

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
MARCELINO GAVILÁN — <i>Cirugía estética. Corrección de deformidades nasales</i>	643
NICOLÁS CANTO — <i>Hernia de Richter</i>	653
F. QUEROL Y V. BAENA. — <i>La digital en el edema pulmonar agudo de las lesiones mitrales</i>	655
DR. B. DE M. — <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	661

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por V. Baena y M. Sebastián.

<i>Investigaciones acerca de la nicturia</i> .—A. Jores	669
<i>Papel de la herencia en la aparición de los tumores</i> .—B. Fischer-Wasels	670
<i>Un caso de Status varicosus juvenilis grave</i> .—O. Diehl	671

(Sigue)

Myoston

„Henning“

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

La reacción del acetónitrilo (Reid Hunt) en las neurosis cardíacas.
 —G. Buldeman..... 672

Los glucósidos de la «Digitalis lanata». Estudio clínico.—R. Lüttembacher..... 672

Tratamiento del colapso en el curso del coma diabético —Marcel Labbe y R. Boulin..... 673

Sobre el diagnóstico rápido de la sífilis reciente.—E. Hoffmann.... 673

Investigaciones sobre el cuadro sanguíneo blanco, para el diagnóstico clínico —A. Hoyes, A. Lpizin y P. Orawsky..... 674

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

La parafrenia alucinatoria.—G. Halberstadt..... 675

La catatonía experimental colibacilar y las psicosis colibacilares
Los trastornos psico-motores determinados por la toxina neurotrópa colibacilar en la serie animal y en clínica humana.—H. Baruk..... 675

Sobre las recientes adquisiciones de la fisiología normal y patológica del aparato cerebeloso.—D. Noica..... 676

Hipotálamo y control de la temperatura.—H. C. Barrett, B. J. Alpers and W. H. Erb..... 676

Sobre las relaciones patogénicas del virus tuberculoso con la demencia precoz.—H. Claude, F. Coste, J. Valtis et F. Van Deirse.. 677

(Sigue)

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 glicerosfórico	0,046 »
	{ Acido cacodílico	0,030 »
	{ Hierro asimilable	0,002 »
	{ Glicerosfato estriénico	14 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

Tuberculosis, por G.^a Lorenzana.

<i>El papel de las cisuras interlobares normales y supernumerarias en el brote parenquimatoso de la tuberculosis pulmonar.</i> — J. Stephan y R. Kirsch	678
<i>La alcoholización del nervio frénico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.</i> — J. Morin y R. Rautureau.....	678

Dermatología y Sifiliografía, por E. Ledo.

<i>Las dermatitis enterocócicas de los niños de pecho y su proceso evolutivo.</i> — M. et Mme. Montlaur.....	681
<i>El saprofitismo de los gérmenes venéreos.</i> — P. Durel.....	681
<i>Sobre el tratamiento de la blenorragia por la malariaoterapia</i> — V. Mucha und O. Rieger.....	682
<i>A propósito de las relaciones existentes entre los síndromes génito-ano-rectales y la enfermedad de Nicolás-Favre</i> — Del Vivo.....	682

Cirugía, por Allué Horna y L. García Cabello.

<i>Tratamiento quirúrgico de la hemorragia profusa aguda del estómago</i> — Hans Finsterer.....	682
<i>Tratamiento de la osteomielitis por el bocteriófago.</i> — F. H. Albee..	684
<i>El tratamiento de las quemaduras.</i> — P. H. Mitchner.....	685

BIBLIOGRAFÍA.....

<i>El premio Nobel de Medicina en 1933.</i>	686
<i>El doctor Roberto Novoa Santos.</i>	688
<i>El doctor Roberto Novoa Santos.</i>	990

ÍNDICES DE 1933.....

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificación a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las **VARICES, FLEBITIS**

Hemorroides y Atonías de los vasos por las **GRAJEAS DE**

VARI-FLEBOL

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

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

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angioespásticas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespástica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angioespásticas por nicotinismo agudo y crónico / Pseudoasma 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.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

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

CIRUGÍA ESTÉTICA

Corrección de deformidades nasales

por Marcelino GAVILÁN

Entre los grandes progresos que sufrió la Cirugía con ocasión de la Gran Guerra y principalmente después de ésta, se encuentra especialmente el desarrollo de la llamada Cirugía estética, que aunque no constituye un capítulo nuevo dentro de la Cirugía, puesto que lo mismo la practica el que corrige una nariz deformada, suprime unas arrugas o levanta unos pechos excesivamente caídos, que el oculista al operar una ptosis del párpado o el cirujano ortopédico al enderezar unos pies torcidos; sin embargo ha sido en estos últimos quince años cuando su progreso se ha puesto de manifiesto merced a los esfuerzos hechos para corregir las grandes mutilaciones y las deformidades que en el cuerpo y en los rostros de una pléyade enorme de combatientes había dejado el azote terrible de la guerra, como testimonio de su barbarie.

De modo que si bien la Cirugía estética no es nueva, sino que es tan antigua como la misma Cirugía, pues las rinoplastias se practicaron en la India 1.000 años antes de J. C., y desde entonces su historia y progresos van unidos a los de la Cirugía general, su estructuración como especialidad o como rama aparte de esta Cirugía, es moderna.

Por algunos se ha tildado a esta rama de la Cirugía del dictado de ser poco científica, y hasta se ha puesto en duda su utilidad terapéutica. Bastaría para contrarrestar estas opiniones fijarse en el campo de acción tan extenso de esta nueva especialidad, que ha necesitado de las técnicas quirúrgicas más delicadas y que sólo merced a los progresos científicos de la Cirugía, en estos tiempos, ha podido constituirse. Los recelos han partido seguramente del charlatanismo que rodea a ciertos titulados «Institutos de Belleza», que han querido encerrar en el secreto sus prácticas para la corrección de defectos faciales y han buscado la confusión con la Cirugía estética, de lo que sólo era casi siempre un refugio inconfesable de bellezas más o menos profesionales. Como reacción contra este confusionismo nació la Sociedad francesa de Cirugía reparadora, plástica y estética, que no hace mucho tiempo celebró en París un importante Congreso.

Y en cuanto a sus fines científicos y a su utilidad terapéutica, sería bastante para reconocerlos la definición de Dartigues, si no hubiera, como veremos, otros motivos. Para Dartigues, la Cirugía estética es el conjunto de operaciones dotadas de un carácter plástico para remediar defectos naturales o adquiridos en la morfología humana y que ocasionan perjuicio al valor personal o social del individuo.

La influencia decisiva que un defecto físico ejerce sobre el psiquismo de

los individuos que son portadores de él, es cosa bien conocida. Si el defectuoso tiene un resistencia moral grande, un perfecto equilibrio de su psiquis, soporta su carga fácilmente y lucha en la vida sin preocuparse de su físico alterado, pero si su resistencia moral está disminuida, si en la profesión que ejerce el prestigio físico desempeña algún papel, o si su psiquismo está ya alterado, entonces la resonancia de este defecto se hace sentir, la idea obsesionante aparece y el individuo sugestionado, hipnotizado, por esta idea, fracasa o atribuye sus fracasos en los combates de la vida a la causa de su obsesión y no es el primero que busca en el suicidio el fin de sus sufrimientos. Y por si esto fuera poco, ¿cuántos desgraciados creen llevar en su defecto físico el estigma de una herencia morbosa triste o de una, para ellos inconfesable, enfermedad adquirida? No es extraño, por eso, que en opinión de un psiquiatra una tercera parte de las psicosis depende de los defectos físicos.

La importancia social de la Cirugía estética es mucho mayor de lo que generalmente se cree, incluso por los mismos profesionales, debido al prejuicio tan arraigado de dar importancia solamente a las enfermedades orgánicas, sin tener en cuenta que hay muchos desgraciados condenados a padecer sufrimientos que se derivan de su defecto físico y que no solamente creen desempeñar un mal papel en sociedad, sino que en realidad es así, se hallan en inferioridad respecto a sus semejantes por ese *desequilibrio* anatómico, que en infinidad de ocasiones será el obstáculo para alcanzar un puesto o para conservarle, o será el que engendre esa neurosis de ansiedad de la que es tipo inmortal el Cyrano de Rostand, que tiene, quizá sin que ellos lo reconozcan, tantos imitadores en todos esos que ceden el paso a sus rivales por falta de confianza en sí mismos, por dudar de sus dotes personales o por falta de firmeza para ir a la lucha, originadas por su idea obsesionante o por la depresión que de ella nació.

Yo he de ocuparme ahora exclusivamente de la Cirugía reparadora nasal, por ser la más propia de la especialidad que cultivo, de la que ha tomado sus métodos, y cuyas técnicas es preciso dominar para poderlas realizar.

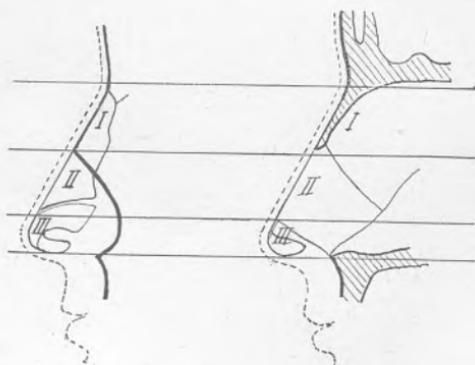
Joseph, cuya obra (1) sobre Cirugía estética de la cara no es fácil que sea superada, dedica un extenso capítulo al estudio de la estética de la nariz, de los componentes del perfil y hasta de sus proporciones artísticas, para deducir algunas reglas generales y clasificar las rinoplastias. Dice, y esto es de aplicación a toda la Cirugía estética, que para lograr una plastia son condiciones previas, además de cierta capacidad artística, una clara representación de la deformidad, que debe estar bien analizada, con un plan operatorio bien ponderado y siempre de acuerdo con el paciente en la cuestión de la cicatriz.

Las rinoplastias de que vamos a ocuparnos, comprenden: la correc-

(1) Prof. J. Joseph. «Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik». 1931.

ción del tamaño exagerado (rinomioplastia), de la asimetría nasal (rinortoplastia) y de las faltas por defecto (rinoneoplastia).

Del estudio artístico y anatómico del perfil de la nariz, deduce Joseph, que tiene como fundamento tres componentes anatómicos, que designa con los números I, II y III (figs. 1 y 2). Estos componentes están formados:



Figuras 1 y 2



Fig. 3

el I, por los huesos propios de la nariz; el II, por el cartilago del tabique, y el III, por los cartilagos del ala de la nariz. La alteración por exceso o por defecto de cada uno de estos componentes aisladamente o en conjunto, produce las distintas variedades de narices deformes, gibosas o chatas, en las que caben combinaciones muy distintas que comprenden todas las formas que pueden presentarse de irregularidades del perfil.

La asimetría de la nariz depende de la inclinación lateral del perfil, y sus variantes son función de la inclinación sufrida por cada uno de los componentes del mismo. Y así tendremos oblicuidades totales y parciales que podrán ser óseas, cuando sea el componente I el que sufre la desviación, o cartilagosas cuando sean los componentes II y III.

Y finalmente, para comprender la totalidad de las deformidades, habría que añadir las variaciones del ángulo anatómico del perfil. A este propósito, y aunque sólo sea a título de curiosidad, reproduzco una figura imitada de Joseph (fig. 3), en la que se demuestra cuál es el ángulo citado, formado, como puede apreciarse, por una línea tangente a las eminencias frontal media y mentoniana y la línea correspondiente al dorso de la nariz.

La abertura del ángulo estético ideal es, según dicho autor, de 30° , pero puede variar entre 23 y 37° sin salirse de los límites que señala la estética. La Venus de Milo tiene un ángulo de perfil de $27 \frac{1}{2}^\circ$. En los estudios y dibujos de Leonardo de Vinci se encuentran algunos ángulos de perfil, muy pocos, de 20° , otros, en mayor número, de 27° , y la mayor parte de 30° .

Quizá lo más atrayente de los métodos modernos de rinoplastia y lo que les da un sello especial otorrinolaringológico, es que la mayor parte de las correcciones se hacen por vía intranasal y, por consiguiente, sin cicatriz visible o externa. Este detalle es de un valor incalculable para una operación estética de la cara; es suficiente siempre para que un paciente se



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

decida a someterse a una de estas intervenciones, el conocimiento de que no ha de quedar en su fisonomía rastro ninguno que delate la operación sufrida, ni recuerde el defecto anterior. Y aun en los casos en que la vía intranasal no tiene una aplicación práctica, es posible utilizar ciertas regiones o zonas donde pequeñas cicatrices quedan ocultas o pasan desapercibidas.

Rinoneoplastias.—Mis primeras correcciones nasales se refieren a la re-



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

paración de partes destruidas o desaparecidas de alguno de los componentes del perfil o faltas por defecto en el desarrollo de los mismos; es decir, a la corrección de narices *chatas*, que entre todos los defectos nasales son las más frecuentes.

Así como en las rinoneoplastias totales, para la reparación del esqueleto nasal y en particular del dorso de la nariz, se han empleado materiales distintos que han permitido clasificar estas reparaciones en osteoplásticas, con-

droplásticas y aloplásticas, así también, cuando se ha tratado de corregir los defectos del perfil, se ha echado mano de las mismas sustancias, y todavía, según las escuelas, predomina la preferencia por alguna de ellas.

Joseph usó, al principio de sus rinoplastias, trozos de tibia o de cartílago, pero después ha dado preferencia a la reparación aloplástica con tro-



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

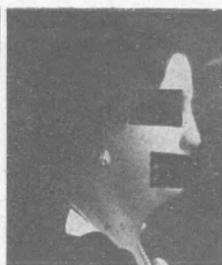


Fig. 15

zos de marfil, que modela en el momento de la intervención, y que tiene, entre otras ventajas sobre los primeros, la de no reabsorberse. Los franceses dan la preferencia a los injertos óseos o cartilagosos. Estas dos escuelas se diferencian también en la vía operatoria. La escuela alemana, con Joseph al frente, autor del método intranasal que lleva su nombre, sigue siempre este método original, y es la que en España han seguido y han pre-



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

conizado, principalmente, Antolí, Candela, Vilar Sancho y de Juan. La escuela francesa ha defendido, como vía de introducción del injerto, la vía externa, utilizando casi siempre, especialmente Portman, la punta de la nariz, y otras veces la raíz de la misma.

Entre nosotros un hábil especialista, Ruiz-Zorrilla, ha modificado con gran fortuna estos métodos. Uno de los principales detalles de su técnica consiste en la sustitución del marfil, que venía empleándose casi como único material aloplástico, por el caucho vulcanizado, y, por otra parte, da pre-

ferencia como vía de introducción a la ceja, donde fácilmente se oculta la cicatriz. No he de reproducir las razones por él invocadas para defender la sustitución del marfil por el caucho vulcanizado, razones que también convencieron a algún otro especialista, y que yo acepté de buen grado después de ver sus ventajas en operados así por García Hormaeche y por el propio



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23

Ruiz-Zorrilla, por lo cual lo vengo usando en una serie ya numerosa de casos por mí operados.

En cuanto a la vía de introducción, he seguido indistintamente las tres más corrientes: intranasal, por la ceja y por la parte inferior del lóbulo de la nariz, y me parece ventajosa, sobre todas, la última, que da una cicatriz invisible y hace muy fácil y rapidísima la preparación del túnel que ha de contener la pieza de prótesis.

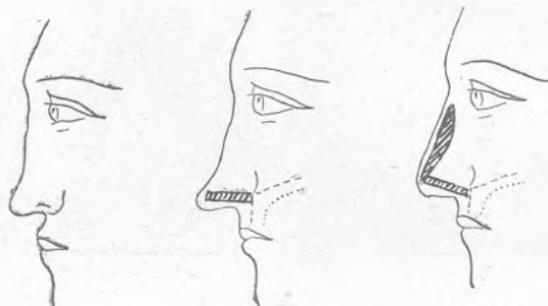


Fig. 24

Tanto la técnica operatoria como los detalles de obtención de la pieza protésica, han sido descritos en todas las publicaciones tantas veces que me parece innecesario repetirlo; me limito, por eso mismo, a presentar algunas fotografías para que sea apreciada la utilidad de la intervención.

En todos esos operados la pieza de prótesis que sustituye el defecto del perfil de la nariz es un trozo de caucho vulcanizado hecho expresamente para cada caso.

Cuando el defecto, aunque sea parcial, interesa a los tres componentes del perfil, el resultado es una nariz aplanada (fig. 16). En este caso, que corresponde a la que llama Joseph *Plattnose*, no basta colocar una pieza como en las narices chatas, es necesario elevar la punta de la nariz y después rellenar, como siempre, la pérdida del dorso para completar el perfil. Este autor aconseja para la elevación de la punta de la nariz el empleo de un trozo de tibia, que yo he sustituido, recordando algo parecido que hace Ruiz-Zorrilla, con un tallo delgado de caucho vulcanizado que lleva en su interior un núcleo metálico y encaja por su extremidad distal en una escotadura de la cara posterior de la pieza del dorso de la nariz, como se aprecia en el esquema representado en la figura 24. El resultado estético fué bastante perfecto (fig. 18).

Rinortoplastias y rinomioplastias.—La técnica que se emplea para la corrección de las desviaciones laterales de la nariz y para las deformidades

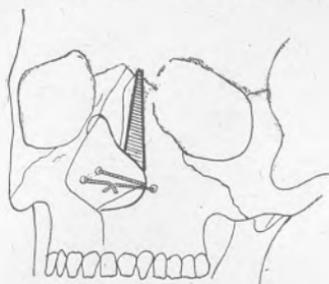


Fig. 25

por exceso de desarrollo de los componentes del perfil, es semejante, tiene algunos tiempos comunes y además no es raro que las narices oblicuas sean al mismo tiempo narices gibosas y por consiguiente haya que reunir en una misma intervención las dos correcciones. En ambos casos es preciso, como tiempo preliminar, separar el esqueleto de la nariz de las partes blandas que lo recubren, y para ello no hay más que una vía de acceso práctica y estética: la vía intranasal, aunque también se haya usado por algunos la vía subglobular. La incisión se hace en el vestíbulo, aproximadamente a nivel del espacio comprendido entre el cartilago del ala de la nariz y el triangular; por esta incisión, que sirve para el tiempo preliminar citado, se introducen los instrumentos necesarios para completar la corrección.

