

SUMARIO

Páginas

ARTÍCULOS ORIGINALES

DR. F. QUEROL.— <i>Las anemias macrocitarias: Concepto y clasificación</i>	53
DR. A. VILLACIÁN.— <i>Los accidentes neurológicos de la sueroterapia</i> ..	65
DR. JOSÉ M. ^o MZ. SAGARRA.— <i>Cuerpos extraños de vejiga</i>	73
DR. J. CALVO MELENDRO.— <i>Equinococosis pulmonar y tuberculosis</i> ..	77
DR. EDUARDO LEDO.— <i>Ikonographia dermatológica comentada</i> . III <i>Verrugas vulgares</i> . IV <i>Vegetaciones venéreas</i>	85

(Sigue)

Myoston

Henning

EXTRACTO MUSCULAR, ESTANDARDIZADO

1 c. c. = 0,0025 gr. ácido-adenosin-fosfórico del músculo (MAP)

Para combatir eficazmente:

ANGINA DE PECHO, esclerosis coronaria,
asma cardíaca, espasmos vasculares
periféricos y claudicación intermitente

Muestras y literatura:

GUILLERMO HOERNER - BARCELONA

APARTADO 712

REVISTA DE REVISTAS

Cirugía, por Allué Horna.

Sobre el tratamiento del síncope blanco de la raquianestesia por inyección de cardiazol-efedrina intracardíaca.—Doctores Ionesco y Burghle..... 94

Ginecología, por Gómez Sigler.

La inyección intravenosa de carbón animal en el tratamiento de las infecciones quirúrgicas, especialmente en la puerperal.—Sussi. 94

Un caso de septicemia post-abortum de estreptococos hemolíticos tratada mediante la inmunotransfusión.—Gosselin O..... 95

Torsión axial aguda del fondo de la vagina en útero fibromatoso.—Jeanneney G..... 95

Parcial eliminación por vía vaginal de la cicatriz uterina en el curso post-operatorio de una cesárea baja.—Recmans J..... 95

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO

ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K. Y Na. Y

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

CAFEINADO

Tratamiento Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y literatura al autor: **LABORATORIO BENEYTO, Manuel Silvela, 7.-MADRID**

Nuevas orientaciones en el estudio de las glándulas endócrinas. Sensibilidad y sensibilización a las hormonas ováricas en las mujeres en actividad sexual y en la menopausia. Observaciones clínico-experimentales.—Lusena R.....

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 glicerosofórico 0,046 >
 { Acido cacodílico 0,030 >
 { Hierro asimilable 0,002 >
 { Glicerosofato estrícnico 1/4 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

CESARKIN

PRECIO: 6 PESETAS

Tónico en forma granulada de aspecto y sabor grato; compuesto de arsénico, fósforo, calcio, estriknina, quina y vitaminas

MUESTRAS Y LITERATURA:

A. MARTÍN MATEO

Santiago, n.º 41 - VALLADOLID

Nateina

(Comprimidos de vitaminas A. B. C. D. y fosfato cálcico)

Evita y cohibe las hemorragias

(Elósegui, Pittaluga, Pi Suñer, Niekau, Klemperer, v. Domarus, Finkelstein, v. Falkenhausen, Bjoern-Hansen, etc.)

Tratamiento específico de los estados de carencia y de decalcificación

Coadyuvante eficaz en el tratamiento de la tuberculosis

(Klemperer)

Nateina, administrada durante el embarazo, evita complicaciones hemorrágicas; administrada a la madre durante la lactancia, evita y cura los estados escorbúticos del niño y asegura su desarrollo normal

Dosis: De 6 a 18 comprimidos al día

Natel

Alimento vitaminado completo de ingestión grata y tolerancia perfecta

Harina natel (vitaminas A. B. C. D., fosfato cálcico y harina tostada)

Natel lacteado es una nueva forma en la que se ha sustituido la harina por leche desecada al vacío en polvo, por lo que puede emplearse en la lactancia artificial desde el primer día

LABORATORIO LLOPIS, S. A.-Directores: **F. y M. Llopis**, Farmacéuticos

Nueva dirección: **VELAZQUEZ, 28 - MADRID**

Las anemias macrocitarias: Concepto y clasificación

por el doctor F. QUEROL

Catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca

El problema de la perniciosa y restantes anemias macrocitarias ha sido tema de atención preferente en la investigación hematológica de época reciente, y continúa siéndolo todavía. En cuanto a los resultados, no ha podido ser más fecunda esta investigación de los diez años últimos, que calando hasta lo más hondo en el problema tan confuso del origen y patogenia de ciertas anemias de naturaleza enigmática, ha conducido a sorprendentes resultados, revestidos del más alto interés científico en cuanto nos permiten poder empezar a poner algún orden en el capítulo tan confuso de las anemias llamadas «primitivas»; pero además ha deparado a la Medicina contemporánea una de sus más brillantes conquistas, con el tratamiento seguro y eficaz de una enfermedad tenida por incurable hasta época bien reciente: la anemia perniciosa criptogenética de Addison-Biermer. La moderna opoterapia de ésta y otras afecciones congéneses constituye sin duda el último gran progreso terapéutico desde el descubrimiento de la insulina.

En el grupo de las anemias macrocitarias se incluyen todas aquellas formas de anemia en las que el valor medio de las dimensiones de los eritrocitos—determinada según las curvas de repetición de Price-Jones—es superior a la media normal (alrededor de 7,6 micras, según el método de difracción de Pijper). Ahora bien, todas ellas tienen otra característica común, mucho más importante, que es la de ser susceptibles de remisión mediante la administración de ese factor X, contenido principalmente en el hígado y relacionado en su origen con alguna especial actividad secretora de la mucosa gástrica, por oposición a aquellos otros tipos de anemias primitivas en las que el hierro representa con toda seguridad el factor patogénico y terapéutico primordial. Parece, en efecto, en vista de los hechos últimamente adquiridos, que estamos autorizados para establecer una separación tajante entre las anemias *ferropénicas* o *asideróticas* por un lado, que siendo debidas al aporte o reabsorción insuficientes del hierro o al metabolismo viciado de este metal en el organismo, se caracterizan por el consiguiente trastorno en la síntesis de la hemoglobina; y las *anhemogénicas*, *anenzimáticas*, o como se las quiera llamar, en las cuales lo que falta es ese principio antianémico de origen gástrico, cuya existencia es fisiológicamente indispensable para que la construcción del estroma globular se realice con perfecta normalidad. En el aspecto morfológico el disturbio se traduce en cada caso por el distinto tipo regenerativo a que se ve forzada la potencia eritropoyética de la médula ósea; en el caso de las anemias ferropénicas, los eritrocitos produ-

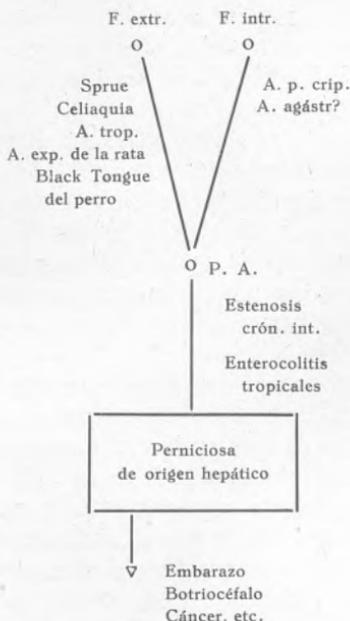
cidos son de tamaño medio inferior al normal y pobres en hemoglobina, pero resistentes y de longevidad corriente. Por el contrario, en las anemias macrocíticas predominan las células rojas de tamaño superior al normal —algunas gigantescas—, muy cargadas de hemoglobina, pero son, en cambio, fácilmente vulnerables y de corta vida, sufriendo los efectos de una continua e intensa hemolisis. De interés ya más secundario es el intento de establecer en el aspecto de la citogénesis el origen y procedencia de los eritrocitos presentes en cada caso, adscribiéndoles a estirpes de distinta categoría; se ha dicho repetidas veces, que la regeneración sanguínea se efectúa en los enfermos afectos del síndrome de pernicioso, con arreglo al tipo característico de la época embrionaria, a partir de los elementos endoteliales, que según Knoll, Doan y Maximoro constituyen las células progenitoras de los megaloblastos, y que en cambio en las anemias del otro grupo la regeneración es normoblástica, es decir, a partir de células mesenquimatosas indiferenciadas, tal como se efectúa en la edad adulta. Pero aparte de que tal afirmación ha quedado hasta la fecha como hipótesis de trabajo, muy sugestiva ciertamente, pero en espera todavía de una definitiva confirmación, es lo cierto que en la práctica va perdiendo cada vez más terreno, sobre todo desde que la introducción del método de determinación micrométrica ha proporcionado el índice más adecuado para juzgar acerca de la naturaleza de una anemia; por eso se habla cada vez con menor frecuencia de megalocitos y megaloblastos en el sentido estrictamente conceptual de Hirschfeld, Naegeli y demás autores clásicos, marcándose progresivamente la tendencia, sobre todo por parte de los autores norteamericanos, de hablar simplemente de macroblastos y de macrocitos, sin prejuzgar para nada sobre el tipo genealógico de las células, sino refiriéndose únicamente a una noción métrica cuya utilidad en la práctica ha sido reconocida de manera unánime.

	A. FERROPÉNICAS	A. ANHEMOGÉNICAS
Facto causal.....	Falta de Fe.	Id. del Fermento de Castle
Tipo celular.....	Microcitarío	Macrocitarío
Índice cromático....	Disminuído	Aumentado
Vida celular.....	Normal	Acortada
Hemolisis.....	Escasa o nula	Muy intensa
Citogénesis.....	Normoblástica	Megaloblástica
Trast. funda.....	Síntesis Hb.	Construcción estroma

En el cuadro precedente se encuentran resumidos los caracteres diferenciales antes indicados, y al tratar ahora de precisar en la clasificación de los distintos grupos, hay muchas razones para poder afirmar que la anemia pernicioso *sive* macrocítica es un síndrome susceptible de aparecer en circunstancias variadas y bajo la influencia de causas distintas, si bien clínicamente, en la inmensa mayoría de los casos, el trastorno se instala de manera aparentemente idiopática, manifestándose con el cuadro clásico de la enfermedad de Addison-Biermer.

Los trabajos de Minot y Murphy, y sobre todo los de Castle, han con-

tribuído no solamente al esclarecimiento del problema patogénico de la perniciosa eritrogenética, sino al hallazgo de ciertas relaciones de extraordinario interés científico entre dicha enfermedad y otros estados afines que hasta la fecha estaban confusamente delimitados. El siguiente esquema muestra de manera sintética la relación existente entre los distintos tipos de anemia macrocitaria.



Punto inicial de nuestros actuales conocimientos hemos de considerar los trabajos de Minot y Murphy. Estos investigadores de la Harvard, estimulados por las investigaciones anteriores de Whipple y Robscheit-Robbins —también norteamericanos—, estudiaron comparativamente en una extensa serie de experiencias, los efectos de dietas variadas en la evolución de las anemias del hombre, a diferencia de Whipple, cuyo objeto de estudio fueron las anemias experimentales del perro. Un primer hallazgo fué el de la beneficiosa influencia de las dietas ricas en proteínas animales. Pero el gran acontecimiento sobrevino cuando en el curso de la serie le tocó su turno al hígado crudo, que se mostró dotado de una maravillosa acción curativa en los enfermos de anemia perniciosa. La observación no carecía de precedentes, es cierto, pero el gran e innegable mérito de Minot fué la ocurrencia de administrar grandes cantidades, obligando al enfermo, pese a la repugnancia casi invencible inherente a semejante alimento, a ingerir de media a una libra de hígado crudo diariamente por espacio de bastantes días seguidos. El descubrimiento fué publicado en Septiembre del 27, y no hay que decir que a partir de su inmediata confirmación, son numerosísi-

mas las investigaciones realizadas en el mundo entero, y los trabajos publicados en torno al problema del mecanismo de esta misteriosa acción anti-anémica del hígado, específica de las anemias de tipo pernicioso.

Otro descubrimiento no menos trascendental y acaso de mayor altura científica, fué el realizador por Castle y un grupo de colaboradores de Boston, independientemente de los anteriores.

Para apreciar en todo su valor esta obra, es necesario remontarse algunos años atrás, en que venía apoderándose de todos los espíritus la concepción del papel central que indudablemente había de tener la ausencia del ácido clorhídrico gástrico en la patogenia de la enfermedad. El hecho de la existencia de la aquilia había sido demostrado por von Noorden en 1891, y por Einhorn un año más tarde; pero fué Knud Faber quien, en 1900, probó en una larga serie de enfermos, que la aquilia es factor esencial de la enfermedad, añadiendo luego Meulengracht que no sólo es síntoma constante, sino que además precede en su aparición varios años a las restantes manifestaciones del proceso morbozo, que una vez establecida es ya definitiva y que a veces coexiste como trastorno latente en otros miembros de la familia del enfermo.

