

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
JOSÉ M. ^a MARTÍNEZ SAGARRA.— <i>La cistitis después de la nefrectomía por tuberculosis.</i>	253
FÉLIX RODRÍGUEZ.— <i>Un caso de síndrome de Gradenigo.</i>	259
PROF. HERMANN SCHLESINGER.— <i>Síntomas y tratamiento de algunas intoxicaciones prácticamente importantes.</i>	261
FERNANDO CUADRADO Y ALBERTO PELEGRÍN.— <i>Localización de las lesiones abdominales por medio de la inyección intravenosa de morfina.</i>	264
FELIPE G. ^a LORENZANA.— <i>Lóbulo azigos y tuberculosis.</i>	266
VICENTE BAENA BAENA.— <i>Arritmia completa (fibrilación auricular). Casos clínicos.</i>	271
J. L. VAQUERO.— <i>Sesiones clínicas de la Asociación Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián.</i>	275
DR. B. DE M.— <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio.</i>	279
R. ALVAREZ.— <i>Congreso oftalmológico.</i>	281

COMENTARIOS RURALES

LORENZO SÁEZ.— <i>El Reglamento de provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de Médicos y Farmacéuticos titulares.</i>	285
---	-----

(Sigue)

Myoston

"Hemming"

Extracto standardizado de la musculatura, libre de albúmina, según el Profesor Dr. J. S. Schwarzmann, de Odesa.

Para combatir eficazmente. **ANGINA DE PECHO**, esclerosis coronaria, hipertonia, asma cardíaca, disnea en la insuficiencia cardíaca, alteraciones vasomotoras de la circulación cerebral, claudicación intermitente, angioespasmos, gangrena, eczema.

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN

BARCELONA * APARTADO 712

Medicina interna, por Baena.

<i>Labilidad de la presión sanguínea y sistema vegetativo. Investigaciones en personas jóvenes con labilidad en la presión sanguínea.</i> —Von N. Werner.	289
<i>Amplias observaciones sobre la ictericia catarral.</i> — Von H Steinitz.	289
<i>Anemia gastrógena hipocrómica y anemia enterógena hipocrómica.</i> H. C. Von Leuwen.	289
<i>Influencia de las zonas vasosensibles reflexógenas de la aorta y del seno carotídeo sobre la excitabilidad motriz cortical.</i> C. Heymans y S. S. Bauckaert.	290

Tuberculosis, por G.^a Lorenzana.

<i>La importancia práctica de las formas de la tuberculosis pulmonar.</i> Werner W. Siebert.	290
<i>Los accidentes gástricos consecutivos a la frenicectomía izquierda.</i> L. Bernard, G Villars y Thoyer.	291

Neurología y Psiquiatría, por J. M.^a Villacián.

<i>Etiología de la polineuritis.</i> —I. S. Wechsler.	292
<i>Sobre la artritis crónica deformante. Estudio anatómico de un caso avanzado con particular referencia al sistema nervioso y a las glándulas endocrinas.</i> — M. Bergonzi.	292
<i>Diez años de experiencia en el tratamiento de la epilepsia con régimen cetógeno.</i> —H. F. Helmholz y H. M. Keith.	295

(Sigue)

BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-NA-LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES
EPILEPSIA
VÓMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K. Y NA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apart^o 648 MADRID

	Páginas
Dermatología y Sifilografía, por E. Ledo.	
<i>El tratamiento del penfigo vegetante.</i> - A. Sézary et H. Gallot.	295
<i>Datos anatomopatológicos en los sifilíticos</i> - G. Guldberg.	296
<i>Sobre el paso del bismuto de la madre al feto.</i> - C. Lombardo	296
Otorrinolaringología, por Gavilán y Berceruelo.	
<i>A propósito de las operaciones bajo la embriaguez por la solestina.</i> Setelen	297
<i>Tratamiento operatorio del empiema que alcanza la punta del peñasco.</i> - Nager.	297
<i>Del empleo del antivirius estreptocócico en las tuberculosis larín- geas.</i> - Tckhomroff y Goldenberg	298
<i>La tuberculosis primitiva de la laringe.</i> - Cambrelin.	298
<i>La amígdala palatina, puerta de entrada de la tuberculosis</i> - Haniani.	298
<i>El diagnóstico laringoscópico de la tuberculosis laríngea.</i> - C. Gon- zález Villanueva	299
Odonto-Estomatología, por Fernández Martín.	
<i>Importancia del violeta de bismuto en el tratamiento de la infección de Vincent y el alveolo seco.</i> - Malcón B. Lacy.	299
<i>Dispositivo inmovilizador para las fracturas de las ramas de la mandíbula.</i> - J. Ubaldo Carrea.	299
BIBLIOGRAFÍA.	301
LIBROS RECIBIDOS.	305
NOTICIAS.	305

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

Inyectable de quinina pura, completamente indoloro, inyección intramuscular e intravenosa. CURA radicalmente PALUDISMO; de aplicación en la Gripe, Pneumonías, Fiebres Tíficas y Paratíficas.

FÓRMULA	{	Quinina pura	0,21	grs.
		Astenol	0,0135	»

SUERO ESPAÑA

Inyectable ferruginoso, indoloro, indicado en las Anemias, Cloro Anemias, Astenias, etc. Con resultados sorprendentes que se observan desde las primeras inyecciones.

FÓRMULA	{	Astenol	0,012	grs.
		Acido glicerosfosfórico	0,046	»
		Acido cacodílico	0,030	»
		Hierro asimilable	0,002	»
		Glicerosfosfato estriánico.	1¼	milig.

FOSFOVITÓGENO

Tónico reconstituyente, de sabor agradabilísimo. NEURASTENIA y en general las mismas indicaciones que el Suero España.

N. B. -Estos preparados pueden utilizarse sin inconveniente alguno en los niños de corta edad.

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

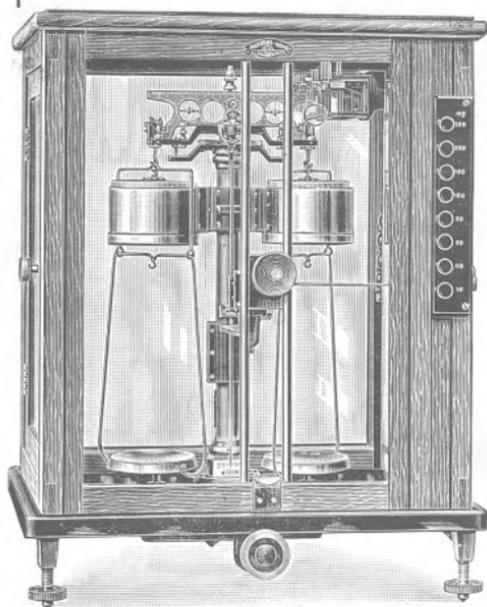
M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

de las Casas E. LEITZ, de Wetzlar } ALEMANIA
y F. M. LAUTENSCHLAGER }



Balanza de precisión SARTORIUS, modelo D. 3. con amortiguadores de aire, lupa de lectura y dispositivo exterior para pesadas rápidas.

Instalaciones completas de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS
PUROS : MOBILIARIO CLÍ-
NICO : INSTRUMENTAL
QUIRÚRGICO

MICROSCOPIOS LEITZ
MICRÓTOMOS LEITZ
COLORÍMETROS, NEFELÓ-
METROS Y POLARÍMETROS
LEITZ

Electro-ionómetros gran mode-
lo de LAUTENSCHLAGER,
para P. H. según el Dr. Lücrs
MICRO-IONÓMETROS para
el P H patente LAUTENS-
CHLAGER.

Colorímetros Folien según Wulf
para el P H.

BALANZAS de precisión SAR-
TORIUS.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

ALMACENES

Mayor, 79; Luzón, 2; Plaza del Conde Miranda, 3, y Codo, 3

Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

La cistitis después de la nefrectomía por tuberculosis

por el doctor José M.^a M.^z SAGARRA

Es un hecho bien conocido, y que constituye una pesadilla para el cirujano y la desesperación del enfermo, aquellas molestias vesicales que persisten y en ocasiones se hacen indefinidas después de la extirpación del riñón enfermo, ensombreciendo con esto el pronóstico de la tuberculosis renal, aun cuando contemos con otro riñón sano y en hiperfunción dispuesto a suplir la labor de su congénere.

Las lesiones banales, desde luego de poca importancia, salvo raras excepciones, no parecen aecerar un grave peligro; no así las lesiones tuberculosas que pueden ser un foco de diseminación constante, constituyendo una seria amenaza para el enfermo, pudiendo infectar por vía ascendente el riñón restante, después de destruir la barrera natural que opone el orificio del uréter, creando un reflujo causante de la infección del riñón sano; por vía inferior puede infectar la próstata, uretra, vesículas seminales, epidídimos y testículo, dando lugar a la tuberculosis genital tan frecuentemente observada en la tuberculosis urinaria. Finalmente esas lesiones específicas, aparte de las molestias de frecuencia, dolor y hematurias que producen a los enfermos no dejándoles reposar, terminan por destruir el cuello de la vejiga, conduciéndoles al lamentable cuadro de la incontinencia, caquexia y muerte, que puede sobrevenir igualmente por diseminación de la bacilosis. Este cuadro tenebroso de todos tan conocido ha hecho dedicar atención preferente al tratamiento de estas cistitis que quedan como secuela de la bacilosis renal.

Sabida es la voz de protesta que nos da la vejiga ante lesiones renales que evolucionan silenciosamente, «la vejiga grita sus sufrimientos mientras el riñón sabe callarse»—dijo Chevassu—. Y en este pequeño trabajo vamos a estudiar las causas que pueden mantener esta voz de protesta vesical, después de la nefrectomía.

El aforismo «riñón extirpado, cistitis curada», debemos de decir que no es cierto, sino en parte, pues si hay enfermos que curan su cistitis inmediatamente después de la operación, en ocasiones dentro de las primeras veinticuatro horas, en estos casos no se trata de verdaderas cistitis, sino de reflejos que partían del riñón enfermo, produciendo la polaquiuria que se confunde corrientemente con la verdadera cistitis.

Otros enfermos afectados de verdadera cistitis específica, secundaria a la infección renal, pueden mejorar con bastante rapidez viéndose libres de sus molestias dentro del primero o segundo mes después de la intervención, dando Marion un 80 por 100 de enfermos comprendidos en este grupo, si

bien es necesario tratar su estado general a base de sobrealimentación, reposo, recalcificación, etc. Las dificultades económicas de muchos operados y la necesidad de emprender rápidamente el trabajo, hacen que en la clase hospitalaria ese índice curativo dentro de los primeros meses, baje al 50 por 100. Nos encontramos por tanto con un porcentaje bastante elevado de enfermos, los cuales a pesar de su intervención, no ha sido capaz de redimirles con la rapidez que ellos desearan las molestias que les ocasiona su vejiga infectada. Finalmente otro grupo de enfermos después de la intervención, se agravan progresivamente de sus lesiones urinarias.

El agente causal de estas cistitis, puede ser el bacilo de Koch o por el contrario cualquier otro germen banal que entretiene la inflamación de la pared vesical.

La infección tuberculosa de la vejiga puede tener varios orígenes:

A) Por lesión renal. El riñón único que queda después de la nefrectomía está también tuberculizado e infecta la vejiga.

B) Lesión vesical tuberculosa persistente, ocasionada por el riñón ya extirpado.

Tenemos, por último, cistitis sin relación alguna con la tuberculosis, se trata de una infección entretenida por microbios banales (estafilococo, estreptococo, colibacilo, etc.).

Ante una forma tuberculosa, reconocer el estado del riñón restante, punto importantísimo para el pronóstico del enfermo, no es tarea fácil muchas veces. Se sospechará la lesión del riñón restante, cuando después de la nefrectomía experimenta el enfermo una mejoría más o menos completa seguida de un retorno a sus fenómenos de cistitis. Es también su aspecto de lesiones tuberculosas en el riñón restante, el hecho de encontrar bacilos de Koch en las orinas en alguna abundancia, ya que generalmente el uréter y la vejiga tuberculosas no dan bacilos en gran cantidad. En caso de lesión renal se observará igualmente una disminución funcional de este órgano. A este respecto, la prueba de la sulfofenoltaleína nos merece toda su gran importancia, ya que todo riñón único en el que la eliminación del colorante no aumenta a 40 por 100 en los primeros 70 minutos, nos hará sospechar la infección del riñón restante, tanto más, cuando dicha eliminación la vemos descender al 30 o 25 por 100, acompañándose de la agravación del estado general del enfermo.

La cistitis después de la nefrectomía, puede ser simplemente una inflamación de la mucosa, entretenida por los microbios banales y otras veces, es la formación de concrecciones calculosas la causa de entretenimiento de esta clase de cistitis. Estas cederán con los lavados de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000, en caso de existencia de colibacilos, y con las instilaciones de nitrato de plata a dosis progresivas o por la extracción del cálculo, mientras que las formas tuberculosas no se beneficiarían de esta terapéutica, sino por el contrario se agravarían.

—¿Cómo separar estas diversas clases de cistitis?

Como ya dije anteriormente, el análisis histobacteriológico de las orinas, es un poderoso auxiliar para establecer el diagnóstico, debiendo de ir seguido de un examen cistoscópico. Las lesiones que apreciamos a la cistoscopia, varían según el tipo anatomopatológico de la lesión y del grado de evolución de las mismas. Estas pueden estar representadas por la granulación, la ulceración o la placa equimótica.

La granulación está constituida por una pequeña nudosidad de volumen variable, próximamente del tamaño de una cabeza de alfiler, de color amarillo grisáceo, haciendo un pequeño relieve en la mucosa vesical, formando ésta alrededor de dicha granulación una aréola rojiza de edema. El reblandecimiento de estas lesiones y en ocasiones la confluencia de varias de ellas, da origen a la ulceración, constituyendo el otro tipo de lesión tuberculosa de la vejiga. Estas ulceraciones se presentan al examen cistoscópico, de un color amarillo pardusco con bordes exuberantes y cortados a pico; en ocasiones toda la ulceración hace un pequeño relieve en la mucosa vesical, dando lugar a la exulceración tuberculosa clásica. Finalmente la placa equimótica está constituida por una vascularización marcada, y bien delimitada, del tamaño de una moneda de cincuenta céntimos y con fácil tendencia a sangrar. Cualquiera de estas lesiones nos puede sorprender al examen cistoscópico, observando siempre su localización en las inmediaciones de los orificios ureterales, trigono y techo de la vejiga, siendo como dice Marion, característico de las lesiones renales tuberculosas, la infección primitiva del techo de la vejiga.

La cistoscopia igualmente puede mostrarnos la inflamación «banal» de la mucosa con un enrojecimiento difuso de la pared vesical en todos sus grados, hasta el edema, la ulceración y en ocasiones la sufusión hemorrágica. Pero esta diferenciación cistoscópica no es tan sencilla como a primera vista parece, necesitándose un ojo muy ejercitado para llegar a esta aclaración, ya que es muy fácil la persistencia simultánea de ambas lesiones por una infección mixta, pues como dice Guillon, las lesiones tuberculosas «hacen la cama», donde no hace más que acostarse el colibacilo, y en estos casos para llegar al conocimiento etiológico de la lesión, nos tendremos que valer de los análisis bacteriológicos repetidos, juntamente con los exámenes cistoscópicos, hasta los cultivos de orina y en ocasiones un tratamiento de prueba, así como las inoculaciones al cobaya, estas últimas de gran importancia.

Ya hemos dicho que ante las infecciones vesicales de origen banal, ya sean ocasionadas por el colibacilo, estreptococo, estafilococo, etc., los lavados vesicales con el nitrato de plata a dosis progresivas, o con el oxicianuro de mercurio, hemos visto desaparecer numerosas cistitis en nefrectomizados por bacilosis renal. Estas son las formas que ceden más rápidamente al tratamiento; no así las verdaderas tuberculosas, ante las cuales se ha intentado una varia-

dísima terapéutica y no pretendemos enumerar las numerosas técnicas terapéuticas ya que sería salirnos del carácter práctico de este trabajo, como son el enfumage yodado, cistosina, cura de Rovsing, etc., la mayor parte de ellas caídas en desuso, unas veces por su ineficacia y otras por lo doloroso de su aplicación.

Ante las lesiones producidas por el bacilo de Koch, diagnosticada su presencia y localizado el punto de partida, ya hemos dicho que éste puede provenir: 1.º, del otro riñón también tuberculizado y que mantiene la infección vesical; 2.º, por lesión vesical tuberculosa o procedentes del muñón ureteral restante de la nefrectomía.

En el primer caso, viniendo el bacilo de Koch del riñón restante tuberculoso, nos encontramos ante la forma más grave y nos limitaremos a ayudar a las defensas del organismo y a paliativos para una mejor supervivencia. Lo primero que proscibiremos será la urotropina tan frecuentemente usada por desgracia en estos casos, pues lo único que consigue es aumentar la intolerancia y hacer sangrar la vejiga, hematurias que ocasionan la intranquilidad del enfermo. El tratamiento que se impone en estos casos consiste en la administración del azul de metileno por vía oral combinado con este mismo producto en aplicación local, según la técnica del doctor Blanc, de Burdeos. El tratamiento *per os* comprenderá la administración de 10 centigramos diarios en cinco tomas espaciadas, en píldoras de a dos centigramos cada vez.