En las narices gibosas, para quitar todo lo que excede del perfil normal, se pueden emplear, o bien las sierras especiales de Joseph, o el *rabot* retrógrado de Moulouquet, pero cualquiera que se emplee tiene que ser manejado cuidadosamente y conducido desde fuera por el tacto, ya que todos sus movimientos se hacen a ciegas. Si la ablación es muy extensa, puede ocurrir que la arista nasal quede transformada en una superficie aplanada, que es preciso reducir aproximando los bordes óseos que han resultado a la línea media, al tabique, por medio de unas pinzas fuertes.

Si se trata de una nariz torcida, la incisión de acceso es bilateral para poder seccionar los huesos propios, o las apófisis ascendentes de los maxilares, en los dos lados, y desviar la pirámide nasal por entero. Cuando la oblicuidad es muy grande, y por consiguiente una de las caras laterales de la nariz es más extensa que la otra, entonces no basta movilizar la pirámide nasal, es preciso resecar una cuña de base inferior en la cara más extensa,

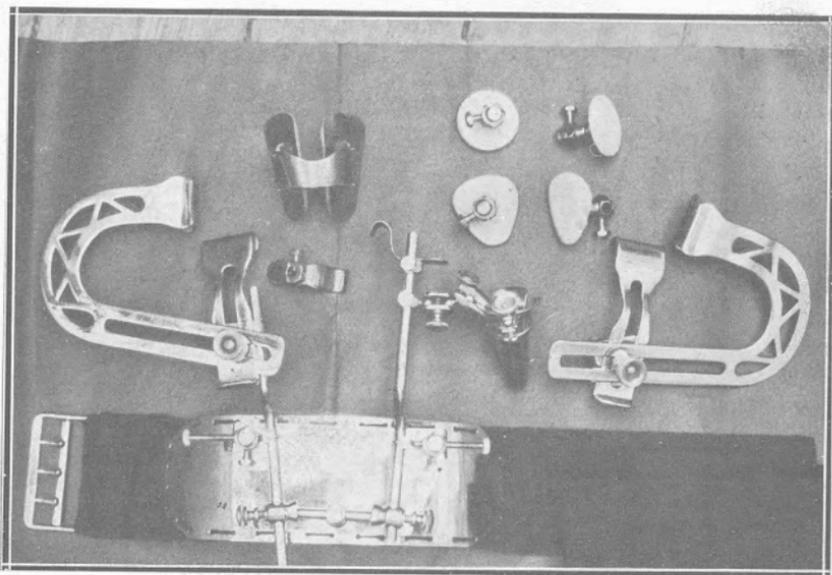


Fig. 26

a expensas de la apófisis ascendente del maxilar, como indica la figura 25, y practicar en la otra cara una sección simple. Después, basta con una fuerte presión o con un golpe de rinoclasto en el lado desviado para dejar el cordón nasal en la línea media.

En algunos casos la desviación es independiente del esqueleto óseo de la nariz, como ocurre en las oblicuidades del tercio inferior, que son debidas a la inclinación del borde anterior del cartilago cuadrangular, y en esos casos basta con hacer previamente una resección submucosa y sujetar después, temporalmente, el tabique al borde anterior de la abertura piriforme, como está demostrado en la figura 25.

El caso representado en las figuras 20 a 23, corresponde a una rinomioplastia con rinortoplastia, de las características que acabo de describir.

La contención de la corrección en todos los casos, es tan importante como la operación misma. Las narices oblicuas, aun en los casos de simple desviación cartilaginosa, necesitan una contención post-operatoria larga, por

eso no es suficiente la aplicación de un apósito por perfecto que sea; este apósito que siempre colocamos, hay que quitarlo a los pocos días, y después conviene hacer, aunque sólo sea durante algunas horas al día y en una larga temporada, una supercorrección por medio de los aparatos mecánicos de contención. Con este fin me valgo de un aparato que, a imitación del de



Fig. 27

Joseph, me construyó el odontólogo señor Citoler, que con su inimitable pericia puesta al servicio de su inventiva, dió por resultado un aparato de múltiples aplicaciones para la especialidad. La figura 26 representa el soporte frontal con los diversos accesorios para la contención de las correcciones, para sostener un espéculo nasal, los separadores del ala de la nariz y el doble juego de elevadores del labio superior y separadores de la comisura. En la figura 27 puede verse el aparato aplicado a la contención de una corrección nasal.

HEPATORRADIL
Reconstituyente
para verano e invierno

ARCANOL

Schering

Contra la gripe y los resfriados.

- 1 *Acción antiinfecciosa y antifebril, propia del ácido acetilsalicílico.*
- 2 *Efecto antiflogístico omnícélular, propio del Atophan.*
- 3 *Mituo refuerzo del efecto analgésico, propio de ambos componentes.*

Indicado en la gripe y sus complicaciones en los catarros de las vías respiratorias, resfriados, anginas.

ENVASE ORIGINAL: TUBO DE 10 TABL. DE 1GR.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479, Madrid

Apartado 1030, Barcelona



SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO

SEDATIVO NERVIOSO

Comprimidos glutinizados: Feniletilmalonilurea, Quinina, Cratægus * El primer sedativo y antiespasmódico especialmente preparado para la TERAPÉUTICA CARDIOVASCULAR

LABORATORIOS DEGLAUDE

Medicamentos cardíacos especializados
(DIGIBAINÉ, etc.) — PARIS

J. M. BALASCH

Agente general para España
440, Avenida 14 de Abril :: BARCELONA

HOSPITAL MILITAR DE VALLADOLID

SERVICIO DE CIRUGÍA

Hernia de Richter

por Nicolás CANTO, Jefe del servicio

Recientemente llegó a nuestro servicio una enferma de 73 años con el diagnóstico de obstrucción intestinal, para ser intervenida. Hacía siete días del comienzo de los síntomas, y la presencia de vómitos fecaloideos hicieron que fuera enviada al cirujano. El estado de la enferma, con ser malo, no era desesperado; el abdomen se hallaba moderadamente distendido y blando, no doloroso a la palpación. Al explorar las regiones herniarias, encontramos en la crural derecha, por palpación, una tumoración del tamaño de media castaña, no perceptible a simple vista; dicha tumoración era dura, irreductible y no dolorosa. La enferma no recordaba haber sido herniada, ni se había dado cuenta de la tumoración. Pensamos en que se tratase de una hernia crural estrangulada y, no sin algunas reservas, procedimos a intervenir sobre la región.

Anestesia raquídea. Incidimos verticalmente sobre la tumoración y ésta aparece, al liberarla, equimótica; abierto lo que suponemos saco, sale líquido, en pequeña cantidad, hemático de olor fecaloide, apareciendo un asa intestinal de delgado pellizcada lateralmente, necrosada en la parte incluida y perforada; por el mal estado de la enferma fijamos dicha asa a la pared del saco, dilatamos el cuello y limitamos a esto nuestra intervención. La enferma mejora de su intoxicación los primeros días, se calman los vómitos y hasta llega a tomar alimentos, pero al sexto día retrocede; la enferma decae aun sin síntomas peritoneales, y pensando que la pérdida excesiva de líquidos por la enterostomía puede ser la causa, decidimos cerrar esta boca, practicando, para ello, una resección del asa fijada. La operación fué mal soprotada, falleciendo a las 24 horas.

La dificultad que presentan para el diagnóstico esta clase de hernias, y el hecho de depender de su precoz reconocimiento la vida de los enfermos, nos mueven a la publicación del caso expuesto.

La hernia de Richter es siempre una hernia estrangulada, pero que puede transcurrir durante algún tiempo con síntomas muy escasos y no presentar un cuadro de oclusión completa hasta pasados varios días de su existencia. Descrita por su autor en 1778, consiste en un pellizcamiento lateral de la pared intestinal al nivel del cuello del saco. Puede presentarse en todos los orificios herniarios, pero aparece casi de manera exclusiva en la región crural (90 por 100 de los casos). Tal vez la situación declive de este anillo, junto a la mayor rigidez de su contorno, favorecen su producción en esta región. Tanto el intestino delgado como el grueso, pueden ser objeto del pellizcamiento, siendo más frecuente, por su movilidad, las de intestino del-

gado. A veces esta hernia ha sido confundida con la hernia de Littre, pues ambas pueden evolucionar sin un cuadro de oclusión completa y conducir a la formación de una fístula estercorácea, pero la hernia de Littre está formada por el divertículo de Meckel, y aunque una estrangulación de este apéndice sea de importancia, es siempre más grave el pronóstico en la hernia de Richter.

Como es sabido, la hernia crural pasa muchas veces inadvertida por los enfermos, y no es raro que sea la estrangulación su primera manifestación (como ocurrió en nuestro caso); por otra parte, el saco suele ser pequeño, y cuando aún no ha abandonado el conducto crural para hacerse subcutáneo, difícil de reconocer aun estando ocupado; y estas condiciones, que por ser una hernia crural, frecuentemente se dan en la hernia de Richter, hace que sea difícilmente diagnosticable, muchas veces hasta para el mismo cirujano, apareciendo en la literatura los pocos casos publicados diagnosticados en el 50 por 100 de obstrucción intestinal, siendo descubierta la verdadera causa de la obstrucción sólo después de hecha la laparatomía. Otra circunstancia que contribuye a la dificultad del diagnóstico, consiste en el hecho de poder transcurrir la estrangulación con un cuadro de obstrucción incompleta, a veces con dolores abdominales como única manifestación durante varios días, y si entonces esperamos a que se presente el vómito fecaloideo, es seguro que llegaremos a intervenir demasiado tarde. De aquí la importancia de explorar las puertas herniarias en todo enfermo que presente síntomas abdominales de obstrucción parcial, aunque nos niegue la existencia de una hernia, y precisamente en la región crural, ser muy cautos antes de excluir esta clase de estrangulaciones, por alejados que nos parezcan los caracteres de la tumoración de los de una hernia estrangulada.

Ya se comprende que son las características anatómicas de estas hernias las que nos explican la poca sintomatología de los primeros días, dependiendo de la cantidad de pared intestinal incluida, la mayor o menor permeabilidad intestinal que pueda existir, pero fácilmente por distensión del asa aferente y mayor acodamiento de la misma puede completarse la obstrucción. Por otra parte, y aunque estas hernias en casos favorables pueden curar espontáneamente estableciéndose una fístula intestinal por perforación del asa incluida, ya se comprende el riesgo tan considerable que para llegar a ello corre el enfermo, y que es, haciendo un diagnóstico precoz para intervenir a tiempo, como se pueden salvar estos casos.



CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA DE VALLADOLID

DIRECTOR: PROF. BAÑUELOS

La digital en el edema pulmonar agudo de las lesiones mitrales

por F. QUEROL y V. BAENA

En los últimos años se ha enriquecido la teoría de la insuficiencia cardíaca con una serie de importantes conocimientos, que han hecho variar radicalmente la concepción clásica de privilegio exclusivo para el órgano central.

El corazón representa, naturalmente, el factor primordial, responsable del origen de la insuficiencia circulatoria central; pero no puede considerarse ya como elemento único y decisivo en el mecanismo fisiopatológico y evolución del trastorno circulatorio, ni en la interpretación de sus diferentes formas clínicas, pues aunque todas las alteraciones suscitadas en la periferia sean en principio secundarias y dependientes del decaimiento funcional del motor cardíaco, es lo cierto que a la larga adquieren un relieve e intensidad que les presta cierta autonomía dentro del mecanismo fisiopatológico, constituyendo muchas veces el obstáculo insuperable para una terapéutica eficaz. La literatura acumulada en los últimos años, a raíz principalmente de los trabajos de Eppinger, por una parte, y de Barcroft, por otra, muestra la trascendencia de los trastornos periféricos, de las alteraciones del metabolismo intermediario y energético, del sistema nervioso vegetativo, de los depósitos sanguíneos, de la masa de sangre circulante, alteraciones todas que por ser a veces irreversibles, nos explican el fracaso de la terapéutica y la evolución fatal hacia la insuficiencia cardíaca irreductible.

Con ser muy importantes todas estas adquisiciones, desde el punto de vista científico, no han tenido, sin embargo hasta la fecha, la debida repercusión en Clínica. El diagnóstico y pronóstico del cardiópata, sigue basándose en nociones demasiado elementales que distan mucho de corresponder a un criterio individual de valoración de los diversos factores perturbadores que entran en juego en cada caso. En cuanto a la terapéutica, puede decirse que la digital sigue empleándose en la práctica con el mismo criterio simplista de hace 20 años poco más o menos, como si el síndrome de insuficiencia circulatoria crónica, consecutivo a una lesión cardíaca, fuera patrón uniforme aplicable por igualdad a todos los casos, y sin contar, además, con que la acción farmacológica de la digital es perfectamente conocida en todos sus detalles, sabiéndose desde los primeros estudios de Gottlieb, que su acción extracardíaca es tanto o más importante que la acción electiva sobre el miocardio. La misma rutina se sigue en el empleo de los demás remedios tera-

péuticos, aplicados muchas veces en contradicción manifiesta con los resultados de la investigación experimental.

Desgraciadamente, los métodos de exploración funcional y morfológica del aparato circulatorio distan mucho todavía de la precisión necesaria para poder establecer en la práctica un diagnóstico exacto y basado en la valoración de los diferentes factores perturbadores, cuya importancia relativa puede ser muy variable, no sólo en las diversas formas de cardiopatía, sino también en enfermos con lesiones de igual naturaleza. Es evidente que en tanto no se llegue a este diagnóstico ideal, fundado en las características individuales de cada caso, no será posible el pronóstico exacto ni el tratamiento más racional y adecuado.

Queda la observación clínica como único recurso, y aunque su campo de acción sea forzosamente limitado, puede, sin embargo, mediante una crítica rigurosa apoyada en los conocimientos de la patología experimental, resolver muchas veces situaciones difíciles para el enfermo. El clínico no debiera contentarse nunca con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca irreductible, que puede justificar el nihilismo terapéutico y que además está en abierta oposición con las nuevas orientaciones de Fisiopatología, en los que juegan papel mucho más importante los obstáculos periféricos que el agotamiento del miocardio, cuyas posibilidades son mucho mayores de lo que admite la clásica doctrina de la descompensación cardíaca.

A continuación presentamos un par de observaciones clínicas que hemos tenido ocasión de recoger últimamente, y que confirman lo dicho hasta ahora, constituyendo un ejemplo del gran rendimiento que puede proporcionar todavía la simple observación del enfermo. Se trata de dos casos de estenosis mitral, en los que la digital mostró una acción muy desfavorable, agravando los síntomas pulmonares, que tan alarmantes son a veces en el curso de esta dolencia. En la literatura hemos encontrado dos observaciones análogas, publicadas por Schellong.

Antes de exponer estos casos, debemos recordar que acerca de la naturaleza de los accidentes pulmonares paroxísticos que aparecen en el curso de la estenosis mitral, el acuerdo entre los diversos autores dista mucho de ser unánime, desde que Sahlí negó su parentesco con el edema pulmonar agudo, apoyándose en datos anatomopatológicos. En realidad, el criterio anatómico es insuficiente para resolver muchos problemas clínicos, sobre todo tratándose de accidentes como el que nos ocupa, en que la rareza de su terminación fatal no permite el estudio anatomopatológico en gran escala ni mucho menos la interpretación de las formas más ligeras y reversibles, que son, precisamente, las más frecuentes. Los estudios llevados a cabo por Eppinger, desde un punto de vista funcional, han ampliado el concepto del edema pulmonar con la incorporación de alteraciones de menor cuantía, cuya significación y mecanismo fisiopatológico son idénticos. Los enfermos de estrechez mitral ofrecen a menudo síntomas de esta índole, que por su aparición brusca y evolución rápida, no pueden ser imputables al encharca-

miento pulmonar crónico, siendo evidentes sus relaciones con el edema y su equivalente asma cardíaco, si bien la frecuencia y gravedad son mucho menores que en aórticos e hipertensos. La literatura de los últimos años registra algunas comunicaciones casuísticas, tanto en este sentido (Doumer, Hess, Schellong), como acerca del origen pulmonar de algunos síntomas cardíacos subjetivos, cuya dependencia no se había sospechado anteriormente (Schellong, Wassermann). Acerca del influjo de la digital, son muy demostrativos los siguientes casos:

Félix D., 19 años, zapatero. A los 10 años, reumatismo articular. Anginas con frecuencia. Desde hace 4 años padece disnea de esfuerzo, algunas veces en forma de accesos acompañados de tos y opresión precordial. No ha notado nunca edemas. Al parecer ha sido ya tratado con digital dos veces. Aconsejado por su médico ingresa en nuestra sala el 10 de Enero de este año. La exploración, efectuada al día siguiente, revela una lesión mitral con arrastre presistólico y desdoblamiento del segundo tono. El enfermo, que acusa marcado retraso en su desarrollo corporal, no siente molestias, salvo ligera tos que le produce alguna disnea. 90 pulsaciones de ritmo regular. Electrocardiograma sin datos de interés. Presión arterial 14 y 7. En pulmón algunos roncus y sibilancias. Hígado sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal. No hay edemas en extremidades inferiores. La exploración radiológica muestra un corazón de configuración mitral con fuerte prominencia de la aurícula izquierda en primer diámetro oblicuo. Ventrículo izquierdo de proporciones normales. Aorta normal.

A partir del segundo día de estancia en la clínica, recibe el enfermo 0,4 g. de hoja digital per os, además de algunas gotas de codeína. En la noche del tercer día, despierta el enfermo con gran angustia, opresión precordial e intensa disnea. Cianosis. Con gran trabajo expectora pequeña cantidad de esputo seroespumoso sin sangre. En ambas bases pulmonares estertores finos. 38 respiraciones por minuto. Tonos cardíacos débiles y de ritmo regular.