Con estos antecedentes, Castle se propuso estudiar a fondo la relación que indudablemente había de existir entre la anemia y la aquilia, partiendo de la hipótesis de trabajo, bien justificada, de que la aparición de aquélla estuviera subordinada al déficit gástrico secretor, que a más de ser fenómeno constante era el hecho más precoz en la patocronia de la enfermedad. En seguida pudo demostrar que ni la administración de ácido clorhídrico, ni de pepsina, ni siquiera de jugo gástrico, total procedente de individuos normales iba acompañada de efecto alguno. Y entonces tuvo la inspiración genial de ensayar el producto resultantes de la digestión artificial de carne en presencia de jugo gástrico normal; el efecto registrado era fenomenal, equivalente en un todo al del hígado crudo, y en cambio el resultado era nulo si la digestión se practicaba con jugo procedente de enfermos de pernicioso. Acababa de ser descubierta por tanto una nueva actividad secretora del estómago, al lado de las otras conocidas de antiguo, ausente precisamente en los enfermos de pernicioso, en los que había que buscar la causa de la enfermedad en la falta de ese factor X, distinto e independiente en su presentación de los demás factores activos del jugo gástrico; así quedaba explicada la existencia de aquilias sin anemia pernicioso, y la de éstas (es cierto que rarísima vez) sin aquilia. Por otra parte, la citada sustancia, designada por Castle factor «intrínseco», no constituía por sí sola el principio antianémico, ni tenía aisladamente virtudes curativas, según lo demostraba la ineficacia del jugo gástrico normal, sino que era indispensable su conjunción con otro factor, este de origen exógeno, contenido en la carne y otros alimentos: el factor «extrínseco». De la unión de ambos, efectuada durante el proceso de la digestión, resulta el principio antianémico (P. A.) activo indispensable para la normal maduración de los

eritrocitos, que es absorbido por el intestino y depositado en el hígado principalmente, a disposición de las necesidades y exigencias de los órganos hematopoyéticos, de manera análoga a lo que ocurre con los hidratos de carbono. De esta manera quedaba explicada la eficacia antianémica del hígado, que por su calidad de depósito es órgano provisto de abundantes reservas de principio antianémico en los animales normales. Así lo han demostrado recientemente de manera experimental, Goodmann, Geiger y Claiborn, quienes después de practicar en cerdos la resección completa del estómago, han visto disminuir progresivamente la potencia antianémica del hígado.

Posteriormente a estas investigaciones fundamentales de Minot y de Castle, se ha seguido trabajando intensamente, con objeto de precisar la naturaleza y el mecanismo de acción de los distintos factores, así como en el intento de llegar a un total esclarecimiento de la patogenia, no sólo de la anemia perniciosa criptogenética, sino de otros estados muy afines. La literatura es inabarcable, y sólo vamos a mencionar los hechos de mayor importancia.

En cuanto a la naturaleza del factor extrínseco, Strauss y Castle han señalado su íntima relación de parentesco con la vitamina B₂ y hasta han pretendido identificarla con ella. Se basan en que la administración a un enfermo de perniciosa de un preparado de levadura autolizada durante diez días, no va acompañada de efecto alguno, pero sí cuando se administra simultáneamente con 150 cc. de jugo gástrico. Resultados de ulteriores investigaciones han sido contradictorios. Lassen y Lassen no consiguen confirmar los hallazgos de Strauss y Castle, ni creen que el factor extrínseco sea identificable con la vitamina B₂; pero encuentran desde luego que ciertas especies de levadura comercial poseen cierta potencia antianémica, y Wills, que una sustancia extraída del autolizado de levadura posee efecto curativo en ciertos casos de anemia macrocitaria tropical. Otra de las razones aducidas por Kuhn, Strauss y Castle en pro de su hipótesis, es el hecho por ellos demostrado, del gran contenido de los preparados de hígado en B₂ y de su acción curativa en la pelagra experimental de la rata; pero también aquí los resultados de otras experiencias han sido contradictorios; ni todos los preparados de hígado contienen B₂ en cantidades apreciables, ni existe relación alguna entre el poder antianémico de un extracto y su riqueza en B₂. Drigalski, por ejemplo, encuentra recientemente que el hepracton no contiene cantidades apreciables de B₂ y que el campolon, en cambio, es muy rico en dicho factor, y que además la carencia de B₂ en ratas no produce anemia macrocitaria alguna. Por otra parte, Diehl y Kühnau habían observado anteriormente que la administración de B₂ con y sin previa incubación en jugo gástrico carece de efecto alguno, y que la vitamina B₂, cuando se obtiene de material distinto de la levadura, carece de potencia antianémica. El mismo Castle se muestra ya muy escéptico, y nadie cree ya en la verosimilitud de la hipótesis aventurada por aquél. No se conoce, por tanto, la naturaleza del factor extrínseco, y algunos autores france-

ses, Jontés y Thivolle, hablan de una posible y estrecha relación con el triptofano e histidina, en vista de los buenos resultados que dicen haber observado tras la administración de dichos aminoácidos a enfermos de anemia perniciosa.

El factor intrínseco fué designado como hemopoistina, sospechando su posible naturaleza hormonal; pero como apuntan con razón Means y Richardson, su presencia en los más variados órganos y en cantidades abundantes, habla en contra de su naturaleza hormonal. Es termohábil, muy sensible a los agentes químicos, caracteres propios de los enzimas. Wilkinson y Klein prueban la naturaleza enzimática del factor intrínseco de la manera siguiente: Obtienen de estómago de cerdo un jugo muy rico en hemopoitina, lo calientan hasta cocción, y mezclándolo con carne lo dejan en incubación en la estufa durante dos horas; la mezcla obtenida en estas condiciones es inactiva. En cambio la mezcla de carne y de jugo no calentado previamente conserva todo su poder antianémico, aunque sea sometida a la acción del calor antes de ser administrada; en estas condiciones es destruída la hemopoitina sobrante, pero no el principio antianémico ya formado, que es termorresistente.

En efecto, el principio antianémico es en cambio resistente a la acción del calor, de la pepsina, tripsina y no envejece con el tiempo; difiere por tanto esencialmente de los fermentos. Su naturaleza ha sido objeto de las investigaciones de Cohn y colaboradores, quienes en pacienzudos ensayos de precipitaciones progresivas han llegado a obtener 18 fracciones distintas. 0,6 gramos de la más pura fracción de Cohn equivalen a 250 gramos de hígado en su actividad antianémica; pero se desconoce la composición química exacta del principio activo, que es fácilmente soluble en agua y precipitable por el alcohol y éter. Está libre de hierro, y su constitución parece ser distinta de los carbohidratos, lípidos y proteínas; quizás se trata de una base nitrogenada o de un polipéptido. Todavía no se ha aislado la substancia pura.

Respecto de la interrelación existente entre los elementos integrantes del principio antianémico, algunas investigaciones recientes pretenden modificar en parte el esquema primitivo de Castle, según el cual se admitía, como hemos visto, que en el estómago únicamente tenía su origen el factor intrínseco, y que era por consiguiente absolutamente indispensable que el factor exógeno fuera aportado con la alimentación. pero pronto demostraron Isaac y Sturgis que el polvo de estómago de cerdo desecado es también activo, de acuerdo con lo cual se han encontrado activos los extractos parenterales de aquella víscera; además, Morris y sus colaboradores, observaron que la inyección intramuscular de jugo gástrico normal concentrado se acompaña de una respuesta reticulocítica y de una remisión en enfermos de perniciosa. A la vista de estos hechos, Reimann y Fritsch, Gänsslen y Singer admiten que el hígado funciona como depósito, no sólo del principio antianémico ya formado, sino también del factor extrínseco de origen ali-

menticio; según esto, el organismo dispondría siempre de una reserva de este último, y por tanto el papel de exclusividad del estómago en las experiencias anteriores sería sólo aparente. Así parecen indicarlo las experiencias de Fouts, Helmer y Zerfas, quienes pudieron demostrar que la incubación de extracto de hígado con jugo gástrico acrece su eficacia, lo que se debería a que el factor intrínseco del estómago activaría la fracción del extrínseco contenido en el hígado, aumentando de esta manera la cantidad total de principio antianémico puesta a disposición del organismo. Sin embargo, los mismos autores, en investigaciones ulteriores publicadas el año último, demuestran una indudable eficacia exclusivamente atribuible al poder antianémico del estómago por sí sólo, en virtud del experimento siguiente: Por ultrafiltración en la nevera concentran jugo gástrico procedente de individuos normales, sin obtener con el producto resultante efecto alguno en enfermos de perniciosa; pero si este material era diluido en agua y concentrando luego al vacío a la temperatura de 40°, recuperaba toda su potencia antianémica, e igualmente ocurría si el jugo fresco inactivo era conservado durante dos meses en la nevera y concentrado luego por ultrafiltración. Parece, por tanto, que el jugo gástrico sólo adquiere poder antianémico después de realizarse alguna reacción química entre sus componentes, cuya rapidez guarda estrecha relación con la temperatura; al mismo tiempo hay que admitir la presencia simultánea de ambos factores, exógeno y endógeno, de cuya recíproca influencia resulta el principio antianémico activo.

Si ahora pasamos del estudio de los factores y mecanismos patogénicos al análisis de las causas de las anemias macrocitarias en general, tenemos que empezar recordando los tres postulados fundamentales. 1.º Concurso indispensable de los dos factores, extrínseco e intrínseco. 2.º Origen exclusivamente gástrico de este último; y 3.º Intercalación de la capacidad-depósito de hígado. Entonces podemos comprender perfectamente la existencia de variados tipos de anemia, justificando aquella afirmación que venía haciendo Naegeli reiteradamente, y según la cual la anemia perniciosa no sería una entidad nosológica propiamente dicha, sino un síndrome susceptible de manifestarse bajo la influencia de causas y mecanismos distintos, acaso bajo la dependencia de una especial predisposición constitucional. Esto lo vemos en el anterior esquema, en el que aparecen resumidas todas las posibles formas de anemias macrocíticas.

La anemia criptogenética de Biermer es con mucho la más frecuente; el hecho primordial en el origen de esta enfermedad es la insuficiencia funcional completa de la mucosa gástrica en su actividad secretora del factor intrínseco, debida a la gastritis atrófica que, según los trabajos de Meulengracht, debe afectar a las células glandulares pilóricas y pericardiales. Brown ha publicado últimamente el resultado necrópsico de 151 casos de anemia perniciosa, encontrando en 82 lesiones difusas del tracto gastrointestinal; de 42 casos en que se hizo examen microscópico, 41 mostraban una gastri-

tis crónica con o sin pérdida del epitelio glandular, y en 37 faltaban los elementos acidófilos, ausencia a la que es debida la aquilia. Pero no hay que olvidar que las lesiones no quedan circunscritas al estómago, sino que con gran frecuencia afectan clínicamente a la lengua e intestino; no rara vez también al esófago y recto. Hay que pensar por tanto en una lesión sistematizada, extendida al endodermo del tubo digestivo, como si se tratara de una abiotrofia, de una inferioridad constitucional de aquél, que se manifestara por lo general, a partir de la edad media de la vida. Si en efecto se trata de una anomalía constitucional ligada al genotipo, es cosa que aún no se ha podido determinar con seguridad; la herencia sería en todo caso poligénica, y necesitaría el concurso de dos o más genes distintos, escapando de esta manera a las leyes elementales de Mendel, o se trata de una propiedad constitucional con escaso poder de penetración. Lo cierto es que las estadísticas, bastante concordantes de los autores, demuestran la existencia de antecedentes hereditarios en el 8 por 100 de enfermos, y que la investigación gemelar ha proporcionado pruebas concluyentes. Sobran, pues, motivos para poder sospechar de que la anemia de Biermer es una heredopatía poligénica que afecta al tubo digestivo, siendo todo lo demás subordinado a este hecho primordial. Tanto las alteraciones del sistema nervioso, como las de la hematopoyesis, serían consecuencia de la falta del fermento de Castle y del consiguiente disturbio nutritivo, cuyo mecanismo íntimo seguramente ha de ser objeto de muchas investigaciones. Lo más interesante, desde nuestro punto de vista, son las alteraciones hemáticas, demostrativas de un estado de insuficiencia eritropoyética que se revela, tanto en la producción precaria, desde el punto de vista cuantitativo, como en la calidad tan defectuosa de los eritrocitos neoformados, confiriendo a la perniciosa su carácter de anemia hemolítica, con, por consiguiente, hiperbilirrubinemia, urobilinuria, esplenomegalia, siderosis, etc. Es indudable, por tanto, la acción excitante fisiológica del fermento de Castle sobre la hematopoyesis, incluso de los granulocitos y plaquetas, como ya hemos visto, hasta el punto de que en individuos normales han llegado a producirse poliglobulias experimentales, mediante la administración de extractos, y en ratas se ha observado una clara reticulocitosis tras la administración de jugo gástrico normal, reacción que ha pretendido ser utilizada como testigo para la valoración de los extractos por Singer. Anemias agástricas, remisibles, por el hígado (Morawitz).

Las anemias de origen exógeno, debidas a la ausencia en la alimentación del factor extrínseco, forman un grupo de enfermedades por carencia, intermedio desde el punto de vista patológico y clínico entre la enfermedad de Biermer y las avitaminosis B, figurando en él el sprue, celiacía y ciertas anemias experimentales y espontáneas de algunos animales. El sprue o diarrea alba tropical, es una enfermedad caracterizada por la siguiente triada sintomática: diarrea, estomatitis y anemia megalocítica de caracteres hematológicos exactamente iguales a los de la perniciosa; falta

aún la demostración definitiva de que sea en realidad una enfermedad por carencia y no una gastroenteritis primitiva de un tipo especial que se acompañe de la destrucción intrainestinal o de un trastorno en la reabsorción del factor extrínseco. De todas maneras, se cura con preparados ricos en B_2 , que como sabemos son precisamente los más ricos en dicho factor. La celiacía es un proceso muy raro, casi exclusivo de la edad infantil, que se caracteriza por una insuficiencia digestiva acompañada de importantes alteraciones del esqueleto, de grave retraso del crecimiento y de una anemia frecuentemente megalocítica; se conoce también con el nombre de infantilismo de Herter. Utilizando una dieta pobre en B_2 , y probablemente también en factor extrínseco, han conseguido Rhoads y Miller obtener en perros las típicas lesiones de la black tongue (lengua negra), enfermedad que padecen espontáneamente estos animales, caracterizada además por lesiones medulares y anemia del todo similares a las de la pernicioso humana.