El tratamiento local consistirá en las instilaciones vesicales de azul de metileno con novocaína en suero fisiológico 10 centímetros cúbicos, pudiendo servirse al efecto de las ampollas que prepara la casa Bomel, de Anonay (Ardèche), con el nombre de azul de metileno Doumer, sirviéndose directamente de la ampolla. Conviene aconsejar en estas instilaciones no agitar la ampolla, puesto que el azul precipita en pequeños cristales que sedimentan, y evitaremos introducirlos en la vejiga pudiendo lesionar la mucosa, produciendo hematurias y fenómenos dolorosos.

Como medicación local podemos emplear igualmente en instilación el aceite creosotado al 5 por 100, gomenolado al 20 por 100, guayacolado al 5 por 100, etc.

Ultimamente al doctor Boeckel, de Estrasburgo, le he visto emplear con éxito la vacuna de Vaudremer Vav, en casos de tuberculosis renal bilateral, así como en las formas renovesicales con riñón único. La conducta terapéutica consiste en inyectar cada cuatro días una ampolla por vía subcutánea de la emulsión bacilar, a las dosis crecientes de 25 centigramos, 50, 75, 100, hasta 200, no debiendo sobrepasar estas dosis, sino persistir en ellas hasta la remisión de los síntomas y llegado este momento se descansará una temporada para comenzar de nuevo en la misma forma, sosteniendo algún tiempo la dosis máxima, con objeto de evitar las recidivas. Las reacciones locales en ocasiones pueden ser violentas, pero no por ello debe-

mos renunciar a su uso, ya que después de este período de aumento de la frecuencia hematurias, eliminación de esfacelos, etc., remiten todos estos fenómenos agudos, apareciendo una calma duradera y en ocasiones definitiva como he podido yo mismo apreciar en dos enfermos del doctor Boeckel; uno, un caso de tuberculosis renal bilateral, y el segundo, se trataba de una cistitis rebelde postnefrectomía que no cediendo a los tratamientos usuales recurrió a la vacuna como último recurso, con éxito. Ultimamente en el Congreso francés de urología de 1933, el doctor Michon en su comunicación, anuncia algunas curaciones y mejorías, tanto en tuberculosis renales bilaterales, como en casos de cistitis bacilares por medio de la vacuna de Vaudremer.

Quedamos un último grupo de enfermos los cuales las molestias que aquejan se deben a la infección vesical producida por el riñón tuberculoso ya extirpado, poseyendo otro riñón sano y en hiperfunción para suplir la labor de su congénere. Este es el caso que se nos presenta con mayor frecuencia y al que debemos instituir inmediato tratamiento con objeto de impedir la infección de ese riñón sano o la difusión tuberculosa, bien sea genital o general.

El tratamiento de esta clase de cistitis no diferirá en nada de lo dicho para las formas con riñón único y tuberculoso; instituiremos un régimen general propio a esta clase de enfermos; recalcificación, cura de reposo, aire, sobrealimentación, etc., juntamente con el tratamiento local a que antes hemos hecho referencia. Con este proceder veremos desaparecer al cabo de algunos meses las molestias de tipo vesical que aquejan la mayor parte de los nefrectomizados por tuberculosis. En caso de fracasar una terapéutica bien orientada, nos encontraremos frente a las formas rebeldes como las llama Guillon. Estas formas que no ceden al tratamiento deben de ser exploradas con el citoscopio nuevamente, con objeto de orientarnos del tipo de lesión que entretiene la infección.

Las granulaciones, así como las ulceraciones que persisten a pesar de un tratamiento bien dirigido, son tributarias de tratamiento endoscópico, o sea su destrucción por medio de la sonda de electrocoagulación alimentada por un aparato de alta frecuencia, pudiendo quedar destruídas las lesiones en una sola sesión; en caso de emplear este procedimiento debemos advertir a los enfermos, que sobrevendrá a los ocho días próximamente de la intervención endoscópica, una hematuria que cede rápidamente y debida al desprendimiento de la escara vesical. Muchos enfermos después de esta simple intervención, se han visto rápidamente mejorados o curados totalmente después de haber estado atormentados por estas terribles molestias durante años enteros.

Existen por el contrario, lesiones infiltrativas de la mucosa vesical de naturaleza tuberculosa, ante las cuales estamos desarmados terapéuticamente, ya que ni los tópicos ni la electrocoagulación tienen acción alguna

sobre ellas. Ante estos casos antiguamente se empleó la talla hipogástrica como paliativo de estos desdichados enfermos, pero con resultados muy poco aleatorios, ya que la orina continuaba inundando sus vejigas, ocasionándoles las molestias de la infección mixta por el drenaje hipogástrico a permanencia. Actualmente, con objeto de poner la vejiga en reposo absoluto, el doctor Marion deriva las orinas por encima del reservorio vesical por medio de un abocamiento del uréter a la región lumbar; con esto los enfermos dejan la vejiga en reposo, beneficiándose de tal operación cesando las molestias de la micción y poniendo a salvo al riñón restante a la infección ascendente.

En caso de adherencias del uréter por tuberculización del mismo, la ureterostomía debe ser reemplazada por la nefrectomía del riñón restante, como único paliativo, ya que los enfermos están condenados a orinar durante toda su existencia por la fístula lumbar, y expuestos constantemente a la infección ascendente. Es para estos desgraciados un mal menor.

OBRAS CONSULTADAS

- BARON.—*Bacteriologie des cystites après nephrectomie pour bacillose*. Tesis de París, 1927.
- BERTRAND.—*Pronostic et traitement des cystites douloureuses persistant après la nephrectomie pour tuberculose renale*. Tesis de León, 1923-24, núm. 20.
- BLANC.—«Journal de Urologie». Agosto, 1925.
- CATHELIN.—*Les séquelles de la nephrectomie pour tuberculose renale*. «Journal des Practiciens», 19 Mayo, 1928.
- CHEVASSU-MORENO.—*Comparaison du fonctionnement renal avant et après la nephrectomie pour tuberculose*. «Rev. Gyn». 1911, t. II, pág. 241.
- GERARD.—*L'avenir des nephrectomisés pour tuberculose renale*. Tesis Lille, 1908.
- GUILLON.—*Les Cystites rebelles après Nephrectomie*. París, 1929.
- HEITZ-BOYER.—*Traitement endoscopique de la tuberculose vesicale par les courants a haute frangence*. «Journal de Urologie», 1914.
- LUGRY.—*La prognosie da terapia delle cistiti dolorose residue alla nefrectona pour tuberculosi renale*. «Riforme med.» 44-941. 23 Junio 1928.
- MARION.—*Traité d'Urologie*, 1929.
- MARION.—*Traitement des cystites tuberculeuses par les bacilles lactiques*. «Société de Chirurgie», 1914.
- PALOWSKI.—*La nephrostomie moyen de derivation temporaire ou permanente des urines totales*. Tesis de París, 1913.
- THEVENOT.—*La vessie des nephrectomisés pour tuberculose renale*. «Bull. Med.» París, 1924.
- UTEAU.—*Les suites des nephrectomisés pour tuberculose renale*. «Gazette medicale de France». 15 Junio 1928.

Un caso de síndrome de Gradenigo

por Félix RODRÍGUEZ (de León)

P. M., de 5 años. Presenta antecedentes de una otorrea antigua, con ataques repetidos de adenoiditis, por lo que la hicieron el raspado de las vegetaciones adenoideas hace tres años, a pesar de lo cual, los ataques se repitieron.

Posteriormente a la operación de las adenoides, presenta una historia de dos paratíficas y una nefritis de las que curó bien; en el mes de Febrero pasado tuvo ataque de adenoiditis, sumamente intenso, y desde entonces la enferma no quedó bien, teniendo temperatura y malestar general; por los antecedentes paratíficos, sospecharon que fueran éstos nuevamente la causa de este proceso.

A los ocho días se queja la enferma de dolor de cabeza, tiene vómitos espontáneos, ligera rigidez de nuca, y el ojo derecho le dirige hacia adentro.

En estas condiciones encontramos a la enferma con los síntomas más acentuados según nos dice la familia, sobre todo la desviación del ojo, con signos de Kernig, de Brudzinski, facies adenoidea típica; por parte del oído derecho una supuración de mal olor, destruido completamente el tímpano, y con la caja llena de fungosidades, dolor de antro mastoideo. Oído izquierdo normal.

¿Por todos estos datos clínicos se puede llegar a la conclusión de un diagnóstico, y sobre todo a un diagnóstico diferencial?

Es cierto que, el malestar general, fiebre, los vómitos espontáneos, el Kernig, Brudzinski, la parálisis de motor ocular externo, son datos en los que se puede basar al establecer un diagnóstico de probabilidad, de una complicación intracraneal de origen ótico, pero es el análisis del líquido cefalorraquídeo el que nos da los datos precisos para hacer, por decirlo así, un diagnóstico exacto y preciso del asiento de la lesión.

Al hacer la punción lumbar, el líquido sale a presión. Aspecto algo opalino e incoloro. Células, 290/3 por milímetro cúbico.

Recuento. Todos linfocitos pequeños. Se encuentran uno o dos por ciento de polinucleares deformados.

Ziehl y Gram.—No se encuentran gérmenes.

Examen químico.—Albúminas, 0,64 por mil. Globulinas, reacción de Pandy ++ Ross-Jones +.

Glucosa.—0,60 por mil. Cloruros, 7,02.

De este examen del líquido cefalorraquídeo podemos formular las siguientes deducciones clínicas:

La hipertensión es casi siempre sintomática de una meningitis serosa.

El examen bacteriológico positivo asegura el diagnóstico de una meningitis purulenta, pero negativo no la excluye.

El examen citológico es igualmente interesante; si la reacción meníngea es aguda, se traducirá por una mayor cantidad de elementos, ya sean linfocitos y polinucleares, con predominio de los linfocitos como en este caso, y si éstos son polinucleares dirán en favor de una meningitis purulenta.

Su deformación es interesante, puesto que la degeneración de los núcleos linfocitarios, así como su desaparición, indican un proceso patológico de evolución lenta, mientras que en los casos agudos, las células están frecuentemente inalteradas.

En el examen químico, el aumento de albúmina (Pandi ++ Ross-Jones +) acompañado de pleocitosis indica una alteración meníngea, que puede sobrevenir en ciertos casos de complicaciones óticas.

El aumento de glucosa en el líquido cefalorraquídeo, se observa en ciertos casos de hiperglucemia, pero más interesante, desde el punto de vista del diagnóstico son, los estados meníngeos que a propuesta de Widal se designan con dicho término cierto número de casos clínicos, caracterizados por la asociación de un síndrome meníngeo (cefalea, signo de Kernig) con un estado normal o alterado del líquido cefalorraquídeo que está aséptico.

Síndrome meníngeo y líquido más o menos modificado, pero aséptico, son las características de estos estados.

Por la supuración del oído, dolor de cabeza, por el estado meníngeo, las parálisis de motor ocular externo que, recordando su trayecto anatómico, hace pensar que las lesiones radican en la punta del peñasco, y por lo tanto determinan el síndrome de Gradenigo.

Como se ve por el examen del líquido cefalorraquídeo, tenemos datos de gran utilidad, no sólo para el diagnóstico, sino también para el tratamiento, como así se aconseja en este caso la urgencia de la operación, siendo rechazada por la familia.

De una manera esquemática se puede deducir de la presente historia, que la enferma ha sufrido una serie de fases de adenoiditis que determinaron una otitis media supurada, que en un principio no presentó ninguna gravedad especial, y que en el último, provocó el síndrome que nos presenta. Afección supurada del oído. Parálisis del motor ocular externo del mismo lado. Neuralgia tèmpero-parietal.

En esta enferma se han cumplido las reglas establecidas y definidas por Gradenigo, datos análogos le sirvieron en 1904 para presentar a la Academia de Medicina de Turín, una serie de comunicaciones señalando la coincidencia de estos síntomas y dando, lugar desde entonces, a una serie grande de investigaciones y discusiones en Academias, cuyo resultado fué el admitir y clasificar a esta entidad nosológica, con el nombre del autor que dió origen a esta clase de trabajos, de síndrome de Gradenigo.



Síntomas y tratamiento de algunas intoxicaciones prácticamente importantes

por el Prof. HERMANN SCHLESINGER

Traducido de la *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 4. - 1933

Las intoxicaciones medicinales no son raras, ya sea a consecuencia de especiales predisposiciones individuales, bien a rebasamiento de la dosis, a confusiones, a combinaciones no adecuadas de los medicamentos o a descomposición de los mismos.

El **atofán** y medicamentos semejantes (vovatofán, icterosán, atofanil) pueden dañar el parenquima hepático en una administración larga. La ictericia, urobilina en la orina, la reacción de Millon positiva, son los primeros síntomas a los que puede continuar el cuadro de la atrofia amarilla aguda del hígado. Debe evitarse, por lo tanto, el uso demasiado continuado, así como también el dar dosis demasiado altas, de los preparados de atofán, como medida profiláctica de tratamiento. Administración abundante de líquidos (agua, aguas minerales, te diluido, leche) en cantidad de 2 a 2 1/2 litros diarios, eventualmente en enemas o inyección subcutánea, para lavado del hígado. A fin de no dañar el depósito de glucógeno hepático, conviene dar diariamente de 10 a 15 unidades de insulina y administrar al interior 30 o 40 gramos de azúcar o 30 gramos de levulosa y dieta predominante de hidrocarbonados. Para impedir nuevos trastornos hepáticos, asegurar una dieta no irritante y evitar toda ingestión de alcohol en un mes.

Yodo, sustancia tiroidea y tímica, produce en la mayoría de los enfermos con mal de Basedow y también en los cuadros no completamente desarrollados, una rápida y aguda tireotoxicosis progresiva, aun cuando el medicamento sólo haya sido administrado durante poco tiempo y en pequeña cantidad.

Los síntomas más importantes son: rápido descenso del peso del cuerpo, sin que aparte de esto, el estado del sujeto nos pueda aclarar otro motivo (pérdidas de peso hasta de un kilo diario), taquicardia, temblor de los dedos, iguales síntomas en los vasos periféricos que en la insuficiencia aórtica, aumento del metabolismo basal, mientras que faltan a menudo síntomas de ojo y de la glándula tiroides, en el cuadro clínico.

Terapéutica: Siendo posible, irradiación inmediata del tiroides con rayos X; administración interna de antitiroidina (tres tabletas diarias; siendo posible, aunque en realidad es caro, antitiroidina fuerte); arsénico (subcutáneamente, como cinco centigramos diarios de cacodilato sódico); aplicaciones locales de radium, que pueden proporcionar buenos servicios en casos graves. Además, cura de reposo en cama, aire y sobrealimentación y

aplicación de procedimientos calmantes eléctricos e hidroterápicos. Las pesadas diarias nos orientarán sobre el estado del paciente, y así la detención de la pérdida de peso nos dará cuenta de que ha pasado el acmé del padecimiento.

Los enfermos tienen tendencia al colapso, y toda pequeña intervención y toda infección, aun insignificante, puede acarrear súbitamente la muerte.

Salvarsán y todos los preparados semejantes arsenicales pueden actuar causando daños al organismo; los aparatos más frecuentemente en peligro son el cardio-vascular, hígado, riñones, cerebro y piel. Para evitar la reacción de Jarisch-Herxheimer con impetuoso aflujo a la sangre y líquidos tisulares de productos luéticos del período tardío (lúes terciaria o cuaternaria), se da primeramente yodo (yoduro sódico al interior o por vía intravenosa, un gramo como dosis diaria) y bismuto o mercurio, y tras de una preparación aproximada de dos semanas, arsénico, comenzando con las más pequeñas dosis de salvarsán (neo o miosalvarsán). Si precedentemente ha habido señales de estenocardia, debe elegirse como dosis inicial hasta la mitad de la dosis menor. Este modo de tratamiento está recomendado hoy también por la mayoría de los autores.

El comienzo con grandes dosis de salvarsán, puede traer en pos, los más graves y frecuentes ataques de angor, amenazadores síntomas de cerebro y médula que pueden persistir. Es recomendada la administración de tiosulfato sódico (hasta 10 centímetros cúbicos de solución al 10 por 100 intravenosamente), pero por regla general, es ineficaz. La profilaxis es lo preferible.

En la prescripción al interior de Spirozid (Estovarsol) hay que tener en cuenta que después de la administración durante tres días (máximo tres tabletas de 0,25 con abundante cantidad de agua) debe establecerse una pausa de tres días.