Después de una sangría de 400 cc. y 1 cg. de morfina, ceden gradualmente las molestias, y al cabo de tres horas se siente el enfermo totalmente restablecido. Al cabo de dos días, es dado de alta a petición propia.

En este enfermo aparece indudable la acción desfavorable provocada por la digital. En otros muchos casos, con evidente descompensación, puede ser imposible decidir sobre la participación de la digital y de los factores causales del trastorno circulatorio que han motivado precisamente la administración del glucósido; pero en nuestro paciente, los síntomas alarmantes han aparecido de manera inesperada, sin otra causa exterior que la digital, y tras un período de latencia que corresponde al de su acción por vía bucal. El acceso de disnea súbita, acompañado de cianosis y de angustia, indica un trastorno en la circulación pulmonar intermedio entre el asma cardíaco y el verdadero edema pulmonar agudo.

Otro caso análogo es el siguiente:

Luisa P., 27 años, sirvienta. En la infancia sarampión y escarlatina.

Baile de San Vito a los 12 años. Con la pubertad aparecen las primeras molestias en forma de disnea después de esfuerzos físicos. Algunas veces fatiga intensa con expectoración hemoptoica. Con frecuencia edemas en tobillos. Varias veces en el hospital. El 3 de Octubre de 1933 ingresa urgentemente en la Clínica con intensas palpitaciones y disnea, acompañada de expectoración espumosa y ligeramente sanguinolenta.

Al día siguiente, 4 de Octubre, se siente la enferma muy aliviada, habiendo remitido las molestias del día anterior. La auscultación demuestra una estenosis mitral asociada quizás con insuficiencia valvular. En la exploración radiológica, efectuada en los días posteriores, corazón mitral e intenso éstasis pulmonar. En el electrocardiograma nada de particular; ligero predominio derecho. Hígado palpable, bazo normal y tobillos ligeramente intumescientes.

En el mismo día, 0.3 mg. de estrofantina por vía intravenosa con 15 cc. de glucosa al 20 por 100, al mismo tiempo, 1 cc. de salirgán. Tres horas después agravación brusca, fuerte disnea, opresión dolorosa en región precordial e intensa angustia. 42 respiraciones y 100 pulsaciones de ritmo regular. Acceso de tos sofocante acompañada de expectoración hemoptoica. Cianosis en cara y extremidades. Inhalación de oxígeno, compresión digital del bulbo carotídeo y sangría de medio litro. Además 1 cg. de morfina. Al cabo de media hora ha desaparecido el acceso, durante el cual ha expectorado la enferma 250 cc. de esputo espumoso y hemorrágico. En los días posteriores se continúa el tratamiento con pequeñas dosis de digital (0,1 de digipuratum), quinina y 1 cc. de salirgán, más tarde teobromina. Reposo, restricción de líquidos y pequeñas dosis de luminal. La enferma se siente bien y los edemas y hepatomegalia han desaparecido totalmente. Sigue sin novedad desde hace más de un mes.

La historia referida constituye otro ejemplo de la notable sensibilidad con que reaccionan algunos enfermos de estenosis mitral frente a la digital. El refuerzo de la potencia del ventrículo derecho, coincidiendo con una estenosis demasiado cerrada, que impide un aumento paralelo en el volumen de contracción del ventrículo izquierdo, es factor que puede explicar el éstasis agudo de la circulación pulmonar, siendo quizás el grado de la estrechez, las particularidades anatómicas de la lesión mitral y el estado de la periferia lo que nos puede explicar la variabilidad en el modo de reaccionar los diferentes enfermos.

La misma experiencia clínica proporciona datos de gran interés acerca de la significación de los síntomas pulmonares en el cuadro de la insuficiencia cardíaca, siendo conocido de antiguo, que la disnea y molestias subjetivas de muchos enfermos de corazón y aorta se alivian tan pronto decae la potencia del ventrículo derecho, instalándose el cuadro clásico de asistolia con edema y éstasis visceral. La posibilidad de una disociación en el trabajo de ambos ventrículos y su importancia en la patogenia de algunos síntomas, fué señalada por vez primera por los autores franceses en su concepción de la

insuficiencia aislada de cada ventrículo y de la participación de cada uno de éstos en la producción de los diferentes síntomas, clasificados y sistematizados con arreglo a este punto de vista. También ha insistido sobre el mismo asunto, Wenckebach, haciendo notar el influjo recíproco entre los éstasis hepático y pulmonar, que se mueven alternativamente como los platillos de una balanza.

En la patogenia del edema y éstasis pulmonar agudo, que padecen tan frecuentemente los enfermos de estenosis mitral, hay que contar, además, con las alteraciones en la distribución de los depósitos sanguíneos, cuya regulación automática quizás funcione defectuosamente en estos enfermos. Toda disminución en el contenido de oxígeno de la sangre, se acompaña, según han demostrado los trabajos de Barcroft y de Golluvitser-Maier, de un aumento paralelo de la masa circulante, cuyas consecuencias en estos enfermos depende del grado de la estenosis, puesto que no hay que olvidar que la capacidad de depósito de los pulmones es muy precaria y de categoría muy distinta a la del hígado, bazo o flexo subpapilar, p. ej. Así se observan frecuentemente accidentes consecutivos a un trabajo muscular y accesos nocturnos de asma esencial, en relación estos últimos con la labilidad del centro respiratorio y su incapacidad para mantener normales durante el sueño las relaciones de los gases de la sangre.

Es muy probable que la digital produzca una perturbación parecida, por vaciamiento del gran depósito de los vasos espláncnicos, demostrado en los estudios experimentales de Gottlieb. La acción de la digital es, sin embargo, muy compleja, y puede ser variable de unos enfermos a otros y aun en el mismo paciente, según las condiciones de cada momento, de la misma manera que el papel de la cantidad de sangre circulante es también distinto en los diversos tipos de descompensación circulatoria (Wollheim). En todo caso, la observación clínica demuestra que en algunos enfermos de estenosis mitral la digital es factor equiparable a la anoxemia, siendo capaz como ésta de provocar un brusco desplazamiento de las reservas sanguíneas, cuya adaptación inmediata a la nueva situación se encuentra imposibilitada por el obstáculo mecánico de la estrechez.

En cuanto a los trastornos en la inervación de los vasos pulmonares y su participación en el origen del edema pulmonar agudo y sus estados afines, es asunto que se discute mucho en la actualidad. En enfermos de otra índole, especialmente renales, hipertensos y aórticos, es muy probable la participación de los preso-receptores y de reflejos de origen carotídeo en la inervación de la circulación pulmonar. Pero en el caso de la estenosis mitral, creemos que bastan los factores mecánicos anteriormente expuestos, para explicar el mecanismo de los fenómenos que nos ocupan, cuyas características son además distintas, faltando en el cuadro clínico los elementos que apoyan la hipótesis indicada.

Los datos fisiopatológicos que acabamos de exponer, constituyen una confirmación teórica de lo que ya era conocido por la clínica. Desde hace mucho tiempo, respecto de la particular gravedad y evolución accidentada

de la estrechez mitral, dentro del grupo de las enfermedades de las válvulas y orificios del corazón, al mismo tiempo que nos dan la pauta del tratamiento racional. La hipertrofia del corazón derecho constituye, sin duda, elemento esencial en la compensación del defecto valvular; pero la misma hiperactividad funcional del ventrículo derecho puede, sobrepasando cierto límite, ser causa de trastornos graves por perturbación del equilibrio necesario entre los circuitos de la circulación pulmonar y general. Desde el punto de vista terapéutico, hay que procurar sostener a toda costa la coordinación funcional entre ambos sistemas, aunque para ello nos veamos obligados a mantenerla en un límite muy bajo, restringiendo en el grado necesario la capacidad total del enfermo. El mismo mecanismo natural se manifiesta en el retraso corporal de individuos que adquirieron su lesión en época temprana, en los cuales el cuerpo se moldea a las posibilidades escasas de su aparato circulatorio.

El enfermo de estenosis pura o combinada, sin complicaciones y con tendencia a los accesos de asma y edema pulmonar, es un inválido, cuyo reposo debe ser fundamento esencial de la terapéutica y la mejor profilaxis de aquellos accidentes. La dosificación del ejercicio muscular debe graduarse con arreglo a un criterio riguroso, ateniéndose a las particularidades en la evolución de cada enfermo y de cada momento. Es muy importante saber valorar los síntomas que indican la proximidad del éstasis pulmonar agudo, de cuyo síndrome representan en realidad las formas más ligeras, que se manifiestan por opresión precordial, síntomas de tipo anginoso (frecuentes según Schellong), accesos de tos seca, agravación brusca de la disnea y cianosis, angustia, taquicardia y palpitación. En estos momentos se encuentra el enfermo en equilibrio inestable, cuya indicación inmediata es el reposo absoluto, acompañado de la terapéutica sintomática de acción sedante.

La digital se encuentra absolutamente contraindicada en estos casos, mucho más en las fases avanzadas, con fuerte disnea y expectoración espumosa y sanguinolenta. Mientras no existan síntomas evidentes de insuficiencia del ventrículo derecho, no hay motivo para la administración de digital. Su aplicación intravenosa debe reservarse exclusivamente para las formas con anasarca grave, que por otra parte son raras en las estenosis sin miocarditis fresca y sin fibrilación auricular. Si los edemas son escasos o la retención se manifiesta solamente por ligero éstasis visceral, es preferible la digitalización con dosis pequeñas y repetidas.

El mismo criterio debe guiarnos en la elección de los demás remedios terapéuticos, debiendo prescindir de todo cuanto pueda provocar un aumento brusco de la masa circulante y de la oferta a la arteria pulmonar, como la adrenalina, alcanfor, etc. Desde este punto de vista, la sangría es el recurso más eficaz, asociada eventualmente con medicamentos de acción vasodilatadora, papavesina, teobromina, nitritos, etc., y a la inhalación de oxígeno en los casos de asfixia alarmante.

Siguiendo las normas que acabamos de exponer, y teniendo además en

cuenta la experiencia anterior sobre la evolución de cada caso y su modo de reaccionar ante las diversas medidas terapéuticas, llegaremos a obtener el mejor resultado posible aliviando la marcha de estos enfermos. Con ello no sólo mejorará el pronóstico en cuanto a los accidentes agudos, sino que además se alejará el peligro de la dilatación y fibrilación auricular y el estadio terminal de insuficiencia absoluta, que a la larga pueden ser consecuencia de un tratamiento inadecuado.

BIBLIOGRAFIA

Doumer.—«Arch. des maladies du coeur». 19, 791, 1926.

Hess.—«Wiener. Klin. Wschr.». 16, 1931.

Schellong.—«Klin. Wschr.». 12, 19, 1933.

Wassermann.—«Klin. Wschr.». 12, 1615, 1933.



SESIONES CLÍNICAS DEL INSTITUTO RUBIO

Sesión del día 9 de Noviembre de 1933

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR GALO LEOZ.—**Desprendimiento inferior de la retina.**—Presenta una enferma operada, de la cual ya dió cuenta minuciosa días antes de ser intervenida. Únicamente quiere recordar por tanto, que se trataba de un desprendimiento inferior de más de la mitad de la retina, desprendimiento de origen traumático en una miope con coriorretinitis discreta y de tres meses de fecha.

Como también dijo en la misma sesión, no le fué posible en este caso y a pesar de toda su paciencia, encontrar desgarro alguno, bien porque no existiera, bien por dificultades de exploración debido a la turbieza de medios y a la escasa midriasis obtenida, por lo cual decidió obrar directamente sobre la zona misma del desprendimiento en la extensión necesaria.

De los primeros fenómenos observados por la enferma, dedujo que la rotura o la primera ampolla de retina, se produjeron en el polo inferior, y de las múltiples y detenidas exploraciones que ha hecho antes y después de lavarla, estar en reposo para procurar hacer más visibles algunas zonas de la retina desprendida, por acoplamiento y desplazamiento de las mismas, sacó la consecuencia de que caso de existir la rotura en cuestión, debía coincidir precisamente en ese mismo polo inferior un poco del lado nasal del ecuador, único punto difícil de explorar debidamente por existir un poco de pequeños pliegues en pelotón, fijos e invariables.

Varias veces ha descrito los diferentes métodos operatorios y sus indi-

caciones, pero repite que en casos como éste, el método de elección es el de Lidner y Guirt, consistente en varias trepanaciones (a veces muchas y en varias sesiones), debidamente repartidas, a través de las cuales se cauteriza la coroides con un lápiz de potasa cáustica (con objeto de provocar reacciones adhesivas), neutralizando después con ácido acético al 12 por 100 y perforando últimamente la coroides por uno o varios de los taladros, con objeto de dar salida al líquido subretiniano.

Dice que hasta la fecha no ha tenido que recurrir en ninguno de sus ya bastantes casos operados, a practicar tenotomias para procurarse un más amplio y cómodo campo.

En este caso, después de una amplia y conveniente incisión conjuntival, después de una completa hemostasia y limpia la esclerótica, practicó con toda comodidad, cuatro trepanaciones en la misma dirección del ecuador, equidistantes unos siete milímetros, coincidentes las dos de enmedio con los bordes interno y externo del recto inferior y un poco más posteriores las dos del lado nasal, que las del lado temporal.

Siguiendo las sabias indicaciones de Arruga, usa en lugar del lápiz potásico y sin neutralizar, una disolución de sosa cáustica, pero al 10 por 100 en lugar del 5 por 100 y con los pequeños y cónicos hisopitos de algodón impregnados en dicha disolución, cauteriza insistentemente (durante unos diez segundos), la coroides a través del primero y tercer taladros y siguiendo su costumbre, que recomienda a los demás por haberle dado excelentes resultados, en lugar de perforar la coroides con martillo, lo hizo con el galvano por los dos taladros restantes, hundiendo el asa la primera vez cuando el ojo estaba tenso, unos siete u ocho milímetros y cuatro o cinco nada más, en el segundo, ya que la salida del líquido subretiniano determinó, como siempre, una verdadera fluidez del globo ocular. Cerró con una sutura continua.

Por tratarse de una enferma muy impaciente, levantó la cura al día siguiente y apenas había reacción, la tensión estaba restablecida y la mejoría según exclamación de la misma mujer, era cosa milagrosa.

Hoy, el éxito no puede ser mayor. El campo visual no puede ser más amplio y completo y la agudeza visual es de todo punto excelente, pues según el gráfico que acompaña a la hoja historial correspondiente, este ojo no tenía visión central útil y el campo visual estaba limitado a una zona regular y superior entre 5 y 50° en la vertical, entre 10 y 20° del lado nasal y entre 10 y 50° del lado temporal.

Se ha levantado de la cama, y aun cuando el examen oftalmológico hecho no lo ha sido en cámara oscura, me ha demostrado que la retina está completamente reaplicada.

Con todo y hasta que no hagamos más perfectas observaciones y no pase más tiempo y haga nuevamente su vida ordinaria, no quiere dejar sin algunas reservas este éxito más que apuntar al método operatorio.

Da cuenta también de otro enfermo operado hace quince días, ya dado

de alta y que no ha mejorado nada. Tenía tan poca y tan mala visión antes de operarle, que no fué posible hacer ni una mala medición de campo. A pesar de tratarse de un caso (miope grave), donde pudo localizar perfectamente un grande y doble desgarro, el fracaso hasta la fecha ha sido completo. Uno de los taladros cayó indudablemente en la misma rasgadura coincidente con una gran placa ecuatorial de coriorretinitis atrófica y la lejía de sosa debió penetrar al ojo violentamente hipotónico, determinando una desorganización total del vítreo, que aparece blanquecino y en madeja, funesto seguramente, si bien el tono ocular es magnético y la proyección retiniana débil, pero perfecta, hace pensar que la retina se reaplicó también.

No haciendo más consideraciones, sólo quiero recordar para que hagan juicio los presentes, los tres últimos enfermos operados por desprendimiento, estos dos de que he hablado y otro del curso anterior que fué operado a primeros de Mayo. Aquel (miope también y con el ojo derecho perdido completamente por un desprendimiento viejo y total), operado del ojo izquierdo a los seis meses de un desprendimiento espontáneo, continúa perfectamente haciendo su vida y trabajos ordinarios, según nos informa el doctor Pérez Jiménez, de Córdoba, que se lo recomendó.

Todo esto se presta a muy diversas opiniones y distingos, no del momento, principalmente a si existe o no siempre la rotura, aunque no se encuentre y si ésta es o no la causa del desprendimiento a lo que él se inclina en sentido afirmativo, insistiendo en que es indudable que los éxitos cada día más o menos fugaces y dudosos casi siempre del tratamiento médico, no pueden en manera alguna parangonarse con los que se obtienen con los recientes métodos operatorios cuyo porcentaje ya considerable se afirma cada vez más, desentenebreciendo el pronóstico de una enfermedad tan funesta relativamente y tan terrible.

DOCTOR BERTRAN.—Otitis media supurada.—Este es un enfermo de otitis media supurativa crónica, cuya fecha data de la infancia y que ha sido muy descuidada, cosa muy corriente en enfermos de esta clase. Hace poco tiempo el enfermo tuvo una fase de más supuración y en este último período debido a fuertes dolores de cabeza en su mitad izquierda y mareos, se decidió a consultar. Vino a nuestra clínica y le propusimos inmediatamente la operación.

Es uno de tantos casos de otitis operada por medio de una radical, pero que encierra y tiene algunas particularidades por lo que considera interesante la exposición de este caso.

Nos encontramos primero antes de empezar la operación con que la línea temporalis que es la que sirve como guía para saber hasta dónde se puede llegar sin penetrar en la fosa cerebral, estaba tan sumamente baja en la unión de los dos tercios superiores con el inferior de la pared posterior del conducto auditivo, que dificultaría la técnica a seguir.