La intoxicación, a partir del segmento gastrointestinal, es un factor que ha jugado importante papel en la historia de la patogenia de la enfermedad de Biermer. El intestino delgado se había encontrado en los enfermos de pernicioso muy rico en los más variados gérmenes: coli hemolítico y no hemolítico, estreptococos, etc.; pero parece ser que su presencia sea secundaria a la falta de ácido en el estómago, sin que sea posible admitir como causa un aumento de la permeabilidad intestinal que permitiera el paso de toxinas, pues como la hepatoterapia no modifica en dada la flora intestinal, ello habla en contra del origen tóxico de la anemia pernicioso. Hay, sin embargo, perniciosos sintomáticos en las estenosis intestinales (Faber, Meulengracht), que se curan mediante el tratamiento de aquélla. Seyderhelm las ha podido provocar experimentalmente en perros, mediante la producción de estenosis de intestino, y Tönnis, Hörster, etc., dejando asa en forma de ciego, donde se acumulan y descomponen restos alimenticios. Nada tiene, por tanto, de particular, que se pensara en un posible origen tóxico de la enfermedad, que parecía confirmarse ante las experiencias de determinación del índice fitotóxico de Macht; estudiando comparativamente la inhibición del proceso de germinación de las semillas de lupinus albus con y sin adición de suero humano, encontró este autor que el suero normal retrasa ya algo el crecimiento de aquéllas (índice fitotóxico entre 73-75), y que el suero de enfermos de pernicioso produce un retraso enorme (índice por debajo de 50), atribuyéndolo a su contenido en sustancias tóxicas. En contra está el hecho de la falta de especificidad de esta reacción, pues índices tan bajos como en la pernicioso se encuentran en la uremia, coletitiasis, etc., aparte que no existe paralelismo entre el grado de inhibición y el cuadro hemático. En resumen, podemos decir que las anemias consecutivas a trastornos intestinales son probablemente debidas a una dificultad en la reabsorción del principio activo, o a una destrucción del mismo en la misma cavidad intestinal; de admitir su origen tóxico, tendríamos que admitir una acción neutralizadora que anulara la eficacia del principio an-

tianémico. Lo que nos lleva a tratar del botriocéfalo como agente causal de la anemia perniciosa. Su semejanza con la enfermedad de Biermer resulta de que mediante la administración de p. a. a. se cura la anemia, aun dejando el parásito; pero también a la expulsión de éste subsigue una crisis de reticulocitos como en la perniciosa tras el tratamiento. Desde el punto de vista clínico, la identidad es completa, pero sólo el 0,01 por 100 de portadores de parásitos padecen la enfermedad; Schaumann, Naegeli, etc., piensan, en vista de esto, que sólo adquieren perniciosa los enfermos que, además de parasitar el botriocéfalo, son portadores de una determinada particularidad constitucional, mientras que Leichtstein cree que sólo algunas razas de botriocéfalo son venenosas, y Tallquist que solamente despliegan su influjo daltéreo si sufren un proceso de destrucción; este autor aisló de la cubierta del botriocéfalo un lipoide al que atribuyó propiedades tóxicas, cosa que no ha podido ser confirmada por otros. Es evidente, sin embargo, la acción tóxica, neutralizante del veneno botriocéfálico, que actúa bien en el intestino o después de su reabsorción; lo demuestra el hecho de que el trastorno puede ser compensado, tanto por la expulsión del parásito, como por la administración de p. a. a.

La anemia gravídica es otra de las variedades etiológicas que nos interesan, no las de carácter hipocrónico—tan frecuentes—, sino las de reacción macrocítica, que tampoco son muy raras. El cuadro clínico y hematológico es idéntico al de la forma criptogenética, de la que difiere por la rápida y definitiva remisión que se produce tras la expulsión del feto; como además es tan sensible como ésta a la administración del p. a. a., se piensa en una descompensación del mecanismo eritropoyético, como consecuencia del aumento de exigencias inherentes a la presencia del feto.

Sífilis, cáncer, etc., son otras causas más discutidas de anemia perniciosa; en general, el mecanismo es siempre el mismo: Anulación primitiva o secundaria de la producción del p. a. a.; en algunos casos no hay anulación, sino simplemente una descompesación consecutiva al aumento de exigencias funcionales, no acompañado de un correlativo incremento en la producción del p. a. a.

Goldhamer, Isaac y Sturgis, han demostrado que en algunos casos de lesiones difusas del hígado puede perturbarse la función de depósito de éste o de liberación a los tejidos, apareciendo cuadros pernicioides que mejoran con la hepatoterapia. Describen, de acuerdo con esto, un caso de cirrosis, en el que la investigación post-mortum del hígado demostró la carencia completa de principio antianémico.

Desgraciadamente, hasta la fecha, no ha sido posible todavía encontrar un test seguro para la valoración del principio antianémico. Es de esperar que ulteriores investigaciones permitan resolver pronto este problema, así como el de la constitución química de los factores antianémicos, para poder establecer de manera definitiva el concepto y relaciones de los distintos tipos de anemias macrocitarias.



LEOTAMIN

El acreditado remedio cicatrizante para el tratamiento de úlceras y heridas atónicas.

Pomada elaborada a base de INSULINA "LEO" y BIOSTERINA en tubos de estaño de 15 y 30 g. Producto nacional.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos.

COMERCIAL IBERO DANESA, S. A.
SARRIÀ, 7 LABORATORIO "LEOBYL" BARCELONA



INSULINA LEO

La más pura y más eficaz. No causa dolor al ser inyectada.

Se expende en solución de 20 y 40 unidades internacionales por c. c.

Muestras y literatura extensa a disposición de los Sres. Médicos.

JERINGA LEO

da la lectura directa en unidades de Insulina.



COMERCIAL IBERO DANESA, S. A.

Sarrià, 7 LABORATORIO "LEOBYL" Barcelona

Contra
la Gripe
ARCANOL
Schering

TUBOS DE
10 TABL.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S. A.
APARTADO 479, MADRID - APARTADO 1030, BARCELONA

Pantopon "Roche"

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

Digalene "Roche"

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

Productos "Roche", S. A.

Barcelona
Caspé, 26

Madrid
Santa Engracia, 4

León
Avenida de Méjico, 4

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CIVIL DE VITORIA

DIRECTOR JEFE: DOCTOR A. VILLACIÁN

Los accidentes neurológicos de la sueroterapia

por A. VILLACIÁN

Las inyecciones de suero con un fin de terapéutica profiláctica o curativa pueden determinar un conjunto de accidentes llamados «sériques» por los franceses o «enfermedad del suero» por los alemanes, «serumkrankheit» de von Pirquet y Schick.

Ahora bien, los más conocidos y que individualizan la enfermedad del suero son los accidentes de localización cutáneo-mucoso-articular, accidentes benignos en su mayoría por su rápida desaparición, cuya historia data de los comienzos de la aparición de los sueros, pues ya en 1894, en el Congreso Médico de Budapest, hay una aportación de 300 casos seguidos a la aplicación del suero antidiftérico. El estudio de los accidentes nerviosos, paralíticos en su mayor parte, es muy posterior y no han sido delatados hasta estos últimos años, a raíz de la guerra europea, pues es Lhermitte el que en 1919, con la observación de tres heridos, estudia el síndrome neurológico con más frecuencia observado, y opone la gravedad de éstos por la impotencia funcional que les acompaña y por su lenta regresión, a la benignidad de los cutáneos y articulares.

Ya antes que Lhermitte Engelmann, Grunberger, Gangolphe y Gardere, Tahon, Vincent y Gauchois, observaron trastornos paralíticos tras de las inyecciones de suero, que no se atrevieron a recriminar sin reservas a las medicaciones suéricas. Lhermitte es el verdadero individualizador de la variedad más frecuente, que describe con el nombre de «Parálisis amiotróficas disociadas del plexo braquial de tipo superior postsuero-terapéuticas.» Las publicaciones posteriores confirman el mayor número de localizaciones en el plexo braquial como accidentes nerviosos postsuéricos, aunque se han descrito otras formas: casos de seudotabes, por Baboneix; parálisis grave generalizada con signos bulbares y medulares, por Bourguignon; parálisis del radial, por Jambon, Sicard, Cantaloube, Balmes y Benau; neuritis del radial, por Lable, Baulin, etc.; parálisis ascendente, por Lerond; polineuritis, por Marchal y Pollet; caso de muerte por accidentes paralíticos, por Morichau y Fagart; forma atípica de la enfermedad del suero, por Vincent y Richet hijo; trastornos cardíacos por afectación del X par, por Weil-Halle y Levy. En España publican un caso de parálisis postsuérica, López Albo y Hormaza en 1932.

Aunque descritos y aceptados en su verdadero origen desde 1919, los accidentes paralíticos, tras de las aplicaciones de sueros, no son frecuentes;

en una estadística de Lhermitte y Haguenu, publicada en 1931, las cifras no pasan de 80 observaciones, cifra exigua si se tiene en cuenta los millares de inyecciones de suero que se practican.

Todos los sueros empleados son capaces de producir accidentes paralíticos, pero la casuística hace referir la mayoría de ellos al empleo del suero antitetánico, condicionado con seguridad por el mayor empleo del mismo con relación a los demás sueros, y de la misma manera que los sueros desalbuminizados (antitoxinas diftérica, tetánica, etc.) no evitan totalmente los accidentes cutáneo-mucoso-articulares, tampoco impiden la aparición de los accidentes nerviosos.

Transcurren generalmente algunos días desde la aplicación suérica hasta la aparición de los accidentes, ordinariamente alrededor de diez, siendo rara su aparición después del catorce día, aunque existen aportaciones en que éstos se presentaron cinco días después de la aplicación del suero (caso de Bouysset y R. Cade de cuadriplejía con amiotrofia acentuada de predominio en las raíces de los miembros, con albuminorraquia de 0,70 gramos y 4 células por metro cúbico, comunicado a la Sociedad Médica de los Hospitales de Lyon el 12-5-1931). De ordinario son precedidos los accidentes paralíticos por manifestaciones febriles variables de intensidad, cefalea, a veces con meningismo (Kernig), dolores articulares y aun manifiestas artritis, urticaria manifiesta y edemas de mucosas faringo-laríngea e intestinal; dos días después comienzan los síntomas dolorosos de tipo neurítico o radicular en los lugares en que ha de asentarse la parálisis, la cual se instala de manera rápida y precoz.

No obstante esta cronología posterior de los accidentes nerviosos a los otros accidentes suéricos, existen casos en los que las lesiones cutáneo-mucoso-articulares fueron posteriores a los accidentes nerviosos o no hicieron su presentación (comunicación de Pallasse a la Sociedad Médica de los Hospitales de Lyon de parálisis disociada del plexo braquial izquierdo 10 días después de la aplicación del suero antitetánico preventivo, con fiebre pero sin accidentes de piel ni articulares; caso de Pomme, Tricault y Brizard, de parálisis disociada del plexo braquial en el que los accidentes neurológicos han precedido a las algias articulares y a la urticaria).

No se puede establecer paralelismo de ninguna clase entre la intensidad de los accidentes cutáneo-mucoso-articulares y la de los accidentes paralíticos.

Aunque no existe un cuadro universal peculiar de los accidentes nerviosos de origen suérico, nos hará referirlos a dicho origen el hecho de su aparición posterior en un plazo no mayor de 14 días a la aplicación del suero, el ir precedidos frecuentemente o acompañados de los otros accidentes cutáneo-articulares llamados suéricos, y el tener verdadero carácter neurológico los accidentes presentados; el cuadro proteiforme de los mismos, según dejamos consignado, en forma de parálisis aisladas de los nervios, de parálisis pléxicas, radiculares, de neuritis o de polineuritis, de hemiparesias, de afasias, etcétera, hace que no puedan englobarse en un cuadro general, pero teniendo

en cuenta los datos mencionados, nos hará referirlos con gran probabilidad a su verdadera causa.

La localización electiva en raíces altas del plexo braquial, hace que pueda describirse esta forma predominante, que tiene como nota fundamental su «uniformidad estereotipada», ya consignada por Lhermitte. Practicada la inyección del suero, alrededor del décimo día, ordinariamente aparecen los accidentes en piel, mucosas y articulaciones, y uno o dos días después los dolores intensos, que pueden hasta impedir el sueño, en una o las dos cinturas escapulares, de carácter paroxístico, lancinantes e irradiados a cuello, mastoideos y a todo el miembro superior. Esas algias, con esa localización y concomitantes con artralgias, hacen pensar, a veces equivocadamente, en una artritis escápulo-humeral, pero los caracteres del dolor ya consignados y los adquiridos por la exploración de dicha articulación, harán desechar la semiología articular, aparte de que rápidamente (casi siempre dos días después) aparece la impotencia parálitica del miembro, con precoz amiotrofia, siendo característica y electiva la participación radicular superior C_5 y C_6 , o de Duchenne-Erb, y de tipo dissociado, como insiste Lhermitte, afectándose los músculos serrato mayor, supra e infraespinoso, deltoides, biceps y braquial anterior, o con más frecuencia un número más limitado de estos mismos y preferentemente el deltoides con la consiguiente imposibilidad de la abducción del brazo y de la elevación. Rápida y precozmente se instala la atrofia muscular en las masas afectadas con la consiguiente deformidad por el saliente de los relieves óseos, raramente acompañada de contracciones fibrilares.

Los reflejos óseo-tendíneo-periósticos están disminuidos o abolidos en las raíces afectadas por el proceso, y es de importancia el comportamiento del reflejo pilo-motor de Andre-Thomas, para de su presencia o falta deducir el asiento de la lesión por encima o por debajo de la conexión de los rami comunicanti del simpático con las raíces nerviosas.

A la par que las atrofas musculares y con la misma precocidad que ellas, aparecen las reacciones eléctricas degenerativas parciales o totales que indican el músculo o grupos musculares afectados a la vez que el cuánto de su degeneración, lo que nos ha de servir de guía para afirmar su regresión o su persistencia.

La sensibilidad objetiva está en general poco o nada afectada, traduciéndose raras veces por hipoestesia o anestesia de disposición en bandas, es decir, de carácter radicular.