Insulina.—Las intoxicaciones son actualmente bastante frecuentes, particularmente si los enfermos se inyectan a sí mismos el medicamento. Los síntomas alarmantes son: sensación de debilidad, tremor dactilar, sudor frío, mal pulso. Una fuerte hipoglucemia puede conducir a la pérdida de conocimiento y a un estado epiléptico, de cuya naturaleza no siempre puede llegarse al conocimiento. Rápida administración de azúcar por vía oral; grandes dosis intravenosas (30 o 60 gramos de solución al 33 por 100, eventualmente repetidas) en casos graves logran salvar el peligro.

Inyecciones de suero.—La administración de albúminas heterólogas, causa a menudo la presencia de exantemas, fiebre, trastornos articulares, abatimiento, palpitaciones. Estos síntomas desaparecen pronto aun sin medicación. Si el enfermo en los últimos años fué tratado con un suero, la inyección de suero de la misma clase es peligrosa (shock anafiláctico). Cuando hay posibilidad de escoger, debe procurarse suero de otra especie animal o sangre humana. Si no es posible (por ejemplo, si es preciso poner inyección de suero antitetánico siendo precedida de inyección de suero anti-

diftérico), entonces debe ponerse al mismo tiempo y durante los días próximos siguientes, inyecciones intramusculares de calcio Sandoz.

Vigantol.—Actúa tóxicamente en grandes dosis; no debe administrarse por esto más de 1 a 2 tabletas de chocolate por día.

Parathormon (Hormona paratiroidea).—Moviliza los depósitos de cal del cuerpo, y por esto sólo se dará cuando sea indispensable (tetania manifiesta) y no durante mucho tiempo, de lo contrario resultará perjudicado el sistema óseo. En los últimos años se establecen a menudo indicaciones incorrectas.

Escopolamina.—Es recetada a menudo sola o en combinación con morfina (Ginecología, Cirugía, como anestésico), o con morfina-dionina (mezcla indicada por mí y que circula en el mercado con el título de Modiskop, Dioskopin, solución Slezinger, etc.). Los viejos tienen a menudo después de la inyección un estado confusional, que es contraindicación contra la administración de este remedio. Un enturbiamiento de la solución indica la descomposición de la escopolamina, y las soluciones enturbiadas bajo ningún concepto se aplicarán por su actuación excesivamente tóxica (instantánea parálisis respiratoria sin pródromos); por esto también debe ordenarse solamente escopolamina que proceda de una casa de confianza. En estados de excitación aplíquense sedativos; en el colapso, analépticos.

Morfina.—En intoxicación aguda aplicar subcutáneamente atropina (1 miligramo, eventualmente repetido), lobelina (5 miligramos hasta un centigramo intramuscularmente), lavados de estómago, también en envenenamiento por vía subcutánea, ya que la morfina es eliminada por el estómago, lavados con permanganato potásico, agua oxigenada al 3 por 100 o finalmente magnesia. En respiración del tipo Cheyne-Stockes, eufilina intravenosa. La punción lumbar suele obrar favorablemente, así como revulsión intensiva en la piel (sinapismos, faradización). En considerables enfriamientos, aplicación de calor en las extremidades. Al reponerse el enfermo, esforzarse en no dejarle dormir de nuevo (hacerle pasear).

Suicidio con hipnóticos o remedios sedativos (veronal, medinal, dial, luminal, etc.). Son en extremo frecuentes. Las lesiones de la piel, formación de vesículas, decúbitos agudos, indican intoxicación con un preparado del ácido barbitúrico. Tratamiento: lavado gástrico, purgante, analépticos, inhalaciones de oxígeno, inhalaciones de anhídrido carbónico (algunas inspiraciones) para excitar el centro respiratorio. Frecuentes cambios de postura y extremados cuidados de la piel, para evitar el decúbito agudo.

Gas del alumbrado.—Abundantes analépticos, inhalaciones de oxígeno, lobelina o eufilina intravenosa, respiración artificial, sinapismos, sangría con subsiguiente transfusión de sangre o infusión salina normal. Evitar enfriamiento corporal. La respiración artificial circunstancialmente debe sostenerse durante horas enteras.

Intoxicación por sublimado por deglución de pastillas. Siendo posible, lavado gástrico intenso, añadiendo al agua de lavado, permanganato potá-

sico o carbón animal. Laxantes que actúen rápidamente (magnesia). Leche al interior. Si se instala oliguria, irradiación rongenológica de los riñones y eventualmente descapsulación. Establecer un pronóstico reservado, aunque exista al parecer completa euforia, puesto que puede instalarse completa anuria aun después de seis a ocho semanas.

Lisol.—Lavado de estómago, magnesia, cal de azúcar al interior; leche y agua albuminosa a cucharadas, analépticos; corbata de hielo al cuello; agua helada a pequeños tragos. En intoxicaciones por lisol y todos los cáusticos, debe tenerse todo preparado en los tres primeros días para hacer traqueotomía, pues amenaza un edema de la glotis con sofocación rápida.

BAENA.



CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA DE VALLADOLID
DIRECTOR: PROF. DR. R. ARGÜELLES

Localización de las lesiones abdominales por medio de la inyección intravenosa de morfina

Fernando CUADRADO por
y Alberto PELEGRÍN

Hace año y medio, publicó Hildebrandt (1) un trabajo en el cual dió a conocer este nuevo método de localización de las lesiones abdominales agudas y que según él, sería particularmente valioso en los casos de peritonitis purulenta para determinar el punto de origen. Posteriormente, Mannheim (2), habla incidentalmente de él y más tarde Siebner (3) comenta favorablemente este método por él comprobado y extiende sus indicaciones para el diagnóstico de las lesiones viscerales consecutivas a los traumatismos del abdomen.

No extrañará a nadie que tenga alguna práctica de laparotomías de urgencia, la importancia que nosotros concedimos desde el primer momento a una publicación de este género, ya que es sabida la perplejidad en que muchas veces se encuentra el cirujano al elegir el sitio de la incisión, ante un vientre contracturado y doloroso en su totalidad. Teóricamente y muchas veces en la clínica, se puede y se debe llegar a un diagnóstico exacto, pero es lo cierto que en ocasiones no sólo duda el cirujano, sino lo que es peor, se equivoca. ¿A quién no ha ocurrido, por ejemplo, incidir en apéndice y tener que hacer luego una laparotomía media para suturar una úlcera perforada de estómago o viceversa?

Así pues, nosotros nos aproximamos a ensayar el proceder de Hildebrandt, empleándolo durante año y medio, y hoy es práctica corriente en esta clínica y en el servicio de guardia de esta Facultad para los operados de urgencia, cuyo diagnóstico pueda ofrecer alguna duda por remota que esta parezca, habiendo recogido 21 casos historiados y comprobados en la operación (4 perforaciones de estómago, 4 oclusiones intestinales, 2 colecistitis, 7 apendicitis agudas y 4 heridas abdominales).

La forma de proceder es la siguiente: tenemos advertido que no pongan morfina a los enfermos que llegan con un proceso de abdomen agudo hasta que nosotros les veamos y tan pronto hemos reconocido al enfermo, le inyectamos muy lentamente un centigramo de morfina por vía intravenosa. A los diez minutos repetimos la exploración, encontrándonos en la gran mayoría de los casos desaparecida la contractura muscular y el dolor a la presión moderada en todo el vientre, menos en el sitio donde asienta la lesión, donde la contractura y el dolor se mantienen claramente manifiestos.

Algunas veces (dos casos de oclusión y uno de apendicitis), los resultados no fueron tan manifiestos en cuanto a la localización de la contractura y del dolor, pero siempre muy digno de tenerse en cuenta. A esto hay que añadir que la relajación muscular que se obtiene con la morfina administrada por vía intravenosa, nos permite palpar el vientre con gran facilidad. Bueno será recordar que con la morfina subcutánea no se obtiene tal relajación.

Particularmente valioso ha sido este proceder en los casos de perforación (cuatro úlceras de estómago y tres apéndices).

Animados por los buenos resultados obtenidos en los procesos agudos, comenzamos a ensayarlo en las afecciones abdominales crónicas, pero los resultados están muy lejos de habernos satisfecho, habiéndolo abandonado para estos casos, ya que en ellos contamos con tiempo necesario y con los procederes corrientes de exploración para llegar a un diagnóstico, condiciones que faltan, naturalmente, en las intervenciones de urgencia.

Nos encontramos pues con un método fácil, inofensivo, útil y digno de recomendar.

LITERATURA

- (1) HILDEBRANDT.—*Die intravenöse Morphiuminjektion, ein diagnostisches Hilfsmittel zur Lokalisierung der Krankheit.* «Zblt. f. Chir.» 1931, núm. 39. S. 2.442.
 - (2) MANNHEIM.—*Der Transport Unfallverletzter.* «Dtsch. med. Wschr.» 1932. S. 452.
 - (3) SIEBNER.—*Die Morphininjektion als Hilfsmittel zur Diagnose akuter Bauchkrankungen.* «Zbl. f. Chir.» 1932. H. 30. S. 1807.
- 

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE LEÓNDIRECTOR: DR. A. DAMIÁ MAIQUES

Lóbulo azigos y tuberculosis

por Felipe G.^a LORENZANA, Médico ayudante

En 1778, Wrisberg describió el primer caso de un pulmón que presentaba cuatro lóbulos, determinado por una anomalía en el trayecto de la vena azigos mayor, que daba lugar a una cisura artificial, originando un lóbulo supernumerario.

En épocas posteriores, diferentes autores, describieron otros lóbulos supernumerarios, con lo que se emprendía el estudio de las anomalías anatómicas pulmonares.

Circunscribiéndonos al lóbulo azigos, que es el objeto de este trabajo basado en el hallazgo de dos casos en este Dispensario, uno con lóbulo azigos normal y otro enfermo, haremos un resumen anatómico.

La vena azigos mayor, procede como es sabido de la vena lumbar ascendente del lado derecho. Penetra en el tórax, atravesando el diafragma por el mismo orificio que el gran simpático derecho, colocándose en situación paravertebral y dirección verticalmente ascendente, hasta llegar al nivel del tercer espacio intercostal, en que cambia de dirección dirigiéndose hacia adelante en forma de cayado cuya concavidad mira hacia abajo, englobando el bronquio derecho y desembocando en la parte posterior de la vena cava superior.

En los casos en que existe anomalía, la vena azigos mayor al llegar a nivel de la séptima vértebra dorsal, sigue una dirección hacia afuera viniendo a colocarse entre la pared torácica y la pleura parietal a nivel de las cabezas o cuellos de las costillas. Entre la tercera y quinta vértebra dorsal aproximadamente, la vena azigos, cambia de dirección y se dirige hacia adelante en busca de la vena cava, describiendo una curva de concavidad dirigida hacia abajo y adentro. Debido a esta anomalía en su trayecto, altera el punto de desembocadura en la vena cava y aun algunas veces lo hace en alguna de sus generatrices, vena subclavia, tronco braquicefálico.

Consecuencia de esta anomalía en el trayecto, es originar una cisura suplementaria, que suele tener bastante profundidad, que presenta en el fondo un ensanchamiento más o menos oval, en el que se aloja la vena azigos. Esta cisura, determina pues, que el lóbulo pulmonar derecho se divida en dos, originando un lóbulo supernumerario que adopta la forma de un cono truncado de posición invertida y de tamaño variable, el llamado lóbulo de la vena azigos o de Wrisberg.

Como digo antes, su tamaño es variable, y así, Stibbe, estudiando la cuestión, estableció tres tipos, según la dirección que sigue la cisura, lo cual condiciona el tamaño del lóbulo. Este autor, comprende dentro del tipo A

a la cisura que sigue una dirección casi horizontal y que corta la superficie externa del lóbulo superior derecho. En el tipo B la cisura se aproxima a la vertical, dividiendo el vértice del pulmón en dos mitades casi iguales. Por último en el tipo C la cisura es totalmente vertical, quedando reducido el lóbulo de Wrisberg a una lengüeta estrecha. Stibbe y Cairney, estudiando la frecuencia de cada uno de estos tipos, aunque encuentran cifras distintas, obtienen un mayor porcentaje en el tipo A. Nosotros en los dos casos que presentamos, son también de este tipo A.

El sistema bronquial de este lóbulo procede de la rama media del bronquio eparterial, cuya rama la emite por fuera de la cisura, lo que la obliga a incurvarse en forma de S. para poder penetrar en dicho lóbulo.

La cisura presenta, pues, de característico, el poseer cuatro capas pleurales, dos parietales y dos viscerales, lo que la hace diferenciarse de las demás cisuras que solamente poseen dos capas de pleura visceral. En el fondo se encuentra la vena azigos rodeada de pleura parietal. Esta disposición anatómica ha hecho que sea denominado meso-azigos, por comparación al mesenterio e intestino.

Esta anomalía fué solamente estudiada desde el punto de vista anatómico, hasta que la sistemática exploración radiológica del pulmón, permitió observarlo.

Vessler y Jaques, en 1923, llamaron la atención sobre una línea que atravesaba el campo apical derecho, y que relacionaron con alguna brida pleural, hasta que Velde en 1927, pensó que pudiera tratarse de una imagen cisural que correspondiera a lo que anatómicamente se conocía con el nombre de cisura azigos. A título de hipótesis, fué admitida esta interpretación hasta que Bendick y Wessler, al hacer la autopsia de dos sujetos que presentaban esta particularidad radiológica, pudieron demostrar que realmente correspondía a la cisura azigos.

En estado normal, esta cisura, ofrece radiológicamente las siguientes características: En primer lugar, es preciso tener en cuenta en la periferia del pulmón, la existencia de un triángulo curvilíneo de tamaño variable y bordes más o menos netos, cuya base asienta en el borde pulmonar, dirigiéndose el vértice en dirección al parenquima, triángulo que representa como dice Jalet y Bourdelles, la abertura del labio cisural sobre la pared torácica.

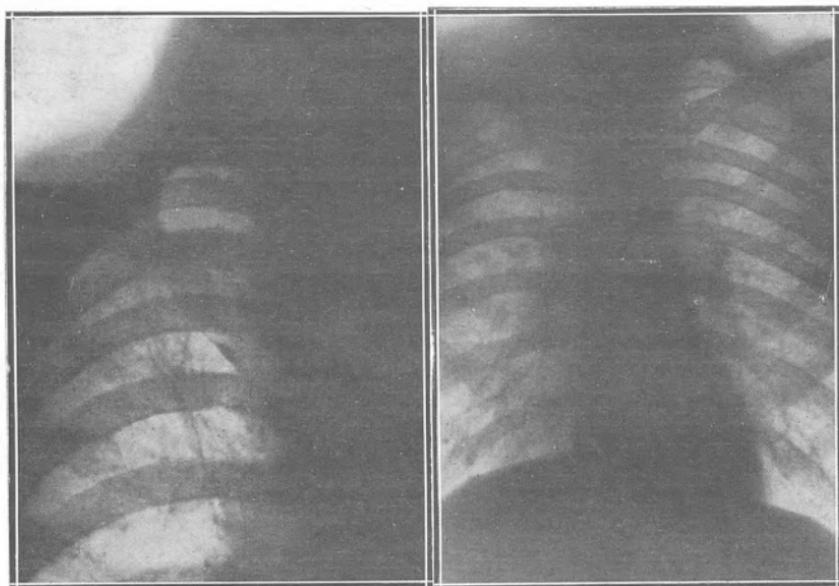
Este triángulo se prolonga en forma de una línea delgada y regular sin deformación alguna, que se dirige hacia adentro y abajo, describiendo una curva de concavidad dirigida hacia arriba y adentro, cuya línea corresponde a la cisura, es decir al meso-azigos. Su longitud, será mayor o menor en relación con el radio de curvatura. Según su implantación, así dará lugar a los tipos A, B y C, de Stibbe.

La extremidad proximal de esta línea, presenta un ensanchamiento que es característico, situado aproximadamente a nivel del quinto espacio intercostal posterior y ofreciendo una forma de vírgula invertida. Jalet y Bour-

delles, que han estudiado cuidadosamente esta anomalía, denominan esta imagen de ensanchamiento en lágrima o en raqueta. Corresponde anatómicamente al fondo de la cisura en la que se aloja la vena azigos (fig. 1.^a).

La radiografía 1.^a, nos muestra un lóbulo azigos, cuya cisura se advierte muy bien, así como el engrosamiento en raqueta, no percibiéndose el triángulo parietal por la superposición de sombras. Se trata pues de un lóbulo azigos normal, encontrado en un enfermo de este Dispensario.

Ha sido objeto de estudio, el mecanismo por el cual se obtiene en la placa radiográfica esta sombra lineal, habiéndose pensado primero en que



la dirección de los rayos al incidir la cisura paralelamente a ella, daría suficiente grosor para no permitirles el paso, de donde hallaríamos la imagen descrita. Castro, pensando en este mecanismo, y con objeto de favorecer el hallazgo de cisuras azigos, ha propuesto una posición radiológica que denomina de cifosis forzada, para conseguir la incidencia de los rayos en la dirección de la cisura, y que opone a la posición en lordosis forzada de Fleischner, con la que este autor trata de poner fácilmente de manifiesto las cisuras normales del pulmón y cuyas opuestas posiciones son determinadas por las distintas direcciones de la cisura azigos, en relación a las demás.