Efectivamente, a los pocos golpes de gubia se encontró ya con las meninges y con la fosa cerebral. Hizo la atico-antrectomía, pero las células

infectadas l elevaron hacia abajo y hacia adelante en pleno macizo del facial, hasta el extremo de que varias veces para seguir se encontró en trance de poder herir el facial y en un caso como éste le surgió la duda de qué se hacía, ya que no había más remedio que optar por una de las dos soluciones que había, o suspender la operación, suspendiendo la marcha hacia adelante para no herir el facial, o si como ocurría en el caso de este enfermo, no había más remedio que herir el facial para quitar todas las partes de células infectadas, y naturalmente, se decidió por esta segunda solución.

Siguió avanzando y se encontró con que toda aquella parte estaba llena de células impregnadas de pus, hasta el extremo de que parecía mentira que el enfermo, con una supuración de tantísimo tiempo y con la existencia de estos focos, no hubiera tenido por lo menos, una irritación del nervio facial. Se rebajó al máximo el macizo, sin tener que lamentar la menor lesión del nervio, quedando una amplia cavidad por haber resultado un vaciamiento petro mastoideo completo.

Al enfermo, desde ese momento le han desaparecido todos los dolores y mareos y se encuentra bien. Esto demuestra en primer lugar, una vez más, que no hay dos mastoides iguales y en segundo lugar, la resistencia de las meninges a las infecciones. Y efectivamente es así, pues recuerda que en otra sesión presentó un niño que estaba en plena meningitis y que por lo tanto no dió lugar a intervenir y se veía claramente la diferencia que hay y cómo en los adultos se mantienen las infecciones sin que las meninges lleguen a interesarse, sin que las meninges se afecten, porque forman sus defensas para impedir la infección, mientras que en los niños suelen ser más frecuentes las infecciones meníngeas, y esto se explica perfectamente porque en los niños la sutura petro-craneana, no está unida y hay un íntimo contacto con las meninges y por lo tanto la infección se propaga rápidamente.

DOCTOR YAGÜE.—Pregunta al doctor Bertrán dos cosas, que a su juicio tienen mucha importancia; la primera, es si un examen radiográfico hubiera podido dar alguna luz acerca del estado de esos sitios en donde estos fenómenos no son frecuentes, y la segunda, es que en la diferenciación que ha hecho el doctor Bertrán, respecto a las defensas que el proceso tiene en relación con las edades, él cree que habría que diferenciar en realidad también dos fases del proceso en los adultos completamente distintas, es decir, tener en cuenta para la intervención o decidir la intervención no sólo por la edad sino por la agudización del proceso. Es decir, que además de la diferenciación en procesos infantiles y procesos de adultos, cree que convendría, por lo que atañe a las operaciones o intervenciones quirúrgicas, diferenciar los procesos en agudos y crónicos, pues tiene ésto un interés primordial a su juicio y es el de que si diferenciando sólo los procesos por la edad, en la creencia de que en los adultos hay más resistencia y van a llegar a defenderse mejor, no se les interviene en el momento preciso en que lo marquen las exigencias del proceso, el sujeto que se encuentre en este caso, se juega la vida, mientras que si no se fía en que es un adulto y si nos

fijamos en que el proceso sea más o menos agudo, le parece que habrá más garantía para los enfermos que necesiten esta intervención.

DOCTOR BERTRAN.—Efectivamente, la radiografía da perfectamente el estado de las células mastoideas, al extremo de que si hubiera sabido la pregunta que iba a hacerle el doctor Yagüe, hubiese traído una radiografía de una señora que se venía quejando de un fuerte dolor a nivel del antro, que padecía ya desde algunos años antes. En aquella enferma, no encontraba ningún síntoma ni signo de lesión mastoidea, lo que hizo pensar que únicamente se trataba de una algia. Le hicimos una radiografía y se confirmó en absoluto su diagnóstico, pues se veían tan perfectamente todas las células, que no cabía la menor duda que esas células mastoideas estaban completamente sanas.

Si a este enfermo se le hubiera hecho la radiografía, se hubiera obtenido con detalle la confirmación del estado de las células mastoideas, que estaban destruidas. Desde luego no cabe duda, que siempre para estas intervenciones, hay que tener en cuenta no sólo la edad, sino la agudización del proceso, como muy bien dice el doctor Yagüe. Únicamente ha querido decir que en los adultos hay más defensas para evitar la infección de las meninges que en los niños y que por lo tanto en los adultos es más fácil llegar a tiempo con la intervención.

En un trabajo reciente sobre las bases anatómicas de las infecciones meníngeas de origen otógeno, se recuerda la antigua hipótesis de que las mastoides neumáticas eran más propensas a dar paso a la infección hacia las meníngeas que las compactas, pero luego se ha visto no ser esto cierto, porque muchas veces, el ver la mastoide compacta es por efecto de la misma supuración que la ha transformado.

DOCTOR BERTRAN.—**Laringuectomía por epiteloma.**—Es este un enfermo ya presentado en otra sesión, que iba a ser intervenido para extirparle la laringe. Presenta la pieza operatoria preparada por el auxiliar de la sala doctor Bejarano, en la cual puede verse la lesión que el enfermo tenía. No se pudo hacer nada parcial, por lo que se vió obligado a hacer una extirpación total de la laringe. El enfermo está bien y será dado de alta un día de estos.

Llama únicamente la atención sobre las ventajas que tiene el colgajo de base superior, porque antes se hacían los dos colgajos de base exterior, pero ahora no. La sutura de esófago no se hace como antes, sino que la hacemos procurando que quede un triángulo recto; en el lado de la hipotenusa de este triángulo, hacemos una sutura de aproximación con objeto de acortar la distancia entre el borde superior y el inferior, y de esa manera se hace la sutura faríngea más fácilmente y además la protegemos con otra sutura del pericondrio de la lámina tiroidea y las fibras del músculo constrictor inferior, mas como luego el colgajo de base superior cubre todo, puede asegurarse que la sutura queda suficientemente protegida, siendo las faringostomias mucho menos frecuentes que antes.

DOCTOR VALLE MARIN.—**Coxalgia.**—A propósito de un enfermo operado de coxalgia, habla de esta enfermedad. Dice que hoy día en los adultos se operan las coxalgias en evolución y las que están curadas, pero que dan lugar a una insuficiencia articular por haber quedado como consecuencia del proceso destructivo, la cavidad cotiloidea grande y la cabeza pequeña, dando lugar a lo que se llama una pseudo-artrosis intraarticular y no hay que decir que se deben operar todas las coxalgias curadas que han dejado malas posiciones, piernas en flexión, en abducción o combinadas.

Las coxalgias en evolución se las opera poniendo un injerto que va desde trocanter a iliaco, procurando sea vertical para que resista mejor el apoyo cuando empieza a sostener el cuerpo. Para ello se incide verticalmente el trocanter, y en el ala del iliaco, por debajo y cerca del reborde, con escoplo especial se levanta una pestaña de hueso base superior, y en los dos puntos se apoya el injerto que se saca de tibia procurando sea grande.

En el curso pasado, con motivo de la presentación de un caso idéntico, un compañero le hizo la indicación de cómo evolucionaban estos injertos; por entonces no se podían sacar conclusiones definitivas, porque sus operados no eran recientes, pero hoy que ya tiene radiografías de estos mismos operados que llevan seis y ocho meses, quiere presentar algunas de ellas.

Presenta una radiografía en la que se ve cómo el injerto ha prendido bien por arriba y por abajo, formando en los puntos de apoyo con el trocanter y ala iliaca, unos conos que han ensanchado mucho las bases del injerto, quedando éste con una magnífica vitalidad y en muy buenas condiciones de función.

Este injerto está ya en condiciones de empezar a soportar el peso del cuerpo y a servir de descarga a la articulación, fijando a la vez extra-articularmente la cadera.

Los enfermos se curan en el plazo máximo de un año. Mejor dicho, en este tiempo se pueden apoyar en el injerto, aunque el proceso en su parte íntima siga su evolución, pero sin producir molestias al enfermo. A muchos se les puede dar de alta antes, según las condiciones del injerto; esta es una de las ventajas de este método, ya que muchas coxalgias dejadas a su evolución natural, necesitan años para curar y muchas curan con secuelas que no evitan operaciones.

DOCTOR CARMELO VALSS.—**Presentación de enfermo.**—Enferma de 30 años que ha padecido un proceso doble coxofemoral de niña, que ha dejado una anquilosis total de estas articulaciones en una flexión de ángulo recto y abducción. La enferma ha adaptado su columna vertebral de tal modo, que andando con la pelvis puesta con este ángulo en relación a los fémures, logra enderezarse y andar con la columna dorsal alta en posición vertical.

Esta enferma será ingresada para hacerla una operación en ambas caderas que permita corregir la posición viciosa.

DR. B. DE M.

TRATE, DOCTOR,

LAS SEPTICEMIAS CON

ACEL

que destruye el bacilo específico, compensa los desequilibrios causados por las toxinas y aumenta la fagocitosis y la resistencia de los hematíes.

Su sinergia medicatriz reduce, en las infecciones, los trastornos de la osteogénesis, hace desaparecer la fiebre y compensa la adinamia.

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 digitalica total y constante
Afecciones del sistema circulatorio, cardiopatías, neumonías, etcétera, etcétera

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

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

MEDICINA INTERNA

Investigaciones acerca de la nicturia. (Uber Nykturie).—A. JORES.—«Detsch. Arch. f. klin. Med.» 175 Bd. 4 H. Agosto 1933.

Tras un breve esbozo de aquellos investigadores que le han precedido en el estudio del síndrome nictúrico, así conocido a partir de Péhu, el autor expone los resultados conseguidos en varios años de trabajo.

Sus normas de trabajo difieren algo de las hasta aquí habituales, pues por ejemplo estima como período nictúrico todo el comprendido entre las 19 y las 7 horas en lugar de ceñirse exclusivamente a las horas de sueño efectivo como hasta aquí se había admitido. Asimismo, en disparidad con las concepciones de Quincke, exige para poder hablar de nicturia, que la cantidad de orina eliminada durante la noche sea superior o a lo menos idéntica a la eliminada durante el día.

Para Jores el síndrome nictúrico ofrece su mayor frecuencia en los enfermos afectos de cardio y nefropatías, coincidiendo en ello con los autores precedentes (Schoenewald, Quincke, Wilson, etc.), pero en manera alguna ha de considerarse exclusivo de la insuficiencia de corazón izquierdo como afirma Schoenewald. Es frecuente su hallazgo en otras afecciones muy diversas (Pleuritis exudativa, enfermedad de Weil, fosfaturias, etc.). Más propiamente en realidad pudiera ser puesto en relación con todo cuanto afecte al recambio líquido del organismo.

Digno de mención es el comportamiento de la nicturia en ciertos cardiacos insuficientes al variar de posición el organismo. Al paso que en los más de los individuos desaparece en la posición decúbito y torna en la posición erguida, en algunos insuficientes se comporta de manera diametralmente opuesta. En otros casos se instaura o desaparece sin causa alguna apreciable. Para algunos cardiopatas el síndrome nicturia encierra un manifiesto sentido compensador; gracias al mismo transcurren largas etapas libres de acúmulos líquidos (edemas exudados).

De otra parte, su presencia en ciertos individuos con trastornos del metabolismo acuoso, pero de causa central sin intervención de corazón o riñón, como en el caso de Hoesch y algunos del mismo autor del artículo, habla en favor de influjos de índole nerviosa.

De lo expuesto puede inferirse por tanto, que en condiciones normales existe un mecanismo de base hormono-nerviosa, encargado de inhibir la producción de orina durante las horas de la noche. En el nictúrico este mecanismo se ha alterado. Pudiera decirse con Jores que en el nictúrico han desaparecido todas las barreras, el riñón trabaja libre de todo influjo inhibitor. Es indudable por tanto la existencia de una modificación en el ritmo normal de secreción.

Si bien sus causas no son completamente conocidas, sí en parte. Los casos más frecuentes se dan en los individuos con sistema vegetativo lábil, en las alteraciones del lóbulo intermediario de la hipófisis y en los trastornos del recambio acuoso, en los que encierra una especial significación compensadora.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

Papel de la herencia en la aparición de los tumores (Erblichkeit und Geschwulstbildung).—B. FISCHER-WASELS.—«Dtsch. med. Wschr.», núm. 39. Septiembre 1933.

Muy escasa ha sido hasta hace algunos años, la atención prestada al factor constitucional en sus relaciones con la producción de neoplasias. De un lado el auge inicial desmesurado de los descubrimientos bacteriológicos de tan fuerte sugestión y en un todo acorde con la tendencia innata en el hombre a localizar en factores externos la causa de sus enfermedades o desdichas; de la otra parte, la propia dificultad de la investigación constitucional o de los factores hereditarios (basta recordar para ello el hecho de que es excepcional la persona que recuerde datos morbosos de sus ascendientes, los más si acaso proporcionan algún dato respecto a los padres), que requieren grandes masas de individuos y varias generaciones son causas suficientes para explicar el fenómeno.

Felizmente, cambiadas hoy en día las circunstancias, ha llegado ya a lo menos a un hallazgo negativo: El cáncer, la formación de un tumor no se debe a un factor infeccioso. Colócase su origen en un núcleo germinal, un blastógeno, en realidad una célula primitiva alterada, degenerada si se quiere.

Por proceder pues de una célula primitiva y de modo análogo a lo que sucede en la formación de un órgano normal, ofrece en su desarrollo fases o períodos diversos francamente diferenciables.

El núcleo inicial aparece únicamente durante el período embrionario o a lo largo de un proceso regenerativo; de aquí la distinción de los tumores en dos grupos esenciales, embrionarios y regenerativos. Es preciso, no obstante, la existencia de un tercer factor que ha de actuar en unión de los anteriores y que para Fischer-Wasels es una disposición especial del individuo. Muy probablemente, tal vez seguramente, esta disposición radica en factores constitucionales y hereditarios.

Un valioso argumento a su favor representan naturalmente los datos estadísticos. Asombra en primer lugar la frecuencia de los tumores espontáneos en los animales de experimentación. Según V. Hill, para quien los tres años de vida representan en el ratón la edad senil semejante a la vejez del hombre, en los ratones llegados a esta edad se encuentran producciones neoplásicas en un porcentaje elevado, 31 por 100 en los machos y 49 por 100 en las hembras (debido a la frecuencia del cáncer de mama). Las pacientísimas investigaciones de la norteamericana Maud Slye que en el lapso de 20 años ha podido seguir la suerte de 75.000 ratones, a lo largo de 12 y más generaciones, han probado asimismo que «tanto la aparición como la localización de los tumores, primarios y secundarios, obedecen estrictamente a las leyes generales de la herencia». De esta suerte pudo conseguir familias de ratones libres en su totalidad del cáncer, al paso que en otras se hallaban afectos el 100 por 100 de sus individuos. En su concepto la producción del tumor ofrece carácter recesivo mientras que la resistencia al mismo sería el carácter dominante.

Algo semejante, si bien ciertamente en menor escala, se ha señalado en la especie humana. El mismo Fischer-Wasels ha observado en su propia familia el caso de una mujer muerta a los 37 años como consecuencia de un carcinoma en colon, cuyos dos hijos presentaron justamente a los 37 años idéntica neoplasia y con exacta implantación. Casos semejantes han descrito Sipel, Hoffmann, Hedinger, etc.

Fuera ocioso recordar el conocido caso de la familia Broca, que en el curso de tres generaciones ofreció 16 exitus por carcinoma. Wells cita el caso de un matrimonio cuyos cinco hijos fallecieron a consecuencia de un neuroblastoma retiniano.

Asimismo en los hermanos gemelos, especialmente en los univitelinos, en los que naturalmente ha de suponerse una íntima semejanza de factores geno, si es que no una identidad, son frecuentísimos los casos citados (Haliday-Croom, Leawit, Burkard, etcétera).

Por otra parte, es necesario admitir la existencia y así lo prueban la experimentación animal y los tumores profesionales, de tumores malignos adquiridos. En ellos intervienen dos factores, local y general, que pueden ser debidos, sobre todo el último, a factores hereditarios.

En qué punto radiquen estos factores, es problema todavía confuso, si bien se admite generalmente sea en los cromosomas del núcleo germinal, con o sin mutaciones según los autores. Datos en su favor son los recientes hallazgos del anatómico hamburgués Poll.

Finalmente, en lo que respecta al hombre, puédesse afirmar hoy en día, que solamente por el cruzamiento de familias manifiestamente taradas en sentido idéntico se ha de temer un peligro serio por lo que atañe a la producción de neoplasias malignas.

Un caso de Status varicosus juvenilis grave.—O. DIEHL.—«Detsch. Med. Wschr.» núm. 43. Octubre 1933.

Débase a Curtius la introducción en Patología del concepto de Status varicosus que no es sino la expresión de un estado displásico en la totalidad del sistema venoso. A él corresponden las ectasias venosas de todo género (varices cutáneas y mucosas, hemorroides, etc.).

Diehl expone la historia clínica de un paciente joven, 15 años, afecto de flebectasias múltiples desde su nacimiento, y que ofrece en toda su pureza las características del Status varicosus. Este tipo de hallazgos representa una verdadera rareza, puesto que las dilataciones venosas múltiples sólo se observan habitualmente en épocas ya avanzadas de la vida del individuo, y de aquí las dudas, aún posibles, sobre la inclusión de estas formas juveniles en el mismo cuadro o su explicación patogénica con arreglo a leyes propias y especiales.

En la época del nacimiento ofrece el paciente dilataciones varicosas en tronco, poco después úlceras en región crural, varices manifiestas en ambas extremidades inferiores, regiones supra e infraabdominal, red venosa difusa en la región sacra; finalmente flebectasias en cara interna de labio inferior y ambas mejillas. Todo el resto de la exploración ofrece carácter negativo.