El examen del líquido céfalo-raquídeo no ha sido investigado con frecuencia en la casuística que hemos revisado, fuera del caso de Bouyset y R. Cade, donde existe franca reacción meníngea con predominio de la albuminorraquia sobre la citorraquia, como en el nuestro, aunque en éste la reacción celular ha sido más señalada, pero el incremento de la albúmina con su fracción globulínica y el de las células, ha de ser tanto más intenso y manifiesto cuanto mayor sea la participación meníngea en el proceso.

Pomme, Tricault y Brizard practicaron en un caso de parálisis post-

suérica con participación del infraespinoso una biopsia del músculo para dosificar el potasio muscular, encontrando valores bajos de 3,75 gramos por kilogramo, en lugar de 4,20 que son los valores normales.

El curso evolutivo de estas parálisis es sumamente lento; los fenómenos dolorosos del principio persisten a veces tenazmente durante semanas, para atenuarse y acabar por desaparecer; pero los trastornos paralíticos, tan precoces, persisten durante meses con la impotencia funcional consiguiente y con algún paroxismo doloroso, restituyéndose con mucha lentitud la función motora, aunque al fin se recupera casi siempre en su totalidad.

La naturaleza íntima de las parálisis postsuéricas queda englobada dentro de lo teorizante de la patogenia de la enfermedad del suero: edemas congestivos intersticiales, trombosis de los vasa-nervorum, hemorragias intranerviosas, fenómenos de floculación de los coloides plasmáticos por la introducción de albúminas heterólogas y de signo eléctrico contrario. Queda también por explicar el por qué del mayor número de accidentes paralíticos en las raíces altas del plexo braquial; Sicard, que estima la patogenia de las parálisis postsuéricas como producidas por un edema perinervioso, verdadera urticaria del espacio epidural, cree que esta selectividad de afectación de las raíces altas sería debida a una menor oblicuidad de dichas raíces, C₅ y C₆, con reducción del espacio intradural de las mismas y mayor estrechamiento del canal óseo, lo que explicaría la mayor facilidad para el éstasis y la compresión. Los estudios de la cronaxia, llevados a cabo por Bourguignon, hacen referir a ésta la fijación selectiva de la parálisis; cada tóxico tendría su afinidad fijadora por grupos neuro-musculares de diferente cronaxia; así, el plomo se fijaría sobre elementos de gran cronaxia (raíz C₇ o grupo de los extensores); el alcohol sobre los de cronaxia media (grupo antero-externo de la pierna); los venenos suéricos sobre elementos de pequeña cronaxia (C₅ y C₆).

La terapéutica es la de todos los accidentes suéricos en un principio y subordinada después a la reparación de la función motora y trófica: dieta atóxica, evacuación intestinal, adrenalina y similares, compuestos de peptona, calcio, magnesio, hiposulfito; contra los fenómenos dolorosos, novalgina, aspirina y calor local, y posteriormente galvanización, diatermia, masaje y compuestos estrícnicos y arsenicales.

Hemos de conexasionar estos accidentes paralíticos postsuéricos con los de la misma naturaleza producidos por la vacunoterapia, puesto que tienen comunidad de origen terapéutico y semejante mecanismo de producción. La vacuna antitífica, quizá también por la mayor frecuencia de su empleo, es la que cuenta con mayor número de accidentes paralíticos; C. Roussy y L. Cornil, comunican a la Sociedad de Neurología de París, en 1919, un caso de monoplejía braquial con ataxia, temblor y actitudes atetósicas; en el mismo año, Roussy publica una observación de hemiplejía derecha con afasia, después de la vacunación antitífica; Lhermitte, Beaugard, Guillain y Rouques, un caso de siringomielia tras el empleo de la misma vacuna; Gui-

llain y Barre un caso de parálisis aguda ascendente de tipo Landry. Recientemente, Olmer y Paillas dan cuenta de un caso de parálisis ascendente aguda de Landry, seguido a la vacunoterapia neumo-bronquial, con fenómenos previos de eritema escarlatiniforme, pruriginoso, edemas difusos y, sobre todo de la glotis, dolores articulares en codos y rodillas, sobrevenidos diez días después de la vacunoterapia; pocos días después se instalan las parálisis, de comienzo por las extremidades inferiores, que progresivamente asciende a las superiores y finalmente alcanza a los núcleos bulbares con muerte del sujeto; el examen del líquido cefalo-raquídeo acusa normalidad en todos sus componentes.

La historia clínica de nuestro enfermo es como sigue:

A. S., de 29 años, casado, residente en Vitoria y natural de Valladolid, de profesión pintor; ingresa en nuestro servicio el 12-8-1935, sin señalar datos personales ni familiares de interés.

El 24 de Junio último sufre una herida punzante con una banderilla en la región ténar de la mano derecha, inyectándole inmediatamente 10 centímetros cúbicos de suero antitetánico preventivo (antes no ha recibido inyección alguna); cinco días después de la administración suérica aqueja dolores articulares en ambos hombros y rodillas, y horas después picor intenso generalizado con la aparición de eflorescencias de tipo urticario, que cede en poco tiempo tras la administración de un purgante salino, pero persistiendo las molestias dolorosas en las articulaciones referidas; fiebre que dura día y medio, no pasando de 39°, y cefalea moderada; tres días después, es decir, a los ocho de la aplicación del suero, se inician paroxismos dolorosos intensos, lancinantes, tensivos en toda la región del hombro derecho e izquierdo, que se irradian a todo el brazo derecho y región cerviceo-dorsal del mismo lado, y se exageran siempre con la hiperpresión del líquido cefalo-raquídeo (actos de toser, estornudar, etc.); tres días después de estos accesos dolorosos nota impotencia total del brazo derecho en los movimientos de elevación del mismo.

En la exploración clínica es característica la actitud del sujeto con el brazo derecho colgante y en abducción completa; resalta el relieve óseo de la extremidad externa de la clavícula, acromion y apófisis coracoides derechos, así como la atrofia total del deltoides; todos los movimientos segmentarios y totales son posibles, salvo la elevación del brazo y la abducción; realizados éstos por el explorador, el enfermo es incapaz de sostener la actitud impuesta, y el brazo cae inerte por su peso, adoptando la vertical; la articulación es laxa en sus elementos cápsulo-ligamentosos, y permite alguna separación de sus superficies articulares; no existen contracciones fibrilares.

Las distintas modalidades de sensibilidad son siempre normales en reiteradas exploraciones. La exploración eléctrica da siempre una reacción parcialmente degenerativa en toda la masa deltoidea derecha, más manifiesta en el grupo de fibras posteriores.

El examen hematológico da 11.000 leucocitos, con el siguiente esquema: células en cayado 1. lobulados 45, eosinófilos 4, linfocitos 46 y monocitos 4.

El líquido cefalo-raquídeo extraído por punción lumbar es de aspecto, transparencia y presión (Claude) normales; la cifra de albúmina es de 0,50 gramos por mil (Sicard), con Pandy (+ +), Nonne-Apelt (+), Weichbrodt (+); el número de células es de 16 milímetros cúbicos (Nageotte); la curva de Lange es de 0-0-0-0-0-0-0-0-0.

La radiografía de la articulación escapulo-humeral no da ningún detalle patológico.

En enfermo es sometido al tratamiento electro-físico señalado, pero con lentitud extraordinaria va recuperando su función motora dos meses después de comenzado; es de señalar que con frecuencia tiene paroxismos dolorosos, punzantes, en ambas regiones escapulo-humerales, aunque los fenómenos motores son siempre únicamente señalados en la derecha.

Nuestro caso es una aportación más a los accidentes paralíticos de la sueroterapia, y coincide con el mayor número de casos publicados de accidentes paralíticos postsuéricos que afectan a las raíces altas del plexo braquial, y que en cuanto a fenómenos motores se circunscribe a la parálisis deltoidea derecha, siendo los accidentes sensitivos más extensos y bilaterales como lo traduce la mayor difusión de los dolores.

Esta característica de la mayor extensión de los fenómenos dolorosos, su exageración con los aumentos de la presión del líquido cefalo-raquídeo, la albuminorraquia con el predominio globulínico, el aumento de las células, la localización motora (parálisis) exclusiva de la masa deltoidea derecha, hacen pensar que todo el cuadro neurológico, motor y sensitivo (subjetivo) de nuestro enfermo dependen de una lesión radicular localizada en raíces altas del plexo braquial en ambos lados, con fenómenos motores y sensitivos (subjetivos) a la derecha y sensitivos solamente (subjetivos) a la izquierda, en la primera porción de estas raíces, o sea en la llamada por Nageotte porción subaracnoidea. No cabría, a nuestro juicio, más error posible al intentar la localización lesional, que con una parálisis del circunflejo derecho, desecharse si se consideran todas las razones arriba enumeradas, unidas a la ausencia de parálisis del subescapular y a la ausencia de zona de anestesia táctil en la región externa del hombro.

El carácter de parálisis disociada que con tanta sagacidad y tan magistralmente señaló Lhermitte a estas parálisis altas del plexo braquial postsuroterápicas, le conviene totalmente.

Como dato de interés y que no hemos visto consignado en la casuística revisada al efecto, hemos de señalar los hallazgos hematológicos que el enfermo nos suministra, donde resalta la ligera leucocitosis con linfocitosis, moderada monocitosis y evidente eosinofilia, que creemos debe siempre investigarse, pues dada la naturaleza etiopatogénica de estas parálisis, la presencia de eosinofilia debe ser un rasgo de ellas no circunstancial, sino característico de estos procesos paralíticos postsuroterápicas.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- ANDRE THOMAS.—«Presse Med.» 18-2-1935.
 BAUDOIN y SCHAFFER.—«La Neurologie de 1931. «Paris Medical». 3-9-1931.
 BOUYSSSET y R. CADE.—«Société Med. de Hop. de Lyon». 12-5-1931.
 BOURRAT.—«Lyon Med.» 23-6-1929.
 CHOLEUX.—«Société Med. de Hop. de Lyon», 23-2-1932.
 HORMAXA y W. LOPEZ ALBO.—«Revista Clínica de Bilbao». Abril, 1932.
 KATZ.—«Deut. Med. Woch.» 23-10-1927.
 LEPINE.—«Journal Med. de LYON». 20-6-1926.
 LHERMITTE.—«Les parálisis. «Paris Medical», 8-3-1924.
 MAZEL y DECHAUME.—«Journal Med. de Lyon». 20-11-1926.
 OLMER y PAILLAS.—«Accidents de type serique. «Paris Med.» 28-9-1935.
 POMME, LIEGEOIS y BLAU.—«Lyon Med.» 8-6-1930.
 PALLASSE.—«Société Med. de Hop. de Lyon». 12-5-1931.
 POMME TRICAULT y BRIZARD.—«Société de Hop. de Lyon». 15-3-1932.

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
V
E
L
E
Z

ZINCOL.—Específico de todas las enfermedades de la piel.

COMPOSICIÓN:	Ictiol.....	2 gs.
	Extracto Hamamelis...	250 >
	Borato sódico.....	0,25 >
	Oxido zinc.....	33 >
	Bálsamo del Perú.....	8 >
	Excipiente graso.....	100 >

CLORAMINOL.—Pomada antiséptica a la cloramina T, insustituible en toda clase de heridas.

COMPOSICIÓN:	Cloramina T.....	1,50 gs.
	Excipiente apropiado....	98,50 cs.

PEPTOVEL.—Jarabe de efetonina, calcio y gomenol. *Anti-congestivo, expectorante y antiséptico.*

COMPOSICIÓN POR CUCHARADA DE 15 GRAMOS.....	Calcio-Yon, en combinación orgánica.....	0,073 gs.
	Efetomina.....	0,010 >
	Gomenol.....	0,100 >
	Benzoato sódico.....	0,400 >
	Cloruro amónico.....	0,125 >
	Alcaloides estabilizados contenidos en la cantidad de ipecacuana.....	0,020 >
	Elixir pectoral aromático C. S., para completar...	15,000 >

GUAYACOROL.—Solución oleosa antitóxica, inyectable, niños y adultos.

COMPOSICIÓN:	Colesterina.....	0,4 gs.
	Gomenol.....	0,12 >
	Cacodilato de Guayacol.	0,2 >
	Eucaliptol.....	0,3 >
	Alcanfor.....	0,10 >
	Eter sulfúrico.....	0,10 >
	Y aceite de olivas, lavado y esterilizado, hasta completar 1 c. c., en ampollas de 1 y 2 1/2 c. c.	

Muestras y literatura: JOSÉ VÉLEZ.-Oropesa (Toledo)

ELIXIR RECA

clorhidropéptico

Clorhídrico, pepsina, B O L D O ,
CONDURANGO, etc.

INDICACIONES

Anaclorhidria, Hipoclorhidria,
Aguilia gástrica, Litiasis biliar
con anaclorhidria, Convalecencias,
Anorexia, Diarreas crónicas, etc.

DOSIS

Una copita o cucharada al comienzo o final
de las comidas.

Niños, cucharaditas.

Sabor delicioso.

ORTHOMIL JIMÉNEZ

solución

Salicilato sódico purísimo
en asociación alcalina y
diurética.

DOS GRAMOS POR
CUCHARADA GRANDE

INDICACIONES

Reumatismo articular
agudo.

Perfecta tolerancia.

LABORATORIO CÁNTABRO - Apartado 222 - SANTANDER

Cuerpos extraños de vejiga

por el doctor JOSÉ M.^a M.^z SAGARRA, Urólogo

Los cuerpos extraños de la vejiga, parte de aquellos que son debidos a perforación accidental o patológica de la pared vesical (balas, esquirlas de huesos de la pelvis, etc.), la mayor parte de las veces su introducción se realiza por la uretra, bien sea con fines terapéuticos (cateterismo con sondas o bujías viejas que se rompen) o bien con fines eróticos, como ocurre con más frecuencia en la mujer, debido a la brevedad de su uretra. Esto ha inducido a decir a Legnen, que en todo caso de cálculo vesical en la mujer se debe pensar en la posibilidad de un cuerpo extraño, tanto más si va acompañado de vulvitis, tan frecuente en las masturbadoras.