Sin embargo hay que tener en cuenta, que esta cisura no es una superficie plana, sino que como dicen Jalet y Bourdelles, adopta una forma esfero-cónica más o menos abombada, de convexidad dirigida hacia afuera y abajo. En estas condiciones, los rayos que se dirigen hacia la cisura, unos serán tangentes a esta curva, mientras que otros serán secantes, en cuyo

lugar debido a la convexidad, habrá un punto de mayor espesor que no sería atravesado por los rayos, siendo esta la causa de la imagen radiológica. Esto explica el que sin someterse a la precisión de buscar una posición determinada para facilitar la incidencia de los rayos sobre la cisura, ésta aparece en todos los casos en que existe.

La imagen de que tratamos, puede prestarse a confusión con otros aspectos semejantes. Así, una cisura horizontal anormalmente elevada puede semejar una cisura azigos, sin embargo en este caso, su curvatura es invertida, es decir, de concavidad dirigida hacia abajo y afuera, no presentando además el típico triángulo parietal ni el engrosamiento proximal en raqueta. Asimismo, una línea cicatricial terminando en un nódulo calcificado, puede prestarse a confusión, pero aquí, la línea no es tan neta y fina.

El lóbulo azigos que hemos estudiado rápidamente en su aspecto normal, puede ser objeto de manifestaciones patológicas y desde luego asiento de lesiones tuberculosas.

La radiografía número 2, corresponde a un enfermo visto en el Dispensario, y que presenta el doble interés de haber sido descubierto en un reconocimiento familiar, y ofrecer radiológicamente una lobitis azigos.

Este sujeto, se creía sano, no notaba molestia alguna, excepto algo de tos y escasa expectoración, que examinada, resultó bacilífera. 24, de velocidad de sedimentación. Afebril el día del primer examen, ha tenido después ligera febrícula. La exploración física muy discreta.

Tiene el interés de tratarse de lobitis azigos tuberculosa autónoma, independiente del resto del lóbulo superior y limitada por la cisura azigos.

El lóbulo de Wrisberg, puede presentar de la misma manera lesiones de distinto tipo. Así, recientemente, Navarro, Paz y de Vega, han publicado un caso de lóbulo azigos en el que asientan siete nódulos de Simón.

La cisura, aparte de lesiones lobares o asociada a ella, puede dar lugar a una cisuritis o mesocisuritis.

El neumotórax artificial, puede poner de manifiesto muchas veces la existencia del lóbulo supernumerario. Frecuentemente se desliza un lóbulo sobre otro, dando lugar a una denudación del meso, que permanece en su sitio semejando una adherencia. Cuando la cisura es asiento de una sínfisis, da lugar a una adherencia efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- J. JALET.—*La constatation d'un lobe accessoire de la veine azigo a-t-elle la valeur d'un signe important de pachypleurite.* «Presse Med.» núm. 37, 1930.
- B. LE BOURDELLES et J. JALET.—*Les aspects radiologiques de la scissure et du lobe azigos dans la Tuberculose Pulmonaire.* «Presse Med.» núm. 89, 1931.
- B. LE BOURDELLES et J. JALET.—*La tuberculose du Lobe Azigos.* Masson, 1933.
- NAVARRO PAZ Y DE VEGA.—*Sobre un caso de múltiples nódulos de cal en el lóbulo de la vena azigos.* «R. E. de Tuberculosis. 1 Marzo, 1933.
- J. RAMON DE CASTRO.—*Una nueva posición radiológica. La cifosis forzada.* «Tuberculosis». Habana, núms. 7 y 8. 1932.

BLEUKAWINE

SEDANTE Y ANTISÉPTICO URINARIO POR EXCELENCIA

Los efectos sedantes del azul de metileno, vienen reforzados en la BLEUKAWINE por la asociación de la Kawa-Kawa (raíz de la planta Maciapiiper Latifolium) usado desde muy antiguo en la gota, cistitis, blenorragia y estados asténicos por sus marcados efectos anestésicos y estimulantes cardíacos.

INDICACIONES:

Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias; coadyuvante poderoso del tratamiento local de la blenorragia. SEDATIVO DEL DOLOR en tabes, polineuritis, ciática, reumatismo. Sucedáneo de la QUININA en el paludismo. Medicación paliativa y la más calmante en la tuberculosis urinaria. Por el color que da a la orina, como medio psicoterapéutico en el histerismo.

Muestras y Literaturas:

LABORATORIO LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BARCELONA

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

Totalidad de los alcaloides del opio en forma soluble e inyectable. Todas las indicaciones del opio y de la morfina sin sus inconvenientes

DIGALENE "ROCHE"

Acción digitálica total y constante
Afecciones del sistema circulatorio, cardiopatías, neumonías, etcétera, etcétera

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA MÉDICA

DIRECTOR: PROF. DR. BAÑUELOS

Arritmia completa (fibrilación auricular)

por Vicente BAENA BAENA

El día 2 de Marzo, al pasar la visita en la enfermería de la Clínica Médica del Hospital Provincial, servicio del doctor Bañuelos, somos llamados para ver una enferma que acaba de ingresar como pensionista.

Encontramos una señora que representa tener unos 50 años, sentada en la cama, con disnea, pálida, desnutrida y en cuyo cuello se notan latir las carótidas ampliamente y de una forma arrítmica.

Comenzamos a realizar la anamnesis y obtenemos los siguientes datos: N. S. C., de Valladolid, de 48 años de edad, soltera e institutriz de profesión. Su padre murió en el año 1918 de gripe, su madre de una bronconeumonía a los 78 años. Han sido ocho hermanos, de los cuales dos viven, los restantes fallecieron en la infancia, ignora de qué, su madre no tuvo abortos.

No ha padecido ninguna enfermedad hasta la actual, tuvo la menarquia a los 16 años, ha entrado en la menopausia hace 4 meses.

Desde hace aproximadamente un año, nos dice se fatiga al hacer algún ejercicio de cierta importancia, al subir escaleras o calles de cierto desnivel; por temporadas se acentúa más la fatiga y nota que las piernas se la hinchaban durante el día, desapareciendo la hinchazón con el reposo nocturno; por temporadas ha tomado estrofantó, aliviándola las molestias.

A últimos de Febrero, coincidiendo con una tráqueo-bronquitis que padecía, un día tuvo un acceso grande de disnea, que la obligó a guardar cama durante dos días, al cabo de los cuales se levantó, y al atardecer, al desnudarse para meterse en la cama, apreció de repente una sensación de acorchamiento en toda la extremidad inferior izquierda acompañada de dificultad de movimientos, fuera de la sensación de acorchamiento, no aquejaba ninguna molestia más. Aquella noche aumentó la disnea que se acompañaba de opresión retroesternal y de malestar general, tos con expectoración blanquecina muy densa y cefalalgia.

Por espacio de tres días siguió con la misma sintomatología (malestar general, disnea de reposo, acorchamiento a partir de rodilla izquierda hasta la parte distal de esa extremidad), pero al tercer día comenzó a disminuir la disnea, y la apareció una mancha de coloración rojo-azulada en el pie, que se fué extendiendo posteriormente a la pierna.

En esta situación la ingresan en el Hospital Provincial.

Realizamos el examen objetivo obteniendo los siguientes datos: Deficiente estado de nutrición, piel y mucosas pálidas, hábito asténico, lengua

saburral, caries de algunos molares, ligero enrojecimiento de faringe y velo del paladar.

Latido de las carótidas y subclavias visible, realizándose de una manera arrítmica.

Tórax.—Deformidad de la caja torácica, saliente la parte media del esternón y hundida en la punta. Fosas supra e infraclaviculares muy deprimidas. Percusión pulmonar normal, auscultación: algunos estertores subcrepitantes en bases.

Corazón.—Latido de la punta en séptimo espacio intercostal izquierdo por fuera de la línea mamilar; matidez de grandes vasos ensanchada e igualmente la cardíaca. No existe ningún soplo a la auscultación, arritmia; variabilidad en la intensidad de los tonos de unas sístoles a otras, sístoles en salvas, auscultando se observa existir 120 sístoles por minuto, en la radial solamente existen 95 pulsaciones, notando igualmente la arritmia.

Tensión arterial en la humeral.—Mx. 10; Mm. 7.

Abdomen.—No hay dolor a la palpación del mismo. Hígado aumentado de volumen, el borde inferior sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal, es romo y doloroso al palparle.

La extremidad inferior izquierda, desde la rodilla hasta la garganta del pie, la piel tiene un color rojo-vinoso, más acentuado en algunos lugares, coincidiendo en éstos con una mayor visibilidad de las venas superficiales, coloreadas fuertemente en negro, en el dorso del pie existen algunas manchas verdes rodeadas de una zona clara, la planta presenta un color rojo-vinoso, más oscuro en el talón; las últimas falanges de los dedos son traslucidas, con la piel arrugada y las uñas de color verdoso.

La pierna está fría (comparándola con la derecha), es insensible y analgésica; hiperestesia desde rodilla hasta la ingle izquierda, no se percibe el latido de la poplitea de este lado, en la femoral sí es perceptible. En la extremidad inferior derecha no se observa nada anormal. (No se pudo obtener la tensión arterial, y el índice oscilométrico en las piernas, por tener averiado el aparato de Pachón).

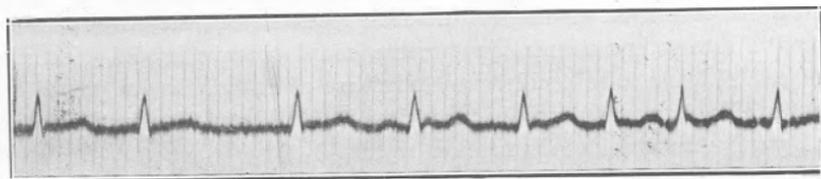
Por el estado de la enferma no podemos sacar una radiografía de tórax.

Discurriendo en las molestias que venía aquejando la enferma desde hace un año, pensaremos que padecía de una afección de aparato circulatorio, localizada en el órgano cardíaco (ya que con el estrofanto mejoraban todos sus padecimientos), mas una enfermedad intercurrente la hace entrar en el cuadro clínico actual, que por ser tan claro y típica la sintomatología subjetiva, como los hallazgos objetivos, podemos adelantar se trata de un desprendimiento de un émbolo, procedente de una afección cardíaca, que se detiene en la femoral izquierda originando un déficit, o mejor aún, una falta total del riego sanguíneo de la pierna y gangrena consecutiva de la misma.

Que las alteraciones locales de la extremidad inferior izquierda corresponden a la gangrena, lo atestiguan el color de la misma, la frialdad, la

insensibilidad, la analgesia, las alteraciones tróficas que se iniciaban en la misma, etc., etc.; que el origen ha sido embólico lo corrobora el hecho de la forma de iniciación, brusca, instantánea, de dolor, a partir de aquel momento aparición de las demás alteraciones que hemos comentado, la falta de enfermedades infecciosas o tóxicas que pudieran explicar el mecanismo de producción de la gangrena y además el hallazgo de la operación, ya que el día 5-III-33 le amputaron por tercio medio de muslo y encontraron los vasos femorales trombosados. Ahora bien, ¿el émbolo o trombo de dónde procede? Inmediatamente la imaginación se va al corazón, foco de donde la mayoría de las veces arrancan, y más en nuestro caso, que contamos en los antecedentes con padecer de una afección cardíaca, y además se añaden los datos tan elocuentes, recogidos en la exploración, cual son dilatación de corazón y arritmias.

Una vez llegados a este lugar, ¿cuál es la afección cardíaca que presenta? Por la auscultación vemos no existen alteraciones de ninguna de las válvulas, se nota dilatación cardíaca y arritmia. Ahora bien, ¿qué clase de arritmia es? Fijándonos simplemente por los datos recogidos, y



sobre todo en los dos, tan valiosos de existir latidos en salvas, sin guardar el ritmo ningún orden, y más aún el llamado *déficit del pulso*, pensamos se trate de la llamada arritmia completa, arritmia perpetua, *delirium cordis*, fibrilación auricular.

Sabemos, desde los estudios de Hering y Wenekebach, que la arritmia perpetua, que antes era considerada como un trastorno esencial de los ventrículos, es la consecuencia de un trastorno funcional u orgánico auricular, revelable físicamente por los datos del flebograma, y mejor aún por el electrocardiograma. Por este motivo obtuvimos el electrocardiograma que nos aseguró el diagnóstico probable que habíamos adelantado al observar (como se ve en la figura) que faltaba la onda P, siendo sustituida por multitud de ondas pequeñas, que corresponde a la fibrilación de las aurículas; los complejos ventriculares, en cambio, no presentan ninguna alteración, pues las ondas R, S y T son normales, como igualmente los intervalos que las separan; lo que sí se nota, es una arritmia total, es decir, los espacios entre la fase terminal de un complejo ventricular y la iniciación del siguiente, son continuamente variables, sin guardar ningún orden.

¿Esta arritmia es consecutiva a una afección orgánica de corazón o es puramente funcional? No podemos asegurar si es de las formas funcio-

nales paroxísticas, de las que aparecen por crisis, como la taquicardia paroxística, por ignorar si padecía anteriormente o no, de arritmia, mas por el hecho de padecer anteriormente un historial de insuficiencia circulatoria tenemos que reconocer que en el corazón hay una espina que seguramente es la causa de esta arritmia; ahora bien, en esta enferma no parece existir, o al menos no se oyen, soplos de ningún género, por lo tanto tenemos que decir no tiene una estrechez mitral, que es la afección cardíaca que más frecuentemente da en la fase de descompensación esta clase de arritmia, ni ninguna otra lesión valvular, mas como existe una marcada dilatación cardíaca, tenemos que considerar existe una alteración de la fibra muscular del corazón, que estando afecta en la parte correspondiente a las aurículas de origen a este trastorno del funcionamiento de las mismas, y por ende al de los ventrículos.

¿Cómo se ha podido originar el émbolo productor de la embolia de la pierna, si no existe, por ejemplo, una endocarditis? Se podría objetar, la explicación es obvia, si consideramos que al existir el defecto del funcionamiento auricular, la sangre se estaciona en las mismas, haciéndolas dilatar, la corriente es menor, el corazón, muchas veces, se contrae en el vacío, y merced a este estancamiento, juntamente con la alteración del miocardio, que irremisiblemente ha tenido que transmitirse al endocardio, es por lo que se ha podido formar un trombo, que desprendido haya ido circulando por la sangre a estancarse en la femoral izquierda.

¿Qué pronóstico nos inspira esta enferma? Limitándonos exclusivamente a la afección cardíaca, ya que lo que se desprende de la parte quirúrgica, por la amputación de la pierna, no nos interesa ni incumbe comentar a nosotros, diremos que la arritmia completa en sí misma, sólo tiene una importancia relativa, ya que a diario se ven casos publicados en las revistas, de sujetos vueltos a la normalidad, así, por ejemplo, los numerosos citados en el número de la *Münchener* del 10-III-1933, por Schellan, de la Clínica de Kiel, y varios observados por nosotros. Respecto a lo que hay que guardar más consideración es al estado del corazón, es decir, a la causa que ha motivado la arritmia y al grado de insuficiencia en que se encuentra el ventrículo, como en el caso que estamos estudiando, en el supuesto que la causa sea una miocarditis, el electrocardiograma nos da un complejo ventricular típicamente normal; podemos formar, dentro de una cierta reserva, un buen pronóstico, ya que damos una gran importancia al estado de la onda T, del electrocardiograma, orientados en los dos últimos casos que hemos observado en la clínica particular del doctor Bañuelos: eran dos sujetos clínicamente idénticos, los dos de miocarditis crónica, con arritmia completa, mas uno de ellos en el electrocardiograma presentaba la onda T invertida y alargamiento del espacio Q. R. S., el otro tenía el complejo ventricular normal, el primero falleció a los dos meses de haber obtenido el

electrocardiograma; el segundo se encuentra en fase de compensación, sin síntomas clínicos e incluso sin arritmia, en la actualidad.

El tratamiento que hemos impuesto a esta enferma, es, siguiendo a Frey, quinidina, para regularización del ritmo, y después digital sola o combinada con la quinina, para que al mismo tiempo que actúe regularizando el ritmo, obre sobre la insuficiencia cardíaca ligera que presenta.



ASOCIACIÓN MÉDICO-FARMACÉUTICA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

Discusión del tema "El aborto terapéutico"

El pasado 27 de Abril, en el Salón de Actos de la Asociación Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián, se puso a discusión libre el tema «El aborto terapéutico», que en días anteriores desarrolló el doctor Francia.

El Dr. Laguna.—Comienza explicando que en su actuación, ha de proceder como un ortodoxo científica y doctrinalmente, al tratar de tan interesante materia, con el fin de suscitar la discusión de sus compañeros.

El problema del aborto terapéutico está planteado en tres puntos: 1.º Netamente médico (médico, quirúrgico, de especialidad). 2.º Sobre la base social; y 3.º Sobre la base moral. Añade que a él le está encomendada la defensa del punto primero, estudiando el papel del médico ante una mujer—una enferma, según él—de embarazo.