La investigación familiar es singularmente interesante en el presente caso. El progenitor varón, flebectásico acusado, ha tenido 10 hermanos de los que 8 pudieron ser investigados y proporcionaron 7 sujetos con status varicosus; ambos abuelos paternos ofrecían igualmente este cuadro patológico. Los datos relativos a la línea materna, desgraciadamente no pudieron ser igualmente controlados por haber muerto ya la madre; su importancia para la explicación con arreglo a las leyes de la heren-

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

cia escapa a toda objeción. No obstante una de las hermanas de la madre era flebectásica según pudo comprobarse.

Posiblemente se haya debido la aparición precoz de los signos constitucionales morbosos a la acumulación de disposiciones análogas en los progenitores, de carácter dominante en el varón y recesivo o larvado en la madre.

Cabe temer la posibilidad, en manera alguna absurda, de un nuevo acumulo o convergencia de análogos factores patológicos, semejante en todo al que acabamos de exponer, por el matrimonio del enfermo y de aquí la oportunidad de la terapéutica augénica, mejor dicho de la profilaxis eugénica, única posible e nel estado actual ya que todas las medidas restantes son por desgracia impotentes.

La reacción del acetónitrilo (Reid Hunt) en las neurosis cardíacas.—G. BUDELMAN. —«Dtsch. Arch. f. Klin. Med.», 175 Band 3 H. Junio 1933.

Muy escasos son actualmente los datos concretos exactos sobre el problema etiológico de las neurosis cardíacas. Es indudable por ello, que bajo la denominación común de «cor nervosum» se encierran una serie de cuadros morbosos manifiestamente semejantes, mas de procedencia bien diversa. Dudelman, por consejo de Schottmüller, pretende aclarar algo esta confusión y emplea para ello la conocida reacción de Reid Hunt, controlada a su vez por medio del test del glucógeno.

De sus investigaciones, llevadas a cabo en una serie de 25 pacientes, deduce que una parte de los mismos encierra en su sangre un plus de hormona tiroidea, que a no dudar interviene directamente en la producción de los síntomas morbosos. Podría hablarse en ellos por tanto de una «forma mínima» de tireotoxicosis.

En otra serie de sujetos pudiera eliminarse totalmente tal influjo, puesto que su respuesta a los dos test empleados fué negativa, mas en opinión de Budelman no es posible olvidar que tal vez nuestros medios actuales sean incapaces de apreciar la presencia de cantidades aún menores de hormonas y sin embargo éstas existieran en realidad.

Finalmente el porcentaje mayor de enfermos de este tipo, con reacciones asimismo negativas, debe corresponder a otro tipo patogénico. Muy probablemente el mecanismo radicaré en la intervención de factores nerviosos extracardiacos o de la esfera psíquica.

Naturalmente las investigaciones realizadas son insuficientes para sentar afirmaciones rotundas y requieren nuevas aportaciones que es de desear no se hagan esperar demasiado.

M. SEBASTIÁN

Los glucósidos de la «Digitalis lanata». Estudio clínico.—R. LUTEMBACHER «Presse Medicale», 4 Noviembre 1933.

Realiza un estudio de estos glucósidos en cardiópatas diversos, con lesiones de corazón distintas, empleando la digitalina bien por vía oral o en inyección endovenosa, realiza el estudio con la marcha de las alteraciones electrocardiográficas y observa los resultados obtenidos con estos preparados, comparándoles con los obtenidos con la digitalina y la novaina.

Del mismo modo realiza investigaciones sobre la acción de estos preparados sobre el corazón de la rana y del conejo.

Deduce de sus ensayos que en la mayoría de los casos, los glucósidos de la digitalis lanata actúan sobre la contractilidad con dosis que no producen ningún trastorno

en las funciones del sistema de automotilidad ni en el estado refractario de las fiebres miocárdicas. Con estos glucósidos la fase terapéutica está alejada de la tóxica.

En el conejo los trastornos de intoxicación aparecen precozmente con la novaina y la adonidina, y en cambio tardíamente con los glucósidos lanata, con dosis masivas y después de haber actuado mucho tiempo en las masas musculares. En el hombre la insuficiencia cardíaca retrocede con dosis que apenas modifican el régimen sinusal o ventricular, los extrasístoles y las crisis de taquicardia son excepcionales. La zona manejable de estos preparados es bastante ancha, su eliminación es más rápida que la digitalina y los efectos acumulativos son menos pronunciados.

Tratamiento del colapso en el curso del coma diabético.—MARCEL LABBE y R. BOULIN.—«Presse Medicale». 4 Noviembre 1933.

Los autores hacen constar lo frecuente que es la terminación de la vida de muchos diabéticos que se encuentran en coma, por un colapso, cuando por otra parte de no haber sucedido tal episodio hubiesen salido de su acidosis con la insulina. Hacen resaltar la importancia, pues, de tal complicación, que para descubrirla únicamente hay que vigilar diariamente y cada pocas horas la tensión arterial, puesto que desciende muy rápidamente, juntamente a ello el pulso se hace enormemente frecuente y débil y se instala una oligorin y a veces una enuria total.

Recuerdan las observaciones similares del clínico inglés Lawrence, así como sus ideas, sobre la explicación patogénica de esta complicación de los diabéticos, en el sentido que la considera producida por una deshidratación exagerada, para combatirla, pues, emplea las inyecciones intravenosas de suero fisiológico.

Labbé y su colaborador creen que el tratamiento más indicado es el de la inyección intramuscular o intravenosa de adrenalina, diluida en suero fisiológico o la administración por vía oral de efedrina.

Con este tratamiento han salvado de la muerte a dos enfermos que se encontraban en las circunstancias que hemos comentado anteriormente.

Sobre el diagnóstico rápido de la sífilis reciente.—ERICH HOFFMANN.—«Klinische Wochenschrift», núm. 42. 1933.

Hace resaltar la importancia que tiene para el diagnóstico precoz de la sífilis adquirida, el examen de un frotis hecho con material obtenido mediante un raspado de las amígdalas, en cuyo preparado se observa el espiroqueta palido, no solamente en la sífilis florida sino también en aquellos casos que cursa de un modo lento y sin exantema.

Afirma que es un dato que ofrece mayor seguridad que la reacción de Meinicke. Aconseja hacer también extensiones con material obtenido por punción de ganglios infectados, en los cuales a menudo se halla el treponema. Cita los trabajos de algunos españoles realizados en este sentido, como por ejemplo los de Gay Prieto de Granada, para terminar aconsejando la realización de extensiones de material linfoide, obtenido previa punción de ganglios o amígdalas, siempre que se quiera hacer un diagnóstico

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

precoz de la sífilis, ya que el agente de esta enfermedad se localiza y existe en dichos lugares antes de que las sero-reacciones sean positivas.

Investigaciones sobre el cuadro sanguíneo blanco, para el diagnóstico clínico.—A. HOYES, A. LPIZN y P. ORAUSKY.—(Arch. Klin-Chir.), pág. 300. 1933.

Estos autores investigan el cuadro sanguíneo en enfermedades infecciosas graves de curso diverso, y observan que no siempre aparece el desplazamiento hacia la izquierda del esquema de Arneht-Schilling.

En algunas inflamaciones localizadas, por ejemplo apendicitis, peritonitis, encuentran dicha desviación hacia la izquierda. Pero por otra parte, describen sus observaciones sobre las distintas formas que puede adoptar la forma en bastón de los neutrófilos del esquema de Schilling—y consideran tres grupos: el primero, el núcleo es largo y ocupa toda la célula; un segundo, que es más corto y ocupa la mitad del diámetro celular, y un tercero muy pequeño, que ocupa una cuarta parte—. Las formas del primer grupo las encuentran predominando en los enfermos de la parte terminal del intestino grueso; los del segundo, en las afecciones del colon descendente, transverso ascendente y apéndice, y las del tercero en las enfermedades del intestino delgado, vías biliares, enfermedades de la pleura y afecciones del espacio subfrénico, emiten la teoría estos investigadores que estas diversas formas de leucocitos se forman en el sistema retículoendotelial del órgano inflamado.

BAENA



Eficaz e inocuo

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUIRATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
"HERIDAS DIFTERIASAS DE LA CORNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato 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 oculística, del **Loretinato 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 EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

La parafrenia alucinatoria.—G. HALBERSTADT.—«L'Encéphale», año XXVIII, número 8. Septiembre-Octubre 1933.

A las cuatro formas de parafrenias conocidas desde Kraepelin—sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica—Halberstadt añade la que califica de alucinatoria. Corresponde a lo que Kleist llamó en 1914 «alucinosis endógenas» y más tarde, en 1919, «alucinosis progresiva»; estos términos no les acepta el autor, pues por alucinosis, siguiendo a Claude y Ey, entiende la alucinación consciente, reconocida como tal «que no lleva implícita la creencia en su realidad». No acepta las opiniones emitidas últimamente por W. Mayer-Gross, para quienes las parafrenias no serían más que esquizofrenias de caracteres particulares a causa de la edad tardía en que comienzan.

Los caracteres clínicos de la parafrenia alucinatoria se resumen así: alucinaciones enormes del oído que dominan el cuadro morboso; algunos otros trastornos sensoriales—alucinaciones de la vista y cenestésicas—de escasa importancia; delirio mínimo no sistematizado, reducido a escasas ideas de persecución; bajo la dependencia de las alucinaciones y sin evolución; ningún fenómeno esquizofrénico (disgregación del pensamiento, trastornos autónomos de la afectividad y de la voluntad); incurabilidad, pero sin deterioro intelectual apreciable. El comienzo es tardío, pocas veces antes de los 40 años y la evolución muy lenta.

Ha sido confundida con la parafrenia sistemática o delirio alucinatorio crónico de Magnan, pero la distinguen de ella dos hechos esenciales: ausencia de toda evolución y predominio característico de las alucinaciones sobre el delirio. No presentando tampoco ninguno de los rasgos característicos de la esquizofrenia, por hoy, y en tanto avanzan nuestros conocimientos sobre la materia, conviene su inclusión en el grupo de las parafrenias.

La catatonía experimental colibacilar y las psicosis colibacilares. Los trastornos psicomotores determinados por la toxina neurotrófica colibacilar en la serie animal y en clínica humana.—H. BARUK.—«La Presse Medicale», año XLI, núm. 82. 14 Octubre 1933.

Siendo posible la reproducción experimental del síndrome catatónico por la bulbo-capnina y constituyendo este hecho la demostración objetiva del papel de la intoxicación cerebral en la etiología de la catatonía, era interesante precisar la naturaleza de esta etiología tóxica, ya que se observa en clínica, dos infecciones en los antecedentes de los catatónicos con cierta frecuencia: la tuberculosis y la colibacilosis.

Los trastornos nerviosos que acompañan a la colibacilosis son clásicos y recientemente se han puesto en cuenta del colibacilo ciertos síndromes mentales en relación con las psicosis puerperales sobre todo. Por otra parte, Vincent ha aislado dos toxinas del colibacilo: una hepatotropa y otra neurotrófica.

Experimentando en el gato, pichón y cobaya, Baruk, con toxina colibacilar, neurotrófica a dosis moderadas, ha podido reproducir todos los signos de la catatonía, llegando a los siguientes resultados:

- 1.º La catatonía colibacilar es neta en los animales cuyo sistema nervioso es elevado en organización, confirmando la ley establecida anteriormente con Jong.
- 2.º El mecanismo de su acción parece residir en una acción somnolienta especial;

la toxina colibacilar provoca en toda la serie animal un embotamiento acompañado de reacciones psíquicas particulares: agitación, reacciones emotivas y agresivas.

El interés de estos estudios es colosal y pronto publicará la observación de un enfermo en el que desaparecieron todos los trastornos mentales después del empleo de la sueroterapia.

Sobre las recientes adquisiciones de la fisiología normal y patológica del aparato cerebeloso.—D. NOICA.—«Revue Neurologique», año XL, tomo II, núm. 4. Octubre, 1933.

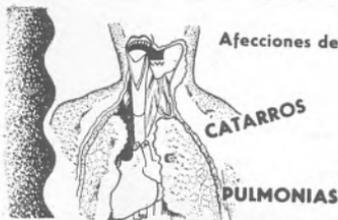
Desde Babinski se saben los síntomas que produce la lesión del cerebelo, y los signos por él descritos, que ponen en evidencia la asinergia, la hipermetría, la adiadococinesia y la catalepsia, prestan indudable valor para el diagnóstico de las afecciones del cerebelo. Para Noica, los tres primeros fenómenos mencionados son consecutivos a la alteración de una sola y única función: la función de la fijación.

Analizando con todo detalle y apoyándose en las investigaciones experimentales de Rademaker, lo que sucede en un sujeto normal y en otro cerebeloso a quienes se empuja hacia adelante, hacia atrás y hacia uno u otro lado, bien lentamente, bien con brusquedad, el autor llega a la conclusión de que la fisiología del aparato cerebeloso se traduce por la presencia de dos funciones: una de fijación y otra de equilibrio. Aunque en clínica se pueda encontrarlas separadamente, normalmente funcionan simultáneamente y se complementan. De su ausencia resultan oscilaciones del miembro que actúa, oscilaciones y desviaciones de nuestro cuerpo, gran debilidad y aun el peligro de caer.

Seis bellas fotografías ilustran y aclaran el trabajo.

Hipotálamo y control de la temperatura.—H. C. BAZETT, B. J. ALPERS and W. H. ERB.—«Archives of Neurology and Psychiatry», v. 30, núm. 4. Octubre 1933.

El tronco cerebral de gatos con descerebración anterior, ha sido estudiado. Los animales tienen la capacidad de reaccionar al frío y regular su propia temperatura a un nivel normal, y probablemente desarrollando fiebre, en ausencia del cuerpo estriado y del tálamo. La presencia o ausencia del control de la temperatura, parecen estar asociadas a la preservación del hipotálamo hasta el límite cefálico de los cuerpos mamilares; el área lesional incluyó los núcleos que rodean al suelo del tercer ventrículo y a los núcleos infundibulares. Tales animales no mostraron la hiperpnea normal expuestos al calor excesivo.



Afecciones de las vías respiratorias

HEPATOBRON

PECTORAL FORTIFICANTE

DEL

DR GRAIÑO

Sobre las relaciones patogénicas del virus tuberculoso con la demencia precoz.—

H. CLAUDE, F. COSTE, J. VALTIS et F. VAN DEINSE.—«L'Encéphale», año XXVIII, núm. 8. Septiembre-Octubre 1933.

Las discrepancias que se observan entre los autores sobre la cuestión, dependen en gran medida de la idea que se tenga de los estados esquizofrénicos y para que sean fructíferas las investigaciones que se realicen sobre la etiología de los mismos, es contraproducente aferrarse al criterio unicista de Bleuler, basado solamente en el mecanismo psicológico de la disociación mental. Es más útil distinguir: 1.º la hebefrenia-catatonía, tipo Morel, que correspondería a una verdadera encefalitis de substratum orgánico o al menos tóxico; 2.º los estados esquizoides que van de la esquizoidia simple a la esquizofrenia completa, estados mentales puros, psicógenos, engendrados sobre todo por las alteraciones humorales que resultan de traumatismos morales o afectivos. Es en los casos de la primera categoría en los que el papel de la tuberculosis debe ser investigado, y si los psiquiatras y bacteriólogos se hubieran inspirado en ello y hubieran elegido los casos que ellos estudiaban, sus resultados serían, quizás, comparables.

Después de repasar los resultados obtenidos hasta ahora, aportan un primer resultado de sus investigaciones. Conciérne a veintisiete enfermos: diez y nueve dementes precoces y ocho testigos afectos de enfermedades nerviosas y mentales diversas. En algunos han practicado inoculaciones en monos y este estudio está en curso; en este trabajo sólo tienen en cuenta las inoculaciones en los cobayas y las reacciones alérgicas. La sangre y el líquido céfalo-raquídeo han sido inyectados al menos a tres animales, conservado uno como testigo y los otros dos tratados por el extracto acetónico del bacilo de Koch; a los enfermos se les hacía la cuti y a la mayor parte la intradermorreacción a la tuberculina y al ultravirus.

De los resultados que detallan, deducen: 1.º Se puede, por inoculación a los cobayas, poner en evidencia frecuentemente en la hebefrenia-catatonía, bacilos tuberculosos, sea a partir de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo, sea de uno o de otro. 2.º No hay diferencia importante, en cuanto a las reacciones alérgicas, entre los dementes precoces y el grupo de los testigos; inclusive parece observarse en los dementes precoces una debilidad relativa de la alergia tuberculosa, lo que está conforme con la idea de una infección por el ultravirus.

Sus resultados podrían, pues, ser interpretados como un argumento en favor del papel predominante jugado por el ultravirus tuberculoso en la demencia precoz tipo hebefrenia-catatonía.

Si estas ideas se confirmaran, podrían deducirse consideraciones de alto valor, no sólo en el aspecto etiológico de la demencia precoz, sino en el fisiopatológico. Habría que admitir una infección tuberculosa de altura especial—¿por el agente?, ¿por el terreno?—y estaríamos en caso semejante al actual de la parálisis frente al treponema.

J. M.^a VILLACIÁN

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

TUBERCULOSIS

El papel de las cisuras interlobares normales y supernumerarias en el brote parenquimatoso de la tuberculosis pulmonar.—J. STEPHAN y R. KIRSCH.—«Pres. Med.» núm. 80. 1933.

Los autores comienzan exponiendo cómo, por la importancia que se ha dado últimamente al origen hemático de las formas condensantes parenquimatosas, su concepto de la cuestión, esencialmente linfógeno, ha pasado a un segundo plano. Atribuyen una gran importancia a la cisura como origen de estas formas, y se preguntan en qué proporción un foco, está aparentemente aislado en pleno pulmón, y en qué otra reposa sobre una cisura normal o supernumeraria invisible en la placa.

Estudian las cisuras, y contra la descripción un poco esquemática desde el punto de vista anatómico, exponen las variantes múltiples que pueden producirse, por las diferentes incidencias al impresionar las radiografías, así como por las anomalías anatómicas, y deducen de ello que apenas hay región pulmonar que esté muy alejada de una cisura. Entre dos mil radiografías estudiadas, los autores deducen que todos los casos de lesión parenquimatosas, bien fueran infiltrados precoces o focos metastáticos, aunque al parecer diera la sensación de estar aislado, un buen estudio con placa tomada en incidencia travesera aparecía la relación con la cisura.