Los cuerpos extraños vesicales en el hombre suelen ser por el contrario, dada la longitud y tortuosidad de su uretra, un hecho raro, observándose especialmente en dementes, y con mayor frecuencia, como antes hemos indicado, debido a accidentes del cateterismo.

He tenido ocasión de operar a J. A., de la provincia de Valladolid, de 63 años, próstático en retención completa crónica desde hacía cuatro meses; sometido a sondajes bicitidianos por el practicante del pueblo. Hace una semana y de una manera brusca, cistalgia intensa y piuria con algunas gotas de sangre. Intervenido por talla como primer tiempo de su prostactomía, me encuentro un trozo de sonda que el propio enfermo ignoraba. Desaparición inmediata de los dolores y al mes fué posible extirparle el adenoma de próstata, cicatrizando la herida a los veinticinco días del segundo tiempo. Fué dado de alta por curación.

Otro caso interesante, tanto por la edad como naturaleza del cuerpo extraño, es el siguiente:

C. V., de 15 años de edad, soltera, natural y residente en Valladolid. Acude a la consulta aquejando grandes molestias al orinar desde hace dos meses, y aparecidas de una manera brusca; polaquiuria y disuria marcadísima, obligándola a orinar cada media hora de día y unas ocho veces de noche, con abundante mucosidad. Discretas hematurias al final de la micción, y dice haber eliminado arenillas. Orinas enormemente turbias y aquejando la enferma dolores en región renal derecha. La muchacha, en comienzo de desarrollo, acusa un mal estado general, con febrícula sostenida, sequedad de fauces, anorexia y estreñimiento pertinaz. Aparato circulatorio normal, aparato respiratorio idem y rápido adelgazamiento en el transcurso de la enfermedad.

A la exploración urológica no acusa anormalidad en riñones ni trayecto uretral. Dolor marcado a la presión en la región hipogástrica con irradiación a vulva.

Vulvo vaginitis que dificulta el sondaje. La uretra da paso a una sonda

número dieciséis, que al introducir en la vejiga deja sentir el roce con una concreción vesical. Vejiga muy irritable y dolorosa a la distensión; contracción aumentada, capacidad de 50 gramos. Orinas mucopurulentas de reacción alcalina intensa, conteniendo abundantísimos polinucleares, cocos y diplococos abundantísimos en montones. Radiografía simple negativa de cálculo.

Se hacen unas instilaciones vesicales de nitrato de plata con objeto de mejorar el estado de la vejiga, pudiendo realizar a los ocho días de este tratamiento la cistoscopia con cien centímetros cúbicos de capacidad. Paredes enormemente enrojecidas, nitrigono enrojecido, adematoso, que hace imposible ver los orificios ureterales. Se observa la presencia de un cálculo

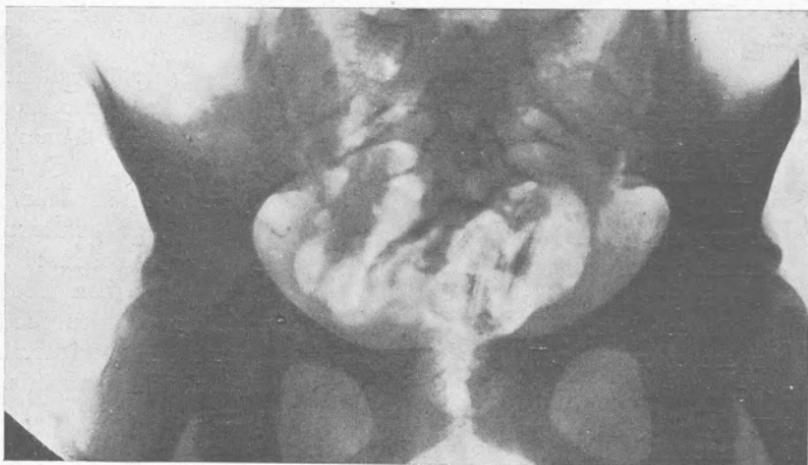


Fig. 1.ª

de aspecto y forma irregular con pseudomembranas y con tendencia a esconderse dicha concreción detrás del cistoscopio, haciendo imposible su total exploración.

Una nueva radiografía, previa inyección de aire caliente estéril en vejiga, nos muestra la presencia de una concreción de contornos irregulares y de sombras no muy densas de aspecto atigrado (fig. 1.ª). Dada la forma de la concreción, sospecho se trate de un cuerpo extraño que la enferma niega rotundamente participación consciente en su enfermedad.

Orina total en veinticuatro horas, mil trescientos gramos, reacción alcalina.

Fenol sulfotaelina —cincuenta por ciento de eliminación en una hora.

Urea en sangre —0,49.

Intervención consistente en talla hipogástrica. Incisión de planos encontrándose en el espacio de Retzius con intensa periscititis, esclerolipomatoso y vejiga retraída detrás del pubis, condiciones que dificultan su exte-

riorización. Incisión vesical y extracción del cálculo (?), drenaje hipogástrico y sutura de planos.

El supuesto cuerpo extraño fué confirmado, tratándose de una tetina de goma de un biberón (fig. 2.^a) que la enferma se había introducido con fines eróticos, según terminó confesando.

Pots-operatoria normal, si bien que por la intensa pericistitis y retracción vesical se formó una pequeña fístula hipogástrica que nos obligó a tratar durante dos meses, teniendo finalmente que cauterizar la fístula por fuera con el lápiz de nitrato de plata a permanencia y electrocoagular por dentro la mucosa vesical alrededor del orificio de la fístula para conseguir su total cicatrización.

Fué dada de alta por curación.

F. M., natural de Iscar (Valladolid), de 26 años de edad, casada. Fué operada de perineorrafia por un ginecólogo, colocándola en la vejiga una sonda de Pezzer a permanencia. Esta al retirarla se parte, quedando el pico de aletas dentro de la vejiga. Desde entonces aqueja molestias intensas de tipo vesical, consistente en polaquiuria intensa, viéndose obligada a orinar cada media hora, con marcada disuria y orinas claras.



Fig. 2.^a

La cistoscopia muestra una vejiga con paredes normales, cuello y trigono enrojecido, observándose en la parte posterior de éste el pico de la sonda de Pezzer, incrustada de sales calcáreas. Se hacen unas dilataciones uretrales con las bujías de Hegar, consiguiendo con el cistoscopio y una gran pinza de cuerpos extraños de uretra, extraer bajo el control de la vista el cuerpo extraño. Desaparición inmediata de las molestias.

La sintomatología de los cuerpos extraños de vejiga suele ser la misma que la de la litiasis, pudiendo en ocasiones tolerarlos bien el organismo, pasando desapercibidos hasta el momento de la infección. Pero permite distinguir unos de otros, en que en la litiasis los síntomas se instauran de una manera lenta y progresiva, mientras que los cuerpos extraños provocan las molestias de una manera brusca desde su introducción en la vejiga, acusando la disuria y la polaquiuria. La pericistitis se da con más frecuencia en los cuerpos extraños que en la litiasis, provocando aquéllos cuando se abandonan hasta perforaciones vesicales, origen de peritonitis, fistulas, etc.

El diagnóstico, además del cistoscopio, nos lo da la radiografía.

La cistoscopia de los cuerpos extraños a veces nos hace pensar en cálculos cuando aquéllos están revestidos de falsas membranas y sales cal-

cáreas, haciéndonos pensar en la posibilidad de un cuerpo extraño la irregularidad de la forma, las lesiones intensas de la pared que en ocasiones llegan, como hemos dicho, hasta perforar, y a veces por la percepción cistoscópica directa del propio cuerpo extraño.

En nuestro primer caso, la radiografía simple no dió sombra de cálculo, siendo necesario contrastar con la inyección de aire para apreciar una sombra irregular y escasa opacidad a los rayos X, circunstancia poco corriente en los cuerpos extraños que suelen dar una imagen neta a la placa, no así los cálculos de vejiga, que en un 50 por 100 de las veces son invisibles a los rayos X, necesitando el contraste, el explorador metálico y la cistoscopia para su diagnóstico.

La extracción de cuerpos extraños de la vejiga en la mujer, sobre todo, debe hacerse a poder ser por vías naturales, dada la cortedad y laxitud de la uretra, como realizamos en nuestro segundo caso. el crochet de Legueu permite con el control cistoscópico la extracción de imperdibles, horquillas, etcétera; cuando el cuerpo extraño es de reducido tamaño, la dilatación forzada de la uretra en la mujer permite extraer estos cuerpos.

Finalmente, los de gran tamaño deben ceder paso a la intervención cruenta, siendo la talla hipogástrica el procedimiento a realizar. Esta se encuentra muchas veces dificultada por la retracción vesical y pericistitis, siendo frecuentes en estos casos las fistulas post-operatorias que obligan a tratamientos prolongados. Debemos hacer constar que el mejor tratamiento de estos trayectos fistulosos largos y endurecidos es la aplicación del lapicero de nitrato de plata a permanencia y la electrocoagulación endovesical del orificio de la fistula.

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.*

CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE SORIA

DIRECTOR: DOCTOR J. CALVO MELENDRO

Equinococosis pulmonar y tuberculosis

por el doctor J. CALVO MELENDRO

Las relaciones entre ambas enfermedades plantea una serie de problemas, de algunos de los cuales, nos vamos a ocupar en el presente trabajo.

1.º Diagnóstico diferencial en caso de existencia aislada en el pulmón de una de estas enfermedades. 2.º Diagnóstico diferencial cuando los dos existen al mismo tiempo. 3.º Influencia que la equinococosis puede determinar para la evolución de la tuberculosis pulmonar. 4.º Tratamiento en casos de existencia simultánea.

No nos vamos a ocupar detalladamente de la valoración de cada signo para el diagnóstico diferencial; actualmente poseemos ya más de cincuenta observaciones de quistes hidatídicos de pulmón; en la mayor parte hemos podido hacer el diagnóstico sin gran dificultad.

La región de la provincia de donde viene el enfermo, es un dato que nos ayuda, pues existen zonas particularmente preferidas por la equinococosis y escasamente atacadas por tuberculosis. Igualmente la profesión: los pastores están más predispuestos. El aspecto floreciente del enfermo, tan señalado por los autores, nos sirve, sin duda alguna, sobre todo si además el enfermo (que ha tenido su hemoptisis), nos cuenta que ha seguido haciendo los trabajos rudos del campo, sin que ello le haya empeorado. No es necesario insistir, sin embargo, sobre las precauciones con que tenemos que valorar estos hechos. La forma de la hemoptisis, tan frecuente en la equinococosis, es de un gran valor; el enfermo de quiste expectora constantemente esputos manchados en sangre, durante meses seguidos, lo que es muy raro en la tuberculosis. Escaso valor tienen los demás síntomas que podamos recoger por el interrogatorio. Cuando ya la vómica se ha efectuado, suele ser un detalle que no pasa desapercibido, sin olvidar las vómicas silenciosas y enmascaradas por hemoptisis concomitante, y además que hay enfermos que saben observarse muy mal. Después de la vómica es cuando más frecuente tiene lugar la hemoptisis en la forma descrita anteriormente.

Nada típico existe en la percusión y auscultación. Gerbrandy concede valor a la existencia de murmullo vesicular disminuido con matidez y escasez o falta de estertores, hecho que nosotros hemos confirmado algunas veces.

Después de esto, el examen radiológico, el análisis de esputos, sangre, reacciones dérmicas, nos llevan en la inmensa mayoría de casos a un diag-

nóstico seguro. A pesar de todo, hemos tenido ocasión de encontrarnos con sombras radiológicas nada típicas, corrientemente en lóbulos inferiores, pudiendo ser muy bien peluresias o infiltraciones pulmonares; las reacciones en sangre dudosas o negativas no nos permitían, de momento, hacer el diagnóstico. La evolución posterior nos ha confirmado, en ocasiones, que eran infiltraciones tuberculosas, y otras, la mayor parte, quistes hidatídicos; así, por ejemplo, recordamos un enfermo en que la reacción periquística daba una sombra nada típica en lóbulo inferior derecho; pasados unos meses desapareció la reacción periquística, y ya la radiografía mostró la imagen redondeada típica; el Weinberg y eosinofilia habían sido negativas y la Casoni dudosa. La vómica confirmó, en absoluto, el diagnóstico. Recordamos también otro caso de lóbulo pulmonar inferior izquierdo con reacciones negativas y sombra radiológica nada característica, que nos inclinamos a pensar en peluresia y que posteriormente la vómica nos hizo cambiar de parecer. Actualmente tenemos en observación una enferma en parecidas condiciones, pues tiene, desde hace varios años, cada 2-3 meses una hemoptisis, presentando radiológicamente una sombra en lóbulo inferior del pulmón derecho, que por abajo se confunde con diafragma y por arriba tiene límites imprecisos con el resto del pulmón, que aparece normal en repetidos exámenes radiológicos: reacciones biológicas para hidatidosis negativas, esputos negativos para ganchos y bacilos. La evolución nos hace pensar que se trata de un quiste hidatídico. De todas maneras, con estos casos nos damos cuenta de las dificultades que algunas veces (desde luego las menos) se nos presentan para el diagnóstico diferencial.

Cuando las dos enfermedades coexisten, aumentan las dificultades, además que ante un enfermo de pulmón en el cual puede hacerse el diagnóstico de tuberculosis, la mayor parte se darán por satisfechos, siendo solamente la imagen radiológica la que a veces nos haga despertar la sospecha. Realmente la coexistencia de ambas enfermedades es rara; en España, Noguera, Toledo y Marañón han citado algunos casos, nosotros poseemos solamente uno, que después describiremos, y que tiene un mayor interés por la influencia que la equinocosis puede tener para la evolución de la tuberculosis pulmonar; en él pudimos hacer el diagnóstico de las dos enfermedades, pues la sombra superior de vértice derecho, redondeada, era típica, y la inferior, perihiliar, nos pareció tuberculosa por su aspecto y, además, teniendo en cuenta todo el cuadro clínico del enfermo.

