La presentación de ondas secundarias en la arteria braquial cuando ésta no es comprimida deben ser producidas por reflexión de la onda del pulso a nivel de su bifurcación o quizá en ramificaciones más distales. Este último punto de vista parece menos probable, ya que no hay mucha diferencia entre las ondas secundarias normales y las producidas por oclusión como ocurriría si aquella se originase más lejos.

La segunda elevación secundaria que corresponde a la llamada onda dicota, corresponde, según la concepción clásica, al cierre de las válvulas aórticas. El asunto es más complejo y los autores creen que se trata de la reflexión de la onda de presión a través de todo el sistema vascular; esta onda se deforma más al coincidir con el cierre de las válvulas aórticas, pues en este momento las propiedades elásticas del

sistema son diferentes de las que existen cuando las válvulas están todavía abiertas. Es interesante la diferencia de la onda dicrótica en los trazados de la femoral y la braquial. La vibración es mucho menos pronunciada en la femoral, lo que debe atribuirse al mayor tamaño de los vasos de la pierna, lo cual da lugar a que el efecto amortiguador de los mismos sea más pronunciado.

Durante la inhalación de nitrito de amilo desaparece la primera onda secundaria en la curva de la arteria braquial, mientras que la segunda permanece presentándose en el mismo momento que antes de la inhalación, pero con amplitud mayor.

BIBLIOGRAFÍA

BUCHTCHAL, F., y WARBURG, E. — Acta Physiol. Scan., 5, 71, 1943.

CONSULTAS

En esta sección se contestará a cuantas consultas nos dirijan los suscriptores sobre casos clínicos, interpretación de hechos clínicos o experimentales, métodos de diagnóstico, tratamientos y bibliografía.

INFORMACIÓN

Orden del Ministerio de Trabajo de fecha 21 de julio sobre designación de Médicos del Seguro de Enfermedad. Publicada en el Boletín Oficial del Estado del día 4 de agosto de 1943.

"Ilmos. Sres.: Los plazos señalados por las disposiciones transitorias 3.^a y 5.^a de la Ley de 14 de diciembre de 1942 imponen un ritmo acelerado a los trabajos preparatorios de organización e implantación del seguro de enfermedad, entre los que destaca, por su complejidad y volumen; el de la designación de los Médicos del Seguro; con arreglo a las normas de la primera disposición transitoria y con objeto de organizar el Servicio Médico y para que en el momento preciso pueda ser efectuada la designación de Médicos del Seguro de enfermedad, dispongo:

Artículo primero. — La Obra Sindical "18 de Julio" procederá a convocar el concurso para la formación de las escalas de Médicos de Medicina general y especialistas, para, con sujeción a ellas, designar en su día los que hayan de prestar servicio en el Seguro de enfermedad.

Artículo segundo. — La formación de la escala de Médicos de Medicina general se ajustará a las normas siguientes:

a) Serán Médicos del Seguro sin necesidad de concurso u oposición y formarán en la cabeza de la escala los comprendidos en los siguientes grupos:

1.º Los Médicos de la Obra Sindical "18 de Julio", mediante concurso u oposición anterior a la fecha de la publicación de esta orden.

2.º Los Médicos de Asistencia pública domiciliaria, siempre que estén en activo.

3.º Los Médicos que prestasen sus servicios en entidades privadas que practiquen el Seguro de enfermedad, con nombramiento de Médico propietario anterior al 18 de julio de 1936, o de supernumerario, mediante concurso legal, antes de la misma fecha.

b) Los Médicos comprendidos en el grupo 3.º del apartado anterior bastará que lo soliciten de la Obra Sindical "18 de Julio" para ser considerados Médicos del Seguro.

c) Con estos Médicos, y por orden que queda establecido se formará la cabeza de la escala de Médicos de Medicina general, teniéndose en cuenta la antigüedad en el nombramiento para determinar el puesto dentro de cada grupo, excepto para los del seguro que se regirán por el orden de categoría y número de su escalafón.

d) El resto de la escala de Médicos de Medicina general se establecerá mediante concurso, al que podrán acudir los que se encuentren autorizados para ejercer en España su profesión. En este concurso serán puntuables además de los científicos, los méritos siguientes:

1.º Haber prestado servicio con carácter interino en la Obra Sindical "18 de Julio".

2.º Haber prestado servicios en entidades privadas que practiquen el Seguro de enfermedad, con nombramiento posterior al 18 de julio de 1936, obtenido por oposición o concurso legal.

Artículo tercero. — Las escalas de Médicos especialistas se formarán con arreglo a las normas siguientes:

a) Serán Médicos especialistas del Seguro, sin necesidad de nueva oposición o concurso:

1.º Los especialistas de la Obra Sindical "18 de Julio" cuyo nombramiento reúna las condiciones señaladas para la formación de la escala de Médicos de Medicina general.

2.º Los Médicos de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión con nombramiento anterior a la fecha de esta Orden.

3.º Los Médicos especialistas que hayan prestado sus servicios a entidades privadas que practiquen el Seguro de enfermedad con nombramiento anterior al 18 de julio de 1936, previa celebración de una prueba de aptitud, en los casos en que lo acuerde el Tribunal designado con arreglo a la primera disposición transitoria de la Ley de 14 de diciembre de 1942.

b) Con estos Médicos, por el orden establecido y dentro de cada grupo, por la fecha de su nombramiento, se formará la cabeza de la escala de cada especialidad.

c) Las escalas de Médicos especialistas se completarán mediante concurso entre Médicos de la especialidad respectiva.

Artículo cuarto. — Los Médicos podrán solicitar simultá-