Dice que entre los motivos, en el terreno médico, del aborto, no deben de olvidarse aquellos que originan lo que pudiéramos llamar embarazo indeseable.

Señala una serie de accidentes, en los cuales el especialista necesita de la autorizada opinión del clínico experto. Protesta ante el número creciente de gestaciones provocadas a la sombra del aborto impune.

En su opinión, escuetamente ortodoxa, afirma que nunca está autorizado el aborto, aunque peligre la vida de la madre.

Son dignas de mención algunas coincidencias en las cuales, el clínico se ve ante un problema difícil de resolver. En primer lugar, la coexistencia de cáncer uterino y embarazo. Cree que con los medios modernos que tiene a su disposición la terapéutica, debe ser tratado el cáncer y respetado el embarazo, en vez de provocar el aborto terapéutico.

Cita un caso de observación personal, en que la gestante padecía un tumor cerebral que, como se sabe, en el período de gestación, lleva un desarrollo rápido. No obstante, tratando el tumor, se logró que la enferma

mejorase y que el feto fuese viable. Si se hubiera consumado la práctica del aborto, la concepción no se hubiera realizado y la madre probablemente hubiera sucumbido, víctima de su tumor cerebral no tratado.

Otro caso interesante es la coexistencia de embarazo y diabetes. Estudia el problema en los tiempos pre y post-insulínicos, y llega a la conclusión de que, si antes de conocerse la insulina, científicamente estaba indicado en estos casos el aborto, no ocurre así después de ella, porque con su tratamiento se puede hacer desaparecer el estado hiperglucémico de la embarazada y prevenir la acidosis y el coma. Es curioso que en las embarazadas con trastornos de índole hiperglucémica y aglucosúrica, se atenúan los síntomas diabéticos a partir del cuarto mes del embarazo, volviendo a recrudescerse cuando el parto se lleva a efecto. Explica esto atribuyendo tales anomalías al páncreas del feto que, al poner en marcha, hacia el cuarto mes, sus mecanismos insulínicos, viene en socorro de la madre, compensando con su secreción la hiperglucemia materna. Así, pues, el aborto que antes era indispensable, queda hoy día relegado al olvido en estos casos que salvan con un tratamiento insulínico apropiado.

También las neurosis se han señalado como factores de alguna importancia en el aborto terapéutico, pero bien entendido que el médico no se debe dejar engañar por la posible fingida neurosis de la enferma, sino comprobar si en efecto se trata de una neuropatía.

El Dr. Francia.—Pide la palabra para decir que no ha comprendido bien el alcance de la secreción pancreática del feto.

El Dr. Laguna.—Rectifica y explica de nuevo la influencia de dicha secreción a partir del cuarto mes.

Dr. González Calvo.—Cree que en la diabetes, hoy día, el aborto está enteramente contraindicado. Lo que es preciso aquilatar bien, es el diagnóstico precoz de la diabetes materna para su tratamiento insulínico. Dice que ahora va a referirse a casos de tuberculosis pulmonar, en los que al clínico se plantea un grave problema, hallándose perplejo a veces, y buscando elementos que aporten los datos de juicio necesarios.

En el caso de las tuberculosis abiertas, casi siempre pasan bacilos de la madre al feto. La embarazada tuberculosa está en circunstancias de dar a luz un hijo contaminado y de que sus lesiones vayan en auge debido a una propagación granúlica. ¿Está indicado aquí el aborto? Hay que colocarse en un terreno de ecuanimidad religioso y científico, pues es uno de los problemas más serios que pueden plantearse al médico. A su juicio, en estas circunstancias está indicado el aborto terapéutico. Lo mismo en las cardiopatías.

El Dr. Laguna.—¿Y cuándo se sabe exactamente que el feto está contaminado? ¿En qué momento debe provocarse el aborto?

Dr. Francia.—Afirma que la mayor parte de los autores extranjeros, en sus obras, niegan la posibilidad científica del aborto en las lesiones tuberculosas y sí únicamente como medio eugenésico para el feto, se admite.

No está indicado el aborto. Cree que lo indicado es el tratamiento de la enferma. No es problema de matar, sino de hacer vivir. Cita la opinión del doctor Recasens como opuesto al aborto terapéutico en la tuberculosis.

Dr. Laguna.—Ciñéndome al tema pregunto. ¿Hay propagación bacilófica al feto? ¿Es evidente? ¿Se puede comprobar? ¿Podemos contemporizar hasta obtener un feto viable?

El Dr. Romón.—Interviene. Piensa que existen dos cuestiones. La cuestión doctrinal, que no se va a discutir, y la de índole puramente práctico. ¿Debe o no debe hacerse? Es necesario diferenciar la literatura científica de la verdaderamente práctica. Opina que en ningún caso debe provocarse el aborto. Debe de haber prudente abstención.

Dr. Llorente.—Se refiere al caso concreto de la tuberculosis laríngea, que sufre una detención en el embarazo. Aquí no es necesario el aborto terapéutico.

Dr. Laguna.—Vuelve sobre sus consideraciones afirmando «que aunque peligre la vida de la madre, no se puede exponer al feto a una muerte cierta.»

Dr. Alvarez Terán.—Refiriéndose a los casos de nefritis, opina que deben agotarse todos los recursos de la terapéutica y de la clínica, y si en último resultado nada se consigue, se indicará el aborto terapéutico.

Dr. Mz. Sagarra.—Se ciñe a las mismas consideraciones, y dice que es indispensable en casos de riñón único litiásico y de litiasis bilateral. En la tuberculosis renal el aborto no está indicado porque es difícil que ambos riñones se afecten en esos meses.

Dr. Francia.—¿Qué ventajas va a obtener la madre con el aborto?

Dr. Sagarra.—La madre peligra.

Dr. Francia.—Sí; pero después de haberla sometido a abortar, el peligro para ella no ha desaparecido por completo.

Dr. Alvarez Terán.—Rectifica, y se refiere estrictamente a los casos de nefritis.

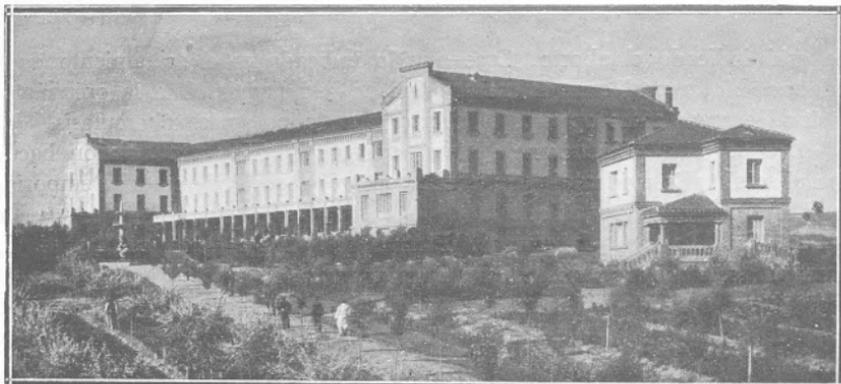
Dr. Francia.—Como en el caso que supone el doctor Alvarez, cree que con el aborto la enferma no puede salvar, ¿para qué provocar el aborto?

Dr. Alvarez Terán.—En el caso de la diabetes, la terapéutica indicada era la insulina; en la nefritis, es el aborto.

Dr. González Calvo.—Cree que los beneficios que el feto pueda obtener con el tratamiento de la tuberculosis de la madre son muy problemáticos. Afirma que cree en la tuberculosis hereditaria y, desde el punto de vista científico y hasta desde el ortodoxo, opina que existe un problema en que está indicado el aborto.

J. L. VAQUERO





Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

Servicio médico permanente. Gabinetes de especialidades (radiología, oftalmología, odontología, etc.). Laboratorio. Tratamientos modernos de las psicosis. Malariaoterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.),

Pabellón completamente independiente para enfermos de ingreso voluntario, agotados, neurosis, psiconeurosis, etc,

Detalles y correspondencia: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA** - Apartado 66 - Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

INJECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS

3 FÓRMULAS: Simple -:- Con lecitina -:- Infantil

Debido a que en esta fórmula balsámica se ha conseguido incorporar la **HIDRASTINA**, podemos asegurar que con su uso no se presenta la resecaión producida por el Gomenol.

Producto del Laboratorio **SUR DE ESPAÑA** -:- Dr. Dávila, 40 y Joaquín Dicenta, 5.-**MÁLAGA**

SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión del día 26 de Enero de 1933

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR BRITUS.—**Úlcera gástrica.**—Presenta la radiografía de una enferma en la que se aprecia un proceso ulceroso antiguo. Se la hizo resección en la úlcera, que estaba localizada en el píloro.

El curso post-operatorio fué bueno y la enferma se encuentra en estado satisfactorio.

DOCTOR YAGUE.—La radiografía es muy demostrativa, porque se ve que existe gran dilatación del antro pilórico.

Y sabido es que éste es el primero que sufre las consecuencias de los esfuerzos del estómago, para hacer pasar su contenido al intestino, en el momento oportuno digestivo, a través de un orificio de salida que no funciona con normalidad.

Por ello el antro es el primero que se rinde, y como consecuencia se dilata.

De aquí que en estos enfermos la dificultad mayor para decidir la oportunidad del tratamiento quirúrgico, se encuentre en apreciar en el momento en que deban ser intervenidos en relación con este particular. Porque la motricidad a este respecto, pasa por dos períodos, el primero de hipermotricidad compensadora, el segundo y final, de insuficiencia motriz progresiva hasta el agotamiento.

Y los resultados terapéuticos son muy distintos, según se opera en uno o en otro, ya que si se interviene cuando la fibra ha iniciado su agotamiento, aquéllos serán tanto más incompletos, cuanto mayor sea éste.

Este enfermo ha sido operado en la primera fase con gran oportunidad y es de esperar que por ello se logre la máxima utilidad terapéutica de la intervención afectada.

DOCTOR SOLER.—**Presentación de enferma.**—Presenta una enferma de quistes hidatídicos pelvianos, que de primer momento, por la situación de la tumoración, englobando el aparato genital, pudieron dar lugar a un diagnóstico equivocado, pero que ulteriores reconocimientos y un Weinberg positivo, nos guiaron hacia el diagnóstico verdadero.

La siembra en la cavidad abdominal de quistes de diferentes tamaños, era tan numerosa, que la operación hubo de suspenderse, porque el estado de la enferma no permitía prolongar la anestesia, además de la imposibilidad de extirpar todos los quistes.

DOCTOR VALLS MARIN.—**Osteomielitis de tibia: secuestro consecutivo.**—Presenta una enferma afecta de una osteomielitis de tercio supe-

rior de tibia derecha, que se inició hace tres años y por la cual ha sufrido tres intervenciones en otra Clínica.

Por radiografía se ve un secuestro grande, que ocupa la mitad inferior del tercio superior. En la intervención se le hizo una secuestrestomía y limpieza del lecho del secuestro. Después se rellenó el espacio con gasa empapada en vaselina y se le puso un vendaje de escayola desde el muslo al pie, incluyendo por lo tanto en él la articulación que está por encima y la que está por debajo.

Tres indicaciones para una inspección post-operatoria de las heridas son: el dolor, la fiebre o el exceso de exudado por el olor que produce. Al cabo de un mes o dos meses, éste obliga a cambiar la cura y poner otro vendaje de escayola. El número de curas, depende claro es, de la extensión del foco y del sitio. El procedimiento tiene la ventaja de ser económico, no doloroso y además acorta el tiempo de hospitalización, cosa muy digna de tenerse en cuenta.

DOCTOR VALLS MARIN.—**Fractura maleolar.**—Se trata de una mujer de 64 años, que sufrió una rotura de pierna. En la cura de urgencia le pusieron un vendaje contentivo que determinó una compresión. Después de unas horas, quitamos el vendaje y poco a poco apareció un edema duro de toda la pierna y flictenas en el tercio inferior de pierna y pie.

Por radiografía se ve que tiene una fractura maleolar y otra espiroidea en tercio medio de tibia, con desviación ligera hacia atrás. Se la trata con una extensión para poder vigilar las flictenas y además para no correr el riesgo de una inmovilización de los fragmentos, caso de colocar vendaje de escayola al quedar éste ancho, cuando desapareciera el edema. La extensión se hizo con el alambre de Kirschner, que ha sustituido con gran ventaja al clavo de Steiman.

DR. B. DE M.



Congreso Oftalmológico

Durante los días 16 al 22 del pasado mes de Abril, se ha celebrado en Madrid el XIV Concilium Oftalmologicum, con gran brillantez, siendo inaugurado en el paraninfo de la Universidad por su Excelencia el señor Presidente de la República, don Niceto Alcalá Zamora, que ocupa la presidencia acompañado de los ministros de Instrucción pública y Marina, el Rector de la Universidad, el Presidente del Congreso, doctor Márquez, y el presidente del Consejo Internacional, doctor Van der Hoeve, etc.

Este saluda brevemente a la asamblea. A continuación, el doctor Márquez, figura preeminente del Congreso, quien ha tenido la gentileza de regalar a cada uno de los congresistas, la medalla Cajal, conmemorativa del Congreso, hace uso de la palabra para dar las gracias al jefe del Estado y al Gobierno por el apoyo que han prestado a aquél, tanto personal como económico; saluda a los colegas extranjeros y dedica un recuerdo a los compañeros fallecidos desde la última reunión.

Su excelencia el Presidente de la República, pronunció seguidamente un breve y florido discurso por coincidir con el aniversario de la implantación del régimen actual y tener que abandonar la presidencia, lo que hace a continuación, cediendo la presidencia al señor ministro de Instrucción pública, quien concede la palabra a cada uno de los diez delegados de las naciones representadas en este Congreso, los que saludan a la Asamblea.

Termina la sesión saludando el señor ministro a los concurrentes y declara abierto el XIV Concilium Oftalmologicum.

Después del acto inaugural, los congresistas se dirigieron a los locales donde se hallaban las instalaciones de las exposiciones científica e industrial. En la primera, han sido numerosísimos los trabajos presentados, tanto por oculistas españoles como extranjeros, destacándose una interesante colección de libros de gran interés histórico, presentados por el doctor Márquez, una colección de fotografías del doctor R. Castroviejo, otra del doctor Díaz Caneja, otra de fotografías, y un trabajo de iconografía corneal del doctor Lacarrere, preparaciones microscópicas de retina, de F. Balbuena, vitrinas con preparaciones anatómicas del doctor Vila Coro, colección de fotografías y dibujos en color, de A. Palomar, preparaciones microscópicas referentes a microglia y a otros asuntos, del doctor López Enríquez, etc., etc.

Habiendo pasado de ciento el número de temas que se han discutido durante el Congreso y siendo todos ellos a cual más brillante y admirables, dada la estrechez en que tenemos que movernos en estas cuartillas me limitaré por hoy, única y exclusivamente a reseñar y dar algún detalle de los más salientes:

Primer tema oficial: «Tuberculosis del iris y del cuerpo ciliar», dividido en tres partes. Primera, «tratamiento de la iridociclitis tuberculosa», presentada por E. V. L. Brown, de Chicago, quien dice que la tuberculosis uveal es corrientemente secundaria a la intratorácica, que es una manifestación de la segunda fase de la tuberculosis en que hay marcada hipersensibilidad, inmunidad activa y tendencia a la cicatrización espontánea, por lo que no debe emplearse la tuberculina; el método más reciente en el tratamiento de la iridociclitis tuberculosa es la autohemoterapia, especialmente la introducción de sangre del enfermo en la cámara anterior del ojo enfermo, acompañando a esto el tratamiento general de la tuberculosis.

Segunda: «Anatomía patológica», presentada por Josef Igers Heimer (Frankfort), quien los divide en dos grupos. En el primero los subdivide en: a) casos de evolución aguda y subaguda; b) casos de evolución crónica. En el segundo (que llama casos especiales) los subdivide en: a) casos de predominio de necrosis; b) predominio de supuración, y c) tuberculosis atípica con desarrollo pronunciado de tejido conjuntivo.

Tercera: «Diagnóstico diferencial de la tuberculosis del iris y del cuerpo ciliar», por Henri Lagrange, de París. Las conclusiones de esta ponencia, que divide en tres partes, son las siguientes: primera, «diagnóstico positivo»; dice que deberá dirigirse particularmente a la investigación del complejo primario y al estudio del estado humoral; segunda, «diagnóstico diferencial», acerca de la cual manifiesta que en presencia de una iritis o iridociclitis anodular en que no se halla recogido ningún elemento de certeza para asegurar si es una lesión luética o tuberculosa, en estos casos, la prueba de más valor es el tratamiento tuberculínico; tercera, «diagnóstico del pronóstico», aduciendo que el pronóstico local de la tuberculosis del iris y del cuerpo ciliar no ofrece dificultades en las formas graves, no así en las otras formas en que por su benignidad se hacen sin seguridad ninguna, pues no es posible indicar cuál será la evolución de la lesión local y de la enfermedad general.