Terminan diciendo que para que un foco aparezca aislado, basta que el segmento de cisura sobre que asienta, no esté en el plano de rayos que le interesa, y que la vía de propagación interlobar tiene una indudable importancia en la génesis de los focos condensantes pulmonares.

La alcoholización del nervio frénico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.—J. MORIN y R. RAUTUREAU.—«Revue de la Tuberculose», núm. 8 1933.

La alcoholización del nervio frénico fué preconizada por Heuschen en 1916, con objeto de paralizar temporalmente el diafragma, y siendo el primer trabajo importante sobre el asunto el de Cordey y Philardeau en 1931. Los autores ante algunos casos en que la acción de la frenicectomía, no permitía esperar un éxito y en los que muchas veces convenía realizar una apicolisis con plombaje parafinado, en que conviene conservar el movimiento diafragmático, se preguntaron si era preferible realizar una exéresis, originando una parálisis definitiva y que muchas veces iba a ser ineficaz. En esta situación se decidieron por provocar una parálisis temporal del diafragma con objeto de comprobar la utilidad de la intervención.

Para realizarla, los autores operan a «cielo abierto», con objeto de inyectar con plena seguridad en el frénico, ya que de otra manera a ciegas, el líquido cáustico alteraría vasos y nervios importantes vecinos. Intervienen pues igual que para hacer una frenicectomía, y una vez descubierto el nervio, inyectan con una aguja muy fina unas gotas de alcohol absoluto en el nervio, evitando una distensión exagerada para evitar su rotura, y realizando esta maniobra en dos puntos distintos.

Las indicaciones son pues, en casos de sínfisis pleural, haciendo imposible el neumotórax, o aun en casos en que éste es posible si existe una gran cavidad periférica, como en casos en que habiendo regresado las lesiones una parálisis temporal, puede resultar útil, así como cuando en una lesión apical se desea probar el efecto de la parálisis diafragmática.

Los resultados obtenidos por los autores, son los siguientes: De 13 casos, obtu-

PROKLIMAN

MARCA



“CIBA”



Frascos de 40 comprimidos

Asociación racional de hormona ovárica y de sustancias sedantes, descongestivas y cardiotónicas, para el tratamiento de los trastornos de la
MENOPAUSIA

Dosis: 2 a 3 comprimidos 1-2 veces al día

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGON, 285

BARCELONA

APARTADO 744

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir.—Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas.

Rápida antiseptia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

HEMOBICAL: Aperitivo hematógeno rápido, antituberculoso, vigorizador, recalcificante único.

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

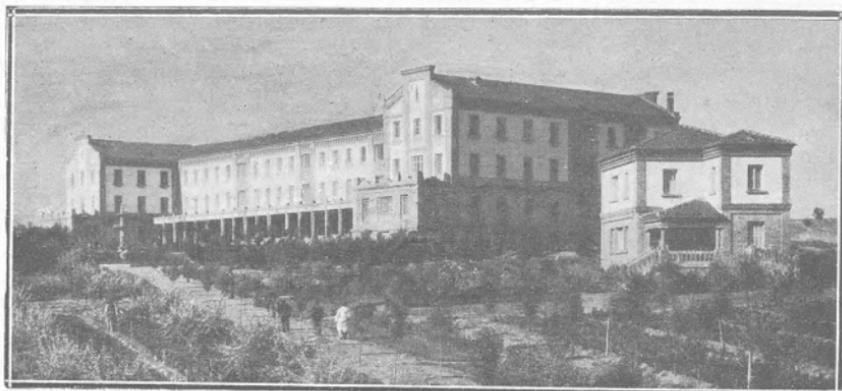
Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844



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 intracasternal 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
GATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

**INYECTABLE 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 resecaación producida por el Gomenol.

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

vieron parálisis inmediata y completa en 11, y desaparición de ésta al cabo de cinco meses y medio aproximadamente (2 meses como mínimo y 12 como máximo).

La freni-alcoholización no constituye pues un método autónomo de tratamiento sino solamente un medio de prueba, para juzgar si la exéresis sería útil. El hecho de una segunda alcoholización será excepcional.

GARCÍA LORENZANA

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAGÍA

Las dermatitis enterocócicas de los niños de pecho y su proceso evolutivo.—M. et Mme. MONTLAUR.—«Soc. de Pédiatrie» 17 Octubre 1933. París.

Los autores que en una comunicación al Congreso Internacional de Dermatología de Copenhague y en las páginas de los «Ann. de Dermatologie», principalmente habían expuesto sus interesantes trabajos, quieren, después de cuatro años de observación clínica, sacar las conclusiones que les parecen mejor establecidas y que han soportado la prueba del tiempo.

Para los autores las deposiciones de ciertos lactantes contienen una abundante cantidad de enterococos que colonizan al nivel de la región ano-genital determinando el eritema glúteo que los autores consideran como dermo-epidermitis microbiana.

Las paraqueratosis que acompañan a los eritemas glúteos y que invaden los miembros superiores, el tronco, la región cervical, la cara, el cuero cabelludo, deben de ser considerados como una reacción de defensa del tegumento a las toxinas del enterococo, como un fenómeno de sensibilización, por lo tanto como una reacción segunda. Este es el antiguo eczema seborreico del lactante.

Los autores consideran la vacuna enterocócica «per os» que emplean desde 1930 como el mejor desensibilizador y como la terapéutica mayor de las reacciones cutáneas que ellos han agrupado bajo la rúbrica de dermatitis enterocócica y enterococides de los niños de baja edad.

El saprofitismo de los gérmenes venéreos.—P. DUREL.—«Ann. de Maladies Venériennes», núm. 6. Juin, 1933, pág. 401.

La presencia de gérmenes de enfermedades venéreas en un sujeto sano, no en incubación ni en convalecencia de una enfermedad venérea, prueba el saprofitismo de los gérmenes venéreos y el autor considera en su estudio las investigaciones realizadas para los diferentes gérmenes.

Para el gonococo y el bacilo de Ducrey, está fuera de duda la realidad del saprofitismo y si se hicieran investigaciones sistemáticas, se apreciaría la frecuencia.

Siendo escasas las investigaciones realizadas en este sentido respecto al treponema, no puede aportarse conclusión definitiva, aunque los elementos de juicio que hoy poseemos, son favorables al saprofitismo.

En algunos casos sería plausible la idea de la posibilidad del saprofitismo del germen o virus de la enfermedad de Nicolás-Favre (linfogranulomatosis inguinal). si bien la pluralidad de aspectos de esta enfermedad dificulta el estudio.

Se comprende el interés de estos estudios desde el punto de vista de la profilaxis e incluso de la medicina legal, pero por el momento es difícil estimar con exactitud el peligro real de este saprofitismo.

Sobre el tratamiento de la blenorragia por la malarioterapia.—V. MUCHA und O. RIEGER.—«Wien. Klinische Woch.» XLVI, núm. 23, Junio 1933, pág. 719.

Revista sobre los trabajos anteriores y exposición de los resultados logrados en 218 casos de blenorragia tratados por los autores con un 70 por 100 de éxitos.

Bastantes de los enfermos tratados eran sífilíticos en curso de tratamiento.

A propósito de las relaciones existentes entre los síndromes génito-ano-rectales y la enfermedad de Nicolás-Favre.—DEL VIVO.—«Giorn. Italiano di Dermat. e Sifil», vol. LXXIV, fasc. 3. Junio 1933, pág. 735.

La reacción de Frei (intradermoreacción con antígeno preparado con extracto de ganglio linfogranulomatoso) positiva en numerosos casos de estiomene, de elefantiasis de los órganos genitales y del orificio anal, así como en el llamado sífiloma ano-genital, hace que numerosos autores consideren estos síndromes como formas atípicas de la enfermedad de Nicolás-Favre. Por Jersild (de Copenhague) ha sido descrito un síndrome complejo: el síndrome génito-ano-rectal.

Del Vivo, confirma la existencia de este síndrome y aporta cuatro observaciones personales. Las investigaciones realizadas por el autor, le llevan a concluir que el virus de la enfermedad de Nicolás-Favre es capaz de determinar ciertos síndromes génito-ano-rectales; sin embargo, hace notar que la presencia de una intradermoreacción positiva, no se puede atribuir sistemáticamente al virus linfogranulomatoso todas las alteraciones morbosas. La incertidumbre que existe aún sobre el virus de la enfermedad de Nicolás-Favre, su modo de contagio y de propagación, así como la posible asociación con otras enfermedades venéreas y en particular con la sífilis, capaces de dar manifestaciones morbosas análogas, le hacen formular algunas reservas.

LEDO

CIRUGÍA

Tratamiento quirúrgico de la hemorragia profusa aguda del estómago.—HANS FINSTERER (Viena).—«Journal de Chirurgie». Noviembre 1933.

Ya en 1857, Miculiez propuso que la hemorragia aguda de estómago podía ser y era tratada quirúrgicamente; nueve años más tarde, Könlein resucitó aquella idea y en la actualidad la mayoría de los cirujanos alemanes y muchos extranjeros se han enrolado a esta opinión. El autor de este artículo en 1918 presentó ya una estadística de 18 casos y decía que era necesario operar lo antes posible en la hemorragia aguda de estómago. Pero varios cirujanos se opusieron y creían aún que los resultados obtenidos eran inferiores a los que se obtenían por el tratamiento médico. Basado en 1927, admitía la intervención en los casos de hemorragia recidivante y con anemia, pero decía estaba contraindicada en la hemorragia profusa. Es regla de

Amenorreas
menorragias
Dismenorreas

VAGOTONIL

Ovario y
Luminar y
Compuestos

cirugía que se debe hacer la hemostasia por ligadura de la arteria sangrante o por presión renunciando a aquella tan solo cuando el vaso es inabordable. En una úlcera callosa puede el vaso ser puesto fácilmente de manifiesto, ya que hecha una laparotomía se pueden observar los vasos alejados. En la época en que se iba contra el tratamiento quirúrgico se hacían siempre las estadísticas de mortalidad en casos bien diferentes, en muchos de los cuales ya había fracasado el tratamiento médico y eran llevados a la operación como último remedio, ya que sin ella hubiesen muerto, de este modo es natural que los resultados fueran letales en gran número.

Hace notar después que los resultados por el tratamiento médico y el quirúrgico no pueden ser comparados, más que si de una parte el internista trata sus casos hasta el fin y sin enviar ningún caso al cirujano y de otra parte si el cirujano recibe todos los casos para ser operados sin antes haber perdido un tiempo precioso en otros tratamientos. Cosas irrealizables, pues a ningún internista se le puede hacer renunciar a llevar a cabo sus medios terapéuticos por el solo capricho de hacer una estadística.

También interesa saber la importancia de las hemorragias, pues pueden ser pequeñas perteneciendo a úlceras planas y se tratan médicamente, hemorragias grandes correspondientes a erosiones de grandes vasos y que se tratan con mayor éxito por los procedimientos quirúrgicos. Cita una comunicación de Bulmer, internista que sobre 526 casos de hematemesis por diferentes causas, registra 218 por úlcera aguda con una mortalidad de 3 por 100, de 249 casos de hemorragias por úlcera crónica con un 11,5 por 100 de mortalidad. Los hombres presentan una mortalidad mayor que las mujeres.

Tan solo se pueden tratar con los casos tratados médicamente, aquellos casos que van directamente a la operación y en los cuales los órganos parenquimatosos no estén afectos por la anemia. Las estadísticas que se hacen de intervención como único tratamiento, son aquellas que comenzaron por una gran hematemesis, ya que los casos de pequeñas hemorragias no son intervenidos. La estadística del autor cuenta con 46 casos de los cuales tuvo dos muertes, es decir un 4,3 por 100. Opina que en casos con úlceras en las condiciones dichas y con grandes hemorragias, se debe siempre intervenir.

El autor en los diez últimos años, tan sólo dejó de intervenir en dos casos, uno de los cuales se había intervenido días antes para hacer una extirpación del ciego tuberculoso y en el otro porque la hematemesis evolucionó coincidiendo con una perforación de apéndice.

La erosión de un vaso notable suele ser mortal, pero cita casos de erosiones de la esplénica por ejemplo en los cuales se hizo una ligadura y el enfermo salvó. Sería necio creer que la erosión de estos vasos se llevaba a cabo por una gran superficie y con cierta velocidad, y explica cómo se va lesionando con lentitud y capa por capa, y luego la superficie de erosión es pequeña y va agrandándose, y se observa además cómo en las úlceras callosas se encuentra la íntima del vaso fuertemente engrosada. Relata un caso de erosión de la coronaria estomáquica en un médico que padecía del estómago desde hacía 20 años, habiendo tenido varias hematemesis y melenas, en este enfermo se intervino cuando llevaba horas de hemorragia, con anestesia local, la erosión era a un centímetro del tronco celiaco y después de ligada se le hizo una resección con anastomosis Hofmeister-Finsterer. Después de un tratamiento adecuado post-operatorio, falleció a las veinticuatro horas.

El tanto por ciento mayor de las hemorragias agudas profundas del estómago es debido a ulcus crónico, menos veces a cirrosis hepáticas, menos a cánceres gástricos y

las menos a trombosis de la porta, etc. Cuando el diagnóstico de las lesiones productoras de la hemorragia no esté claro se procurará hacerlo durante la laparotomía, que con anestesia local no es peligrosa. La operación inmediata no sólo cura la hemorragia sino que evita una probable perforación. Recomienda siempre que sea posible la ligadura del vaso, pero si no como hemostasia más perfecta la resección de la superficie sangrante. Hace notar la conveniencia de evacuar el intestino de la sangre que en él se encuentra para evitar la intoxicación que produciría esta sangre digerida. Pochet llevaba a cabo una cecostomía y hacía lavados con sulfato sódico. Recaba como condición indispensable la anestesia local así como la colocación del enfermo después de la intervención en posición de Trendelenbourg para evitar la parálisis de los centros bulbares por anemia. Termina diciendo que la intervención por hemorragia aguda requiere experiencia, pero que puede ser practicada en la práctica hospitalaria por el jefe clínico o un ayudante experto.

ALLUÉ HORNA.

Tratamiento de las osteomielitis por el bacteriófago.—F. H. ALBEE.—«*Journ of Bone and Joint Surgery*», vol. XV.

Este autor trata las osteomielitis, basándose en la aparición automática de un principio lísico, de un bacteriófago en el interior de la herida a condición de que no se inyecte ninguna sustancia irritante. Los apósitos raros de intervalos largos, han sido preconizados desde largo tiempo por los cirujanos franceses. En América, Orr, desde 1933, después de trepanar el foco osteomielítico, coloca un apósito de gasas vaselinadas y encima un enyesado que deja intocable durante semanas. Albee utiliza un procedimiento algo parecido. Verifica la ablación de secuestros, limpieza del foco y cultivo del pus. En la herida inyecta a fuerte presión una mezcla líquida fundida de parafina y vaselina (75 por 100 de parafina y 25 por 100 de vaselina); si el foco es profundo y situado por debajo de espesos músculos, la mezcla es de 90 por 100 de parafina y 10 por 100 de vaselina. La mezcla debe rellenar la herida en sus menores rincones. Coloca entonces un catéter hasta el fondo de la cavidad ósea y el extremo accesible se recubre de gasa estéril emergiendo del apósito que también se enyesa. Si el laboratorio lo permite, se inyecta por el catéter 10 centímetros cúbicos de bacteriófago específico una o dos veces por semana, inyección que reforzará la acción del bacteriófago desarrollado espontáneamente.

Al cabo de ocho semanas, se levanta el enyesado y el apósito; se limpia la herida

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

suavemente sin traumatizar la superficie de granulación. Si no está curada del todo se repite el tratamiento siendo necesarios tres apósitos habitualmente. En unos 100 casos tratados por este método el tiempo medio de curación fué de seis meses.

El tratamiento de las quemaduras.—P. H. MITCHNER (Londres).—«The British medical Journal», núm. 3767.

Este autor ha estudiado las estadísticas de quemaduras tratadas en el hospital de St. Thoma's desde 1894, comprobando que la mortalidad general ha descendido del 30,8 por 100 al 2,4 por 100 en nuestros días.

Los procedimientos terapéuticos han variado esta mortalidad correspondiendo la cifra de 30,8 por 100, al uso predominante de los baños de ácido bórico, la de 25,8 por 100 al empleo de la solución acuosa de ácido pícrico al 2 por 100 y parafina a los 3 o 4 días. Desde 1929 el uso del ácido tánico ha rebajado la mortalidad al 24 por 100. Este se emplea en solución al 2 por 100 adicionada de percloruro de mercurio al 1 por 2.000. Como este líquido se alteraba fácilmente, se prepara en polvo y tabletas que se disuelven en agua caliente en el momento de usarle.

Insiste además en la utilidad de verificar una buena limpieza y toilette de las bletas que se disuelven en agua caliente en el momento de usarle.

L. GARCÍA CABELLO



BIBLIOGRAFIA

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

Hace escasos meses, en estas mismas páginas analizamos con la extensión merecida el primer tomo de la interesante obra del profesor Ceconi, de la Real Universidad de Turín y comentamos la beneficiosa tarea que bajo los auspicios de la editorial Usón se acomete con la traducción de este tratado de medicina interna, exponente de la pujante clínica italiana.

En un volumen de cerca de novecientas páginas, ilustradas con centenar y medio de figuras en color y en negro, son estudiadas en amplios capítulos las enfermedades de los órganos de la circulación, las enfermedades de los órganos digestivos, las del peritoneo, las enfermedades del hígado, de las vías biliares y las del páncreas.

Al examinar el volumen primero, hacíamos notar, imperaba en la obra el criterio de dar comienzo a la exposición de las diversas materias, por el recuerdo de la anatomía, fisiología y fisiopatología, así como un breve resumen de la etiología general, diagnóstico general con notas sobre la semiótica correspondiente y atinadas consideraciones pronósticas.

Bajo esta misma orientación se escriben los capítulos enunciados cuidadosamente escritos por Sixto (de Módena) y Ceconi, los que versan sobre las enfermedades del aparato circulatorio. Con gran competencia trata Gasbarrini (de Padua) de las enfermedades de la boca, esófago, estómago y duodeno. Dalla Volta (de Bolonia) estudia las enfermedades inflamatorias del intestino, estenosis, oclusión, las lesiones tumorales, las afecciones del recto y de la S iliaca y en pequeños capítulos, no obstante muy completos, los divertículos del intestino, la enteroptosis, las neurosis del intestino, dedicando unas páginas al morbo celiaco (infantilismo intestinal de Herter) de tan oscura etiopatogenia. Termina esta parte con el estudio de los vasos del intestino.

El estudio de las diversas parasitosis intestinales, lo desarrolla Girardi (de Turín); Schupfer (de Florencia), trata extensamente las enfermedades del peritoneo. Con toda precisión son estudiadas las enfermedades del hígado y las afecciones de las vías biliares por Gamma (de Siena) y Aresu (de Cagliari) respectivamente, dando remate a este segundo volumen, la exposición de las enfermedades del páncreas que realiza el último autor mencionado.

Un minucioso índice alfabético, completa este volumen digno continuador del primero y que como él está irreprochablemente traducido por persona tan competente como M. Montaner.

Renovamos nuestro aplauso a la Editorial M. Usón.

L.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

DOCTOR RICARDO LOZANO, catedrático de Patología quirúrgica en la Facultad de Medicina de Zaragoza.—**Estampas de equinocosis.**—Un tomo de 200 páginas, con 12 láminas fuera de texto. Editorial científico-médica. Barcelona, 1933.

El docto profesor de Zaragoza, ha publicado en el presente año el libro que reseñamos, de contribución al estudio eminentemente clínico de la equinocosis. Ya en 1931 publicó otro titulado «Equinocosis», en el que detallaba la Patología de esta afección.

Consta el presente tomo de veintitantos capítulos, especialmente dedicados los más, a reseñar varios de los 320 casos operados por el autor y a exponer, con toda la autoridad de que goza, teorías e hipótesis de innegable interés para el conocimiento de la hidatidosis humana.

Contiene aspectos tan notables como la teoría de la superficialidad y erroneidad del equinococo, así como la del tropismo y afinidad especial del mismo por determinados tejidos y órganos, dejando en el ánimo del lector, en situación precaria, la hasta hace poco predominante teoría mecánica de la implantación del exacanto. Con estas bases, resalta la clasificación que hace de los quistes de pulmón en «someros» y «hondos», sacando conclusiones para la técnica operatoria. Destacan también en el libro los capítulos dedicados a la enseñanza proporcionada por siete casos de quistes hidatídicos de pulmón, operados en un mes; un caso de equinocosis del corazón y otro de equinocosis de la órbita, ambos muy interesantes.

Aduce nuevos criterios en cuanto a la interpretación de la naturaleza probable de las reacciones biológicas, utilizadas en el diagnóstico.

Además ilustran el tomo unas láminas seleccionadas de sus observaciones personales, copias de fotografías y radiografías, muy explicativas. En una de ellas nos muestra el «trocar» construido bajo la dirección del doctor Lozano, para quistes de pulmón, en los casos que requieran su aplicación, tendente a evitar la caída del líquido hidatídico en cavidad pleural y la operación en dos tiempos rechazada por el autor. Cierra el libro, un índice de materias y una documentada bibliografía que hacen del mismo un libro interesante y necesario al cirujano en general.

L. GARCÍA CABELLO

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.**

EL PREMIO NOBEL DE MEDICINA, 1933

Con asistencia de la familia real, acaba de tener lugar en Estocolmo, a mediados del presente mes, la solemne entrega de los premios Nobel correspondientes al año 1933. Como es sabido, se trata del más alto y preciado galardón que anualmente se concede a las figuras más destacadas en las principales ramas del saber humano. El acto se celebró con el tradicional esplendor en el Palacio de Conciertos de la capital sueca, y cada uno de los favorecidos tuvo por dama a una princesa de la casa real. El príncipe heredero, Gustavo Adolfo, pronunció el discurso oficial de apertura, ensalzando la figura de Alfredo Nobel, y entregando después, personalmente, a los laureados, los respectivos premios. La ceremonia terminó después de cantar los asistentes el himno sueco a los acordes de la Marcha del Homenaje de Grieg.

A continuación, se celebró el banquete de ritual, brindando todos los comensales y guardándose un minuto de silencio en honor del fundador del famoso premio. Asistieron al acto todos los representantes diplomáticos, con excepción de la señora Alexandra Kollantai, ministro de la Unión Soviética en Estocolmo, la cual se excusó alegando una indisposición, pero en realidad se debió a considerar incompatible su presencia con el premio Nobel de literatura Ivan Bunin, escritor ruso no soviético, que vive emigrado en París.

En dicha sesión el premio de Medicina fué adjudicado a un hombre, que si bien es un sabio de primera magnitud, es también un hombre de extraordinaria modestia, apenas conocido del gran público, pues aparte el humilde cariz de su vida, vive desde hace muchos años recluso en su laboratorio, permaneciendo completamente alejado del mundanal ruido de los círculos sociales, donde pasan como genios tantos falsos sabios de relumbrón.

Se trata del profesor americano, doctor Thomas Hundt Morgan, uno de los hombres de ciencia más destacados de los Estados Unidos, especializado en problemas de alta biología, muy conocido entre los biólogos y filósofos del mundo entero por sus admirables estudios e investigaciones acerca de la herencia, principalmente en sus aspectos embriológicos.

El doctor T. H. Morgan, nació ya mediado el siglo pasado, el 25 de Septiembre de 1866, en la ciudad de Lexington, enclavada en el viejo condado de La Fayette del estado de Kentucky. Estudió en diversos Colegios y Universidades, recibiendo el título de doctor en ciencias, el año 1890 en la célebre Universidad de Johns Hopkins, obteniendo el título de doctor en Derecho y en Filosofía, en la misma Universidad, el año 1917.

Fuó profesor de biología en Bry Mawr, desde 1891 a 1904, pasando en este último año a desempeñar una cátedra de zoología experimental en la Universidad de Colombia, donde en condiciones miserables, en medio de penurias sin cuento, agravadas por un terrible accidente que estuvo a punto de costarle la vida, inició sus importantes estudios experimentales sobre el problema de la herencia. En dicha Universidad permaneció desde 1904 a 1928, fecha en que pasó a dirigir el Laboratorio de ciencias biológicas del Instituto Tecnológico de la Universidad de Pasadena en California, célebre por haber destacado en ella tantas glorias de la ciencia americana. Allí, rodeado de los mejores medios de trabajo e investigación y auxiliado por una brillante pléyade de jóvenes y hábiles investigadores venidos de todos los países, Thomas Hundt Morgan, realiza sus más trascendentales estudios, sus concepciones más geniales, sobre los in-

trincados problemas, que un día abriera a los ojos del mundo, el humilde agustino fray Gregorio Mendel. En dicho cargo y a los 67 años de edad, recibe en su ya débil pecho de anciano, la medalla del premio Alfredo Nobel.

El sabio americano es miembro de las principales asociaciones científicas de los Estados Unidos, en las que ha desempeñado y desempeña aún los cargos de mayor confianza y presidiendo algunas de ellas. Es miembro igualmente destacadísimo de muchas Sociedades del extranjero, incluyendo la Real Sociedad de Londres y la Academia de Leningrado. Es autor también de muchos libros científicos, que han pasado a ser clásicos en sus respectivas materias y que son ampliamente citados por todos los modernos tratados generales y especiales de Biología, Psicología y Filosofía. Tales libros revisten extraordinario interés, no sólo para el médico y el biólogo, sino también para todo intelectual que quiera conocer el estado actual de estos puntos fundamentales de la materia. Abunda además en ellos una gran erudición y están escritos con extraordinaria amenidad.

Entre los volúmenes que mejor resumen sus luminosos trabajos y su copiosa labor experimental y de investigación merecen destacarse sobre todo, los siguientes: «El desarrollo de la rana», «Evolución y adaptación», «Mecanismo del mendelismo», «Bases físicas de la herencia» y «La teoría de los genes».

RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

EL PROFESOR NOVOA SANTOS

Apenas si para un solo profesional, ha de ser una novedad la muerte del profesor Novoa, y mucho menos podemos pretender descubrir ante éstos, la personalidad del maestro de la Universidad Central, orlado por gracia de sus indiscutidos méritos de una aureola de inmensa popularidad, tanto en nuestra patria como fuera de ella.

Si por esta razón y por haber sido objeto de notas necrológicas en la prensa diaria, alguna insuperable—anótese la de Marañón en «El Sol»—, la justificación razonada de unas líneas más, está ausente, debo explicar en virtud de móviles sentimentales la existencia de éstas; y no porque juzgue ya agotado el papel impreso que lleve el nombre del patólogo y clínico excepcionales en la galerada, sino porque pienso, que en lo sucesivo, ha de quedar reservado a empresas de más elevada entidad: a las notas con severo contenido biográfico, para las que hoy estoy incapacitado, o al enjuiciamiento crítico y elevado de la labor que realizó.

Mi postura sentimental con respecto a Novoa Santos, es la de tantos y tantos colegas actuales: de discípulo suyo antes de haberle conocido; y mi voz—a la que por desdicha no he de saber prestar la resonancia patética exigible—no ha de ser sino la portadora del duelo del discípulo desconocido. No hace aún tres meses que explicaba yo la primera lección de Patología general de mi vida académica, ausente en absoluto a la enfermedad que le había enjuiciado definitivamente, y me veía forzado a consignar su nombre ilustre, como el de mi maestro de Derecho, junto al de mi insigne precursor—el venerable profesor Corral—y el de mi maestro de hecho por antonomasia, el profesor Bañuelos. Y es que fué su conocida obra, en la que supo depositar de una ma-

nera maravillosa su personalidad de conocedor irredimible de los problemas de la Patología, la que como a tantos me proporcionó por vez primera, agrado e incluso diversión en el estudio de los mismos; y entonces—tan lejos de pensar en la inminencia de su desaparición—tenía que confesar que, como para tantos otros, tras la aridez de paramera con que en tratados por lo demás excelentes, me había iniciado en los estudios anatomofisiológicos, el «Tratado de Patología general» del profesor Novoa Santos, había representado para mí, un verdadero oasis: un libro que a su extraordinaria densidad científica—en mi opinión no superada por la de ningún otro Tratado de su extensión—unía un tan grande interés, que permitió que fuese mi libro predilecto a la cabecera de la cama, en los escasos minutos consagrados a la lectura amena antes de entregarnos al sueño. Y no es esta sola, con ser la más característica, la única publicación que nos unía al insigne maestro, haciéndonos pensar y sentir con él a centenares de kilómetros. Su productividad ha sido suficientemente considerable, para no temer que una enumeración a la fuerza prolija dejase sin cita algunas de ellas; y por otra parte no lograríamos sino reproducir conocimientos demasiado populares. Pero, ¿cómo no pensar en los actuales momentos en el calofrío de emoción que conmueve al lector al correr de las páginas maravillosas de su «instinto de la muerte»? ¿Cómo no recordar la descripción de la «Saudade»? Esa emoción no exenta de curiosidad con que los nacidos en tierras en que no se siente, descubrimos toda la emoción colectiva de una determinada región ante la imagen de ella; todo el deseo de conjunción con su tierra que en ella late, y de la que estamos bastante ausentes los que acostumbramos nuestras retinas de niños al panorama rudamente escalofriante del labriego castellano en lucha—que no en armonía—con la tierra que lo apoya...

En la suave tierra gallega que tanto anheló, a la que también supo escuchar y acertó a reproducir, ha encontrado el profesor Novoa Santos el rincón acogedor para su último descanso, un descanso terriblemente prematuro. Las curvas matroniles de la silueta gallega albergan una vez más en su seno a uno de sus hijos dilectos. En la paz inmensa de esa quieta Galicia encontró Novoa la satisfacción del impulso fanático, de ese instinto ingénito que suaviza a través de las contingencias de la vida la dramática necesidad del no ser, ese anhelo de reposo infinito habitualmente oculto en las más oscuras zonas del subconsciente. La Medicina que elabora en el cadáver del caído las posibilidades de alivio del doliente, no ha de dejar a su nombre en ese eterno reposo; y el de aquél que tan sagazmente escudriñó los misterios de la vida y del más allá, seguirá como luminaria poderosa, iluminando con la claridad de su doctrina, el cerebro de los ansiosos de saber.

Valladolid, Diciembre.

JOSÉ CASAS.

Índice de autores de artículos originales

	PÁGS.
Alonso Cortés (N.).....	619
Alvarez Crespo (A.)	87
Alvarez (R.)	281
Allué Horna (A.)	595
Andrés Bueno (Vicente de)	346
Baena Baena (V.)	44, 271 y 655
Baeza (Emilio)	341
Bañuelos (Misael)	135
Barrio de Medina	102, 160, 223, 279, 356, 409, 525 y 661
Calero Orozco (Daniel)	495
Canto (Nicolás)	443 y 653
Cuadrado (Fernando)	264
Curschmann (W.)	510
Diez Fernández (Carlos)	321
Fernández (José)	321
García Cabello (P.)	14
García Cabello (D.)	595
García Lorenzana (F.)	79, 158 y 266
García Vélez	213
Gavilán (Marcelino)	844
Gómez Sigler (J. J.)	51
González Calvo (Sandalio).....	139
González Calvo (Vicente)	65 y 487
Ledo (Eduardo)	193, 449, 521 y 568
Martínez Bruna (J.)	26
Martín Escobar (Marcos)	94 y 385
Martínez Sagarra (José María)	253
Nogales (B.)	5 y 255
Pelegrín (Alberto)	264
Pérez Sáenz de Miera (Jesús)	443
Querol (F.)	655
Rodríguez (Félix)	259
Rosa y Silva (Emilio de la)	201
Royo Villanova y Morales (Ricardo)	145, 215, 346, 390 y 553
Sáez (Lorenzo)	54 y 529
Sáenz de la Calzada (I.)	549
Sebastián Herrador (Miguel)	206 y 611
Schlesinger (Profesor Hermann)	261
Sierra y Val (Salvino)	311
Suárez Sinova (Luis)	500
Vaquero (J. L.)	275
Verdes Montenegro	375
Villacián (José María).....	431
Zapatero (Emilio)	332 y 454
Zapatero (Faustino)	543

Índice de artículos originales

	Págs.
Abceso de fijación en terapéutica mental.—El	5
ácido láctico. El—como factor acidósico	611
anemia perniciosa de Biermer	44
antivenérea. La lucha—; el abolicionismo de la prostitución y el certificado prenupcial	5
asamblea. La—de Médicos titulares Inspectores de Sanidad	54
asma bronquial.—Sobre el.....	79
alergias físicas.—Contribución al estudio de las	139
arritmia completa (fibrilación auricular, casos clínicos)	271
artropatía deformans y anafilaxia en las articulaciones	341
accidentes del trabajo agrícola. Cursos sobre	346
atropellos. Los—en la vía pública desde el punto de vista médico legal	553
abolicionismo. La lucha antivenérea; el—de la prostitución, el certificado prenupcial	51
Biermer.—Anemia perniciosa de	44
bacteriología de la tuberculosis.—Modernas orientaciones en	332
Banti.—Síndrome de	487
conducta del práctico ante un demente agitado	155
cistitis. La—después de nefrectomía por tuberculosis	253
contractura de rodilla, curada por intervención bucal	549
Diagnóstico (véase tuberculosis, infarto, etc.).	
deformidades nasales.—Corrección de.....	844
dermatosis medicamentosas.—Sobre las	193
deformans. Artropatía—y anafilaxia en las articulaciones	341
deformidades torácicas y tuberculosis pulmonar	495
demente agitado.—Conducta del práctico ante un	155
daciocistorrinostomía.—El fresado según la técnica de Gutzait en la	213
derrotismo improductivo y doloroso	519
digital en el edema pulmonar agudo de las lesiones mitrales.—La	655
Eventración diafragmática.—Un caso de	201
edema pulmonar agudo. La digital en el—de las lesiones mitrales	655
equinococosis	595
encefálico.—Síndrome post-	206
enfermedades mentales.—Etiología general de las	431
examen vestibular.—El	500
Faringe. La—humana como órgano de la voz e instrumento musical. Su meca- nismo	311
Gutzait. El fresado según la técnica de—en la daciocistorrinostomía	213
Gradenigo.—Un caso de síndrome de	259
Heridas por instrumentos punzantes	145
hernia de Richter.....	653
hidatídico. Un caso de quiste—pulmonar bilateral	385
higienización de la leche.—Los procedimientos modernos de	454
Infarto miocárdico.—El diagnóstico clínico del	87
infiltrado precoz. El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar inicial en el adolescente y en el adulto.—El	94
introducción al estudio de la crisis de la profesión médica	215
intoxicaciones. Síntomas y tratamiento de algunas—prácticamente importante. Lucha antivenérea; La—el abolicionismo de la prostitución y el certificado prenupcial	261
lóbulo azigos y tuberculosis	51
localización de las lesiones abdominales por medio de la inyección intravenosa de morfina	266
luetibismol.—Ensayos terapéuticos por el	264
leche.—Los procedimientos modernos de higienización de la	449
	454