Pero lo que más ha ocupado la atención de los autores, es la posibilidad de que el traumatismo inferido al pulmón por el equinococo sea capaz de crear un lugar de menor resistencia donde anide la tuberculosis, bien antes de la vómica, o bien ya expulsado el parásito espontánea o quirúrgicamente. Escudero estudió con detalle este problema, pensando (en 1912) que sería frecuente la explosión de la tuberculosis a consecuencia del quiste; posteriormente (1922) ha cambiado de opinión, y cree que la combinación

de ambas enfermedades es bastante rara. Más recientemente se han ocupado de esta cuestión Gerbrandy y los cirujanos griegos Makkas y Kurias. Estos últimos autores han publicado varios casos en los que la tuberculosis se desarrolló poco tiempo después de la intervención quirúrgica, surgiendo siempre tuberculosis graves, que condujo a la muerte en algunos. Para ciertos autores la tuberculización se haría en la cavidad hidatídica; para otros se trata de un brote miliar. Creen Makkas y Kurias que se trata de tuberculosis preexistentes no descubiertas antes de la operación, que permanecían en estado latente; estudiando detenidamente las radiografías, encontraron señales de tuberculosis oculta latente. Estiman que esta existencia no contraindica el acto operatorio, pues el día que se verifique la abertura espontánea, se crearán idénticas condiciones para la tuberculización.

Por nuestra parte, podemos decir lo siguiente: Tenemos cerca de treinta casos con vómica espontánea, algunos de ellos seguidos ya durante cinco años, y en ninguno hemos visto desarrollarse tuberculosis; en las dos observaciones que poseemos de coincidencia, la tuberculosis se desarrolló poco tiempo después de la intervención; en una desconocemos el estado pulmonar anterior a la operación, en la otra era segura la preexistencia de tuberculosis, y casi absoluta la certeza de que el acto quirúrgico determinó la explosión bacilar.

OBSERVACION NUMERO I

F. L., natural de Zayas de Torre (Soria), de quince años de edad.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Antecedentes familiares.—El padre padece un proceso tuberculoso pulmonar con expulsión abundante de bacilos y evolución rápida. La madre padece un proceso de tuberculosis pulmonar fibroso ulcerado con escasa eliminación de bacilos.

Comienzo de la enfermedad actual.—No podemos precisar ningún dato del comienzo ni de la evolución de la enfermedad en el tiempo anterior a nuestra visita. El niño está actualmente en el Hospicio recogido y sólo nos le traen porque dicen que desde hace unos días tose con insistencia. Son los únicos datos que podemos tomar del enfermo.

Exploración (27-VIII-932).—Ligera palidez de piel y mucosas. Estado de nutrición algo defectuoso. Tórax: Submatidez en vértice derecho (plano anterior y posterior). Roncus en esta misma región y además en zona hilar. El resto de la exploración normal.

Radiografía.—Véase la señalada con el número I.

Como se ve, se aprecia una sombra redondeada en vértice derecho del tamaño de un huevo de gallina. Por debajo de esta sombra aparece otra, que nosotros creemos sea debida a una infiltración secundaria.

Reacción de Cassoni.—Fuertemente positiva la precoz y la tardía. Eosinofilia negativa. Reacción de Weinberg positiva con suero sin inactivar;

negativa con suero inactivado. Velocidad de sedimentación: 80 a la hora (método de Westergreen).

El enfermo queda hospitalizado, y durante su estancia en la sala presenta fiebre de 37 a 38 grados. Un día tiene una erupción típica de urticaria.

Intradermorreacción a la tuberculina positiva.

Con objeto de precisar mejor las sombras, intentamos un neumotórax, pero sale por el trocar agua de roca, teniendo inmediatamente fenómenos

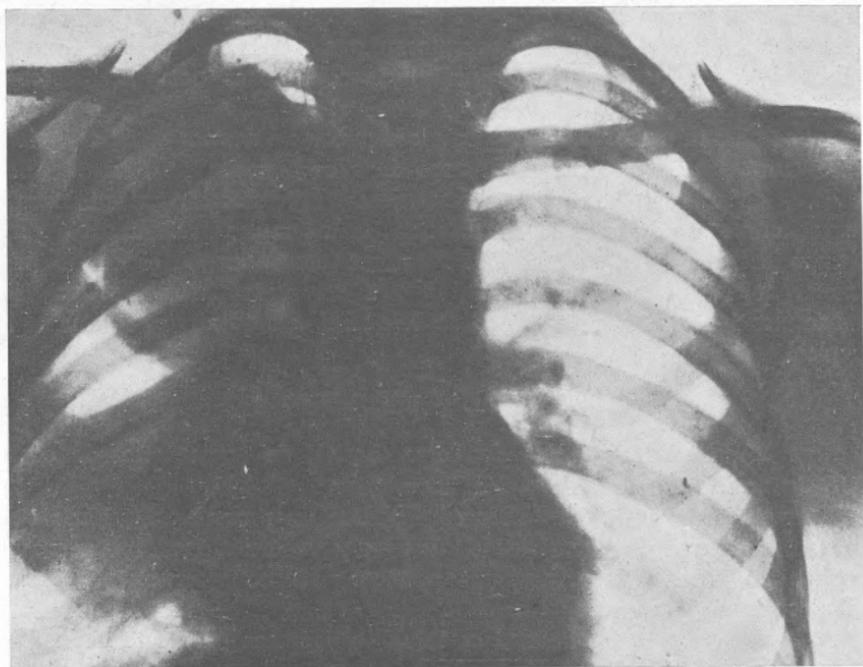


Figura número 1.

Sombra superior redondeada de bordes precisos, corresponde a un quiste hidatídico cerrado. Sombra inferior perihiliar de límites difusos, corresponde a una infiltración tuberculosa. Pulmón izquierdo normal.

anaafilácticos graves, que ceden con tratamiento de cafeína, aceite alcanforado y adrenalina. La punción se hizo en 8-11-935. Las radiografías posteriores mostraron la sustitución de la sombra superior homogénea, por una cavidad de contenido hidro-aéreo, permaneciendo la inferior y el resto de la parénquima sin alteración.

El estado general sufre distintas alternativas, y en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre se empeora, instalándose un síndrome de supuración pulmonar que no mejora a ninguno de los medios empleados. En Enero del 34, decidimos la intervención quirúrgica, comprobando antes

que la imagen perhiliar se encuentra en el mismo estado. Por operación se extrae bastante cantidad de pus y una gran membrana hidatídica. Sigue con fiebre alta y mal estado general; al mes hacemos la radiografía número 2, que nos muestra el aumento de la sombra perhiliar y el brote extenso de nódulo blando en el pulmón opuesto. Sigue empeorando, y pocas semanas después fallece, encontrando en la autopsia una siembra miliar de

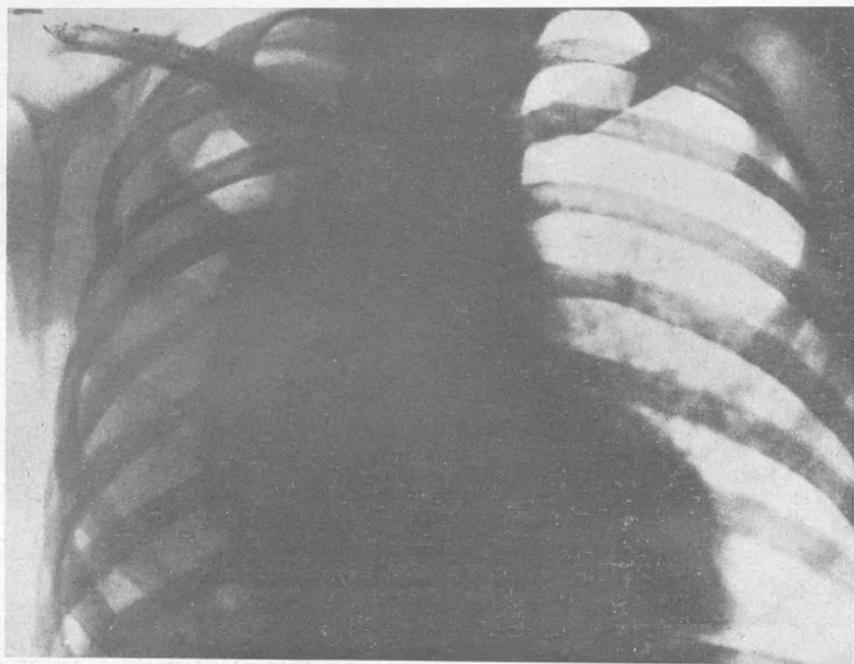


Figura número 2.

El mismo caso después de resecada parte de la cuarta costilla. Cavidad en la parte superior. Gran aumento de la sombra perhiliar. Imagen de panal de abejas en el campo medio de pulmón izquierdo.

todo el pulmón izquierdo y el derecho; la cavidad hidatídica sin ningún signo macroscópico de tuberculización, y los nódulos e infiltraciones que se ven en la figura número 3.

OBSERVACION NUMERO 2

L. A., de 36 años, casado, labriego. Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales. En la infancia estuvo enfermo en cama durante un mes con dolor de costado.

Empezó a estar enfermo hace cinco años, con dolor de costado derecho; fiebre de 39 grados, tos y expectoración, le duró un mes; diagnosticaron pleuresía; a los pocos meses volvió con tos y expectoración sangui-

nolenta, que le continuó dos meses más, hasta que al cabo de este tiempo fué operado de un quiste hidatídico de pulmón derecho. Después de la operación continuó con ~~tos~~ y dolor de costado, y a los dos años, esputos fétidos y sanguinolentos durante 50 días; desde esto continúa con expectoración y ha tenido, con intervalos variables, seis hemoptisis.

Ingresa en el hospital el 25-XI-934. Continúa con la sintomatología de

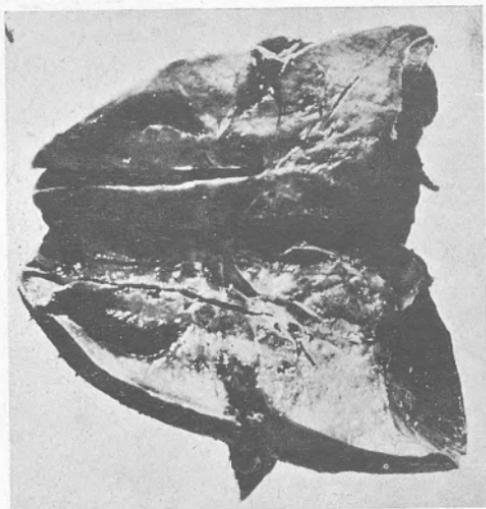


Figura número 3.

Pulmón izquierdo del enfermo de las radiografías anteriores. En la cavidad se hallaba el quiste. Tuberculosis exudativa que abarca el resto del pulmón.

aparato respiratorio, poco apetito y disnea de esfuerzo; ha perdido bastante de peso; el resto de los aparatos normales.

Exploración. Matidez y roces de pleura en base derecha. La radiografía muestra una opacidad irregular que ocupa los dos tercios inferiores de campo pulmonar derecho. Cassoni y Weinberg positiva. Esputos siempre negativos para bacilo de Koch. Fiebre de 38 a 39 grados. Decidimos la operación. Polinucleosis y leucocitosis, sin que después de la reacción costal salga pus. Falleció varias semanas después. En la autopsia se encontró en lóbulo pulmonar inferior toda una zona extensa de tejido duro de carnificación con otras zonas de congestión y microscópicamente lesiones tuberculosas.

Por la primera observación vemos que la equinocosis y tuberculosis coexisten en pulmón durante bastante tiempo, sin influenciarse para nada durante año y medio por lo menos; la infiltración perhiliar ha permanecido estacionaria, lo mismo cuando el quiste estaba intacto que después ya abierto y supurado, y ha sido el acto quirúrgico el que determinó la explosión

tuberculosa, sin que se tuberculizara la cavidad que alejó el quiste. No podemos determinar si la infiltración tuberculosa hubiera acaso regresado sin la presencia del quiste. En el segundo caso desconocemos el estado primitivo del pulmón, por haber venido el enfermo a nosotros sólo en el período final; aquí parece que tuvo lugar el desarrollo tuberculoso en la región donde asentó el quiste, desarrollándose una forma de evolución lenta y sin brote miliar. En realidad, en este caso, es dudosa la influencia del quiste sobre la tuberculosis.

En lo que se refiere al tratamiento, nos parece que ante un enfermo con las dos enfermedades en pulmón, al decidir la intervención debemos contar con la posibilidad del brote tuberculoso.

RESUMEN

Se citan los signos de más valor para el diagnóstico diferencial entre tuberculosis y equinocosis pulmonar, creyendo que la mayor parte de las veces es fácil, existiendo, no obstante, algunos casos con dificultades insuperables. Basándonos en nuestra experiencia, creemos que la coincidencia de ambas enfermedades en el pulmón es poco frecuente, y que la vómica espontánea no determinó en ninguno de nuestros enfermos (cerca de treinta)—seguidos algunos hasta cinco años—la explosión tuberculosa posterior. En las dos observaciones de quiste y tuberculosis que poseemos, el brote tuberculoso grave tuvo lugar después del acto quirúrgico.

En uno de nuestros enfermos vimos coexistir el quiste y la tuberculosis durante año y medio, permaneciendo estacionaria esta última, que sufrió un brote miliar poco tiempo después de la operación para el quiste.

Creemos que antes de intervenir un quiste de pulmón debe buscarse con cuidado la posible existencia de tuberculosis, y en caso afirmativo, pensar en posibles evoluciones malignas posteriores al acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

GERBRANDY.—*Lungenechinococcus und seine. Beziehung zur lungen tuberculose.* «Zeitschrift für Tuberkulose», t. 55, pág. 450, 1930.