Segundo tema oficial: «Desprendimiento de la retina» también dividido en tres ponencias; la primera, encargada al oculista español doctor Arruga acerca de «Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina», quien comienza diciendo que los desprendimientos congénitos son en su mayoría consecuencia de traumatismos durante el parto o de afecciones uveales intrauterinas, los dos tercios de casos pertenecen al sexo masculino y la frecuencia de los desprendimientos aumenta progresivamente con la edad; de 642 que ha visto con esta afección, 121 presentaban el trastorno bilateralmente. La miopía da un 50 o 60 por 100 de los casos de desprendimiento, hablando después de los traumas como causa, dividiéndolos en tres grupos: a) los casos recientes que el desprendimiento se produce inmediatamente; b) los casos en que el desprendimiento se produce secundariamente, y c) los casos de desprendimiento tardío.

a) Los casos recientes, poco frecuentes, son debidos a grandes traumatismos; la rotura retiniana traumática más frecuente es la desinserción de la ora serrata, juegan también papel en este apartado, las congestiones cefálicas.

b) Dentro de este grupo se encuentran la mayor parte de los desprendimientos de retina traumáticos que vemos en la consulta. Se trata frecuentemente, de golpes sufridos en la cabeza seguidos de desprendimiento al cabo de varias semanas o de meses.

c) Los desprendimientos tardíos son debidos a lesiones retráctiles (pérdidas de vitreo, hemorragias), estos casos son consecutivos a la operación de la catarata, con o sin pérdida de vitreo.

Después estudia las condiciones patológicas que favorecen el desprendimiento de la retina. Examina luego las alteraciones de vitreo en los ojos miopes; pasa a describir otras enfermedades oculares en relación directa con el desprendimiento (iridociclitis, oftalmía simpática y angiomatosis retiniana) habla de los desprendimientos producidos por tumores y cisticercos, trata de las afecciones orbitarias e infecciones subconjuntivales como causa de desprendimiento, comenta las condiciones generales que favorecen el desprendimiento de la retina, como la senilidad, embarazo,

malaria, sífilis, tuberculosis, reumatismos, afecciones de la nutrición y trastornos morales y psíquicos.

Expone el autor las diversas condiciones clínicas desde el punto de vista de la patogenia del desprendimiento. Las rasgadas de la retina, su frecuencia, topografía, caracteres del emplazamiento y evolución. Estudia los casos de desprendimiento sin rasgadura y los de rasgadura sin desprendimiento, más tarde se refiere a la influencia de la tensión ocular en los desprendimientos que suele estar disminuída, ésta casi siempre al principio y que depende de las rasgadas y de la función ciliar, después investiga la albúmina del líquido subretiniano por el método refractométrico, sacando la consecuencia de que la cantidad de albúmina aumenta a medida que el desprendimiento envejece; por el contrario, la determinación del azúcar no ha revelado modificaciones notables; más tarde describe el autor la circulación de los líquidos intraoculares y la influencia que tienen las rasgadas retinianas sobre esta circulación; para ello inyecta tinta china en el vítreo (como lo han hecho ya otros observadores) y le permite afirmar esta observación que sin desprendimiento y con desprendimiento sin rasgadura, la tinta se dirige principalmente a la cámara anterior; si existe rasgadura, la corriente de este líquido se desvía en gran parte, pasando al líquido subretiniano.

Para estudiar la patogenia, resume las diversas teorías y las divide en tres grupos

- 1.º Distensión del globo.
- 2.º Exudación coroidiana.
- 3.º Retracción del vítreo.

La primera teoría, o distensión del globo, no puede ser sostenida, puesto que en los miopes se demuestra la menor proporción de desprendimiento en la edad en que el globo se distiende más.

La teoría de la exudación coroidiana es incontestable en casos de desprendimientos por retinitis nefrítica, coroiditis exudativa y afecciones orbitarias, pero no en casos de desprendimiento idiopático con rasgadura, pues la exudación coroidiana sobreviene al cabo de algún tiempo por el efecto irritante del vítreo sobre la coroides y a medida que pasa más tiempo, la exudación es mayor. Además, si la exudación fuera la causa del desprendimiento espontáneo, resultaría que haciendo desaparecer la causa, el exudado se reabsorbería y la retina volvería a su sitio, esto pasa en los desprendimientos por retinitis gravídica que la interrupción del embarazo va seguido generalmente, de una reaplicación de la retina.

La teoría de la retracción no es dudosa en los casos de abundante pérdida de vítreo y en los casos de hemorragia de vítreo que reabsorbiéndose forma bridas retráctiles que producen el desprendimiento de la retina. Por otra parte, esta teoría está contradicha por el hecho de la reaplicación de la parte superior de la retina en los casos en que el desprendimiento se hace inferior.

Dice que se puede admitir que el desprendimiento idiopático de la retina es una enfermedad debida en su mayoría a lesiones de la retina misma, pues aunque el vítreo la deje sitio y la coroides la empuje, ella vuelve a su sitio si está sana.

Pasa a estudiar las causas que pueden alterar la retina e ilustra la ponencia —durante su descripción— con numerosas láminas y dibujos que el solo atento examen de ellos, instruye tanto o más que su descripción, pudiendo ver que la mayoría de los ojos presentan alteraciones atróficas y degeneraciones vasculares de la retina con inclusiones pigmentarias casi siempre en la proximidad de los puntos desgarrados.

En casi todos los casos de desprendimiento hay rasgaduras, mientras que en otros no hay más que una intensa inflamación de la coroides.

II. El tratamiento médico del desprendimiento de la retina por G. Ovio, de Roma.

Dice que antiguamente no consistía este tratamiento más que en la oclusión compresiva del ojo y en el decúbito dorsal. Con el tratamiento de las inyecciones subconjuntivales se creyó por todos que se iba a realizar un verdadero progreso en la curación de esta afección, pero de una estadística resultarían solamente un 22 por 100 de curaciones o de mejorías.

III. Tratamiento operatorio del desprendimiento de retina, por Alfred Vogt, de Zurich.

Entre los métodos operatorios, hace referencia el autor a los siguientes:

- 1.º La cauterización con termocauterío de Gonin.
- 2.º El método personal del autor de cauterización con el galvano que Galezowski utilizaba ya hace treinta años con éxito para obturar la perforación.
- 3.º El método químico de Guist.
- 4.º La diatermia de Were, Larson y Safar, que da sobre todo éxitos con la aguja.

Todos estos métodos tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Desde el punto de vista técnico, el más simple es la punción ignea con el cauterío y la aguja de diatermia.

Estos procedimientos ya están probados, y no hay que excluir que en algunos casos presenten ciertas ventajas y sean hasta indispensables.

No quiero dejar de reseñar el original emblema del Congreso, por lo mucho que ha llamado la atención y acierto que han tenido en la elección; está sacado de un grabado que tiene el libro titulado, «Uso de los anteojos para todo género de vistas», cuyo autor fué Daca de Valdes, publicado en Sevilla el año 1623, cuyo libro se encuentra en la biblioteca del Escorial como pudimos ver todos los congresistas en la excursión que hicimos a dicho lugar. El grabado representa los valores en grados de los cristales que son los mismos valores que los que hoy se emplean, sustituyendo la palabra grado por la de dioptría como consecuencia de la sustitución de focal.

R. ALVAREZ.

(Continuará).

ACEITE GRIS DE LAFAY

PREPARACIÓN ESPECIAL DE LA FARMACIA BELLOGIN
conforme a la fórmula (modificada) del Codex

Contiene por centímetro cúbico 40 centigramos de mercurio metálico, purísimo, en su máxima tenuidad microscópica. Fluido, estable y de adecuada esterilización 25 años de preferente uso por los principales especialistas, acreditan la esmerada preparación del producto.

Frasco: 5 pesetas - Por correo 5,50

Pedidos: FARMACIA BELLOGÍN, Rinconada, 32.—VALLADOLID

COMENTARIOS RURALES

El Reglamento de provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de Médicos y Farmacéuticos titulares

por Lorenzo SÁEZ, Inspector municipal de Sanidad de Iscar

Gran decepción ha producido en la clase médica rural el articulado del Reglamento de la Ley de 15 de Septiembre de 1932, sobre provisión de vacantes, etc. Después de larga y penosa gestación, todos esperábamos viera la luz una disposición que garantizase el pago de nuestros haberes, nos protegiese contra las resoluciones arbitrarias de los Municipios, y recogiese las aspiraciones de los titulares en las normas para la provisión de plazas. No ha sido así, y lejos de ello quedamos en la misma o peor situación que antes de su publicación.

Al promulgarse la citada ley, los médicos rurales tuvieron la esperanza de ver conseguidas parte de sus legítimas aspiraciones, pues así lo hacía suponer el contenido de sus artículos. Pero, las Cortes Constituyentes aprobaron unas bases que en el Reglamento aparecen desvirtuadas y en las que el espíritu de la Ley no ha sido bien interpretado.

Hacer un análisis detallado del referido Reglamento, nos llevaría a dar una extensión desproporcionada a este artículo, por lo cual nos limitaremos a destacar los preceptos más lesivos para los intereses de los Inspectores municipales de Sanidad, y que han producido una impresión verdaderamente dolorosa.

En la escala de méritos para los concursos se comete una injusticia, pues mientras al premio extraordinario en el grado de Doctor o de Licenciado se le adjudican cinco puntos, a los médicos por oposición de los centros u organismos del Estado, se les adjudican veinte. La diferencia es enorme, y tan marcada en favor de los sanitarios del Estado, que sería difícil superar a éstos ni aún por los Catedráticos de Facultad. Con ello se quiere dar preponderancia en los concursos a los conocimientos higiénico-sanitarios sobre los clínicos, olvidando que en ejercicio rural la labor de asistencia a la cabecera del enfermo es, en el estado actual de la profesión, más intensa que la actuación sanitaria, y no porque los médicos rurales concedan a esta menos importancia, sino porque su ejecución y práctica choca con una serie de dificultades y obstáculos que la hacen completamente estéril, y que además suelen poner en peligro la estabilidad y el mediano bienestar del médico y su familia, por tener que atacar intereses particulares y hasta políticos, de quienes no alcanzan a comprender los bene-

ficios que para el pueblo en general pueden derivarse de los progresos en el orden sanitario. Es ilusorio pretender que en el medio rural los profesionales demos preferencia en nuestras actividades a la labor sanitaria, que no se nos paga, ni garantiza poder realizar sin peligro, que a la labor de asistencia que es la que nos proporciona los ingresos y la que actualmente es más apreciada en los pueblos, porque sus habitantes no están preparados para comprender las ventajas de aquella y porque los médicos titulares se han visto desamparados en cuantos intentos han realizado para llevar a cabo esa preparación del ambiente campesino, en el desarrollo y aplicación de los preceptos higiénico-sanitarios más fundamentales.

En el capítulo 2.º que se refiere a los concursos, han llevado un golpe de muerte en su vida profesional los médicos rurales que pasan de la edad de cuarenta y cinco años. El anteproyecto de Reglamento, consignaba que en los concursos de provisión de plazas de las tres últimas categorías, turnasen los méritos y la antigüedad. De esta forma, el profesional que ha doblado la curva de la vida y que ya no se encuentra con aptitudes para hacer una oposición, tenía el recurso, si por cualquier incidencia no podía continuar ejerciendo en el cargo que desempeñaba, de aspirar a otra plaza modesta donde poder vivir. Pero ahora con el nuevo Reglamento se le han cerrado todas las puertas y al que le toque la desgracia de hacerse incompatible con el pueblo, no le quedará otra salida que la mendicidad, si no dispone de otros medios para su sustento. Es rara la vacante que se anuncia a concurso de antigüedad, pues como los Ayuntamientos tienen derecho a elegir el procedimiento que mejor les parezca para cubrir la plaza, la mayoría opta por los concursos de méritos, aun en los casos de provisión de plazas de las dos últimas categorías. La Asociación de Médicos titulares en el afán de combatir una tiranía, como eran las maniobras caciquiles que acompañaban a la provisión de toda vacante, no sólo no lo ha conseguido, pues los pueblos anulan la eficacia de la Ley contratando las igualas libremente, sino que se ha producido el efecto contrario, es decir, aumentar el número de las luchas profesionales y dar lugar a la injusta crueldad de no poder vivir muchos médicos ancianos. Conceder unos cuantos puntos a los que lleven tres quinquenios desempeñando plaza en propiedad, tendría cierto valor en otra época; en la actualidad, dada la gran plétores médica, carece de eficacia para aquellos que no puedan aportar más méritos que los años de servicios, pues esta puntuación es fácilmente sobrepasada.

Tiene la Asociación el deber de continuar trabajando hasta conseguir reparar esta injusticia que se comete en el Reglamento, y en el caso de no poderlo conseguir, debe gestionar la total autonomía de los Municipios para nombrar sus médicos titulares; se puede luchar contra el caciquismo en la juventud, de viejo no hay lucha posible, pues la derrota es segura. Esto hay que confesarlo con dolor, pero es cierto, y en remediarlo pone poco empeño cierto sector de la juventud actual, que parece desprovisto de ge-

nerosidad y pleno de egoísmo, como viene a demostrarlo un reciente artículo publicado en un periódico profesional y del que es autor un joven médico castellano.

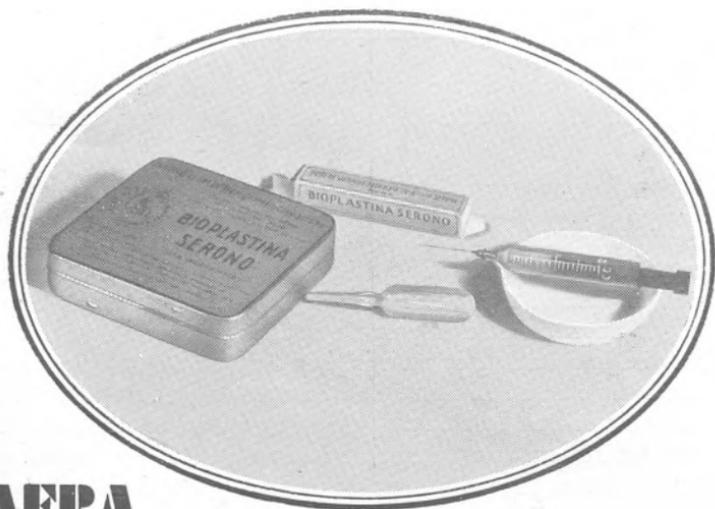
Otra de las enormidades del Reglamento, en el capítulo referente a oposiciones, es la siguiente: Cuando sean varias las plazas que se han de proveer en una misma oposición y terminada ésta, se elegirá plaza por el orden de puntuación que hayan tenido los opositores, siempre que hayan solicitado la plaza que elijan. Esto obligará a solicitar todas las vacantes, pues ningún opositor estará seguro de conseguir la que desea, y si las vacantes son diez le costará trescientas pesetas la oposición, lo que unido a los demás gastos supone un desembolso bastante considerable para los médicos de modesta posición económica y una traba para repetir la oposición si se tuvo poca fortuna en las anteriores. Ante esta serie de obstáculos, no es de extrañar el desencanto de la clase médica y que muchos piensen era preferible la época en que se conseguía una plaza abriéndose paso con influencias y recomendaciones políticas. Por lo menos era más barato, y en cuanto a eficacia en estabilidad, poco se ha ganado con las nuevas normas, pues en el capítulo de destituciones, el nuevo recurso ante el Ministro de la Gobernación sin que éste tenga plazo fijo para resolver, ya sabemos todos los rurales lo que supone: Una derrota más, con el inconveniente de proporcionar más gastos.

En el pago de haberes nada se ha conseguido para garantizarlos. El anteproyecto que nos leyeron en la Asamblea tenía eficacia y en él se veía la mano maestra que lo redactó, pues por lo menos se podía cualquier profesional dar el gustazo de que alguna autoridad pagase su mala fe, aunque después tuviera que salir del pueblo, pero en el Reglamento actual no se atan bien los cabos, y el que tenga la candidez de enfrentarse con las autoridades, exigiendo lo que legítimamente le corresponde, llevará muchos disgustos y además no le pagarán.

El capítulo adicional no merece comentarios. Es una autorización a ciertos Ayuntamientos para que sigan haciendo lo que hacían.

En resumen el optimismo que brotaba en mi artículo anterior ha sufrido una ducha, a pesar de lo cual no pierdo la esperanza de que la unión y el constante trabajo de nuestra Asociación puedan alcanzar, el día que las circunstancias de la política nacional sean más favorables, la realización de nuestras aspiraciones o por lo menos que se nos haga justicia.





LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

- Primera** en la terapéutica
- Primera** en prestigio
- Primera** por su calidad
- Primera** por su rápida eficacia
- Primera** por la magnitud de su venta en el mundo



MEDICINA INTERNA

Labilidad de la presión sanguínea y sistema vegetativo. Investigaciones en personas jóvenes con labilidad en la presión sanguínea.—VON M. WERNER. «Dtsch. Arch. Klin. Med.» 174. 1932.

Las investigaciones las ha realizado en quince sujetos, de edad comprendida entre los 19 y 41 años, los cuales presentaban una labilidad extremada de la presión sanguínea, sin ninguna afección orgánica de los riñones ni de los vasos.

Observó el autor que la labilidad de la presión sanguínea, iba acompañada con otras alteraciones orgánicas, producidas por el sistema nervioso de la vida vegetativa, y en especial, reacción sobre el aparato circulatorio, tales como taquicardia labilidad de la frecuencia del pulso, frío en manos y pies e igualmente labilidad psíquica.

Los tipos constitucionales que tenían, en su mayoría, eran asténicos.

En algunos de los pacientes estudiados, existían diversos factores extensos que provocaban la labilidad, como anginas frecuentes, abuso de nicotina y alteraciones psíquicas entre otros.

Amplias observaciones sobre la ictericia catarral.—VON H. STEINITZ. «Dtsch. Med. Wschr.» 1555. 1932.

En un número de 334 diabéticos (130 hombres y 204 mujeres), fueron observados 27 con ictericia (19 mujeres y 8 hombres).

En cinco de estos 27 pacientes, se hallaba en la anamnesis afecciones de las vías biliares, o habían tenido dolores cólicos en el hipocondrio derecho. En todos ellos encontró ictericia indolora, acompañada frecuentemente de hipertrofia hepática; en seis, existía también esplenomegalia.

El color amarillo duraba entre escasos días y tres meses.

No se podía explicar la ictericia por intoxicaciones medicamentosas, ni de otro tipo, verdaderamente se trataba en la mayoría de los casos de una enfermedad infecciosa.

Con este motivo, se hace la pregunta el autor, de si a consecuencia de la alteración diabética, ¿existe en el hígado una menor resistencia frente a los virus infecciosos?

Anemia gastrógena hipocrómica y anemia enterógena hipocrómica.—H. C. VON-LEU-WEU.—«Klinische Wochenschrift», 6 Mayo, 1933.

En este interesante trabajo, pretende estudiar este autor la patogenia de producción de la anemia hipocrómica, que sigue frecuentemente a la aquilia gástrica y que por primera vez observó en 1909 Kund Faber.

Después de hacer un estudio de la sintomatología, cuyos caracteres principales

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

consisten en anemia hipocrómica, hipo o anaclorhidria, alteraciones inflamatorias o atrofiás de la mucosa lingual, alteraciones tróficas de la piel y diarrea, y comentar las distintas teorías que tienden a explicar la patogenia de producción de esta anemia, saca las siguientes conclusiones:

Que la anemia hipocrómica gastrógena, es producida por una alteración de la secreción gástrica, mas según sus observaciones no siempre existe aquilia.

La anemia hipocrómica enterógena, es producida por una alteración de la absorción intestinal, principalmente de las sustancias albuminoideas, la cual perturbación puede comenzar por una enteritis.

Influencia de las zonas vasosensibles reflexógenas de la aorta y del seno carotídeo, sobre la excitabilidad motriz cortical.—C. HEYMONS y S. S. BOUCKAERT. «Presse Medicale». 6 Mayo, 1933.

Con el fin de precisar las indicaciones de la enervación quirúrgica de las zonas vasosensibles cardio-aórticas y sino-carotídeas, los autores han realizado unos trabajos experimentales en perros, con el fin de observar la influencia de esas zonas sobre los fenómenos córtico-motores, y complicaciones que pueden surgir de tal enervación.

Deducen de sus experiencias, que después de la enervación de esas zonas vasosensibles cardio-aórticas y sino-carotídeas, se provoca un estado de hiperexcitabilidad cortical motriz y en estado de agitación enorme que se traduce por temblores musculares.

En el curso de la operación, la mayoría de los gatos, conejos y perros operados, mueren repentinamente. Por otra parte, como por este proceder se hace desaparecer el tono vaso-depresor y cardio-inhibidor de esos nervios, en los animales que sobrevivieron, apareció una hipertensión exagerada, en muchos taquicardia enorme, edema pulmonar e insuficiencia cardíaca con fibrilación y dilatación de corazón.

Como complicaciones crónicas, obtienen una taquicardia permanente, hipertensión arterial, hiperadrenalinemia, variados trastornos de hiperexcitabilidad y conducción intracardiaca y pérdida de la regulabilidad de la presión, con las consiguientes consecuencias.

Por todos estos datos, concluyen los autores proscribiendo este tratamiento atrevido de la epilepsia.

BAENA.

TUBERCULOSIS

La importancia práctica de las formas de la tuberculosis pulmonar.—WERNER W. SIEBERT. «Deutsch. Med. Wchr.» 1933, núm. 17.

El autor comenta cómo para una terapéutica efectiva no solamente debe precisarse el diagnóstico, sino también la forma especial de la enfermedad. Esto es especialmente importante en tuberculosis pulmonar.

Estudia las distintas formas clínicas, que califica de infiltrativas, caseosas e

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

induradas, y su frecuente impureza, que hace que se combinen, concontrándose la combinación de induración con infiltración, y de induración con caseosis.

Llega a la conclusión de que en las formas infiltrativas debe hacerse un tratamiento conservador, reposo, tratamiento sanatorial, etc. En las formas indurativas, debe seguirse la misma conducta conservadora, únicamente cuando hay retracciones más o menos importantes, si éstas no son suficientes, puede ayudarse el proceso natural por la colapsoterapia (exeresis del frénico). El diagnóstico de las formas caseosas, reblandecidas, exige la práctica de la colapsoterapia, sin olvidar las medidas de carácter general.

Los accidentes gástricos consecutivos a la frenicectomía izquierda.—L. BERNARD, G. VILLARS y THOYER. «Presse Medicale», núm. 34, 1933.

Con motivo de un caso que presentan, los autores tratan de precisar el síndrome, citando numerosos trabajos en que se estudian los fenómenos observados después de reseca el frénico, sin que en ellos se mencionen los trastornos gástricos, lo cual indica desde luego su rareza. Citan a continuación algunos autores que ya habían observado los accidentes gástricos después de la frenicectomía izquierda.

Estos trastornos gástricos pueden ser ligeros, en forma de manifestaciones dolorosas o aerofágicas, y cuya intensidad puede aumentar hasta dar lugar a un síndrome grave, con dolores y vómitos, cuya presentación se hace después de un tiempo más o menos largo, con arreglo a la rapidez de ascensión del diafragma, y originando de manera constante en los casos graves, un volvulus del estómago.

Los autores sacan las conclusiones de su estudio, de que los accidentes gástricos consecutivos a la frenicectomía izquierda, son raros, y cuando existen, son trastornos ligeros consistentes en una simple aerofagia, debida a la elevación del diafragma y subida consecutiva del estómago.

En algunos casos excepcionales, la elevación da lugar a una torsión y presentan un volvulus del estómago. De aquí se deduce la necesidad de informarse cuidadosamente antes de hacer una frenicectomía izquierda, de si existe una lesión gástrica o perigástrica latente que pudiera dar lugar a desviaciones mecánicas del órgano.

Los intentos de corregir el volvulus de estómago por esta causa, no suelen ser seguidos de éxito, quizá además por la susceptibilidad de los enfermos tuberculosos a las operaciones graves, sobre todo de abdomen.

G.^a LORENZANA.



HEPATORRADIL
Reconstituyente
para verano e invierno

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Etiología de la polineuritis.—I. S. WECHSLER. «Archives of Neurology and Psychiatry», vol. 29, núm. 4. Abril, 1933.

Muchos casos de polineuritis de origen oscuro, no son probablemente de naturaleza tóxica ni infecciosa, al menos en el sentido que se emplean corrientemente estas palabras, sino que están en relación con síndromes deficitarios, que sin equipararse a los casos de beriberi o de pelagra, deben ser agrupados entre las avitaminosis.

Este punto de vista es corroborado por los datos de la historia clínica, con su anorexia, diarrea o vómitos, ausencia de ácido clorhídrico libre y otros disturbios gástricos, intestinales o hepáticos. La administración terapéutica de alimentos ricos en vitaminas o vitaminas aisladas, prueba esta sugestión.

En muchos casos de polineuritis, cuya causa parece bien demostrada, como alcohol, plomo, arsénico o fósforo, se encuentra un factor adicional de tipo avitaminósico, probablemente por la afección del tubo gastro-intestinal o del hígado, cuyos signos clínicos son frecuentemente tan evidentes.

Esto explica que la polineuritis sólo se desenvuelva en ciertos sujetos de entre todos los intoxicados, los cuales mejorarán, a la vez de con la supresión de la causa, con alimentos ricos en vitaminas.

Sobre la artritis crónica deformante. Estudio anatómico de un caso avanzado con particular referencia al sistema nervioso y a las glándulas endocrinas.—M. BERGONZI. «Rivista de Patologia nervosa e mentale». Vol. XLI, fasc. I. Enero-Febrero, 1933.

Estudio detallado desde los puntos de vista radiológico y anatómico-patológico de un caso de antigua artritis crónica deformante. Los datos radiológicos y anatómicos locales, son los clásicos de la forma morbosa.

El examen histológico ha demostrado lesiones degenerativas e inflamatorias de los troncos nerviosos y de los ganglios espinales homólogos a las articulaciones y lesiones degenerativas de algunos fascículos de los cordones medulares posteriores. Este complejo de lesiones nerviosas, para el autor es secundario a la artritis.

Otros hechos patológicos, puestos en relieve por el examen histológico, están constituidos por alteraciones de las células del núcleo paraventricular y del supra-óptico de la región subtalámica, por un cierto grado de esclerosis del testículo con disminución y degeneración de las células de Leydig, por la existencia de una epífisis todavía funcionante, por el cuadro histológico de una evidente hipofunción hipofisaria.

La noxa patológica, por consiguiente, extiende su acción a otros sistemas que a las articulaciones.

Prescriba con toda claridad en sus recetas

Nebulizador Graño

El mejor para inhalaciones intra-naso-faríngeas

Ptas. 10,30 / Único de fabricación nacional



ANALGESIA Y DESAPARICIÓN RÁPIDA DEL DOLOR
sin alcaloides narcóticos, ni sustancias heróicas

CIBALGINA

"CIBA"

Amplio campo terapéutico *No produce hábito*
Ausencia de fenómenos secundarios a dosis terapéuticas

INDICADA

en

Medicina general **Cirugía, Odontología**
Ginecología **Radioterapia**

Neuralgias, jaquecas y dolores de cabeza, dolores articulares, musculares, post-operatorios, post-partum y post-abortum. Dismenorrea y molestias nerviosas concomitantes. Dolores de los tabéticos. Dolores de la dentición.

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.
Curas de desmorfinización.

Comprimidos Gotas Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 *BARCELONA* *Apartado 744*

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

Cajas tocológicas / Sueros medicinales / Medicamentos modernos / Oxígeno / Desinfección de habitaciones / Soluciones para uso hipodérmico en ampollas esterilizadas / Material quirúrgico aséptico y antiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios
PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

CASA ESPAÑOLA :: Establecimientos JODRA :: PRÍNCIPE, 7 MADRID

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

**- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia**

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

**Depurativo diurético, colagogo y anti-
séptico de vías digestivas y urinarias**

INDICACIONES

1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

2.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiolitiasis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

4.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

Pídanse MUESTRAS Y LITERATURA a A. Gámir.--VALENCIA

Diez años de experiencia en el tratamiento de la epilepsia con régimen cetógeno.—

H. F. HELMHOLZ y H. M. KEITH. «Archives of Neurology and Psychiatry». Vol. 29, núm. 4. Abril, 1933.

Se comunican los resultados del tratamiento de 369 pacientes con epilepsia por medio de la dieta cetógena. 51 de estos pacientes tienen epilepsia sintomática, 42 han sido tratados durante menos de un año, y 160 durante más de un año; en 89 los datos recogidos son insuficientes para juzgar. De los 160 en que se juzga el resultado, han curado 36 por 100, 21 por 100 han mejorado, y 43 por 100 no se han beneficiado lo más mínimo.

Experimentalmente los autores han demostrado que el ácido aceto-acético y su sal sódica, producen convulsiones en el conejo, inyectado en la vena marginal de la oreja, acción convulsivante que es mayor que la producida por otros cuerpos acetónicos.

J. M.^a VILLACIÁN.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

El tratamiento del penfigo vegetante.—A. SESARY et H. GALLOT. Soc. Franc. de Dermat. et de Syph. S. del 9 de Marzo de 1933. «Bull. de la Soc. F. de D. et de S.», núm. 3. Marzo, 1933, pág. 393.

Siendo el penfigo vegetante demasiado frecuentemente inaccesible a nuestros recursos terapéuticos, son interesantes todos los ensayos como los de los autores y la presentación de enfermos aparentemente curados desde varios meses antes.

La enferma objeto de esta comunicación, había sido mejorada dos años antes merced a un tratamiento con 914.

No habiendo conseguido extinguir totalmente los brotes y en presencia de enormes masas vegetantes en ingles y axilas, hasta se pensó en recurrir al bisturí diatérmico para extirparlas, por lo que se reanudó el tratamiento general, apreciándose en su curso que la enferma se hacía cada vez más intolerante hacia el neo. Una dosis de 0,07 provocó intensa crisis nitritoide. Cinco centigramos disueltos en hiposulfito fueron bien soportados, pero siete centigramos inyectados en igual forma, provocaron crisis. Buscando el habituamiento inyectaron de 1 a 15 centigramos progresivamente, repitiendo esta dosis 30 veces.

Esta serie fatigó e hizo perder 2 kilos a la enferma. Luego de una tentativa de desensibilización con hiposulfito, un nuevo ensayo de tratamiento que al parecer había impedido nuevo brote, mostró se mantenía la intolerancia por lo que se renunció a seguir por este camino, inyectando en lo sucesivo, dos veces por semana, acetylsán en un total de 15 inyecciones, logrando mejorar el estado general y que la enferma ganara 4 kilos al mismo tiempo que las lesiones vegetantes desaparecían de modo ostensible. Una nueva serie de inyecciones acentúa la mejoría, el peso sube 3 kilos y las lesiones disminuyen.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

En la actualidad una tercera serie de acetylsarsán se está haciendo. Paralelamente la fiebre ha desaparecido.

No descuidaron los autores el tratamiento local, pero aseguran que por sí solo hubiera sido insuficiente.

Sobre el porvenir hacen las reservas naturales por la índole de la enfermedad. La observación es muy interesante y marca un progreso terapéutico.

Datos anatómo-patológicos en los sífilíticos.—G. GULDBERG. «Archiv. für Derm. und Syphilis». Bd. 166. III, 1933.

En el 50 por 100 aproximadamente de los luéticos examinados, las lesiones viscerales y vasculares fueron la causa de la muerte.

Menos frecuente fué el hallazgo de lesiones del sistema nervioso central y raramente encontraron lesiones del aparato digestivo y de la piel.

En el período de 1896 a 1930 y entre 8235 autopsias, fueron encontradas alteraciones viscerales en el 5,481 por 100, siendo en el 4,23 por 100 de los casos, la sífilis causa de la muerte.

Los demás datos son: sífilis del aparato circulatorio en el 58 por 100, sífilis del sistema nervioso central en el 13,5 por 100, sífilis del aparato digestivo y de la piel en el 7 por 100.

En los últimos años algunas localizaciones (aparato digestivo, piel y huesos), muestran marcada disminución. La sífilis del aparato circulatorio y la sífilis del sistema nervioso central experimentan aumento en estos últimos veinte años, coincidiendo con la introducción de los salvarsanos en la terapéutica, pero el material examinado no da, respecto al pronóstico de los sometidos a esta medicación, ningún dato decisivo, porque la mayor parte de los casos no habían recibido salvarsán y pocos habían hecho cura, desde luego insuficiente.

En sujetos con W. positiva sin signos macroscópicos en la autopsia y que fueron infectados de 4 a 15 años antes, el examen histológico mostraba pequeños infiltrados específicos en la aorta, en el tejido para-aortal o en el conectivo mediastínico y en algunos casos con demostración del spirochete.

Asimismo en algunos casos demostró el parásito en los ganglios inguinales, ilíacos y mesentéricos de estos enfermos, ganglios que eran asiento de un proceso de linfadenitis específica.

Estos focos de parásitos, focos latentes, puntos de partida de manifestaciones tardías viscerales, vasculares, nerviosas y cutáneas.

Sobre el paso de bismuto de la madre al feto.—C. LOMBARDO. Ser. Tosco-Umbra della Soc. Ital. di Dermat. e Sifil. (XIV R-Bagui della Porreta 26 Ginguo 1932) in «Arch. Ital. di Dermat., Sifil e Ven.» VIII, fasc. VI. Dic. 1932.

El autor se cree autorizado a concluir según el resultado de sus investigaciones, que el bismuto administrado durante el embarazo a dosis terapéuticas, pasa en pequeña cantidad al feto, pudiéndose demostrar en la orina del recién nacido durante una quincena de días en cantidad inferior desde luego, a la de la orina de la madre.

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Esto demuestra, como para otros medicamentos se había demostrado, que la placenta se comporta como un órgano de activa función al paso de estos medicamentos, no como simple filtro.

En los niños cuya nodriza recibe bismuto no se puede demostrar el medicamento en la orina aun después de largo e intenso tratamiento, lo que hace pensar que la pequeña cantidad de bismuto que pasa a la leche, no es absorbida o por lo menos si lo es, la cantidad es tan pequeña que los reactivos no la demuestran.

LEDO.

OTORRINOLARINGOLOGIA

A propósito de las operaciones bajo la embriaguez por la solestina (cloruro de metileno «Hoechst»).—SETTELEN (Bienne). Com. a la Sociedad Suiza de O. R. L. Junio de 1932.

El autor ha utilizado este método a su entera satisfacción para más de 250 pequeñas intervenciones quirúrgicas, particularmente para 192 adenotonsilectomías en enfermos de 2 a 15 años. La anestesia se efectuó con la mascarilla de Juillard o con el aparato de Roth-Draeger. Con la primera son suficientes de 3 a 5 centímetros cúbicos de solestina; con el segundo, 2 centímetros cúbicos son suficientes para obtener una anestesia bastante profunda y poder ejecutar las citadas operaciones. El estado analgésico se alcanza más rápidamente que con el éter; los operados se despiertan en buen estado y raramente se quejan de cefalea. El autor no ha observado ni fracasos ni incidentes inquietantes, ni consecuencias desagradables. Con una administración prudente se puede sostener fácilmente el estado de embriaguez con la solestina o si es necesario, pasar a la narcosis con el éter. Conviene tener cuidado y no llegar hasta el estado de excitación durante el cual pueden sobrevenir fácilmente inquietantes complicaciones.

Tratamiento operatorio del empiema que alcanza la punta del peñasco (síndrome de Gradenigo).—NAGER (Zurich). Com. a la S. Suiza de O. R. L. Junio, 1932.

El autor presenta el siguiente caso: un hombre de 26 años operado en la cuarta semana de una otitis por empiema de la mastoides izquierda muy pneumatizada con células llenas de pus. El curso post-operatorio normal, solamente ligera cefalea, hasta el noveno día que aparece parálisis del M. O. E. izquierdo, hiperestesia considerable de la piel y mucosas del territorio del trigémino del mismo lado con líquido céfalorraquídeo normal. Una radiografía pone en evidencia la erosión de la punta del peñasco. Curación después de intervención, con sordera total del lado enfermo.

GAVILÁN.

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VAGOTONIL

Del empleo del antivirius estreptocócico en las tuberculosis laríngeas.—TIKHOMROFF y GOLDENBERG. «Presse Médical». 28-21 Enero, pág. 87.

Los autores, después de estudiar la importancia que en el pronóstico y tratamiento pueden tener las asociaciones microbianas en las lesiones laríngeas de naturaleza tuberculosa, recomiendan el empleo del antivirius estreptocócico, en vista de los resultados satisfactorios por ellos obtenidos.

La tuberculosis primitiva de la laringe.—CAMBRALIN. «Revista belga de la tuberculosis». Enero-Febrero, 1929.

Dice este autor que la tuberculosis laríngea primitiva no es rara, y que por ser escasos los síntomas que al principio da, pasa desapercibida y no es de extrañar añade, que el enfermo no sea visto por el laringólogo hasta después de su contaminación pulmonar que vendría a agravar la lesión laríngea dando las manifestaciones clínicas subsiguientes.

El autor se dedicó durante seis meses en la clínica del profesor Yanquet, a explorar a todas las laringes susceptibles de estar atacadas y recomienda igualmente esto mismo, sobre todo en los tuberculosos pulmonares.

La amígdala palatina, puerta de entrada de la tuberculosis.—HANTANT. «Les Annales d'Oto-Laringologie». Diciembre, 1932.

El autor admite la puerta de entrada amigdalara para una forma de tuberculosis ganglionar de evolución francamente progresiva y recomienda un precoz diagnóstico sin biopsia por la induración preexistente más poliadenitis cervicales que se generalizan hasta conducir en plazo corto a una tuberculosis galopante igual a la producida en la tragedia de Lübeck.

El diagnóstico laringoscópico de la tuberculosis laríngea.—C. GONZALEZ VILLANUEVA. «Revista Española de Tuberculosis». Tomo IV, núm. 1.

El escaso valor de las alteraciones funcionales laríngeas en procesos fímicos de este órgano de la fonación, induce al autor a tratar de una cuestión de tanta importancia como la del diagnóstico precoz de la tuberculosis laríngea, que sólo puede hacerse sorprendiendo por laringoscopia las modificaciones que la laringe presenta al ser impregnada por el bacilo tuberculoso.

Empieza el autor por recomendar el examen sistemático de la laringe en los fímicos pulmonares y clasifica las lesiones de esta naturaleza en: 1.º, formas de principio; 2.º, lesiones típicas o del período de estado y 3.º, lesiones terminales. Entre las primeras distingue: a) la congestión laríngea localizada; b) la congestión laríngea generalizada; c) la degeneración o rugosidad interaritenoides; d) la forma de principio llamada miopática; e) la corditis tuberculosa; f) la prelaríngeitis tuberculosa.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

Para los segundos describe la forma infiltrante, la ulcerosa y la vegetante.

Y para las últimas no menciona nada porque su sintomatología la pone de manifiesto.

BERCERUELO.

ODONTO-ESTOMATOLOGIA

Importancia del violeta de bismuto en el tratamiento de la infección de Vincent y el alveolo seco.—MALCOLM B. LACY, D. D. S. (South Boston). «El Cordal». Agosto, 1932.

El autor hace una breve comunicación sobre el empleo de este colorante en odontología, en particular en el tratamiento de la infección de Vincent y el alveolo seco.

Cita varios casos interesantes, por él tratados, indica la sencilla técnica a seguir y termina mostrando su preferencia por el violeta de bismuto ante el ácido crómico, fenol y tintura de yodo, etc.

Dispositivo inmovilizador para las fracturas de las ramas de la mandíbula.—J. UBALDO CARREA. (Buenos Aires). «La Odontología». Abril, 1933.

Describe el autor un sencillo y útil dispositivo de tipo ortodóncico, destinado a contener las ramas ascendentes del maxilar, que por fracturas han sido separadas del cuerpo, o por fracturas que interesen a las ramas en sí mismas y aun en las fracturas del cuello condileo.

Afirma que tal dispositivo (que describe gráficamente y detalla con toda minuciosidad) impide el movimiento de las ramas del maxilar, evita la desviación lingual, es indoloro, fácil de adaptar y permite una higienización perfecta.

Su empleo suprime el vendaje, aunque el autor lo juzga útil, a modo de mentonera, suprime además la cuña auditiva, y si se emplea la cuña lateral condilea, no tiene más aplicación que ayudar a la coadaptación de las fracturas del cuello condileo, o favorecer la reducción preliminar.

Aconseja las radiografías periódicas en estas fracturas y cree que este dispositivo es nuevo, o por lo menos que no hay nada publicado respecto a él.

FERNÁNDEZ MARTÍN.

Imprenta Castellana

ofrece su incomparable instalación tipográfica, con toda la maquinaria y material renovados.

Cuenta con máquinas automáticas para grandes tiradas. - Talleres de Encuadernación, Estereotipia y Fotograbado, montados con los últimos perfeccionamientos del Arte de Imprimir.

Didan una demostración de cualquier trabajo.

Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27.
Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.

Remedio fisiomédico

NORMACOL

para el tratamiento racional de la constipación crónica.

- 1 *Provoca el peristaltismo fisiológico por el aumento de volumen que adquiere en el intestino.*
- 2 *Ablanda, suaviza y esponja las materias fecales.*
- 3 *No irrita, no produce deposiciones diarreicas ni forma hábito.*

EL NORMACOL, de composición puramente vegetal, no constituye ningún purgante, sino el complemento adecuado de la alimentación moderna demasiado concentrada.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S.A.

Central: Apartado 479, Madrid — Sucursal: Apartado 1030, Barcelona



ENVASE ORIGINAL:
Cajas con 150 grs.
gránulos grageados.

*¡ un acierto!
en dietética!*

como alimento normal

es el complemento preciso de la leche, asegurando su digestión y aportando calorías (maltosa, dextrina, albúmina), vitaminas, fosfatos, sales de hierro y calcio naturales y asimilables.

como tratamiento

de la dispepsia, colitis y enterocolitis, en los trastornos por putrefacción y en otros muchos que no responden a tratamientos clásicos y doctrinales este régimen, cómodo, agradable y económico, le proporcionará seguros éxitos y agradables sorpresas.



MALTARINA

El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - Reinos -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos



BIBLIOGRAFIA

PROFESOR A. CECONI.—**Medicina interna.**—Manual práctico para médicos y estudiantes, publicado bajo la dirección del profesor Angel Ceconi, con la colaboración de numerosos profesores italianos, traducido por M. Montaner. M. Usón, Editor. Barcelona, 1933.

La editorial Modesto Usón, siguiendo la tradición de su fundador, da a conocer al público médico de habla castellana esta importantísima obra en la que está reunida bajo la dirección del profesor Ceconi de Turín, lo más granado de las escuelas médicas italianas hoy en día, en íntima colaboración, para dar a la estampa una obra de gran sabor clínico, que no es un libro más sobre Medicina Interna, si no una ponderada suma de monografías interesantísimas escritas por autoridades médicas italianas.

El profesor Viola abre el volumen I, con medio centenar de páginas dedicadas a hacer una hermosa introducción al estudio de la medicina interna, estableciendo el parangón entre la patología interna y la externa, considera luego la patología especial en relación con la ley de los errores; hace un estudio crítico de la patología médica como ciencia, deteniéndose a considerar la Clínica como ciencia, como actividad diagnóstica y como arte.

La parte práctica del volumen I, abarca el estudio de las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades de los órganos urinarios.

Impera el criterio en la exposición de las diversas materias, de dar al principio de cada sección un resumen de la anatomía, fisiología, fisiopatología, que es seguido de estudio de la etiología general, diagnóstico general y consideraciones pronósticas, sin descuidar la exposición de los métodos exploratorios habituales.

Completo resulta el estudio de las enfermedades del aparato respiratorio (cerca de 600 páginas) dividido en cuatro partes y que la totalidad de una de ellas y precisamente la mayor, (unas 230 páginas y cerca de 100 grabados, en su mayor parte acabadísimas radiografías originales), se consagra al estudio de la **tuberculosis pulmonar**, artículo verdadera monografía en el que el competentísimo especialista F. Micheli, se ocupa desde las generalidades y datos históricos del proceso hasta los estudios más recientes sobre su sintomatología, diagnóstico y tratamiento, incluyendo en este último un completo estudio de todos los modernos métodos de colapso-terapia, tales como el neumotórax uni o bilateral (inclusive la caustia intrapleuraral para la destrucción de las adherencias). Jacobaeus, Kremer, Maurer, Chandler, etcétera (el oleotórax, la frenico-exéresis, la teracoplástica). Es la primera vez que sepamos que en un tratado general se estudia la tuberculosis en sección independiente de las otras enfermedades del pulmón, dando así la importancia que se merece a la tisiología moderna que tal revolución ha experimentado desde algunos años.

Mucho y muy importante es lo que puede leerse en las otras tres secciones de las enfermedades del aparato respiratorio, redactadas respectivamente por A. Malan, (Vías respiratorias superiores, unas 80 páginas); A. Ceconi, (Enfermedades de los bronquios y de los pulmones, unas 200), y L. D. Amato, (Enfermedades de la pleura, mediastino y diafragma, unas 80). Todas ellas con grabados en negro y colores.

Termina el volumen con un completísimo estudio de los órganos urinarios que comprende tres partes: 1.º Diagnóstico y sintomatología general, por R. Morachini;

2.º Enfermedades de los riñones por C. Cipriani, acabadísimo estudio de ellos, siguiendo una muy moderna clasificación; 3.º Enfermedades de las vías urinarias, por L. Fontana.

Estas 274 páginas correspondientes al aparato urinario, completan las 920 que tiene el volumen, con un total de 183 grabados en negro y color, y una lámina fuera de texto a todo color.

Por todo lo que antecede, juzgará el lector nos hallamos ante una obra de excepcional importancia, que gracias a la Editorial viuda de M. Usón y a través de una traducción impecable de M. Montaner, saboreamos en un libro admirablemente presentado y cuyas abundantes ilustraciones están irrefutablemente realizadas.

SUPLEMENTO 1932, a la **Oficina de Farmacia**, por el doctor José M.^a Loredo, farmacéutico. Un tomo en 4.º (25 X 17), de 202 páginas, 8 pesetas (solo en rústica). Editorial Bailly-Bailliere. Núñez de Balboa, 25. Madrid.

Este suplemento abarca cuanto ha ocurrido digno de mención desde que se cerró la actual edición de la «Oficina de Farmacia». En él el autor ha seguido el mismo método de Dorvault, a fin de que constituya un verdadero apéndice a dicha obra fundamental.

Las partes de Análisis y Análisis Clínicos, han sido tratadas con más extensión por ser unas de las que abren horizontes dilatados a los farmacéuticos. La legislativa contiene extracto de las nuevas disposiciones con indicación de la «Gaceta» en que fueron publicadas.

Asociación Digitalina-Uabaína



Reemplaza con éxito la digital y digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias

Dosis medianas: 30 gotas diarias

LABORATORIOS DEGLAUDE
PARIS

Medicamentos cardíacos especializados
SPASMOSEDINE, DIGIBAÏNE, &

Agente general para España:

J. M. BALASCH, FARMACÉUTICO

Avenida 14 de Abril, 440 -:- BARCELONA

En atención a la variedad de nuevos preparados (Específicos), ha introducido dos nuevas secciones: Medicamentos modernos y Especialidades farmacéuticas, de grandísima utilidad para el profesional. Le completan Miscelánea de fórmulas y un acabado índice alfabético que facilita la consulta del libro.

Por tanto, quien tiene la «Oficina de Farmacia» y adquiere este suplemento, estará al día de los nuevos conocimientos, necesarios para el acertado ejercicio de la profesión.

LIBROS RECIBIDOS

Profesor J. BAUER.—Patología constitucional.—Influencia de la predisposición en las enfermedades internas. Traducción de la última edición alemana, revisada y anotada por el profesor E. Oliver Pascual. Un volumen de 858 páginas con numerosos grabados. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1933.

Profesor L. BORCHARDT.—La constitución individual ante la clínica.—Tratado de las relaciones existentes entre el desarrollo del cuerpo y la enfermedad. Traducida de la 2.^a edición alemana por Fred. Reber, con la colaboración de J. Núñez Torano. Un volumen de 410 páginas con 73 figuras en el texto. Editorial Plus-Ultra. Madrid, 1933.

Academia de Medicina de Barcelona.—Sesión pública inaugural, 29 Enero 1933.

Dr. JOSE M.^a LOREDO.—La Oficina de Farmacia Española.—Suplemento 1932.

Dr. H. DESELAERS.—Cirugía plástica, estética y reparadora.—Libro de 62 páginas (16 × 22) impreso en papel cuché y 79 grabados. Rústica, pesetas 4. Editorial Científico Médica. Plaza Urquinaona, 8. Barcelona, 1933.

Anunciaremos dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares, o la índole de la obra lo requiere.

Tous le ouvrages dont nous recevrons un exemplaire seront annoncés deux fois dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised twice in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angioespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertonía esencial

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

hemostático fisiológico; inyectables 1 1/2 - 3 y 5 cc. y gotas.

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ER GAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID

NOTICIAS

Nuestro querido compañero de Redacción, doctor don Francisco García Lorenzana, de León, ha sido designado por la Dirección General de Sanidad para desempeñar el puesto de ayudante tisiólogo del Dispensario Antituberculoso de León, en virtud de Concurso de méritos.

Cordialmente celebramos tan merecida distinción.

En Murcia falleció el padre del ilustre doctor Pérez Mateos. Con tan triste motivo, enviamos al fundador de «Previsión Médica», nuestro más sincero pésame.

En plena juventud falleció la esposa de nuestro compañero don Baldomero Gómez Callejo, titular de Villamayor de Campos, por lo que le expresamos nuestro sincero pesar.

Se encuentra totalmente restablecido nuestro querido compañero, el catedrático de esta Facultad de Medicina, don Misael Bañuelos.

En Vitoria del Henar, dejó de existir la madre de nuestro querido compañero don Diego de León Camacho.

A toda la atribulada familia y en especial a su hijo, hacemos presente nuestro sentimiento.

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Lorcinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oftálmica, del **Lorcinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

ANTIBLEFARINA

LITERATURA;
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

Valladolid: Imp. Castellana. Montero Calvo, 17. Teléfonos 2258 y 2259

Tratamiento de la AEROFAGIA y de sus consecuencias:

Insomnios
Perturbaciones cardíacas
Perturbaciones nerviosas
Perturbaciones pulmonares

con los comprimidos de

aérophagyl

Posología: Un comprimido desleído en medio vaso de agua, en medio de las comidas.
En caso de crisis, 2 comprimidos a la vez.
Media dosis para niños.

La caja de 45 comprimidos: 6 pesetas