Medicamentosas.—Sobre las dermatosis	193
morfina.—Localización de las lesiones abdominales por medio de la inyección intravenosa de.....	264
mentafes.—Etiología general de las enfermedades	431
Neuropsíquicos. Los trastornos—de los tuberculosos pulmonares en relación con su período evolutivo	14
nefrosis lipoidea. ¿La—es una entidad nosológica?	65
nefrectomía. La cistitis después de la—por tuberculosis	253
pH. El símbolo—su concepto, determinación y fisiopatología	26
punzantes.—Heridas por instrumentos	145
profesión médica.—Introducción al estudio de la crisis de la	215
pseudotuberculosis crónica	321
profilaxis. Resultados de la—individual antivenérea en el ejército y la marina italiana, según el profesor Tommasi	521
profilaxis. Modernas orientaciones en—del sarampión	543
reglamento. El—de provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de médicos y farmacéuticos	285
serotórax	158
Reglamento. El—de provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción renales.—Dietética de enfermos	619
Serotórax	158
síndrome post-encefáltico	206
síndrome de Gradenigo.—Un caso de	259
Schilling. Sobre el hemograma de—y las lesiones tuberculosas residuales	375
signos de la muerte.—La cuestión de los	390
septicemia de origen ótico. Caso intervenido con éxito	443
síndrome de Banti	487
sarampión.—Modernas orientaciones en profilaxis del	543
Tuberculosos pulmonares. Los trastornos neuropsíquicos de los—en relación con su período evolutivo	14
tuberculosis pulmonar. El diagnóstico de la—inicial en el adolescente y en el adulto. El infiltrado precoz	94
tuberculosis broncogénas hematógenas.—Valor clínico de la diferenciación de las	133
tuberculosis.—Lóbulo azigos y.....	266
tuberculosis.—Modernas orientaciones en bacteriología de la	332
tuberculosis. Pseudo—crónica	321
tuberculosas residuales.—Sobre el hemograma de Schilling y las lesiones	375
tuberculosis pulmonar.—Sobre el comienzo de la	510
tuberculosis pulmonar.—Deformidades torácicas y	495
terapéutica mental.—El abceso de fijación en	5
tuberculosis.—La cistitis después de la nefrectomía por	253
terapéuticos. Ensayos—con el luetibismol	449
tratamiento de algunas intoxicaciones. Síntomas y—prácticamente importante. Vestibular.—El examen	261
vulvo-vaginitis en una niña de tres años y medio	568
varia.—El poder bactericida de las ondas sonoras	469

ACADEMIAS, CONGRESOS, CRONICAS, NOTICIAS Y NECROLOGIAS

Sesiones clínicas del Instituto Rubio, por el doctor Barrio de Medina ... 100, 160, 223, 279, 356, 409, 525 y	661
Sesiones clínicas de la Asociación Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián	275
Crónicas regionales, noticias y necrologías... 60, 127, 186, 246, 305, 370, 424, 476, 479, 482, 536, 538	588
Congresos	281, 370 475

BIBLIOGRAFIA Y LIBROS RECIBIDOS

Bibliografía y libros recibidos... 59, 125, 126, 179, 245, 301, 303, 421, 423, 473, 533, 534, 585	586
---	-----

Índice de Revista de Revistas

PÁGS.

MEDICINA INTERNA, por los doctores V. Baena y Sebastián Herrador.

Relaciones entre las enfermedades de la vesícula biliar y la diabetes	109
Insuficiencia cardíaca y asociación azúcar-insulina	109
El mecanismo de la muerte cardíaca súbita en el beriberi	109
Reticulocitos y regulación nerviosa central de la sangre	110
El tratamiento de la hemofilia por el extracto de ovario	231
Efectos de la vagotonina en la hipertensión arterial	231
Clasificación clínica de las bronquiectasias, su tratamiento médico-quirúrgico y broncoterapia	232
Labilidad de la presión sanguínea y sistema vegetativo. Investigaciones en personas jóvenes con labilidad en la presión sanguínea	289
Amplias observaciones sobre la ictericia catarral	289
Anemia gastrógena hipocrómica y anemia enterógena hipocrómica	289
Influencia de las zonas vaso-sensibles reflexógenas de la aorta y del seno carotídeo sobre la excitabilidad motriz cortical	290
Investigaciones sobre el tratamiento del úlcus ventriculi por medio de la sonda yeyunal	569
Nuevas investigaciones metabólicas con glicocola en la distrofia muscular progresiva	570
La teofilina como diurético	570
Investigaciones acerca de la nicturia	669
Papel de la herencia en la aparición de los tumores	670
Un caso de Status varicosus juvenilis grave	671
La reacción del acetonitrilo (Reid Hunt) en las neurosis cardíacas	672
Los glucósidos de la «Digitalis lanata». Estudio clínico	672
Tratamiento del colapso en el curso del coma diabético	673
Sobre el diagnóstico rápido de la sífilis reciente	673
Investigaciones sobre el cuadro sanguíneo blanco, para el diagnóstico clínico...	674

TUBERCULOSIS, por el doctor García Lorenzana.

El tuberculoso después de su curación por el pneumotórax artificial	110
La pleuritis febricular crónica, su tratamiento por el antígeno metílico	111
Algunas consideraciones sobre el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar del adolescente	168
La penetración y propagación de la tuberculosis por las vías linfáticas cervicales	168
Las formas pseudo-tuberculosas del cáncer primitivo de pulmón	169
Indicaciones de la frenicectomía y del pneumotórax	170
Producción de la tuberculosis pulmonar crónica por exacerbación del complejo primario	232
Valor de la reacción de Vernes a la resorcina en la tuberculosis pulmonar	233
Método para evitar los exudados del pneumotórax	233
La importancia práctica de las formas de la tuberculosis pulmonar	290
Los accidentes gástricos consecutivos a la frenicectomía izquierda	291
Aspectos radiológicos y tipos evolutivos de la tuberculosis de los ganglios traqueo-bronquiales	362
La cura sanatorial debe ser la base fundamental del tratamiento de la tuberculosis pulmonar	362
El pneumotórax doble en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar bilateral	413
Influencia del estado alérgico sobre el aspecto anatomopatológico de las reacciones del tejido pulmonar en la tuberculosis experimental	413
El estado del diafragma después de la frenicectomía	414
Las lobitis tuberculosas	463

El papel de las cisuras interlobares normales y supernumerarias en el brote parrenquimatoso de la tuberculosis pulmonar	678
La alcoholización del nervio frénico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar	678

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA, por el doctor J. M.^a Villacián.

Sobre la interrupción del síndrome catatónico	112
Circulación cerebral. Efectos de la cafeína en los vasos cerebrales	112
Gránulos, esférulas y esclerosis en placas	113
Sobre la parálisis progresiva senil. Contribución clínica y anatomopatológica...	113
Concepción moderna del estado convulsivo	113
Parangón clínico: malarioterapia-sulfopiroterapia (en las enfermedades mentales y en esquizofrenia en particular)	114
Método de demostración rápida de las placas seniles	172
El reflejo costo-pectoral. Su valor semiológico en el síndrome de compresión medular	172
Sobre las psicosis familiares. Contribución al estudio de la psicosis inducida...	172
Estructura y sistematización de los gliomas y paragliomas	234
La forma narcoléctica de la hipoglucemia	234
Sobre una reacción de precipitación de las globulinas en el líquido céfalo-raquídeo para el diagnóstico de la parálisis general progresiva	236
Enfermedad de Meniere. Diagnóstico y tratamiento	236
La investigación capilaroscópica en psiquiatría	236
Etiología de la polineuritis.....	292
Sobre la artritis crónica deformante. Estudio anatómico de un caso avanzado con particular referencia al sistema nervioso y a las glándulas endocrinas...	292
Diez años de experiencia en el tratamiento de la epilepsia con régimen cetógeno.	295
La prueba de la hiperpnea	303
Sobre el mecanismo genético de las reacciones del tipo de la contracción catatónica de Konstam	303
Ensayo de una interpretación fisiológica de la histeria	304
Componentes heterogéneos de la demencia precoz	405
Las hemiplejias y las afasias transitorias de los cardiacos	405
Sobre la encefalografía gaseosa por vía lumbar	573
Consideraciones clínicas y fisiológicas sobre la enfermedad de Friedreich. La heredo-degeneración espino-cerebelosa	574
El signo de Argill Robertson. Exposición anatómo-fisiológica del fenómeno con una ojeada a su comportamiento en la neurosífilis	575
La parafrenia alucinatoria	675
La catatonía experimental colibacilar y las psicosis colibacilares. Los trastornos psicomotores determinados por la toxina neurotrófica colibacilar en la serie animal y en clínica humana	675
Sobre las recientes adquisiciones de la fisiología normal y patológica del aparato cerebeloso	676
Hipotálamo y control de la temperatura	676
Sobre las relaciones patogénicas del virus tuberculoso con la demencia precoz...	677

CIRUGIA, por los doctores Pelegrín, Allué Horna y L. García Cabello.

Sobre el tratamiento de la septicemia, meningitis y empiema por el absceso de fijación	167
La narcosis avertínica en el tétanos	167
La lucha contra el dolor quirúrgicamente, en especial la cordotomía en el cáncer inoperable	167
Una proposición para evitar las trombosis y embolias post-operatorias	167
Embolia gaseosa en un caso de herida de seno longitudinal superior	623
Efectos de gangliectomía lumbar sobre la reparación ósea	623
Sobre la curación de una meningitis a estreptococos, consecutiva a una fractura de cráneo	624
Tratamiento quirúrgico de la hemorragia profusa aguda del estómago	682
Tratamiento de las osteomielitis por el bacteriófago	684
El tratamiento de las quemaduras	685

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA, por el doctor Ledo.

Insuficiencia renal y eczema	114
Sobre la hiperqueratosis ictiosiforme generalizada (eritrodermia congénita generalizada de Brocq). Sus relaciones endocrinas	115
Erupción artificial por ingestión de benzonaftol	115
Recientes observaciones sobre la enfermedad del suero	115
Insulina en las lesiones obliterantes de los vasos sanguíneos	116
Los eritemas polimorfos. Enfermedad infecciosa o reacción de intolerancia	116
La penetración del bismuto en el cerebro: resultados experimentales obtenidos con el iodobismitol y algunos otros productos de bismuto	116
La penetración del bismuto en el líquido céfalo-raquídeo: resultados clínicos del iodobismutito (iodobismitol) y otros compuestos bismúticos	117
Terapéutica de neuro-sífilis por el bismuto-anión	117
A propósito de la dieta aclorurada G-H-S de la tuberculosis	173
Cervico-vaginitis hemorrágica ulcero-membranosa en el curso de un tratamiento bismútico; estomatitis concomitante	173
Esporotricosis al cabo de doce años. Resistencia a los tratamientos habituales. Chancro de amígdala	174
Sobre la patogénesis del psoriasis vulgar. Papel del sarampión en su patogénesis	178
La influencia de la guerra y del período siguiente sobre la difusión de la tuberculosis cutánea	237
La bacilemia y la fiebre leprosa	237
Coloración del spirocheta pallida con el violeta de genciana diluido y alcalinizado	238
Coma sífilítico del riñón	238
El hígado en el tratamiento de la sífilis	239
El tratamiento del pénfigo vegetante	295
Datos anatomo-patológicos en los sífilíticos	296
Sobre el paso del bismuto de la madre al feto	296
Tratamiento de las varices por el morruato de sosa	366
La diatermia como tratamiento de la parálisis general y de la sífilis serológicamente irreductible	366
El tratamiento de elección del chancro y del chancro fagedénico por aplicación local de una solución concentrada de neoarsphenamina	366
La sífilis implacable.....	366
El coste de las enfermedades venéreas	367
El cloruro de amonio en la terapéutica de la esclerodermia	367
Forma tardía de la sífilis adquirida en el útero	368
Tratamiento del epiteloma de labio por los dermatólogos	417
Eczema arsenical transformándose en eritrodermia arsenobenzólica y luego sucediéndole	417
Enfermedades venéreas, prostitución y paro	417
Contaminación sífilítica de una mujer que años antes tuvo hijos heredo-sífilíticos	417
Acrodinia	466
Algas sintomáticas de lesiones del trigémino de origen sífilítico con reacciones biológicas negativas en el líquido céfalo-raquídeo	466
Sífilis adquirida en el curso de un tratamiento arsenical por vía bucal	467
Estudio de la arseno-resistencia según estadística del hospital	576
Observaciones sobre la enfermedad de Hodgkin; presencia de un agente patógeno en los ganglios y su investigación para el diagnóstico	576
Tratamiento preventivo local de las estomatitis medicamentosas mercuriales y bismúticas especialmente	577
Una reacción biológica para el diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin	577
El tiosulfato de calcio en el tratamiento de las complicaciones consecutivas al empleo del neosalvarsán y del bismuto	577
Aportación al tratamiento de la neurosífilis con el virus del herpes asociado a la impaludización o al pyrifer	578
La esplenoterapia de las dermatosis pruriginosas	578
Todavía el zona y la varicela	578

Ciertos aspectos no resueltos de la infección sifilítica; posibilidad de la existencia de portadores sanos de treponemas	578
Comprobación experimental del eritema nudoso y su etiología tuberculosa	579
Pireto y quimioterapia asociadas en la sífilis primaria y secundaria. Estudio experimental y clínico	629
Aplicación de la fotografía infra-roja en Dermatología	630
Consideraciones sobre la acción del ultravirus tuberculoso en la patogenia de las tuberculosis	631
Antígenos sifilíticos y mecanismo de las reacciones serológicas (reacción de floculación, reacción de fijación)	631
Los eritemas interterapéuticos del noveno día	632
Las dermatitis enterocócicas de los niños de pecho y su proceso evolutivo	681
El saprofitismo de los gérmenes venéreos	681
Sobre el tratamiento de la blenorragia por la malarioterapia	682
A propósito de las relaciones existentes entre los síndromes génito-ano-rectales y la enfermedad de Nicolás-Favre	682

OTORRINOLARINGOLOGÍA, por los doctores Gavilán y Berceruelo.

Angina agranulocítica	121
La esofagitis corrosiva (estrechez del esófago)	122
Consideraciones sobre los flemones de la laringe en el adulto	123
Sobre las alteraciones del aparato respiratorio a continuación de inyecciones intratraqueales	124
El tratamiento de las supuraciones crónicas de la mucosa del iodo medio con gas cloro	177
Los quistes de la laringe	177
Chancro de la amígdala	178
El problema amigdalár en la medicina interna	178
Sobre el influjo del extracto tonsilar sobre el cuadro hemático	178
El problema amigdalár	241
Sobre las sustancias bactericidas en las amígdalas	241
Contribución a la fisiología patológica del asma	241
A propósito de las operaciones bajo la embriaguez por la solestina	297
Tratamiento operatorio del empiema que alcanza la punta del peñasco	297
Del empleo del antivirius estreptocócico en las tuberculosis laríngeas	298
La tuberculosis primitiva de la laringe	298
La amígdala palatina, puerta de entrada de la tuberculosis	298
El diagnóstico laringoscópico de la tuberculosis laríngea	299
Frenicectomía y oro en la tuberculosis laríngea	418
Indicaciones, técnica, resultados y crítica de la antrotomía epitimpánica	419
Las amígdalas y su importancia como foco generador de las infecciones	581
Sobre el poder de absorción de la mucosa de las vías respiratorias	581
Tuberculosis laríngea y gestación.....	582
La proteinoterapia y otorrinolaringología	582
Un caso de imperforación congénita de esófago	582
La vacuoterapia y la proteinoterapia en la mastoiditis aguda	583
Sobre el cardioespasmo y la dilatación del esófago	583
Colesteatoma del oído; caso clínico	583
El síndrome conmocional tardío en los traumatismos cerrados	633
La amigdalectomía por el método de Taptas	633
El tratamiento de los flemones y abscesos periamigdalinos por la amigdalectomía como método de elección	633
La curieterapia de los cánceres del esófago, su técnica y sus resultados	634

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, por el doctor Villegas.

Las indicaciones de interrupción del embarazo en caso de hiperemesis gravidarum	118
El sistema retículo-endotelial del aparato genital del conejo de indias sometido a inyecciones de suero de mujer gestante	118
Causa y tratamiento de la incontinencia de orina en la mujer	118
El tratamiento de la eclampsia por el somnífero	119

Terapéutica mediante la hormona ovárica	174
Observaciones sobre el aborto artificial provocado con la ayuda de una vejiga animal Baum	174
Cáncer e hipófisis	175
El tratamiento de Elliot. Un nuevo método para aplicar el calor vaginal	175
Los tricomonas vaginales después de una información	625
La velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos en el cáncer de los órganos genitales de la mujer	625
Tratamiento de la dismenorrea por la resección del nervio presacro	626

OFTALMOLOGIA, por el doctor Cilleruelo.

Catarata senil y metabolismo del calcio	119
Un caso de mucocele del seno maxilar afectando al globo ocular	120
Tonometría antes y después de la operación de la catarata	176
Forma benigna del síndrome de Gradenigo	176
Lesiones oculares en los enfermos tuberculosos	176
Enfermedad ocular y apéndice vermiforme	176
La flora microbiana de la conjuntiva normal estudiada comparativamente bajo resultado de cultivo nasal	239
Dos casos de catarata congénita bilateral	240
Epifora por atofía	240
El valor de la sedimentación de los glóbulos rojos de la sangre en las oftalmías.	240

ODONTO-ESTOMATOLOGIA, por el doctor Martín Fernández.

El tricloroetileno; nuevo medicamento para tratar la neuralgia del trigémino...	242
Tratamiento de la piorrea alveolar y procesos supurativos por medio de rinctopyn	242
Importancia del violeta de bismuto en el tratamiento de la infección de Vincent y el alveolo seco	299
Dispositivo inmovilizador para las fracturas de las ramas de la mandíbula	299
El metabolismo del calcio	368
Forma tardía de la sífilis adquirida en el útero	368
Planchas de estaño coladas en caso de atrofia alveolar	369

PEDIATRIA, por A. Allué Horna.

Comprobación experimental del eritema nudoso y su etiología tuberculosa	579
Epilepsia infantil y manía crónica	580
Contribución al estudio de la etiología del mongolismo	580
La actividad cerebral del recién nacido	635
La teoría hormonal de la secreción láctea. A propósito de un caso de lactancia durante el embarazo	635
Un caso de poliartritis gonocócica en una niña de ocho meses	636