NOGUERA TOLEDO.—*Quiste hidatídico del pulmón y tuberculosis.* Servicio de P. M. del Dr. Marañón. Sesión de 8-11-1930.

TAPIA, ORENSANZ, DIEZ Y NAVARRO.—*Contribución al estudio de la hidatidosis pulmonar.* Trabajos del Hospital Nacional. 7-11-1931.

LOZANO.—*Estampas de equinocosis.* 1930.

CALVO MELENDRO.—*Evolución espontánea del quiste hidatídico de pulmón.* Tesis doctoral. 1932.

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Santander

BARDANOL

**Elixir de Bardana
y estaño eléctrico**

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA



**TONICO
CARDIACO**



LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M.^a BALASCH**

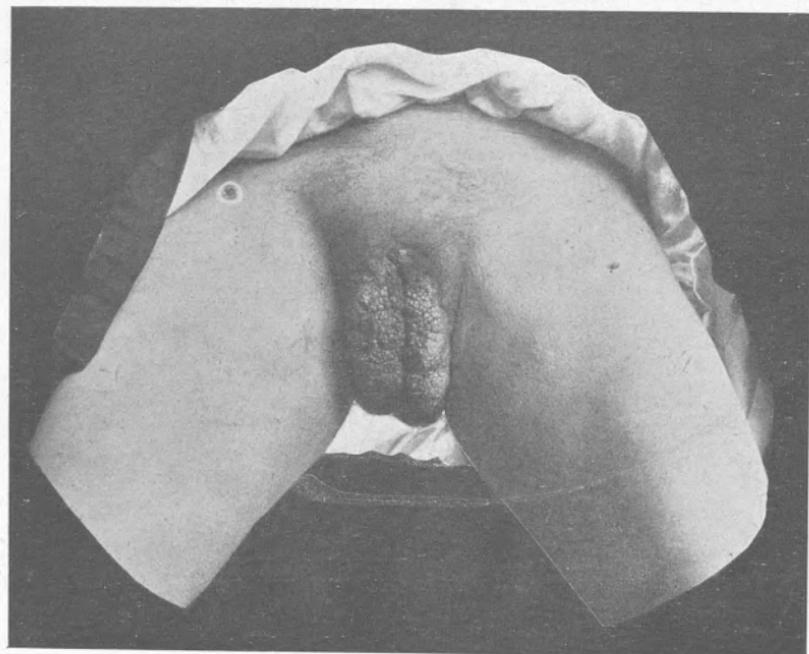
Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.



VERRUGAS VULGARES

(Colección Dr. Ledo)



VEGETACIONES VENÉREAS

(Colección Dr. Ledo)

VERRUGAS VULGARES VEGETACIONES VENÉREAS

Las verrugas vulgares plantean problemas interesantísimos.

Verrugas planas, verrugas vulgares y vegetaciones venéreas, parecen deberse a una misma causa etiológica, y ésta no nos es conocida.

Las verrugas planas serían una modalidad clínica particular de las verrugas vulgares y serían producidas por un virus filtrante. Las vegetaciones venéreas serían debidas a un espiroquete y su forma filtrante (?), tal vez el agente de ambas formas de verrugas.

Todo el mundo sabe que estas tres producciones son contagiosas y auto-inoculables, y la experimentación, al demostrarlo, ha probado la posibilidad de transformación de unas en otras. La clínica lo corrobora; (niñera con verrugas vulgares, contamina a dos niños a su cuidado, y, poco después, la madre presenta profusa erupción de verrugas planas y verruga subungueal, vulgar, extremadamente dolorosa. Obs. personal).

Si sobre la etiología hoy sólo podemos hacer conjeturas, tampoco vemos más claro el por qué un mismo germen determina estas tres formas, clínica e histológicamente distintas. La consideración de las regiones cutáneas, en las que con predilección asientan, no es válida. No es precisamente en los territorios cutáneos que fisiológicamente son más ricos en papilas en los que electivamente asientan estos procesos.

Es verdaderamente curioso que el pueblo, desde tiempos muy remotos, haya considerado como incontestable la contagiosidad—por lo tanto, el carácter infeccioso—de las verrugas, y sólo muy recientemente, y a partir de las experiencias de Variot, de Jadassohn, en las postrimerías del pasado siglo, y los trabajos realizados por diversos autores en los últimos veinte años, esta idea de la contagiosidad se ha abierto camino, junto con la noción de la unidad de estas tres formas clínicas.

En la terapéutica de ambas formas de verrugas no se ha progresado considerablemente. Los Tratados y Manuales repiten, desde hace cincuenta años, las mismas fórmulas, y al compás de los progresos, se han venido añadiendo los efluvios, la electrolisis, la radio y radiumterapia, la nieve de ácido carbónico, la electrocoagulación. Al entrar en los estudios biológicos, Biberstein preparó extractos de verrugas para intentar la inmunización. Nosotros hemos repetido estas experiencias (Acad. de Dermatología, 1929), y no es grande nuestro entusiasmo.

Y también aquí la ciencia se vuelve al pueblo, y de prácticas oscuras de curanderos y semibrujas, extrae la convicción de que verrugas planas y verrugas vulgares se curan por sugestión en múltiples ocasiones. Y aquella

práctica de los garbanzos—tantos como papilomas—arrojados al pozo en una noche determinada del ciclo lunar, o aquella de la pócima o del emplasto que obra la maravilla, entran, adecentadas por la sustitución, verdadero trauma psíquico, que por el deseo de curar del paciente y la voluntad del médico que le influencia, se le inflige.

Hace más de cuarenta años, Gibert presentaba una comunicación a la Société Neurologique de París, sobre la curación de verrugas vulgares por la sugestión. Desde esa época, varios son los autores que se han ocupado de este tratamiento, singularmente el suizo Bonjour. Mi padre las curaba con algún toque con agua destilada que aseguraba al paciente era específico para sus papilomas y extraordinariamente cáustico para los tejidos vecinos—, más un aparatoso vendaje que se mantenía varios días. Bajo la lámpara de cuarzo, que reduce el nitrato de plata y ennegrece la verruga «madre», previamente pincelada, al igual que otras lo fueron sólo con agua, lo cual nos sirve—aseguramos al enfermo—para descubrir si ciertamente esta verruga fué la primera; otras veces, por una o dos inyecciones intravenosas de agua bidestilada, etc., hemos curado casos en los que el número de verrugas y el tiempo de existencia de la enfermedad no eran ciertamente tranquilizadores. Bonjour afirma que «la fe no es necesaria»; nuestra experiencia nos demuestra que el número de éxitos está en proporción inversa con la cultura del paciente. A Bloch, que durante dos años y medio ha tratado por la psicoterapia más de doscientos enfermos, no le parece que ni el sexo ni el número de verrugas tuviera influencia. En cuanto a la edad, señala el porcentaje más elevado de curaciones en los niños; esto confirmaría la afirmación de Bonjour: «Cuanto menos se ocupan de ellas, antes se atrofian», y nuestra experiencia nos hace temer a la jovencita de la buena sociedad, cuya única ocupación durante meses es seguir la evolución y aumento numérico de sus verrugas, hasta llegar en ocasiones a estados melancólicos inquietantes.

Por dos caminos ha ido la ciencia a aceptar ideas populares sobre el carácter infeccioso y la curación psicoterápica de las verrugas. La eficacia de los otros tratamientos queda en entredicho.

Para las verrugas plantares y las de la región subungueal, la electrocoagulación es utilísima.

Para las vegetaciones venéreas, continúan siendo la escisión y modernamente la electrocoagulación los tratamientos de elección. Y siempre, para prevenir nuevos brotes, una limpieza rigurosa de la región. Con éxito hemos ensayado la glicerina, inyectando una gota en el papiloma, y tenemos publicado un caso en que profusas vegetaciones venéreas desaparecieron coincidiendo con un tratamiento con amarillo de acridina (Acad. de Dermatología), sin que esto nos autorice a sacar conclusiones.

La segunda fotografía que ilustra este comentario, corresponde a un formidable caso de vegetaciones venéreas, cuya observación fué publicada por mi padre.

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

DOCTOR VALLS MARIN: Miositis osificante.—Una miositis osificante es la aparición de manchas calcáreas en los músculos y tejidos ligamentosos periarticulares.

La miositis osificante puede ser generalizada y circunscrita. La primera, grave en su evolución, aparece en individuos jóvenes, todos por debajo de los 20 años, con más frecuencia en el género masculino. La osificación empieza seguramente en los primeros años. Los síntomas son dolores generalizados, más frecuentes en dorso y nuca, que es donde empieza la calcificación, a ambos lados de la columna vertebral. Son dolores vagos de tipo reumático.

Las lesiones son generalmente simétricas en los grupos musculares, que avanzando la lesión aparecen duros y contracturados. Poco a poco ganan extensión los miembros y masticadores, dando lugar a un trismus que dificulta seriamente la nutrición.

La invasión muscular es tan intensa, que el corazón, músculos de la laringe, ojos, diafragma, lengua, etc., etc., todos se ven con esta infiltración. El final de los enfermos es la muerte por inanición o por tuberculosis. Se da un tanto por ciento bastante importante de microdactilia de dedos gordos en manos y piernas, en individuos atacados de esta enfermedad.

Las investigaciones, numerosas por cierto, que se han hecho para investigar la etiología, han dado poca luz. Estudiando las formas circunscritas y sobre todo los esteomas musculares traumáticos, se ha llegado a la conclusión que parece confirmada por los estudios de Policard y Levice, de que el coágulo que se produce por traumatismo es un punto del músculo, se transforma en un bloque fibroso que se organiza en tejido conjuntivo joven, por penetración conjuntivo vascular, susceptible de sufrir una metoplasia ósea. Cuando no hay coágulo hay una hiperhemia del tejido conjuntivo intersticial, con la producción de edema que disocia la traza. Los elementos conjuntivos jóvenes que se forman ayudan a esta disociación del tejido adulto, transformándolo en un medio más receptivo, más permeable y la osificación tiene lugar simplemente por depósito de sales calcáreas en estos puntos.

Hay mucho desconocido, sin embargo, del proceso íntimo y las condiciones de medio que son necesarias para su producción.

Las miositis osificantes localizadas pueden tener la forma más frecuente de osteoma, tan frecuente en los casos de fractura y luxaciones. Estas que voy a

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

(Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAINO)

COMPOSICION: MALT A IRRADIADA con longidud de onda precisa - Exta de hígados frescos de ternero - Iodo naciente (metodo BEAUDIN y COURTOT) - FOSFORO CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado

VITAMINAS A y D, mas elementos sales asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAINO

HEPATORRADIL

presentar se apartan de estas características, tomando el carácter de la infiltración de la generalizada, pero agrupada en limitados grupos musculares.

Pertencen los tres casos a otros tantos enfermos de artritis deformantes, uno de caderas y otros dos de rodillas. Como saben, estas lesiones son de tipo proliferante, dando lugar a un aumento de osteogenesis, localizada en puntos determinados de las superficies articulares. Me he decidido a presentarlos para que los vean los alumnos y puedan diagnosticarlo sin encontrarse sorprendidos por su desconocimiento.

Como se ve en las radiografías, hay grupos musculares que están salpicados como de granos pequeños de distintos tamaños, de depósitos calcáreos, que dan a la placa un aspecto de perdigonada, y en otros aparecen en forma de cometa con una estela que se difumina poco a poco. En un caso ocupa casi todo el pectoral mayor con sombras muy discretas y escasas en el menor y gran dorsal. En otras dos, uno invade los grupos musculares de ambos caderas y pelvis, y en otro poco los músculos y casi se fijan en los tejidos periarticulares, impidiendo su consistencia ver las articulaciones coxo-femorales.

Estas lesiones no tienen tratamiento. Está contraindicado el masaje y nosotros nos hemos limitado a atender las lesiones articulares por las que acudían a nosotros.

DOCTOR YAGÜE.—La exposición que el doctor Valls ha hecho es muy interesante para todos. Me permito intervenir porque hay un proceso de bastante interés, también poco conocido, y de alguna relativa relación de semejanza con el que ha motivado esta comunicación.

Con alguna frecuencia, sobre todo en personas de alguna edad, aparecen crisis dolorosas localizadas en la parte posterior de uno de los lados del cuello y de la

Pyridium

Clorhidrato de 2. fenilazo...diaminopiridina

3 veces diarias - 1 o 2 tabletas

El
analgésico
y antiséptico
de las vías urinarias

Tabletas de 0,1 : en envases de origen de 12 y 25 tabletas.
Inyectables de 0,01 gr.
cajas de 10 ampollas de 1 cm.³

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim - Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

„BOEHRINGER“ Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.

BARCELONA - Apartado 5.052

MADRID - Apartado 10.025

cabeza, con envaramiento y aumento progresivo de la intensidad de las molestias, que por su forma y duración recuerdan las de la jaqueca. Se producen casi siempre predominio manifiesto en uno de los lados. Los músculos del cuello envarados duelen en los movimientos y a la presión, y suelen percibirse puntos dolorosos al nivel de las apófisis transversas y en particular en la emergencia del nervio occipital. La circunstancia de haberlo sufrido motivó el interés a su conocimiento. Suele establecerse sobre el fondo orgánico denominado artrítico. Si el proceso se repite con frecuencia, se acompaña en ocasiones de vértigos capaces de ser progresivos en frecuencia, en ocasiones angustiosos, a los que anteceden o se suman náuseas. Cuando la crisis alcanza intensidad, hay inhabilitación transitoria para el trabajo, como en la jaqueca y como ella se mejora con los analgésicos, y sólo por excepción continúa después de sueño suficientemente prolongado. Si existe un proceso ético, el lado en que radica parece ser el afectado con más frecuencia.

La palpación detenida profunda suele descubrir nódulos sensibles—tipo tofo—en la zona correspondiente a las apófisis transversas de las vértebras cervicales del lado afecto.

Cuando el proceso no es descubierto y atendido, sigue marcha progresiva al envaramiento de las crisis, subsiste torpeza local a los movimientos y crea riesgos de trascendencia para la vida por dificultad al cambio linfático cerebral con hipertensión local, susceptibles si las condiciones vasculares son adecuadas de originar congestiones pasivas, lentas, precursoras de hechos hemorrágicos, de los cuales es conocida la gravedad.

¿Cuál es la terapéutica más conveniente? La que modifique las circunstancias locales y el estado general. Para ello nada mejor que el amasamiento rudo y duro—tipo sueco—y la gimnasia, en particular la local, unidos a régimen alimenticio abundante en cuanto procede del reino vegetal y muy escaso del animal. Con ello se llega a conseguir tal modificación, que desaparecen por completo, a condición de suficiencia en la duración y perseverancia en su empleo.

Sus rigideces recuerdan las iniciales de un proceso meníngeo, y en su acentuación y subsistencia podría alcanzar las posibilidades de confusión—tosca—con las dificultades de movimiento que originan las osificaciones locales.

Al felicitar al doctor Valls por comunicación tan bonita e interesante, me atrevo a rogarle nos diga si hay estudios hechos en relación con la paratiroide.

DOCTOR VALLS MARIN.—Me olvidé de decir que en las miositis osificantes, la calcemia es normal y ello se comprende porque el que la cifra de cal sea constante en la sangre, es el rol de las paratiroides, que no tienen trastorno en esta enfermedad y por lo tanto funcionan normalmente. Los estudios de Leriche parecen comprobar que el exceso de cal estará en la linfa que infiltra los tejidos.



DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VAGOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO). Extracto de VALERIANA. Extracto de BELLADONA LUPINAL. (En gróscas de 4 a 12 diarias)

DEL DOCTOR
GRAÑO

DOCTOR LOPEZ DORIGA: ¿Gestación ectópica o gestación en útero en retro enclavada?.—Se trata de una señora que ha tenido dos partos normales, el último hace un año; en la actualidad aunque estaba criando, tenía la regla normalmente todos los meses.

A fin de Noviembre tuvo la última regla, que fué completamente normal, como las anteriores. Y sin haber tenido molestias, ni dolores, ni ningún antecedente anterior, el 10 de Enero, unos quince días después de la fecha en que debió tener la regla, empezó a sentir unos dolores en el vientre y expulsar un poco de sangre, unas gotas.

Creó que sería un aborto, pero los dolores fueron adquiriendo gran intensidad en tanto que la cantidad de sangre que expulsaba seguía siendo muy pequeña. No tenía fiebre.

Le pusieron algunos remedios—no sé cuáles—y así estuvo una semana. Los dolores no llegaron a hacerla perder el conocimiento, pero sí mareos y molestias que la hacían acostarse; se la pasaban los dolores, volvían a presentarse y así una semana, al cabo de la cual, en vista de que no mejoraba, me avisaron.

El pulso estaba normal o casi normal, un poco acelerado, pero no excesivamente (ochenta y tantas pulsaciones), el aspecto general no era malo, había tenido algunos vómitos y tenía dolor muy intenso en el vientre, por toda la zona baja.

Al reconocimiento se apreciaba en el douglas una masa tumoral dura, pero por los dolores tan intensos que aquejaba la enferma, ésta se dejaba reconocer muy mal y no se podía apreciar gran cosa. Sin embargo, con esos antecedentes y al observar ocupado el douglas, pensamos que era un embarazo ectópico. La pusimos hielo, opio y reposo. Temperatura 37'3.

Al día siguiente había mejorado, pero no gran cosa y como estos fenómenos se repitieron, la ordenamos trasladarse al Instituto. Una vez en la clínica, recogimos sangre para hacer un Fahareus y una fórmula leucocitaria que dió el siguiente resultado: Leucocitos, 8.500. Hematíes, 4 millones. Hemoglobina, 74 por ciento. No hay anemia intensa. Valor globular, 0,80.

Velocidad de sedimentación: A la primera hora, 96 mm., a la segunda, 115, y a las veinticuatro horas, 131.

Es un Fahareus rápido.

Lo que extraña en esta mujer, es que la fórmula leucocitaria sea normal y tenga un Fahareus rapidísimo, lo que indica una cosa aguda al vientre no inflamatoria que hace acelerar el Fahareus de ese modo. Temperatura de unas décimas por encima de lo normal.

Volvimos a reconocerla de nuevo, después de haber cedido bastante los dolores desde que se encuentra en la clínica. Se ha vuelto a poner hielo y opio y el haber cedido los dolores permite reconocerla mejor. Esa masa que antes habíamos encontrado, nos parece un útero en retro, enclavado en retro. Desde luego, esta enferma, con esa falta que tiene y con esa pequeña pérdida de sangre y un útero grande, parece que está embarazada y bien pudiera ser que se tratase de un útero enclavado en retro y los dolores que acusa la enferma sean contracciones uterinas intensas debidas a que la posición defectuosa del útero impide que pueda efectuarse el aborto.

Lo único que hace pensar en un embarazo ectópico es el Fahareus tan acelerado. Para confirmar si está embarazada o no—clínicamente parece que sí—, se ha mandado hacer un Friedmann y dentro de pocos días sabremos si se trata de un embarazo.

en relación con cambios atmosféricos y sobre todo coincidiendo con los fríos húmedos y por ello con las nieblas. Muy rara vez es bilateral y aun entonces con una reducción de útero bajo anestesia, ya que tiene dolores muy intensos, colocando el útero en su posición normal. De lo contrario habría que hacer una laparotomía.

DOCTOR LOPEZ DORIGA.—Se hace un intento prudente y se comprueba bajo anestesia el tamaño del útero y la situación, lo cual, por el dolor que tiene la enferma, no se puede hacer sin anestesia.

Si se ve que así no puede reducirse y que hay que hacerlo de otra manera, se está preparado para esa intervención.

DOCTOR BOTIN.—He reconocido a la enferma presentada por el doctor López Dóriga y clínicamente se trata de un embarazo en matriz en retro-flexión muy pronunciado. No encuentro tumoración anexial ninguna; la pérdida sanguínea externa ha sido muy pequeña y no hay ningún síntoma de hemorragia interna que explique la rapidez de la reacción de Fahareus, ni fenómenos agudos de rotura que permitan diagnosticar un embarazo ectópico. Creo que la pequeña hemorragia y los dolores son amenazas de aborto.

No he podido reponer el útero en su posición normal, en los intensos hechos con las maniobras combinadas de todos conocidas y como el tamaño del órgano dado el poco tiempo del embarazo es pequeño, esta dificultad solo se explica por estar fija la matriz por algún proceso inflamatorio habido desde el último embarazo, que evolucionó normalmente, hasta la actual gestación, proceso peritoneal localizado que dió lugar a algunas adherencias de los anexos uterinos a la serosa de la pelvis.

Digo que debe tratarse de adherencias de los anexos, más bien que de la serosa de cubierta de la cara posterior y fondo uterino, por la escasa sintomatología acusada, ya que para adherirse a la serosa pelviana la de la cara posterior de la matriz, la inflamación, en su período agudo afecta una zona más extensa y no hubiera pasado desapercibida.

Respecto al tratamiento, creo como el doctor López Dóriga, que dados los pequeños síntomas de amenaza de aborto, debe ser intervencionista para evitarle, porque de no salir el útero de la escavación, es inevitable, y dada su fijeza, espontáneamente no se desplaza. Así que bajo la anestesia, tratar por maniobras manuales de reponer el órgano para que siga la gestación desarrollándose libremente, y si por sus adherencias no es posible, laparotomizar a la enferma, y hecho el despegamiento manual, fijar la matriz en posición normal.

Doctor B. de M.

HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO
CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

CIRUGIA

Sobre el tratamiento del síncope blanco de la raquianestesia por inyección de Cardiazol-efedrina intracardiaca.—DOCTORES IONESCU y BURGHLE.—(Bucarest). Zentralblatt für Chirurgie. Marzo, 1935.

Un hombre de 58 años, es operado de una hernia inguinal estrangulada, bajo raquianestesia por novocaína; cuatro o cinco minutos después de la inyección, síncope blanco con desaparición del pulso y latidos cardíacos; la respiración artificial se hace sin efecto. Cinco minutos después del comienzo del síncope se hace en el 40 espacio intercostal izquierdo la inyección intracardiaca de 2 centímetros cúbicos de cardiazal-efedrina y se vuelve a repetir la respiración artificial. Algunos segundos más tarde reaparecen los latidos cardíacos y la respiración espontánea. Se pudo terminar la operación que duró una hora y consistió en la resección de un asa intestinal gangrenada.

Los días siguientes, normales, salvo una excitación la noche siguiente; curación en doce días.

Los autores piensan que la inyección de cardiazal-efedrina es probablemente más eficaz que la adrenalina, habitualmente empleada; los dos medicamentos asocian su acción; el cardiazal da un efecto inmediato, pero pasajero, y estimulante sobre los centros nerviosos; la efedrina simpaticotónica actúa sobre la periferia, no interviene más que tardamente, pero de modo más duradero.

ALLUÉ HORNA

GINECOLOGIA

La inyección intravenosa de carbón animal en el tratamiento de las infecciones quirúrgicas, especialmente en la puerperal.—SUSSI L.—(El Policlínico), núm. 14, 8 de Abril de 1935.

Expone el autor los resultados obtenidos en el tratamiento de los procesos septicémicos y particularmente en la fiebre puerperal, empleando las inyecciones intravenosas de una suspensión de carbón animal en suero glucosado, cita sus buenos resultados y señala como mecanismo de la acción de esta nueva terapéutica las modificaciones producidas por las micelas del carbón en los elementos del aparato retículo-endotelial. Corroboración esta hipótesis el resultado de las investigaciones experimentales y el conocimiento del poder desintoxicante que el carbón posee en todos los estados tóxicos.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

Sulfoguaiacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálamo de tulú en equivalencias aa.	50 -
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 -
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus.	10
Hepatorradil C S. para	150 -

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

Un caso de septicemia post-abortum de estreptococos hemolíticos tratada mediante la inmunotransfusión.—GOSSELIN O.—«Bruzelles Médical», núm. XXII, páginas 31-322-323. 1935.

La inmunotransfusión va ganando progresivamente el favor de los clínicos. En los procesos infectivos puerperales se emplea como valioso recurso. Cita el autor un grave caso septicémico estreptocócico tratado con brillante éxito en la secreción interna del cuerpo amarillo tres principios activos que difieren por sus propiedades químicas y por la especificidad de sus acciones biológicas. Los extractos de cuerpo amarillo son productos complejos que se valoran con cierta dificultad empleando los diversos «test» de que se dispone en la actualidad, especialmente el de Clauberg y el de Knaus.

Torsión axial aguda del fondo de la vagina en útero fibromatoso.—JEANNENEY G. «Journal de Medecine de Bordeaux», núm. X, pág. 422, del 10-4-1935.

A propósito de una observación interesante, el autor de este trabajo verifica un detenido estudio de esta cuestión. La torsión axial de la vagina en útero fibromatoso es una afección muy rara, hasta el punto de que sólo se han registrado en la literatura un centenar de casos. Corrientemente se verifica en el mismo uterino, siendo excepcional de la vagina.

Desde el punto de vista clínico, dicha torsión presenta varios aspectos: Forma pseudo-hemorrágica con y sin inundación peritoneal, forma oclusiva por compresión o por parálisis, forma atenuada, forma subintraute.

En cuanto al tratamiento lo mejor es practicar la ablación, bien por sección del pedículo o mejor aún por histerectomía subtotal. Es la que se emplea más frecuentemente, pero la mortalidad operatoria es un poco elevada (8 por 100). En los casos de fibromas esfacelados se impedirá mediante un clamp, que los autolisados tisulares pasen a la circulación en el momento de la distorsión.

Parcial eliminación por vía vaginal de la cicatriz uterina en el curso post-operatorio de una cesárea baja.—RECMANS J.—«Bruxelles Médical», núm. XVII, 1935.

Describe el autor un caso raro de evolución en el proceso regenerativo cicatricial de la herida uterina en la cesárea. Después de un proceso flemático prolongado al cabo de algunos días y por supuración, se eliminó por vía vaginal parte de la sutura en dos planos de la incisión cesárea. La rareza del caso le influye a discurrir sobre el mecanismo reparatorio y la conveniencia de la sutura en masa de la pared abdominal.

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 / EMBAL SAMAMIENTOS

Nuevas orientaciones en el estudio de las glándulas endócrinas. Sensibilidad y sensibilización a las hormonas ováricas en las mujeres en actividad sexual y en la menopausia. Observaciones clínico-experimentales.—LUSENA R.—«El Policlínico», 25 Marzo 1935, núm. 12, tomo XLII. Trabajo de la Sala S. María II. Ospedale di S. Spirito. Primario: Pr. Commaso Lucherine.

Describe el autor el estado actual de las investigaciones para el estudio de las glándulas endócrinas. Señala los «test» empleados para la dosificación biológica de su actividad, y aporta un nuevo proceder de identificación y valoración de las hormonas ováricas. Consiste éste en la práctica de la intradermorreacción con la lutina y la foliculina en mujeres de actividad sexual y en la menopausia. Ha visto un cien por cien de reacciones positivas, ambas hormonas en mujeres en pleno funcionamiento ovárico, mientras que las reacciones negativas obtenidas por el autor en las mujeres menopáusicas alcanzan un 86,66 por 100. La reacción positiva acompañada de leucopenia y prueba la naturaleza anafiláctica de esta reacción el hecho de que dicha sensibilidad espontánea a la inyección de las hormonas ováricas puede ser trasladada de mujeres sensibles a mujeres insensibles.

El autor incluye su estadística y dice piensa extender estas investigaciones a otras glándulas endócrinas.

GÓMEZ SIGLER

eficaz e inocuo **tratamiento** **innocuo**

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

La **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** es la primera pomada oftálmica a base de **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 EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona