

L. Antonio V. ...

Teléfono núm. 514

Diciembre 1916

LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS

Organo oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugia de Valladolid

Director: Dr. D. Nicolás de la F. Arrimadas,

Rx-Rector de la Universidad y Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valladolid

Sumario

FRANCISCO PUERTAS
Viajante
VALLADOLID

SECCIÓN ORIGINAL

Dr. ENRIQUE SUÑER ORDOÑEZ. <i>Relaciones entre el crup y la bronco-pneumonía en los niños.</i>	401
Dr. FELIX IGEA. <i>De mi práctica clínica — Alteraciones digestivas debidas a la litiasis renal.</i>	420
Dr. M. CANDELA PLA. <i>Concepto teórico-clínico del radium</i>	427

REVISTA DE REVISTAS

Medicina y Cirugia. —Sobre la naturaleza neurógena de la enfermedad de Basedow, por ROTHACKER.—Tratamiento de las enfermedades renales crónicas.—Bocio exóftálmico traumático, por LÉNIEZ.—Contribución al estudio del tratamiento del tétanos, por R. PROUX.—La línea de resistencia de Sondern en la apendicitis, por L. CARDNAL.—G. CAMALEÑO.....	435
Bicarbonato de sosa y bicarbonato de bismuto, por L. PRON.—La albuminuria ortostática y su tratamiento, por ACHARD.—F. IGEA.....	456
Oto-rino-laringología. Edema angioneurético del esófago, por ARROWSMITH.—Afecciones sifilíticas del oído, por TRASER.—Rinitis atrófica (ozena) y tuberculosis, por MACKELH.—RODRIGUEZ VARGAS.....	461

BIBLIOGRAFÍA

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas, por A. STRÜMPPELL.—G. CAMALEÑO.....	466
Epidemiología y régimen sanitario de la Parálisis infantil, por el doctor MARTÍN SALAZAR.—G. DURÁN.....	466
Indice de las materias contenidas en el tomo XIII.	471

TIPOGRAFIA «CUESTA»
Valladolid

LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS

Organ oficial de la Real Academia de Medicina y Cirujía de Valladolid

Director: Dr. D. Nicolás de la Cruz Martínez

Redacción y Administración: Calle de la Real Academia de Medicina de Valladolid

FRANCISCO PUERTAS
Vigilante
VALLEJO

CONTENIDO

SECCION ORIGINAL

181	DE ENFOQUE NUEVO ORDEN. Afirmaciones sobre el caso y la técnica.
190	DE FELIX LOPEZ. De mi práctica clínica. Disfunciones vitales de la vida.
197	DE D. GABRIEL ELA. Caso de hipertensión arterial.

REVISTA DE REVISTAS

197	Medicina y Cirujía.— sobre la neurálaxia neurogénica de la enfermedad de B. sobre por B. y otros. — Contribución de las enfermedades renales crónicas. — B. sobre la contribución al estudio del tratamiento de la enfermedad de B. por B. y otros. — La vida de resistencia de B. en la práctica.
198	por D. GABRIEL ELA. — Caso de hipertensión arterial.
199	presentación de un caso de B. — F. I. B. A.
200	Otología y Otorrinología. — Esquema morfológico del oído por B. y otros. — B. y otros. — B. y otros. — B. y otros.
201	por D. GABRIEL ELA. — Caso de hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFIA

202	Tratado de fisiología y fisiopatología de las enfermedades internas por B. y otros. — G. G. G. G.
203	Tratado de fisiología y fisiopatología de las enfermedades internas por B. y otros. — G. G. G. G.
204	Tratado de fisiología y fisiopatología de las enfermedades internas por B. y otros. — G. G. G. G.
205	Tratado de fisiología y fisiopatología de las enfermedades internas por B. y otros. — G. G. G. G.

TEOGRAFIA. CUESTA.

Valladolid

La Clínica Castellana

Revista mensual de Ciencias Médicas

Órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid

Regala a los suscriptores un Boletín mensual, de 24 páginas,
el cual es órgano oficial del Colegio de Médicos de la Provincia de Valladolid.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

España. 10 pesetas.—Extranjero. 20 francos.
Número suelto una peseta.

Condiciones de suscripción.—Las suscripciones empiezan en Enero aunque pueden hacerse en cualquier época, recibiendo entonces el suscriptor los números que vayan publicados en el año.

Toda la correspondencia de Redacción y Administración, a

LA CLINICA CASTELLANA Macías Picavea, 40
:: VALLADOLID ::

METHARFER
METILARSINATO FÉRRICO
(Ampollas - Gotas - Píldoras)
ESTADOS CAQUÉCTICOS
CLORO-ANEMIA
LEUCEMIA
CAQUEXIA
PALÚDICA ANEMIA

METHARSOL
METILARSINATO DISÓDICO
(Ampollas - Gotas - Píldoras)
SÍFILIS - NEUROSIS
DERMATOSIS - LEUCEMIA
ANEMIA - PALUDISMO
AGUDO ó CRÓNICO

GAIARSOL
METILARSINATO de GUAYACOL
(Ampollas - Gotas)
AFECCIONES
DE LOS
BRONQUIOS
Y DE LOS
PULMONES

LABORATORIOS BOUTY
3^{bis} Rue de Dunkerque
PARIS

SEROSTHENYL
ASTENIA
GRIPPE
NEURASTENIA
CARDIO-TÓNICO
ESTIMULANTE
METILARSINATO de ESTRONINA
(Ampollas - Gotas)

PRODUCTOS OPOTERAPICOS
THYROIDINE.
OVIGÉNINE, NÉPHRINE
HÉPATINE, SURRENALINE
SEQUARDINE, MÉDULLINE
THYRUSINE, etc.
(Ampollas 1 y 2 cc. - Cigarras)

GASTROZYMAS
HIPOPEPSIA
HIPOACIDIZ
Acetón digestiva
Acetón antiseptica
Acetón exótico-secretozona
(Comprimidos : agua boca estéril)
JUBEO GASTRICO NATURAL

FRANCISCO PUERTA
Viajante
VALLADOLID



Especialidades del Dr. BASCUÑANA

ARSINUCLEOL

ELIXIR E INYECTABLE.—A base de **Monometilarsinato** y **Fosfonucleinato** sódicos.—De admirables resultados para combatir la **anemia, clorosis, raquitismo, tuberculosis, diabetes, debilidad cerebral** y todas las enfermedades consuntivas.

Es el mejor **tónico reconstituyente** que puede administrarse.

BACTERICIDINA

INYECTABLE.—Es una **solución isotónica** dosificada a **uno por ciento de iodo lábil**, que compite ventajosamente con todas las preparaciones de iodo similares que se ofrecen en **píldoras, grajeas, cápsulas y gotas.**

La **BACTERICIDINA** es de **completa inocuidad** y jamás produce **yodismo**, aunque se aplique en dosis mucho mayores que las recomendadas; siendo la mejor preparación, según testimonio de muchos compañeros, para administrar el **iodo** en el organismo.

Es remedio **específico e insustituible** en las **pneumonías gripales, el para-tifus, la erisipela, la forunculosis, la rinitis catarral, la poliadenitis no supurada** y la **septicemia puerperal.** Está indicada y tiene comprobada su **eficacia** en otros muchos casos.

A petición se remite el folleto con **literatura amplia.**

SOLUTO ANTIFÍMICO

A base de **Cacodilato, Glicerofosfato** y **Cinamato** sódicos.—La acción del **Soluto Antifímico** se dirige sobre los tejidos, **immunizando al individuo** contra el bacilo de Koch, único medio racional de perseguir la **tuberculosis**, puesto que se ha demostrado que es absurda la pretensión de destruir el microbio.

La acción terapéutica del **SOLUTO ANTIFÍMICO BASCUÑANA** es siempre idéntica, puesto que no sólo contiene invariablemente las mismas especies químicas y en la misma cantidad, sino que es **constante su grado de ionización.**

Con el **SOLUTO ANTIFÍMICO BASCUÑANA** se respeta la **via digestiva**, cuya integridad es de capital interés conservar en los **tuberculosos.**

SUERO TÓNICO

La composición de este preparado por **cada 5 centímetros cúbicos**, es:

Agua de mar isotónica.. . . .	5 c. c.
Glicerofosfato sódico	0'20 gramos.
Cacodilato sódico.	0'05 »
Sulfato estricnico	0'001 »

Es de resultados incomparables en distintas clases de **anemias** comprendidas en cualquiera de los grupos en que se clasifican, siendo así que su principal acción se dirige sobre los **órganos hematopoyéticos**, excitando el **bazo** y **ganglios linfáticos** a proporcionar a la sangre los **mononucleares** y **linfocitos** y a la **médula** contenida en la **diáfisis** de los **huesos largos** a verificar el mismo trabajo, proporcionándola **hematíes jóvenes, polinucleares granulosos, neutrófilos, eosinófilos** y **mononucleares grandes.**

Es también de maravillosos resultados en la **tuberculosis, linfatismo, clorosis, leucemia, etc.**

Llamamos la atención de los **Sres. Médicos** a nuestra **propaganda particular directa**, en la que encontrarán **literatura amplia** de estos y otros preparados de nuestra elaboración.

Farmacia y Laboratorio : Sacramento, núm. 36 : CADIZ

A PENAS HABRÁ MÉDICO QUE NO HAYA RE-
GETADO EN LA MAYOR PARTE DE LAS

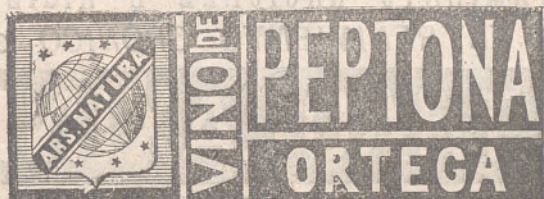
AFECIONES DEL TUBO DIGESTIVO

EL

ELIXIR ESTOMACAL de Saiz de Carlos

Su crédito es ya tal, que ha tomado puesto preeminente en la terapéutica y se le prescribe como un agente poderoso, cuyos admirables resultados no se hacen esperar. Sus efectos son aumentar la secreción del jugo gástrico, auxiliar su poder digestivo, aumentar la tonicidad muscular y nerviosa del ESTÓMAGO e INTESTINO; aumenta el apetito, suprime la pirosis, hiperacidez y vómitos; tonifica, no sólo el aparato digestivo, sino la economía en general, pues el enfermo come más, digiere mejor, y, por consiguiente, se nutre, por lo cual es utilísimo en las anemias que dependen de digestiones imperfectas, disminuye y evita las fermentaciones anormales y quita el dolor y la pesadez gástrica, curando la úlcera del estómago, la dilatación y los catarros intestinales en niños y adultos. Es de agradable sabor y completamente inofensivo, lo mismo para el enfermo que para el que está sano; puede usarse a la vez que las aguas minero-medicinales y en sustitución de ella y de los licores de mesa.

Serrano, 30, Farmacia, MADRID, y principales de España.



Premiado con medalla de oro en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía y en la Exposición de Bruselas 1910.

*Es el mejor tónico y nutritivo para
CONVALECIENTES y PERSONAS
DEBILES. Inapetencia, malas digestio-
nes, anemia, tisis, raquitismo, etc.*

Farmacia: León, 13.-Madrid.

Laboratorio: Puente de Vallecas



EL ANTISEPTICO más PODEROSO de los BRONQUIOS

CATARROS, BRONQUITIS,
ENFISEMA, ASMA

SE CURAN CON EL

Jarabe FAMEL

ADOPTADO POR LOS HOSPITALES



"Pipérazine"
MIDY.



El mas poderoso

el disolvente del acido urico

lo mejor tolerado

antisepticia intestinal

Ferment Lactique MIDY

Muestras: Curiel - Aragón 228 Barcelona et Midy Paris, France

los mejores comprimidos Activos

TRATAMIENTO RACIONAL E HIGIÉNICO
del ESTREÑIMIENTO CRÓNICO por

La

THAOLAXINE

(ESCAMAS - CACHETS - COMPRIMIDOS - GRANULADO.)

PRODUCTO EXCLUSIVAMENTE VEGETAL, COMPUESTO DE
AGAR-AGAR Y EXTRACTOS DE RHAMNEAS

REGULADOR DE LAS FUNCIONES INTESTINALES

LAXANTE - REGIMEN

SIN HABITUARSE

Tratamiento específico de la ENTEROCOLITIS mucomembranosa

por la

CHOLEOKINASE

Grageas ovoides
Keratinizadas

de Extracto especial de HIEL DE BUEY Y KINASA

6 a 8 ovoides
por día

Muestras y Literatura a los Sres. médicos, que se dirijan a los Laboratorios de La Thaolaxine, 5 avenue des Tilleuls PARIS o a los representantes para España

CURIEL, MORÁN & C.^a - Aragón, 228 - BARCELONA



a base de Tiocol,
Heroina, Arrhe-
nal, Corteza de
naranjas amar-
gas y Savia de
pino.

No recetéis nunca específicos
extranjeros y menos si no cono-
céis su composición; el JARABE
ORIVE, netamente español, no
es un medicamento secreto.

Muestras gratis a los señores Médicos



MEDALLA DE PLATA
Exposición farmacéutica
Madrid 1882.

MEDALLA DE ORO
Exposición universal
Barcelona 1888.

MEDALLA DE BRONCE
Exposición universal
París 1889.

MEDALLA DE ORO
IX Congreso internacio-
nal de Higiene.

Dos patentes de invención

todas las condiciones de asepsis exigidas por la ciencia, evitando todo peligro.

Ampollas de 300 gramos de Suero Hayem.—Idem id. id. quinado al 1, 2 y 4 por 1000.—Idem id. Marfan (cafeína).—Caja guarnición para practicar las inyecciones.—Estuche paramédicos, con dos ampollas y accesorios.

Almacenes de especialidades farmacéuticas. — Pídanse Catálogos.

LABORATORIO DE VENDAJES

ASÉPTICOS Y ANTISEPTICOS

Fundado en 1880 (1.º en España)

del DR. CEA - VALLADOLID

Primer proveedor que fué del Ejército y de la Armada
del material de curación antiséptica

Material de curación aséptico. Conservación permanente
de la asepsis por medio de cubiertas de cristal
soldadas a la lámpara.
(Procedimiento con patente de invención).

Aparato-envase del Dr. Cea para inyecciones de suero artificial (HAYEM)

Patente de invención.—Medalla de Oro IX Congreso internacional de Higiene

Constituido por una ampolla de cristal soldada a la
lámpara conteniendo 300 gramos de líquido inyectable
completamente aséptico y por un tubo de goma con la
aguja ó cánula de cristal y pinza para cortar la corriente.

Las inyecciones, tanto intersticiales como intraveno-
sas, se practican con este aparato rápidamente y con

GLICEROFOSFATO ROBIN

GRANULADO

(Producto fisiológico parecido al del organismo)

El primero introducido en terapéutica en 1887.

El ácido *glicerosofórico* descubierto por Gobley en 1846 en la lecitina de la yema de huevo, se halla normalmente en todos los tejidos nerviosos de la economía, en la médula, cerebro, etc.

Es la forma química de los fosfatos adoptada por el organismo. Al igual de los ácidos grasos, el ácido *glicerosofórico* forma sales con los alcalinos, cal, sosa, etc., *idénticos á los jabones (glicero-estearato de sosa, etc.)*, y es lo que explica la perfecta asimilación y la inocuidad de dichas sales, sobre todo estando bien preparadas.

Las propiedades terapéuticas de los *glicerosofatos* fueron evidenciadas por la comunicación del *Profesor A. Robin á la Academia de Medicina en 1894.*

Nuestro preparado químicamente puro, preparado en frío, por medio de procedimientos especiales, conserva toda su solubilidad en los líquidos acuosos.

EL GLICEROFOSFATO ROBIN se emplea bajo forma de:

Granulado: en dosis de 2 cucharas-medidas en un poco de agua en cada una de las dos principales comidas.

Comprimidos efervescentes: (sin azúcar) se disuelven en pocos minutos en el agua.

Dosis: 4 comprimidos diarios (especialmente para Diabéticos, etc.)

Inyectable: Una inyección por día (ampolla 2 c.c.) Crecimiento, Recalcificación, Embarazo, Lactancia, y contra todas las formas de Debilidad y Agotamiento.

LABORATORIOS ROBIN, 13, 15, 31, Rue de Poissy, PARIS

AL MENUDEO: TODAS LAS FARMACIAS

LABORATORIOS IBERO AMERICANOS



NEFRINA "PUY"

EXTRACTO DE LA GLÁNDULA RENAL

INDICACIONES: Nefritis agudas, tóxicas, Albuminurias simples y de las embarazadas, Congestiones renales, etc, etc.

DOSIS: XXX GOTAS TRES VECES AL DIA

OVARINA "PUY"

EXTRACTO DE LOS CUERPOS LÚTEOS DEL OVARIO

INDICACIONES: Menopausia, Obesidad, Ovariotomía, Psicosis, Vómitos incoercibles, etc, etc.

DOSIS: VIA GÁSTRICA, DE XX Á XL GOTAS AL DIA.
VIA HIPODÉRMICA, SEGUN PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA

TIROIDINA "PUY"

EXTRACTO DE LAS GLÁNDULAS TIROIDES

INDICACIONES: Hipotiroidismo, Atiroidismo, Obesidad endógena tiroidea, etc, etc.

DOSIS: VIA GÁSTRICA, DE XV Á XL GOTAS AL DIA
VIA HIPODÉRMICA, SEGUN PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA

SUPRARRENINA "PUY"

EXTRACTO DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES

INDICACIONES: Hemorragias, Congestiones uterinas, Excremento habitual, Enfermedad de Addison, Diabetes, Neurastenia, etc, etc.

DOSIS: VIA GÁSTRICA, DE XV Á L GOTAS AL DIA.
VIA HIPODÉRMICA, SEGUN PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA

Orquina PUY, Medulina PUY, Cefalasa PUY, Biliasa PUY, Zimasa PUY, Esplenasa PUY, Hepatina PUY, Fermentos tímicos PUY, Fermentos mamarios PUY, Fermentos ganglionares PUY, Fermentos glicolácticos PUY, Pancreatina PUY, Hemoplasina PUY, Hipofisina líquida PUY, Solución inyectable de hipofisina PUY, Placentozimasa PUY, Gastrokinasa PUY, Prostatasa PUY, Antitiroidina PUY, Tiro-Ovarina PUY, Ovarina tabletas PUY, Tiro-Ovarina tabletas PUY, Tiroidina tabletas PUY, Vacuna gonocócica PUY, Vacuna estreptocócica PUY, Vacuna estafilocócica PUY, Vacuna antitífica curativa PUY, Vacuna antitífica profiláctica PUY, Vacuna antimélitense PUY, Vacuna antiacnéica PUY, Vacuna contra la piorrea alveolar PUY, Vacuna pneumocócica PUY, Suero equino normal PUY, Suero de la vena renal de cabra PUY, Extracto de la glándula pineal PUY.

A. MALOINE ET FILS, Editeurs, 27, rue de l'École-de-Médecine, PARIS

Nouveauté

Maurice LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

LA TUBERCULOSE

PLEURO-PULMONAIRE

AVEC 107 PLANCHES AUTOCHROMES HORS TEXTE

Gran in-8—1916—Relié toile anglaise

Prix: 55 francs

Comment Guérir?

BIBLIOTHÈQUE DES PRATICIENS

LA DERMATOLOGIE EN CLIENTÈLE

"L'indispensable en Dermatologie"

par

H. GOUGEROT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

114 figures en noir en 32 planches.

40 figures en couleurs en 16 planches.

Hijos de J. Espasa, editores, Cortes, 579, Barcelona

V. Chalot y Et. Cestan

Cirugía y Técnica Operatorias

edición completamente modificada por el Dr. Et. Cestan

Sexta edición española, revisada y anotada por el
Dr. D. Ramón Torres Casanovas

BIBLIOTECA MÉDICO-QUIRÚRGICA

MANUAL DE COSMÉTICA

por el **Dr. Edmundo Saalfeld**

(Colección de Manuales prácticos)

Traducido de la tercera edición alemana por el **DR. JAIME PEYRI ROCAMORA**

Farmacia de MARTIN SANTOS

MIGUEL ISCAR, 1.-VALLADOLID

Cajas Tocológicas. — Sueros medicinales. — Medicamentos modernos. — Vacuna Suiza.

Oxígeno. — Desinfección de habitaciones.

Soluciones para uso hipodérmico en ampollas esterilizadas.

Material quirúrgico aséptico y antiséptico.

EMBALSAMAMIENTOS

Material completo por el sistema de jeringas inyectoras y el moderno a bomba de impulsión.

„606” (Salvarsan)

con todo lo necesario para su aplicación.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas

Contiene cuantas voces y términos son propios de la Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia, Veterinaria y demás Ciencias biológicas, dirigido por el Dr. LEON CARDENAL, Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

Segundo cuaderno

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Discursos leídos en la sesión inaugural de la Sociedad Española de Hidrología Médica celebrada el día 7 de diciembre de 1916, bajo la presidencia del excelentísimo señor ministro de la Gobernación por el doctor don Salustiano Fernández Checa, Secretario general y el doctor don Ramón Llord y Gamboa, Socio de número. Madrid, imprenta y encuadernación de J. Cosano, sucesor de Ricardo F. de Rojas, calle de Torija, número 5.—Teléfono 316. 1916.

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Contiene cuantas voces y términos son propios de la Medicina, Cirugía, Odontología, Farmacia; Veterinaria y demás Ciencias biológicas, dirigido por el doctor León Cardenal, Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid: 2.º cuaderno.

Higiene de la infancia. (El niño sano y el niño enfermo), por el doctor E. Apert, médico del Hospital Andral, secretario general de la Sociedad de Pediatría, traducido y anotado por el doctor L. Comenge, Director del Instituto de Higiene Urbana de Barcelona, etc. Con 81 grabados intercalados en el texto y una lámina suelta en colores. Barcelona. Hijos de J. Espasa, editores, calle de las Cortes, 579.

Dei Sieri, Vaccini e prodotti opoterapici I. S. M. Prof. Luigi Viganó Dott. Alberto Orsi, Prof. Serafino Belfanti. Istituto Sieroterapico Milanese, Milano-Via A. Lecchi, 14.

Biblioteca «Pro Infantia». **La tuberculosis y su profilaxia social.** Conferencia popular dada en el Instituto Nacional de Previsión el 5 de junio de 1916, con motivo de la celebración de la fiesta de la Flor en Madrid, por el doctor Angel Pulido, del Instituto Nacional de Previsión. Imprenta del Asilo de Huérfanos, calle de Juan Bravo, 3, T.º S. 198.

Almanaque religioso, civil, judicial, militar, anunciador y guía de Valladolid. (Corte del Sagrado Corazón de Jesús en España para el año 1917), por don Casimiro González García-Valladolid, Cronista honorario de esta ciudad. Segunda época. Año veintiuno. Tipografía Cuesta, Macías Picavea, 40, Valladolid, 1916.

Discursos leídos en la sesión inaugural del año académico de 1916 a 1917, celebrada en la Academia Médico-Quirúrgica Española el día 24 de octubre de 1916, por el doctor don José Sánchez Covisa, Secretario general de la Corporación, y el doctor don Enrique Fernández Sanz, Presidente de la misma. Madrid, Imprenta Clásica Española, Cardenal Cisneros, 10. Teléfono, núm. 4430, 1916.

VACANTES

La de Perales (Palencia), partido judicial de Palencia. Habitantes 404. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 10 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 4 de enero al alcalde don Narciso Trancho.

—La de Santibáñez de la Sierra (Salamanca), partido judicial de Sequeros. Habitantes 855. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 15 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 8 de enero al alcalde don Manuel Aguadero.

—La de Villalobón (Palencia). Habitantes 505. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1750 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 10 de enero al alcalde don Maximino Ibáñez.

—La de Nava de Béjar (Salamanca), partido judicial de Béjar. Habitantes 586. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 15 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 10 de enero al alcalde don Blas Martín.

—La de Amescoa Alta (Navarra). Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2500 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 11 de enero al alcalde don Higinio García.

—La de Elche de la Sierra (Albacete), partido judicial de Yeste. Dotación anual 1500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 11 de enero al alcalde don José Montes.

—La de Castro Contrigo (León), partido judicial de La Bañeza. Habitantes 2698. Dotación anual 1500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 11 de enero al alcalde don Santiago Santos.

—La de Murgados (Coruña), partido judicial de Puentedeume. Habitantes 6523. Dotación anual 996,45 pesetas por la asistencia a 250 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 11 de enero al alcalde don Juan F. Martínez.

—La de Bogajo (Salamanca), partido judicial de Vitigudino. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 30 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 12 de enero al alcalde don José González.

—La de Nonaspe (Zaragoza), partido judicial de Caspe. Por dimisión. Habitantes 1748. Dotación anual 1000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 13 de enero al alcalde don Miguel Ara.

—La de San Adrián (Navarra), partido judicial de Estella. Habitantes 1134. Dotación anual 1000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1750 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 13 de enero al alcalde don Mateo Muro.

—La de Peña Parda (Salamanca), partido judicial de Ciudad Rodrigo. Habitantes 1445. Dotación anual 1000 pesetas por la asistencia a las

familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 14 de enero al alcalde don Pedro Sevillano.

—La de Puebla de Trives (Orense), partido judicial de la misma. Habitantes 5449. Dotación anual 1500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 15 de enero al alcalde don Emilio Sarés.

—La de La Naja (Huesca), partido judicial de Sariñena. Habitantes 2040. Dotación anual 1000 pesetas por la asistencia a 25 familias pobres y 3000 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 15 de enero al alcalde don Eusebio Lamuela.

—La de Palacios de la Sierra (Burgos), partido judicial de Salas. Habitantes 12904. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 15 de enero al alcalde don Demetrio Marca.

—La de Villoslada de Camerós (Logroño), partido judicial de Torre-cilla de Camerós. Por no haberse presentado solicitante alguno. Habitantes 731. Dotación anual 1000 pesetas por la asistencia a 30 familias pobres y 2000 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 16 de enero al alcalde don Cayo Muro.

—La de Fuenteguinaldo (Salamanca) partido judicial de Ciudad Rodrigo. Habitantes 2493. Dotación anual 1000 pesetas por la asistencia a 100 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 16 de enero al alcalde don Eduardo Aparicio.

—La de Salinas de Añana (Alava), partido judicial de la capital. Habitantes 746. Dotación anual 3500 pesetas por todos los conceptos. Las solicitudes hasta el 16 de enero al alcalde don Deogracias Orenin.

—La de Santurdejo (Logroño), partido judicial de Santo Domingo de la Calzada. Habitantes 690. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 10 familias pobres y 2000 en conceptos de iguales. Las solicitudes hasta el 16 de enero al alcalde don Vicente Uruñuela.

NOTICIAS

Ha fallecido don Santiago Sáez Alcalde, reputado médico de Iscar y querido amigo nuestro.

A su hijo y estimado amigo y compañero don Lorenzo Sáez Alvarez y al resto de la apenada familia, hacemos presente la parte que en su dolor tomamos.

En Madrid ha fallecido el niño Cándido Núñez Grimaldos, hijo de nuestro querido compañero don José Núñez Granés y hermano del ilustre Redactor-Jefe de *Los Progresos de la Clínica*, don Joaquín Núñez Grimaldos.

Reciban tan estimados compañeros el testimonio de nuestro pesar por desgracia tan abrumadora como irreparable.

En la Real Academia de Medicina de Valladolid, se celebró la renovación de cargos de la Junta Directiva para el bienio 1917-1918, siendo elegida por unanimidad, y quedando constituida dicha Junta en la siguiente forma:

Presidente, don José Morales Moreno; Vicepresidente, don Eloy Durruti Saracho; Tesorero, don Eduardo Romero Fraile; Bibliotecario, don Federico Murueta Goyena; Secretario perpetuo, don Pedro Zuloaga Mañueco; Vicesecretario, don Román García Durán.

Felicitamos cariñosamente a la nueva Junta, esperando que su labor al frente de tan docta Corporación será en extremo beneficiosa.

RESERVADO AL

“SOLUTO VITAL,”

RECONSTITUYENTE

CORRESPONDENCIA

Sr. D. Federico Monsalve.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

- » » Fausto Escapa, id. id.
- » » Leopoldo Queipo, id. id.
- » » Antonio Santos Revuelta, id. id.
- » » Antonio Villanueva, id. id.
- » » Clemente Cilleruello, id. id.
- » » José Iglesias, id. id.
- » » Pedro Calvo, id. id.
- » » José Eguiguren, id. id.
- » » Rodrigo Fernández, id. id.
- » » César Palencia, id. id.
- » » Mariano Calderón, id. id.
- » » Alfonso Iturralde, id. id.
- » » Fernando Vega Delás, id. para 1916 y 1917.
- » » Jaime Vila, id. para 1917.
- » » Cándido Hernández, id. id.
- » » Ednardo Barrigón, id. id.
- » » Fermín Bragado, id. id.

(Se continuará).

Afecciones de la Nariz y de las vias Respiratorias

Ungüento de Adrenalina

P., D. & Co. 1:1000

Isquémico y descongestionante.

En tubos de unos 15 grms.

Ungüento de Adrenalina y de Chloretone

P., D. & Co.

Adrenalina 1:1000 Chloretone 5%

*Analgésico, astringente y
antiséptico.*

En tubos de unos 15 grms.

Adrenalina-Inhalant

P., D. & Co.

Solución oleosa al 1:1000.

Isquémica y descongestionante.

En frascos de 10 y de 25 grms.

Chloretone-Inhalant

P., D. & Co.

Chloretone	1.0
Mentol	2.5
Alcanfor	2.5
Esencia de canela	0.5
Parafina liq.	ad 100.0

Analgésico y antiséptico enérgico.

En frascos de 25 y 100 grms.

Coriza de los recién nacidos.

Rinitis, inflamación de las mucosas, etc.

Ronquera, Faringitis, Laringitis, Amigdalitis, Anginas, Coriza, Asma, Coriza de los recién nacidos.

Gracias á sus propiedades constrictoras enérgicas, la Adrenalina descongestiona las mucosas y facilita la respiración nasal. El excipiente graso al cual está incorporada, la asegura una absorción lenta y gradual, provocando una isquemia que puede durar varias horas.

La Chloretone actúa como analgésico y antiséptico enérgico. Desprovista de propiedades irritantes, se emplea con éxito en las afecciones de origen microbiano.

INDICACIONES:

Catarro, Asma, Bronquitis, etc. En los casos de catarro de la tráquea, de la laringe y de los bronquios, inyéctese directamente en la tráquea de $\frac{1}{2}$ á 1 c.c.

Calma la irritación, disminuye la inflamación de las mucosas, calma el dolor, la tos y la disnea.

PARKE, DAVIS & Co.,

Londres.

LA CLINICA CASTELLANA

diciembre 1916

RELACIONES ENTRE EL CRUP Y LA BRONCO-PNEUMONÍA EN LOS NIÑOS

CONFERENCIA DADA EL SABADO 18 DE NOVIEMBRE DE 1916
EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

POR EL

DOCTOR ENRIQUE SUÑER ORDOÑEZ

Catedrático de Pediatría en la Universidad de Valladolid.

Todos comprenderéis la situación especial de mi ánimo al levantarme para hablar ante esta Real Academia; en ninguna ocasión me he de hallar más necesitado que en la presente de apelar a vuestra benevolencia. En este momento, no puedo menos de recordar con emoción aquella época en que fui alumno de la Facultad de Medicina de Madrid y a mi memoria vienen los nombres de maestros muy queridos, algunos perdidos ya, por desgracia, y algunos otros, por fortuna, presentes en este momento, entre los cuales se cuentan el que acaba de dirijiros la palabra, (1) de quien tantas pruebas de cariño tengo recibidas, a quien tanto debo en mi formación científica y el doctor Criado y Aguilar, mi antiguo Profesor en la especialidad que cultivo. Antes de entrar en el estudio del tema, permítame que felicite a esta ilustre Corporación y muy especialmente al doctor Cortezo por la organización de este curso de conferencias, innovación en las prácticas de esta Real Academia, de mucha transcendencia, puesto que tiende aproximar la vida intelectual de Madrid a la del resto de la Península. Los que laboramos en un rincón provinciano, vivimos muchas veces desconocidos, nuestra obra no sale de nosotros; la Academia de Medicina une en este momento la historia de todos y al

(1) Doctor Gómez Ocaña.

traer aquí médicos de otras regiones, profesores de otras Universidades, transforma a esta Corporación constituida por tan ilustres varones, de madrileña en española; por eso yo, el más modesto de todos los llamados, soy el primero en aplaudir el acierto que significa la organización de estas conferencias.

Voy a ocuparme del tema objeto de este acto, que presento como una de las obras de mi vida profesional y el cual llega a esta Academia en busca de una sanción para el acierto o para el error.

Concepto del crup

El crup es considerado como una laringitis pseudo-membranosa a cuya formación contribuyen principalmente los bacilos diftéricos. Es tal la relación que de un modo clásico se viene admitiendo entre crup y difteria, que en el lenguaje científico corriente, decir crup es lo mismo que decir crup diftérico, sin embargo de que otros gérmenes pueden también dar origen a laringitis pseudo-membranosas.

El crup, (los autores hacen referencia siempre al producido por la difteria) puede tener dos formas: la primitiva y la propagada. En la primera, el germen se localiza desde el principio en laringe; en la segunda, la infección laríngea tiene como precedente una localización más alta, que es la difteria de nariz, de boca o de faringe.

Desde Bretonneau se ha venido afirmando que el crup propagado era más frecuente que el primitivo, hasta el extremo de que aquel autor establecía una proporción de dieciocho crups de la primera forma por uno de la segunda. En la actualidad no puede decirse lo mismo: si he de atenerme a la enseñanza de mis propios enfermos, casi pudiera asegurar que la fórmula antigua se invierte aunque no en tan gran proporción, pues para un caso de crup propagado, encuentro cinco o seis de crup primitivo. La explicación de este hecho puede buscarse en el progreso de la terapéutica contra la difteria; porque conforme se ha ido aprendiendo el diagnóstico y se ha ido inculcando en los médicos y en las familias la necesidad de tratar precozmente a los diftéricos por el suero;

conforme los laboratorios han ido preparando con más perfección este producto y su propaganda se ha hecho más intensiva, los enfermos que antes se abandonaban a los recursos empíricos o mediocres de la terapéutica farmacológica del siglo pasado, van siendo cada vez más raros y el número de curaciones, por lo tanto, mayor.

Crup diftérico y bronco-pneumonía

Voy a ocuparme ahora de las relaciones que entre el crup y la bronco-pneumonía han sido establecidas, y a este efecto dividiré el examen que pienso hacer, en dos partes: en la una me ocuparé del crup diftérico en su relación con la bronco-pneumonía y en la otra me referiré al crup no diftérico.

En el crup diftérico, la bronco-pneumonía es generalmente considerada como una propagación hacia las vías respiratorias inferiores del proceso laríngeo. La mayoría de los casos de bronco-pneumonía que se observan en el curso de la difteria laríngea, son descritos como complicaciones o propagaciones de la infección de laringe. En estas bronco-pneumonías el bacilo de Loeffler interviene, aun cuando no con el papel predominante que tiene en otras localizaciones, puesto que se mezcla con otras bacterias que en crecido número se encuentran en los exudados de bronquios y de pulmón.

Se repite aquí lo mismo que sucede con la tos ferina; que aun obedeciendo a un agente específico conocido, difícilmente se encuentra éste en las inflamaciones bronco-pneumónicas y si en cambio la demás flora bacteriana del aparato respiratorio.

Al lado de esta bronco-pneumonía ha sido estudiada para la minoría de casos otra forma primitiva, descubierta por Trouseau y que este autor describió con el nombre de «crup ascendente». Esta es una difteria de bronquios que en su invasión hacia las partes superiores del árbol respiratorio, llega a la cavidad laríngea y en ella origina el cuadro clínico del crup. En 1895, un autor inglés, Goodall, expuso en la Sociedad clínica de Londres, casos evidentes de esta bronco-pneumonía primitiva diftérica que secundariamente producía el crup y pudo probar cómo las pseudo-membranas ascendían de las

regiones inferiores a las superiores, desde donde eran algunas de ellas expulsadas.

Crup no diftérico y bronco-pneumonía

Entre las inflamaciones laríngeas no diftéricas que pueden dar origen al crup, se encuentran ciertas laringitis pseudo-membranosas cuya proporción con las diftéricas verdaderas no pasaría, si hemos de creer a Hutinel, del 1 o el 2 por 100. En las laringitis, se desconocen por completo las relaciones que puedan tener con las bronco-pneumonías. A estos procesos hay que añadir el cuadro señalado por Trousseau con el nombre de «falso crup grave», que este autor incluía en el grupo de la estridulosis laríngea, del cual lo diferenciaba porque el acceso espasmódico nocturno propio de aquella enfermedad se prolongaba de un modo permanente, poniendo en grave peligro la vida; además la consideraba como un síndrome precursor de los procesos peri-pneumónicos. Touchard, posteriormente quitó importancia a este proceso, lo describió con carácter intermitente y le señaló una duración no mayor de cuarenta y ocho horas, al cabo de las cuales terminaba según este autor casi siempre de un modo favorable.

Es indudable que Trousseau vió con su sagacidad clínica característica la verdadera importancia de su falso crup grave; solamente se equivocó, a mi juicio, en dos momentos: en considerarlo incluido dentro de la estridulosis laríngea y en afirmar que era el precedente de las inflamaciones del pulmón cuando en realidad, según mi opinión, más que el precedente es la consecuencia.

Fuera de estas relaciones tan mal estudiadas, nada más se puede encontrar en las publicaciones médicas acerca de la influencia recíproca que pueda existir entre el crup no diftérico y la bronco-pneumonía.

Bronco-pneumonía como causa del crup

Si hemos de creer a los publicistas, fuera del caso de la difteria primitiva de bronquios y de pulmón, en todos los

demás la bronco-pneumonía no es capaz de producir una estenosis laríngea, ya que la disnea más intensa de origen bronco-pneumónico no se debería confundir con el crup, a creer a la mayoría de los autores. Acerca de este particular dice Comby, en el tomo 3.º, página 401 del Tratado escrito en colaboración con Grancher, lo que sigue: «Tengo que señalar en último término un error que yo he visto cometer algunas veces en los hospitales de niños. Uno de estos es llevado al hospital en un estado de asfixia avanzada; tiene tiro; el interno de guardia es llamado, piensa en el crup y algunas veces hace inmediatamente el entubamiento o la traqueotomía. No obstante, el niño no tiene difteria, como lo demuestra el curso ulterior; se halla atacado solamente de una bronco-pneumonía sobre aguda, de un catarro sofocante. Para evitar el error, se estudiarán con cuidado las modificaciones de la voz y de la tos tan peculiares en el crup y los caracteres del tiro, mucho más acusados, mucho más claramente supra e infra-esternal en la estenosis laríngea, que en la bronco-pneumonía. Pero la urgencia del caso sometido a la observación, no siempre permite el placer de examinar estos matices; la asfixia es inminente, corre prisa, se hace el entubamiento después de la inyección de suero; pero después de hecho, la asfixia no disminuye y se tiene la prueba de que la dificultad respiratoria asienta más abajo de laringe; entonces se procura aclarar esta duda por una investigación más profunda, por una auscultación más atenta. Se sospecha la bronco-pneumonía, se desentuba el niño y se ensaya otra terapéutica».

Más terminantes todavía son en este sentido Sevestre y Martín quienes en el tratado antes citado, tomo 1.º, página 163, al ocuparse del diagnóstico diferencial entre el crup diftérico, la bronquitis capilar y la bronco-pneumonía, dicen lo siguiente: «Debemos dejar a un lado el diagnóstico del crup con la bronquitis capilar y la bronco-pneumonía, que podrían, según se dice, ser origen de errores de diagnóstico. Los caracteres de la disnea son diferentes y los síntomas laríngeos faltan».

Por último Pirquet en la última edición de la obra de Feer sobre Enfermedades de niños, en la página 331 al ocuparse

de la bronquitis capilar dice: «La disnea puede llegar a ser tan profunda que se crea en la existencia de un obstáculo laríngeo diftérico o por pseudo-crup. En contra de difteria habla la falta de exudados sobre amígdalas, fosas nasales y faringe; cuando haya sospecha de un estrechamiento pseudo crupal en laringe, puede intentarse la intubación; si no se obtiene mejoría, es prueba de que la dificultad respiratoria asienta más profundamente en los pequeños bronquios».

Es indudable, que la inmensa mayoría de los médicos no han pensado en la posible intervención de la laringe en el síndrome laringo crupal que se produce en ciertas bronco-pneumonías; lo demuestra no solamente la falta de afirmaciones, sino la pobre casuística publicada sobre este punto (1).

Desde mis primeros años de labor clínica en la especialidad de niños, había tenido ocasión de ver y de tratar enfermos que llegaban a mi clínica con todo el cuadro completo de un crup primitivo laríngeo en periodos generalmente avanzados de asfixia. La extinción de la voz, el ruido de cornage, el enorme tiro supra e infra esternal que, en ciertos momentos de exacerbación de la disnea, llegaba a los más violentos espasmos, la marcha continua y progresiva, en una palabra todo el cuadro clínico, hacía pensar en la existencia de un verdadero crup. Por tal venían diagnosticados estos enfermos y en la mayoría se habían hecho inyecciones de suero anti-diftérico. En casi todos estos pacientes existía bronco-pneumonía; observaciones detenidas me llevaron al convencimiento de que esta complicación en realidad precedía o por lo menos acompañaba desde su iniciación a los fenómenos por parte de laringe. Siguiendo la opinión corriente, no vacilaba en diagnosticar estos pacientes de laringitis primitiva diftérica (crup d' emblee), insistía en el tratamiento sueroterápico cuando me había parecido insuficiente el que se había hecho, y para contrarrestar los fenómenos de oclusión laríngea, inter-

(1) Variot y Pironneau han referido en la *Gaceta de los Hospitales* septiembre 1910 un caso de espasmos glóticos consecutivos a bronco-pneumonía sarampionosa que obligó a intubar y terminó por la muerte; lo atribuyeron a un reflejo que partía de la tráquea o de los bronquios y pulmones.

venía con el entubamiento y alguna que otra vez con la traqueotomía.

El efecto del suero no se hacía sentir en la mayoría de estos casos.

Es interesante que haga aquí una digresión respecto al diagnóstico de la bronco-pneumonia: cuando se auscultan estos enfermos en pleno periodo de apnea, como el aire entra difícilmente, no se pueden apreciar bien los signos estetoscópicos, que suelen pasar desapercibidos; pero una vez vencida la dificultad laríngea por medio del entubamiento o de la traqueotomía se pueden apreciar fácilmente estos fenómenos de auscultación, sobre todo, los estertores.

Volviendo a mis observaciones, diré que el año 1908 me llamó extraordinariamente la atención un caso que brevemente voy a referir, porque ha sido el punto de partida de mis investigaciones acerca de este asunto. Se trataba de un niño de siete años, enfermo desde dos días antes de mi primera visita por una ligera traqueítis que pude confirmar en mi primer examen; no existía nada que pudiera hacer sospechosa una manifestación diftérica en nariz, en boca, en faringe; no había la más pequeña disnea. Creí que era un caso sin importancia. ¡Cuál no sería mi sorpresa cuando a las doce de la noche del mismo día se presentó en mi casa angustiado el padre del enfermito diciendo que el niño se estaba muriendo! Fui precipitadamente a verle y me encontré con un cuadro de crup que había puesto al niño en tan escasas horas en estado preagónico. Dos colegas, que habían sido avisados al mismo tiempo, creyeron que se trataba de un crup diftérico. Sorprendido por el desarrollo de este proceso practiqué un nuevo reconocimiento del cual deduje claramente que el niño no tenía ninguna manifestación diftérica apreciable; pero si todo el cuadro de una bronquitis capilar sobreaguda (percusión timpánica, estertores subcrepitantes diseminados) que había sido la consecuencia de una propagación fulminante del proceso tráqueo bronquial.

Este niño murió a las pocas horas de mi segunda visita y yo me quedé con el sentimiento de no poder extirpar la laringe para ver las condiciones en que se encontraba, pero

este caso me hizo ver que sin diferencia clínicamente diagnoscable, un proceso respiratorio propagado rápidamente a los bronquios finos, podía dar lugar a un síndrome crupal de extraordinaria semejanza con el descrito en la diferencia laríngea y puesto en guardia, empecé a recoger nuevos datos, que son los que a continuación os presento.

Constituyen ellos una serie de observaciones que divido en incompletas y completas. Llamo incompletas a las historias clínicas que he recogido en épocas en que bien por falta de medios de laboratorio o por circunstancias especiales (como por ejemplo el caso que refería en que no me fué permitido extraer la laringe) no me ha sido posible obtener todos los datos. Denomino observaciones completas a todas aquellas en las cuales he practicado un análisis bacteriológico seguido en algunas de necropsia suficientemente detenida para llegar a una conclusión sobre cada caso particular.

He aquí estas observaciones:

INCOMPLETAS (De valor clínico exclusivamente).

OBSERVACIÓN NÚM. 1

M. G., niña de seis años ingresa en la clínica el 4 de julio de 1909. Desde hace tres días está acatarrada con voz y tos ronca y escasa temperatura. El día antes de ingresar, la ronquera se ha acentuado hasta llegar a la más completa afonía y al mismo tiempo se ha ido engendrando una disnea de tipo laríngeo acompañada de ruido inspiratorio áspero y continuo. La mañana de su ingreso la encuentro cianótica, en ortopnea, con hundimientos inspiratorios acentuadísimos de las regiones supra e infra-esternal, cornage muy marcado y afonía absoluta; examen de nariz y faringe negativos. La percusión torácica da sonido claro, normal en todo el pecho. La auscultación sólo permite apreciar una insuficiencia respiratoria que llega casi a la apnea. Intubación rápida, mejoría instantánea de todo aquel cuadro; inyección de 30 c. c. de suero antidiftérico. A las pocas horas percibo estertores subcrepitantes en ambos pulmones; la temperatura es de 36.6. A las veinticuatro horas, quito el tubo por el buen estado de la enferma, pero transeurridas cinco o seis más, reaparecen los alarmantes fenómenos de estenosis que me obligan a entubar de nuevo. A las cuarenta y ocho horas, expulsa

el tubo sin que los fenómenos de erup se reproduzcan. En este momento observo signos de bronquitis gruesa, pero los estertores subcrepitantes casi han desaparecido. Esta enferma curó.

OBSERVACIÓN NÚM. 2

J. R., niño de dos años y medio se presenta en mi policlínica en el mes de enero de 1911. Hace ocho días que se levanta después de haber padecido un sarampión normal. Desde hace dos días, ronquera que ha llegado a la afonía completa, ruido de cornage, fenómeno de tiro supraesternal. Estos fenómenos son moderados, por lo cual no inyecto suero y hago un tratamiento de bronco-pneumonía y de revulsión de la región laríngea. A las veinticuatro horas ha mejorado y a las cuarenta y ocho se encuentra completamente bien.

Debo hacer constar, que a pesar de tratarse de un crup post-sarampionoso este enfermo ha curado sin suero y sin intervención operatoria.

OBSERVACIÓN NÚM. 3

N. J., niño de dos años, enfermo desde el 19 de enero de 1913 con fenómenos de traqueobronquitis catarral. El 25 de enero le veo por primera vez; desde hace ocho horas ha comenzado a desarrollarse un cuadro de estenosis laríngea que cuando llego yo ofrece un aspecto imponente: ruido crupal intenso, continuo, cianosis, tiro, pulso 150 muy pequeño, temperatura 38'8. Ninguna pseudo-membrana laríngea, no hay coriza nasal. Estertores bronquiales finos. Inyección de 20 c. c. de suero anti-diftérico, intubación rápida. La disnea mejora durante una hora; pero después se reproduce a pesar del tubo. A las veinticuatro horas, es intensísima. Se me ocurre desentubar; pero inmediatamente tengo que introducir el tubo porque el obstáculo laríngeo es tal, que durante unos instantes pienso que todo va a concluir. Esta enferma fallece sin expulsar ninguna pseudo-membrana y con un cuadro de bronco-pneumonía sobreaguda.

COMPLETAS

OBSERVACIÓN NÚM. 4

R. G., de tres años; hace tres semanas que ha padecido un sarampión intenso, pero de marcha normal. Desde hace cuarenta y ocho horas, ha comenzado a respirar con dificultad, dando lugar al desarrollo de un cuadro análogo al que hemos ya descrito.

El niño está cianótico en el momento de mi observación, tiene viva disnea, cornage, tiro supra esternal marcadísimo. Se perciben algunos estertores bronquiales finos. No hay angina diftérica ni rinitis.

Intento una intubación; pero al poner el tubo en contacto con la laringe del enfermo, cae en profundo síncope. Respiración artificial y traqueotomía rápida. Inyecto 40 c. c. de suero antidiftérico. Colocada la cánula traqueal, mejora todo el cuadro, pero por poco tiempo. A las pocas horas, la disnea se hace muy viva; los estertores subcrepitantes y crepitantes se perciben por todo el pecho y a las doce horas de la intervención, fallece estando yo presente. Después de inútiles esfuerzos de respiración artificial, convencido de su muerte, quito la cánula traqueal que aparece sin ninguna pseudomembrana y extirpo la laringe. No hay en este órgano la más pequeña anomalía, no existe edema, ni inflamación, ni exudado alguno. (Lo reciente del examen post mortem da a mi parecer mucho valor al mismo). Al día siguiente, completo la autopsia. Ambos pulmones presentan todos los signos anatómicos de una extensa bronco-pneumonía.

En una de las ramificaciones bronquiales del lado derecho, encuentro un molde fibrinoso de siete centímetros de longitud que es remitido al laboratorio de anatomía patológica. El examen bacteriológico demuestra la existencia en el mismo de bacilos diftéricos.

Este caso corresponde a una bronco-pneumonía diftérica primitiva que ha dado lugar a un síndrome crupal, sin que existieran pseudo-membranas, ni estrecheces inflamatorias en laringe, lo que destruye por completo en este caso, la opinión hasta hora admitida en la génesis del crup propagado ascendente.

OBSERVACIÓN NÚM. 5

A. G. niño de tres años ingresa en mi clínica el 16 de diciembre de 1913. Seis días antes, en medio de un cuadro general de fiebre y vómitos, se presenta una acentuada disnea seguida de afonía que llega a ser completa y de ruido crupal muy intenso. El médico que le visita diagnostica el caso de crup diftérico e inyecta 20 c. c. de suero.

En el momento de nuestro reconocimiento, encontramos a este enfermo pálido, con cianosis en labios y mejillas, acentuadísimo tiro supra e infraesternal, ruido de huélfago (cornage) inspiratorio

muy intenso, escasísima entrada de aire en los pulmones, temperatura moderada, pulso muy frecuente. Intubación el mismo día. La disnea laríngea y el estado asfético mejoran rápidamente; a las pocas horas encontramos finos estertores subcrepitantes diseminados por ambos pulmones al lado de otros más gruesos de carácter bronquial; hay disnea, pero no laríngea. Establezco tratamiento de bronco-pneumonía y después de una lucha muy accidentada que, dura desde este día 16 hasta el 25, el enfermo muere después de expulsar el tubo con disnea intensísima y síncope.

No ha arrojado ninguna pseudomembrana; he realizado una siembra de los exudados laríngeos que me da un cultivo casi puro de estafilococos con falta completa de bacilos diftéricos.

La autopsia me enseña que laringe y tráquea no tenían ni edema, ni exudados, ni estenosis de ningún género. La mucosa laríngea está íntegra a pesar de las repetidas intubaciones. Existen ganglios traqueales infartados, así como mediastínicos y de la cadena bronquial, que llegan hasta el mismo hilio del pulmón. Al corte del parénquima, sale un exudado purulento. Ambos pulmones están congestionados y en las bases y bordes posteriores hepatisados. El resto de las vísceras no tenía nada especial.

OBSERVACIÓN NÚM. 6

M. niña de cinco años, enferma de bronquitis cinco días antes de mi primera visita hecha el 13 de febrero de 1914. La encuentro con el mismo cuadro de estenosis laríngea tantas veces repetido y sin manifestación alguna sospechosa de las cavidades bucal y nasofaríngea. Por auscultación no se percibe la entrada del aire, por la gran dificultad laríngea. Intubo, rápida mejoría. Ausculto inmediatamente: aparece una lluvia de estertores crepitantes y subcrepitantes en ambos pulmones que me llevan al diagnóstico de bronco-pneumonía. Siembra del moco faringo-laríngeo que da por resultado la aparición de numerosas colonias de estafilococos mezclados con otras de pneumococos. Tratamiento de pneumonía; gavage. Durante tres días va mejorando, hasta que se restablece por completo.

OBSERVACIÓN NÚM. 7

T. L. de veintitún meses ingresa en mi clínica el 19 de noviembre de 1915. Hace cinco días que está convaleciente de sarampión y

desde hace dos presenta dificultad respiratoria que ha ido progresivamente en aumento hasta llegar a un cuadro de crup. Examen de amígdalas y faringe negativo. Inyectó 10.000 unidades de antitoxina diftérica Llorente y practico la intubación.

No se aprecian en este niño marcados fenómenos respiratorios de inflamación pulmonar, pero a las 48 horas, bruscamente fallece. En la autopsia me encuentro laringe sin fenómenos de estenosis y sin membranas; la cadena de ganglios bronquiales con algunos infartos; el pulmón izquierdo con extensa hepatización y el derecho con zonas atelectásicas en la base, alternando con otras hepatizadas. El tubo extraído de laringe está obturado por un espeso acúmulo de moco que nos hace pensar, a parte de la influencia del proceso bronco-pneumónico, en la posible muerte por el mecanismo de obstrucción de dicho tubo. El examen bacteriológico sólo permite hallar diplococos mezclados con escasos pneumococos típicos.

OBSERVACIÓN NÚM. 8

J. M. niña de tres años ingresa el 27 de septiembre de 1915. Está enferma desde el día anterior con un cuadro rápido y progresivamente en aumento característico de los fenómenos de crup, ya señalados. En el momento de verla se halla casi agonizando. Intento la intubación, pero el tubo no entra a pesar de tener la certeza de que se halla en laringe. Al prepararme para hacer la traqueotomía, la enferma fallece. Extraigo inmediatamente la laringe y puedo comprobar que se encuentra su luz estrechada, porque los tubos correspondientes a la edad no pasan ni aun después de extraída. No hay membranas en el interior, ni edema. El cartílago está hipertrofiado. El examen histológico ulterior demostró la existencia de una laringitis intersticial. Completo la autopsia al día siguiente y hallo el cuadro de una bronco-pneumonía más extensa en el lado derecho. Siembras del exudado laríngeo y traqueal permiten descubrir bacilos diftéricos y estreptococos.

Este es el único caso en el cual he encontrado una apreciable estenosis laríngea, que se reconoce por las dificultades al paso de los tubos y por el examen anatómico. Es un mecanismo excepcional de estenosis el de esta enferma y los caracteres de las lesiones histológicas que corresponden a una laringitis intersticial, me hacen suponer que ésta es anterior al proceso inflamatorio de los pulmones.

Deducciones

Del estudio de estas observaciones y después de meditar en todos los hechos antes expuestos, se pueden formular las siguientes preguntas:

1.^a ¿Los fenómenos que caracterizan el cuadro local de la estenosis laríngea pueden ser producidos por procesos bronco-pneumónicos?

2.^a ¿Por qué mecanismo se realiza la intervención de laringe en la producción de los mismos?

3.^a ¿Cuál es la etiología de las formas bronco-pneumónicas pseudo-crupales?

La constancia con que se repiten, en los casos por mí vistos, los antecedentes de una traqueo bronquitis que precede a la explosión de los fenómenos por parte de laringe y la ausencia en general de lesiones que expliquen en este órgano su intervención (salvo en el caso correspondiente a la observación leída en octavo lugar), permiten sacar la consecuencia de que la bronco-pneumonía es en esta variedad de enfermos con síndrome crupal, más que una complicación un antecedente obligado en la génesis de la estenosis laríngea.

Para distinguir los síndromes producidos por el estrechamiento de la misma laringe de aquellos otros, como los que estudiamos, en los cuales la laringe está permeable, tenemos un medio clínico a nuestro alcance en el entubamiento.

Toda laringe normal cuya luz no se halla bastante disminuida para dificultar por sí misma la entrada del aire, da paso a los tubos laríngeos de un calibre correspondiente a la edad del enfermo. Y este hecho es tan exacto, que un médico que tenga la suficiente experiencia en la práctica del entubamiento separará perfectamente las estenosis espasmódicas de las orgánicas y distinguirá los casos de crup primitivos o propagados de las afecciones estenosantes de otra naturaleza. Cuando hay permeabilidad laríngea, se experimenta al introducir el tubo una resistencia en el momento de ponerlo en contacto con la entrada de la glotis, por la contracción espasmódica de los constrictores. Es una defensa refleja que estos

producen al contacto con el huésped extraño; un poco de paciencia y en breves segundos aquel obstáculo cederá dando paso al tubo sin ningún inconveniente. Cuando la resistencia se produce hasta el extremo de que es necesario forzar la presión para que el tubo descienda o este descenso se hace imposible a pesar de todas las presiones y aún empleando muchas veces un tubo de diámetro inferior al que corresponde a la edad, no cabe duda, es que aquella laringe se encuentra estrechada por estenosis orgánica que podrá ser un edema, una inflamación con infiltración de todos sus planos (laringitis intersticial) o bien una neoplasia.

En el caso del crup que yo expongo, no es esto lo que sucede generalmente: hay permeabilidad laríngea; si fácilmente pasa un tubo, es racional que mejor pasará la columna de aire; por lo tanto no se puede invocar el mecanismo de una estenosis orgánica, y si esto coincide con la constancia de los procesos bronco-pneumónicos desde el principio de la afección, como se deduce del examen de mis casos, no cabrá la menor duda (al menos este es mi parecer) de la intervención del proceso bronco-pneumónico en relación de causa a efecto respecto al síndrome estenosante de laringe.

Hecha esta afirmación, vamos a entrar en el punto más delicado de la exposición que vengo haciendo y es el que se refiere a la patogenia del síndrome estenosante laríngeo en estos casos de pseudo-crup con bronco-pneumonía.

Desde los primeros observadores de la afección que en nuestro país se denominó tan gráficamente «garrotillo» hasta nuestros días, ha sido objeto constante de discusión el mecanismo de los síndromes de oclusión laríngea, atribuidos sucesivamente a la obstrucción por falsas membranas por Bretonneau; al espasmo de los músculos constrictores por Trousseau y por otros muchos autores; a la parálisis de los músculos dilatadores de la glotis por Niemeyer; a la excitación de los centros respiratorios por la llegada de una sangre carbónica a los mismos que produciría un reflejo sobre los pneumogástricos, por Cadet de Gassicourt. De todas estas teorías, han quedado predominantes dos: la obstrucción por las falsas membranas y la contracción espasmódica de los músculos constrictores.

En todas las observaciones que he expuesto, se ve claramente que no había falsas membranas que obstruyesen la laringe; por lo tanto, la teoría mecánica señalada, no puede establecerse para estos casos.

El reflejo espasmódico no cabe admitirlo como único mecanismo, porque ¿cómo explicar que una laringe ligeramente hiperemiada pueda determinar por vía refleja una constricción de los músculos laringeos, cuando en otros procesos, por ejemplo, los de laringitis catarral aguda, en los que existe un estado irritativo más acentuado, esta contracción espasmódica no se realiza? Es imposible por el examen anátomo-patológico de las laringes extirpadas por mí, sacar ninguna conclusión en este sentido; estas laringes están sino íntegras casi íntegras, por lo menos presentan menos síntomas congestivos que los que se observan en otros casos de laringitis aguda.

Yo no niego la intervención de un elemento espasmódico, de una acción refleja, que actúa excitando la contracción de los constrictores laringeos; pero lo considero subordinado a otro procedimiento, que es según mi parecer esencialmente mecánico, mas de una mecánica muy diferente a la que determina la obstrucción de la glotis por las pseudo membranas.

Meditando respecto a la patogenia del síndrome laringocrupal en las bronco-pneumonías se me ha ocurrido pensar, por el recuerdo de los efectos de la presión atmosférica en la función respiratoria normal y patológica, que desde el momento en que existe una bronco-pneumonia extensa que determina una viva disnea y que obliga a una respiración forzada, en el árbol respiratorio se produce un vacío parcial, un enrarecimiento del aire que tiende a ser compensado por la entrada de una columna aérea a mayor presión y velocidad y en este momento, precisamente la presión atmosférica externa predomina sobre la interna. Si como vemos en el adjunto esquema suponemos una cavidad (bronquios y pulmones) representada por el cuadrilátero a a a de paredes dilatables en comunicación con el aire exterior por el tubo T L, cuyas paredes son débiles, además de poseer pequeños diámetros (tráquea y laringe de un niño), y suponemos que en la dilatación del espacio inferior se traspasan los límites fisiológicos a' a' a' a' en velocidad y

en extensión hasta alcanzar la línea $a'' a'' a'' a''$ (caso de la viva disnea bronco-pneumónica), es indudable que se producirá un verdadero enrarecimiento en el interior del tubo y de la cavidad con el consiguiente aumento de la presión atmosférica (P A) sobre la superficie exterior en la dirección señalada sobre el tubo T L y sobre la superficie a' y a'' . Si las paredes no son suficientemente resistentes para soportar esta presión externa (caso posible en la laringe de un niño pequeño), se aplastarán disminuyendo la luz del conducto por donde pasa el aire, y he aquí engendrada una estrechez por un mecanismo a mi parecer racional y distinto del que hasta ahora se ha invocado para explicarla en los casos de crup en los niños.

El hecho de que la mayoría de las observaciones de crup bronco-pneumónico coincidan en niños de poca edad, en los cuales es evidente la falta de resistencia de las paredes laríngeas y de los primeros anillos traqueales (la pared posterior de la tráquea en estos niños pequeños es membranosa, no cartilaginosa), es un argumento en favor de esta teoría.

La influencia de la presión atmosférica externa en estas vivas disneas es evidente: para demostrarla basta recordar lo que es el fenómeno del tiro. Este síntoma no se produce por otro mecanismo que el de la presión externa sobre los espacios supraclaviculares, intercostales, infradiafragmáticos (1).

Si yo pretendiera explicar estos casos apoyándome exclusivamente en esta teoría mecánica, dejaría a un lado un hecho

(1) He aquí algunos sencillos experimentos en favor de esta teoría:

1.º Enchúfese un tubo de goma al extremo de una potente jeringa o de una trompa de agua: si este tubo es de paredes débiles al realizar un vacío violento dentro del mismo, aquéllas se aplastarán: este fenómeno se observa muchas veces en las punciones aspiradoras.

2.º Si se cierra la nariz por presión con los dedos y dejando la boca entreabierta se hace un movimiento rápido y violento de inspiración, se observará que los labios se aproximan uno a otro cerrando la entrada del aire.

3.º Si cerrada la boca se obtura con el dedo una de las ventanas de la nariz y se hace un rápido movimiento de inspiración, se observará que la ventana libre se cierra total o parcialmente.

FIGURA 1.^a



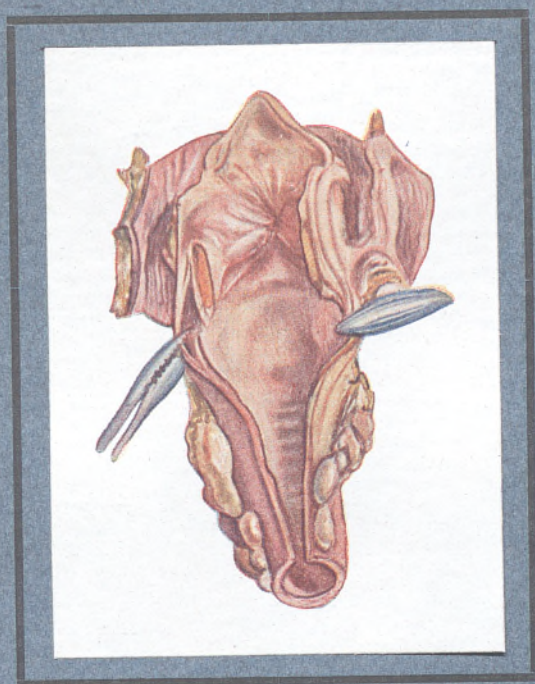
Laringe correspondiente al enfermo de la observación núm. 4.

FIGURA 2.ª



Pulmón correspondiente al enfermo de la observación núm. 4.

FIGURA 3.^a



Laringe del enfermo correspondiente a la observación núm. 5.

FIGURA 4.^a



Pulmón del enfermo correspondiente
a la observación núm. 5.

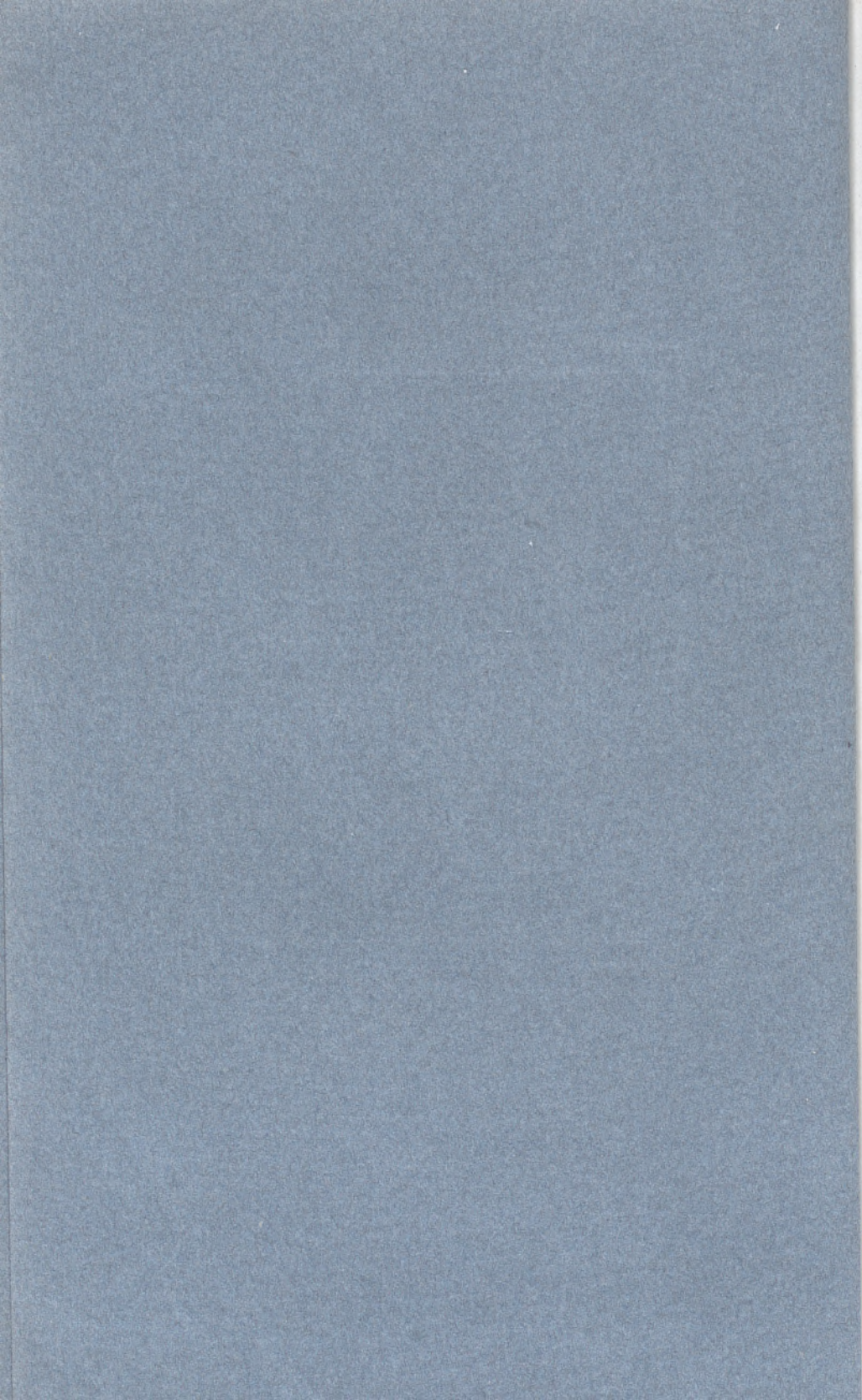


FIGURA 5.^a



Laringe del enfermo de la observación num. 7.

FIGURA 6.^a



Pulmón del enfermo de la observación núm, 7.

FIGURA 7.^a



Pulmón del enfermo de la observación núm. 7.

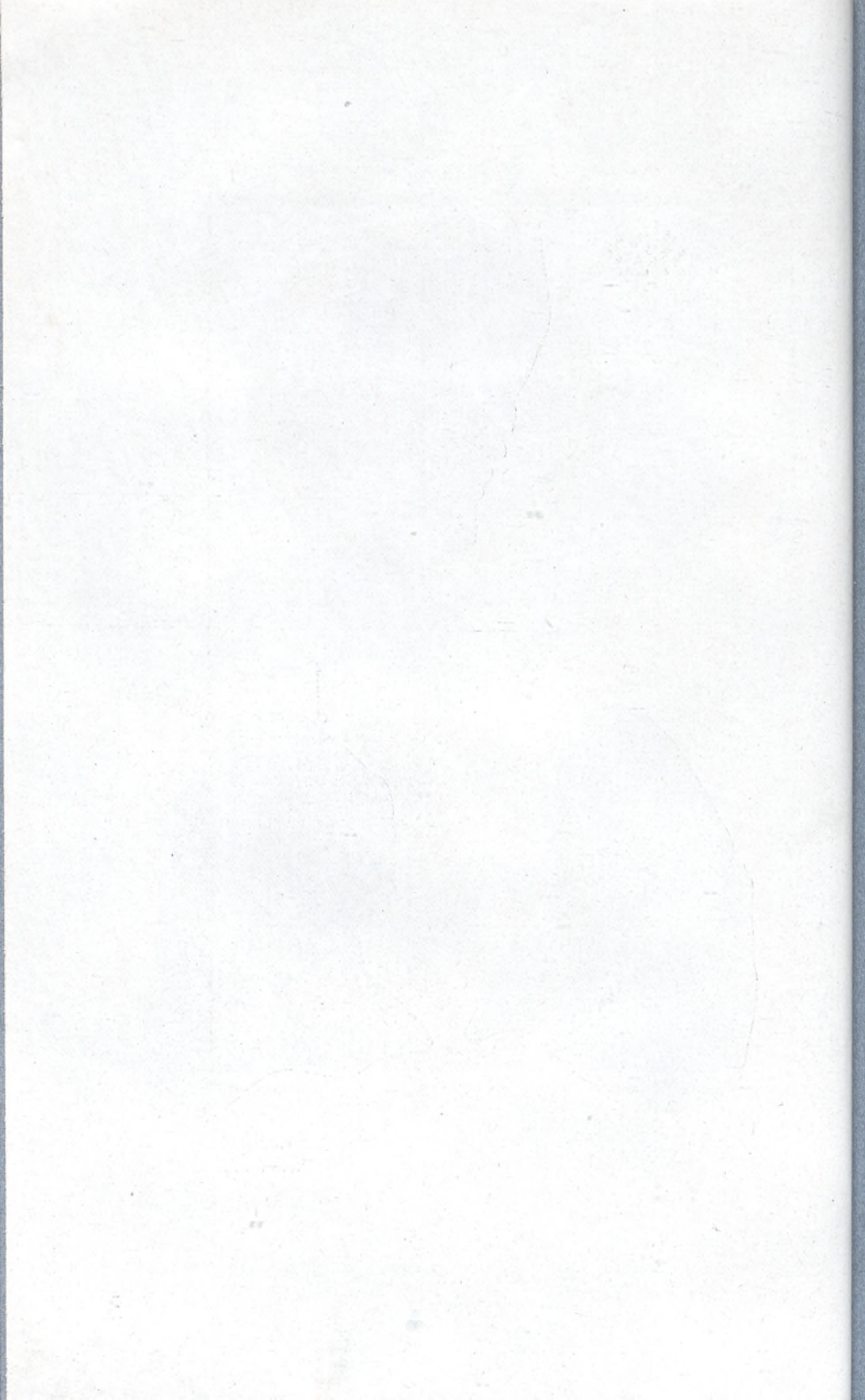


FIGURA 8.^a



Cortes de laringe correspondientes al enfermo de la observación núm. 8.



FIGURA 9.^a



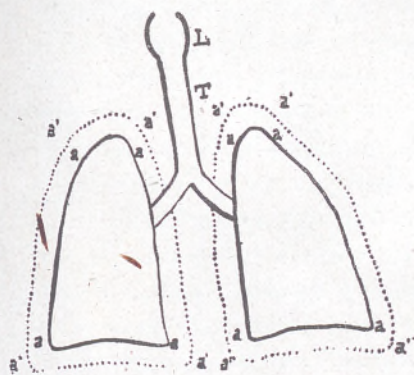
Pulmón del enfermo de la observación núm. 8.

FIGURA 10.



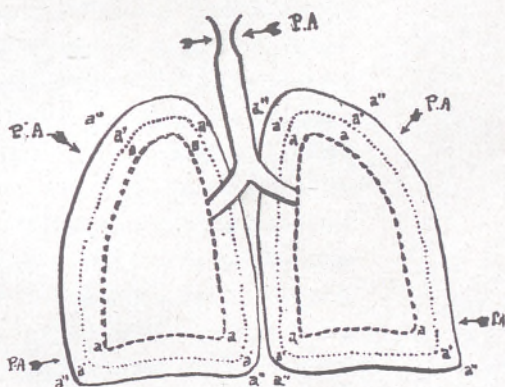
Pulmón del enfermo de la observación núm. 8.

FIGURA 11.

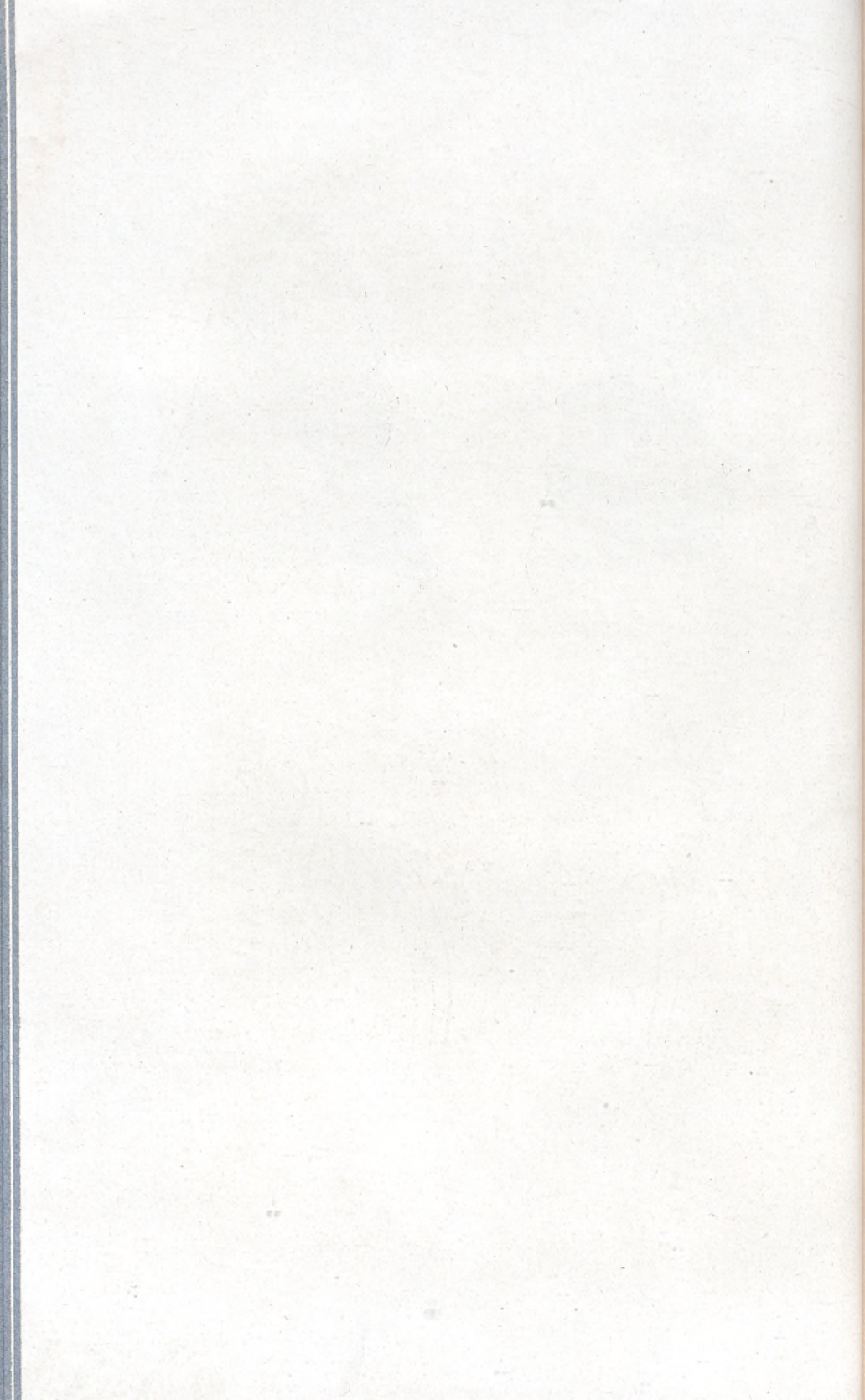


Pulmones en funcionamiento normal.

FIGURA 12.



Pulmones en disnea.



indiscutible: la existencia del factor espasmo, el cual tiene un valor, aunque subordinado, evidente en esta patogenia.

Yo me explico la intervención del elemento nervioso del siguiente modo: desde el momento en que la laringe se estrecha por el predominio de la presión externa atmosférica, el tiro forzado de los pulmones hace que el aire entre con más presión y velocidad, determinando un roce mucho más vivo con las paredes aproximadas, y esta columna de aire que con velocidad normal no ocasionaría ningún fenómeno de excitación, puede originarlo al obrar en cierto modo como un cuerpo extraño, aumentando por este procedimiento la estrechez.

Como una incógnita o una serie de incógnitas que brindan un porvenir de investigación deben ser consideradas las razones que explican porqué en ciertos niños con bronco-pneumonías se producen los fenómenos crupales y en tantos otros no.

No tengo en la actualidad pruebas positivas que me permitan hallar los motivos palpables de estas diferencias; pero por deducción lógica de la patogenia expuesta, se pueden formular a mi parecer dos hipótesis capaces tal vez de conducirnos a una explicación. La primera, se refiere a la razón mecánica del estrechamiento laríngeo: bastaría suponer que en ciertos niños la solidez laríngeo-traqueal es menor, más fácil la depresibilidad de sus paredes, para comprender la influencia más eficaz de la presión atmosférica externa. La segunda hipótesis atañe al elemento espasmódico: es posible que del mismo modo que en el laringo-espasmo de los espasmófilos hay una influencia general determinada por trastornos del metabolismo de los centros nerviosos que hacen a éstos más impresionables para las acciones reflejas, lo que sucede también en la estridulosis laríngea que se da siempre en niños neuróticos y excitables, en estos niños exista quizá por las mismas condiciones u otras análogas, iguales motivos para que la excitación producida por el roce de la columna aérea al penetrar en laringe provoque el espasmo de los constrictores.

La participación laríngea en el síndrome crupal se prueba por la agravación de la disnea cuando se desentuba, hecho que he podido comprobar en varios casos y especialmente en el niño correspondiente a la observación 3.^a.

Respecto a la etiología de estos procesos, debo admitir según se desprende de mis estudios, la influencia de los gérmenes de la difteria, estafilococos y pneumococos, unas veces puros y otras asociados. En lo referente a la influencia del bacilo diftérico, las observaciones por mí recogidas permiten añadir a los hechos estudiados antes, la necesidad de establecer con el crup diftérico dos grupos, según se presenten o no las pseudomembranas.

No por vanidad, que está muy lejos de mi ánimo sentirla, sino precisamente por el convencimiento que tengo acerca de la pequeñez de mis fuerzas he de citar como argumento de autoridad algunas opiniones que han sido emitidas fuera de España acerca de estos primeros trabajos míos publicados en una modesta revista médica de Valladolid.

Comby, en un extenso juicio crítico de mis estudios hecho en los *Archives de Medecine des Enfants*, n.º 6, de junio de 1914, me dedica el siguiente párrafo final que traduzco: «Hasta ahora nosotros habíamos creído que la bronco-pneumonía sofocante simulaba groseramente el crup y que bastaba un poco de atención o de sagacidad clínica para evitar el error. Suñer, acaba de demostrarnos por hechos indiscutibles que el problema era más complejo y que el papel de la laringe era no una apariencia, sino una realidad».

Lust, (a quien en este momento dedico un recuerdo de simpatía con motivo de la situación desgraciada de su patria) en la *Revue Belge de Puericulture*, n.º del 25 de marzo de 1914 decía lo siguiente con motivo de la lectura de mi trabajo: «Para terminar, diremos que en todos los casos estudiados por el Profesor Suñer, casos que habían sido vistos anteriormente por otros colegas, el diagnóstico clínico de crup primitivo diftérico (crup d'emblee) había sido hecho, lo que demuestra el sorprendente parecido con el crup diftérico.

No se trata aquí de casos posibles de errores de diagnóstico como los indicados por Comby, Pirquet, Sevestre, Martín y otras autoridades, sino más bien de verdaderas formas de pseudo-crup bronco pneumónico con síndrome de estenosis de laringe, que por sus síntomas y por los buenos efectos de la intubación, se diferencian claramente de los casos de errores

señalados por los autores que acabamos de nombrar. Nos encontramos ciertamente frente a una forma nueva de bronco-pneumonía infantil.

Finalmente Czerny publicó una traducción extensa de mi trabajo en el cuaderno 6.º del *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1914.

* * *

He de terminar la exposición que vengo haciendo, formulando las siguientes conclusiones:

1.ª Al lado de todo lo conocido acerca de las relaciones entre el crup y la bronco-pneumonía, es menester admitir una forma nueva en la cual la bronco-pneumonía produce el síndrome crupal por un mecanismo distinto, según mi parecer, de los conocidos hasta ahora. A esta forma clínica me permito proponer que se la dé el nombre de pseudo-crup bronco-pneumónico.

2.ª Es necesario revisar nuestros actuales conocimientos acerca del crup diftérico y especialmente en lo que se refiere a su patogenia.

3.ª En el orden terapéutico, se derivan de los estudios que vengo haciendo, las siguientes consecuencias: necesidad de tratar en estos enfermos la bronco-pneumonía y la estenosis laríngea al mismo tiempo; la primera, sobre la base fundamental de la terapéutica física, que es a mi parecer la más activa y la segunda, por medio del entubamiento o la traqueotomía (doy la preferencia al primero).

4.ª Se demuestra en mis observaciones la poca utilidad del suero anti-diftérico en el tratamiento de la bronco-pneumonía infantil; sin embargo de esto, creo que debe usarse siempre que exista la sospecha de la participación del bacilo diftérico.

5.ª Como última conclusión, en el orden etiológico he de señalar una serie de gérmenes (difteria, estafilococos, pneumococos, entre los por mí encontrados) capaces de producir el cuadro clínico que he descrito.

Concluyo reiterando mi gratitud a esta Real Academia y al auditorio, por la atención que han prestado a mis palabras.

DE MI PRACTICA CLÍNICA

ALTERACIONES DIGESTIVAS DEBIDAS A LA LITIASIS RENAL

POR EL

Dr. Félix Igea,

Especialista en enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición.

Si la Medicina resulta siempre ciencia tan oscura y confusa, que en los comienzos de su ejercicio se ven desorientados los noveles y presenta siempre dificultades a muchos prácticos encanecidos en sus disciplinas, débese al exceso de libros clásicos que aquéllos tienen como única fuente de información y a la aversión que muchos de éstos manifiestan a estudiar a fondo cada enfermo conformándose, una vez que logran dar un nombre a su dolencia, con seguir las inspiraciones que el autor favorito les suministra, en lo que se refiere a curso y tratamiento de la referida enfermedad.

Si unos y otros miraran con igual celo a los enfermos y a los libros, no limitándose a ojearlos sino que estudiaran a fondo aquello que por parecerles sencillo y conocido pasan por alto y ante lo cual más tarde se estrellan, verían así disiparse muchas tinieblas y aumentar el número de dolencias obedientes a la terapéutica empleada.

Más veces es culpable de esta desorientación en que los enfermos nos sumen la manía del memorialismo; del no ver en los pacientes más que lo que describe el autor A o B, de creer en todos ha de darse la enfermedad típica con el cuadro clásico que marca el libro que nos inició en los estudios médicos y del cual no logramos desprendernos, teniéndole siempre como mentor y guía; del no poseer en nuestro fichero más que una docena de departamentos en los que *velis nolis* colocamos a casos en extremo diversos

De tales defectos rara vez nos vemos libres. Se precisa para ello una gran fuerza de voluntad, que logre hacernos olvidar, por inútiles, las más de las descripciones de enfermedades que nos dieron en las aulas; o al menos hacer que estas no ocupen tan por completo nuestro cerebro, que no dejen hueco a las mil cosas nuevas que sin cesar han de buscar en él un sitio adecuado, fecundando y vigorizando los primitivos conceptos que al cabo de algún tiempo serían sin esto cosa arcáica y ruin.

La Medicina no prefiere ni a los confiados, ni a los crédulos. Se muestra más complaciente con los que, juzgándose siempre novicios y temiendo el error, proceden metódica y lentamente en cada caso, que con aquellos que al primer golpe, teniendo sólo en cuenta las apariencias y fiados en su ojo clínico, se creen poseedores del más perfecto conocimiento de todo enfermo.

Esto explica el que enfermos donde se estrellan verdaderos maestros constituyan éxitos para quienes no pretenden sentar plaza de tales; porque, aparte de lo que los fracasos enseñan, ante aquellos casos que han dado lugar a equivocaciones de diversa índole la atención del médico estudioso se reconcentra y, desconfiando de lo intuitivo, procede a aquilatar minuciosamente los datos que el interrogatorio y la exploración van poniendo ante sus ojos.

No ha querido servir este prelude más que de advertencia para los que todo lo fian a los libros, muchos y no buenos (hay excepciones honrosísimas), en que les hicieron iniciarse en los estudios médicos, y de medio a fomentar la confianza en sus propias fuerzas, siempre que sean puestas en acción con todo vigor, de cuantos se creen médicos humildes.

El médico que, reconociendo lo limitado de sus luces, dedica a solventar los problemas diagnóstico y terapéutico tiempo y actividades con largueza, puede abrigar la pretensión de que llegará más lejos con sus aciertos que los maestros que, por falta de tiempo o sobra de confianza, improvisan con frecuencia harto lamentable sus juicios.

.
.

Se trata de un sujeto de 49 años, sin antecedente familiar, ni personal de interés, más que ligeras neuralgias, jaquecas, y algún ligero cólico nefrítico; hace unos 18 años, una noche, después de regresar del teatro, sintió frío, un gran dolor en la fosa iliaca derecha, región lumbar del mismo lado y en el estómago. Tuvo vómitos escasos, que no le aliviaron en nada, y después de unas horas aquello pasó.

Al mes, próximamente, de este primer ataque tuvo otro de idéntica intensidad y caracteres. Se repitió a las tres semanas y de entonces a acá han venido presentándose con intervalos variables.

Los ataques han adquirido últimamente mayor intensidad y se acompañan de una gran timpanización de vientre, motivada por aire que expulsa con dificultad al mismo tiempo que vomita líquidos nada ácidos y saliva abundantemente.

La timpanización predomina en ambos lados, sobre todo el derecho, y mientras dura ésta, orina poco, más en cuanto termina el ataque, nota que al mismo tiempo viene una descarga urinaria y que en esta orina, mucho más subida de color deja un gran poso rojo.

Como final invariable de estos ataques siente una gran angustia en el estómago, y como si de él a la garganta subiera una bola que le impide respirar.

Tiene escaso apetito, aunque lo que come le sienta bien. El vientre va pesado, siendo de ordinario sus deposiciones poco abundantes, en bolas pequeñas y recubiertas con *ralladuras de tripas*.

Algunas palpitaciones y crisis de eructos sin olor alguno por las más variadas causas de orden emotivo.

En diversas épocas ha consultado con motivo de esta dolencia a cuatro reputados profesores. Uno de ellos juzgó estas crisis de origen gástrico; otros dos como de litiasis biliar, y el cuarto creyó responsable de todo a su temperamento nervioso.

Siguió las prescripciones y regímenes alimenticios que todos le marcaron, mas siempre fué en vano porque los accesos se repetían con intermitencias de parecida duración y su estreñimiento continuaba incorregible.

El aspecto de este sujeto nada patológico indica. Su nutrición, aun cuando no excesiva, es buena; y su tórax, alargado y estrecho, aloja unos pulmones que funcionan con entera normalidad.

Su vientre es plano y entre los músculos rectos hay cierta separación que permite reconocer perfectamente las vísceras abdominales. El estómago algo grande, llega hasta un través de dedo por encima del ombligo; transversalmente tiene un tamaño normal; no es doloroso a la palpación y bazuquea con gran facilidad tres horas después del desayuno.

El intestino delgado es normal y en cuanto al grueso se nota una ligera ectasia del ciego, colon ascendente y transversal que son ligeramente sensibles a la palpación y en el descendente nada de particular se halla.

El hígado algo pequeño, la zona de matidez absoluta comienza a nivel de la séptima costilla y en la línea mamaria no pasa de la novena. No hay dolor a la exploración de la zona vesicular, ni en la región pancreato-coledocócica.

El riñón derecho está algo descendido y se percibe muy bien su polo inferior, siendo sensible el enfermo a la palpación de la región costo lumbar y la extremidad anterior de la undécima costilla de dicho lado.

El corazón dentro de una caja torácica insuficiente, tiene su punta descendida, latiendo en el séptimo espacio intercostal un centímetro por dentro de la línea mamaria. Hay una ligera resonancia del segundo tono aórtico.

El pulso regularmente tenso (13-7 al Pachon), late 72 veces al minuto, siendo negativo el reflejo óculo-cardíaco.

El examen del sistema nervioso mostró una exageración de los reflejos cutáneos (abdominales y cremaster).

Después de una comida de prueba hizose el análisis de los treinta c. c. de líquido extraído, en el que se halló una abundancia de mucus, ausencia de sangre y ácido láctico, una acidez clorhídrica libre de 0'44 gr., la combinada 0'58 gr. y la total no pasaba de 1'16 gr. por 1000. La digestión de hidrocarbónados era rápida y algo lenta la de albuminoides.

Examinamos también líquido procedente de vómito de uno de los accesos que tuvo mientras estaba bajo nuestra

observación y en él era también abundante el mucus, no había ácido clorhídrico libre, ni sangre, ni ácido láctico y la acidez total era de 0'513 gr. por 1000. Nada nos enseñó el examen microscópico de los líquidos vomitados, ni el de los que se extrajeron después de la comida de prueba.

El análisis repetido de orina descubrió un exceso en la eliminación de ácido úrico, uratos en abundancia y una elevada indicaturia, siendo más señalado este tipo en la orina que seguía a los accidentes agudos sin que pudiéramos hallar en ella un verdadero cálculo, pero sí una ligerísima hematuria.

Únicamente después de estas comprobaciones nos permitimos sentar un diagnóstico de la afección de este enfermo que a más de su neurosismo, una insuficiencia hepática y una gastritis mucosa, tenía una litiasis urática y como consecuencia de ella accidentes digestivos de dos órdenes; crónicos, colitis muco-membranosa; y agudos, vómitos y crisis de pneumatosis de colon.

Fundamos el diagnóstico, aparte de en los ligerísimos antecedentes que el enfermo señala al describir sus ataques, en la comprobación del dolor en la región costo-lumbar y ángulo de la 11.^a costilla, y en los datos tan terminantes del análisis de orina.

Más que bastantes los creemos ahora, pero de todos hubimos de menester para formular el diagnóstico, porque las relaciones entre la litiasis renal y los trastornos gastro-intestinales eran cosas que jamás habíamos encontrado en los libros al uso, que se limitaban a señalar únicamente que en los cólicos renales solía presentarse como fenómenos reflejos los vómitos y, en alguna ocasión, el meteorismo abdominal.

Una vez formado nuestro juicio y al objeto de corroborarle tratamos de indagar las publicaciones que sobre esta materia hubiese y, aunque no muy abundantes, nos hallamos deseguida con que Legueu y Sourdille habían hecho sobre él sus tesis y Quenu y Loeper dedicaban a su estudio trabajos meritísimos y en extremo curiosos.

La patogenia de estos accidentes tiene a nuestro modo de ver dos fases distintas: la primera, colitis muco-membranosa producida por la litiasis renal crónica, es asunto en que a

más del factor insuficiencia hepática, y quizá a beneficio de él, se puede explicar por la uricemia; y la segunda, vómitos y crisis de pneumatosis del colon por las grandes descargas de arenillas renales, parecennos fenómenos de orden reflejo.

Como fundamento a la primera de estas hipótesis tenemos: las experiencias realizadas por Roger, que, inyectando a conejos cantidades variables de urato de sosa, logró determinar en ellos una enteritis muco membranosa; y la repetida observación de sujetos artríticos uricémicos que aquejan esta enfermedad.

Para convencerse de que la litiasis renal aguda puede muy bien considerarse como causa de los vómitos y crisis de pneumatosis del colon, basta con recordar las relaciones existentes entre riñones y estómago e intestino, mediante las anastomosis entre plexo solar y plexo abdominal y observar en las láminas de Anatomía los cruzamientos de plexos mesentéricos superior e inferior, ganglios semilunares y renoaórticos y plexo lumbaoaórtico.

Y a propósito de esto, no queremos dejar de señalar, por lo que valga, que en el presente caso y correspondiendo a cólicos del riñón derecho, ya que el dolor a la exploración asentaba en la región lumbo-costal y ángulo de la undécima costilla derecha, se ha observado que el meteorismo existió de preferencia en el colon ascendente. Ello parece indicar que la alteración intestinal predomina en el lado correspondiente al riñón que experimenta la crisis, por existir quizá entre ellos más íntimas relaciones, a más de nerviosas, de proximidad.

Sometimos a este enfermo a un plan de alimentación en consonancia con su litiasis urática, (leche, sopas de leche o caldo de legumbres, purés, patatas, arroz, carne de buey y carnero, pesca de río, queso fresco, galletas, compota, mermelada, etc.), con abstención de sesos, riñones, ternera, cordero, pollo y pichón, cabeza y pie de ternera, conservas, pesca de mar, crustáceos, café, te, chocolate, espinacas, acederas, guisantes, etc., etc.

En cuanto a la medicación, a primera vista algo compleja, tenía sin embargo cada medicamento su indicación a llenar. Dispusimos, para uso diario, unas gotas de tinturas de nuez

vómica, belladona, valeriana y castóreo, unas tabletas de Gastrozymase y unas cucharadas de aceite de parafina, y alternando, unos comprimidos de solurool y unas cápsulas glutinizadas de polvo de hígado desecado en frío y en el vacío.

Los resultados confirmaron el diagnóstico y probaron la indicación de los fármacos dispuestos: pues en los tres meses en que continuamos observando este enfermo no hubo más que un pequeño acceso que se corrigió fácilmente y el intestino se fué regularizando sin que volvieran las emisiones de gleras y mucosidades.

También desaparecieron el dolor en región lumbo-costal y ángulo de la undécima costilla derecha. El hígado aumentó de tamaño y era asequible a la palpación su borde inferior.

Cuando dejamos de ver al enfermo únicamente aquejaba algunos fenómenos de índole neuropático (aereofagia, bolo esofágico) para combatir los cuales recomendamos la hidroterapia y el validol.

CONCEPTO TEORICO-CLINICO DEL RADIUM ⁽¹⁾

POR EL

PROFESOR M. CANDELA PLA

III

Radiumclínica.

Señores: Nuestro éxodo científico toca a su término; con los guías del estudio, de la observación y del análisis hemos caminado por los desiertos de la especulación, y como no hay ninguna prescripción que nos detenga en las cumbres de lo teórico, como Moisés en el Ararat, fuerza es que penetremos en la tierra de promisión de la clínica del Radium. Perdonadme este recuerdo de la leyenda bíblica en obsequio de la idea que encierra.

La clínica del Radium es una verdadera tierra de promisión de la medicina, y la página que ella escriba en la historia de la misma será inmortal. El cáncer y los tumores malignos fueron el azote de la humanidad en todas las épocas de su historia y en la actual, casi, casi que constituyen su vergüenza; la química llega en su estudio a la investigación del átomo; la histología, con la ultracelular; la bacteriología sorprende los secretos de la vida de las bacterias, maneja sus secreciones y, sin embargo, estamos lejos de ser los árbitros de la etiología morbosa, y buen testimonio de ello es la materia que constituye nuestro estudio del momento.

Ello no obstante, y siquiera no sepamos aún si el traumatismo, el parasitismo o la célula sean elementos en función

(1) Conferencias dadas en la Facultad de Medicina de Valencia, 1915.

patogenética de la neoplasia, cuando con datos verosímiles de experimentación que la clínica abona se anuncia una nueva conquista del saber humano, aun con las reservas que la prudencia impone, fuerza es convenir en su aceptación, por lo menos temporal, si no queremos oponernos sistemáticamente al progreso científico.

Afortunadamente se repiten tanto en nuestros días estos avances inesperados de la mentalidad humana, que va ya perdiendo algo de oportunidad la célebre frase de Lamarck: «Cualesquiera que sean las dificultades para adquirir verdades nuevas, son más grandes aún con las que se tropieza para hacerlas conocer».

Por eso fui siempre refractario a todo pesimismo científico y las retractaciones que he tenido que hacer en mis conocimientos, no me pesan tanto como me dolería haber sido un rezagado en cualquiera de las conquistas que pudieran relacionarse con mis estudios.

En mayo de 1913 se celebró en esta capital el tercer Congreso nacional de Ginecología y Pediatría y fué el tema de la ponencia el tratamiento del cáncer del útero; debatida y celebrada con ardor inusitado, la histerectomía de Wertheim, la escuela de Viena recibió un homenaje de admiración en las personalidades de Wertheim y de Schauta, se habló del cáncer del útero y de su tratamiento bajo todos sus aspectos; no hubo ni siquiera una alusión al tratamiento de dicha afección por el Radium y cuenta que estos trabajos datan nada menos que de 1906 y que en 1913 puede decirse que comenzaba su apogeo.

Cuando en 1908 estuve en Marsella y en París atraído por la novedad del tratamiento del cáncer por Keating Hart y Juge, estaba ya en pleno estudio el Radium por Dominici, Wickham, Degrais, Chéron, Ruben-Duval, Barcat y otros, pero la resonancia palpitante de la fulguración no nos permitió darnos cuenta de aquel método que se laboraba lentamente a causa de la carestía del precioso metal, por una agrupación de compañeros que se habían impuesto este empeño.

Cuando la Fulguración que yo apliqué en las Clínicas de Valencia con éxito aparatoso, pero pasajero, las noticias del

Radium llegaban a mi conocimiento incompletas y me parecían poco autorizadas; pero en agosto de 1913, dos o tres meses después del citado Congreso, recibí una memoria de Tuffier (Tratamiento del cáncer inoperable), y ella me decidió a marchar a París, de donde datan mis estudios en los hospitales de S. Antoine, Cochin, Beaujon, Trousseau, S. Louis y otros, y siempre bajo la dirección de Dominici, a quien me complazco saludar desde este sitio, porque nunca le agradeceré bastante sus primeras lecciones sobre esta materia, como las bondades y servicios científicos que me prestaron sus amigos de estudios, ya entonces adelantados. Informado por estos amigos, visité a los profesores De Nobéle, en Gand, y Matagne, en Bruselas, donde recogí referencias muy estimables.

Mi carta abierta a mi ilustre amigo el doctor Amalio Gimeno, sobre «Los prodigios del Radium en Cirugía» (1), lo mismo que «Las existencias del Radium en el mundo» (2), fueron mis primeras publicaciones sobre el Radium y de las primeras también que vieron la luz pública en España acerca de las aplicaciones quirúrgicas del Radium.

Con este bagaje científico y con las referencias halagadoras de mi amigo el doctor Perron, en su viaje a Ginebra, ya citado en mi conferencia anterior, y personalmente después durante mi dirección técnica de la Clínica del Radium Instituto Hispano Suizo, y últimamente en los 18 meses de práctica en mi consulta radiumterápica, he podido reunir un caudal de hechos clínicos y de enseñanzas prácticas que podían autorizarme para solicitar al señor Decano de esta Facultad, primero, y a la Junta de Clínicas, después, algún recurso económico para ensayar oficialmente el Radium y su emanación en el servicio ginecológico de las Clínicas de Valencia.

Poco, muy poco son los casos escogidos entre unos diez presentados a las enfermerías para su estudio, pero debo advertir: 1.º Que aprovechamos los casos instalados por aquella época en la clínica. 2.º Sólo nos propusimos demostrar

(1) *Crónica Médica*, nov. 1913, núm. 591.

(2) *Idem*, dicbre. 1913, núm. 594.

que el Radium, con sus fenómenos intraatómicos, lleva las condiciones necesarias para la destrucción, clínicamente hablando, de algunas neoplasias malignas.

Siento muchísimo no poder hablaros del Radium y de su emanación aplicados a la Cirugía general; nos llevaría esto muy lejos y nos desviaríamos de nuestro principal objetivo.

No obstante creo que no me es permitido dejar en absoluto silencio, siquiera sea enumerado sencillamente algunas de las varias afecciones para cuyo tratamiento la clinica ha buscado el auxilio del Radium. Y en efecto, ante los primeros y sorprendentes resultados conseguidos, no os extrañaréis que todos hayan pensado en pedir a la radioactividad la curación de todo lo curable y lo incurable y rara será la enfermedad, aun las llamadas internas, en que no se la haya ensayado. Como era natural, la nueva terapéutica respondió con parsimonia, tal vez, porque nos guarda aún secretos de aplicación y administración, pero sea de ello lo que fuera, lo cierto es que el Radium se emplea ya con franco éxito en cierto número de afecciones que no debéis ignorar. Díganlo si no el fibromioma; que sin ser maligno, era uno de los problemas quirúrgicos de la Ginecología, y en manos de Chéron y Duval ha obtenido una solución fácil. He conocido un caso de esos que, tratado sin resultado por los rayos X, curó rápidamente después de cuatro aplicaciones de 80 a 110 miligramos.

Lo mismo podrá decir de un vasto sarcoma de la rodilla, operado por Chevrier en el Hospital Cochin y reproducido, en el que se obtuvo un éxito satisfactorio, cicatrizando francamente en 15 días, aplicándosele 5 tubos de 50 miligramos cada uno. Y un epitelioma del pene, operado por Lejars, cicatrizado también en 21 días, después de tres aplicaciones de 60 miligramos.

Otros muchos podría citaros, pero en menos escala, o sea tratándose de procesos menos aparatosos, pocos que seáis médicos dejaréis de tener noticia de que los nevi pigmentarios, los angiomas, los queloides, el lupus, el prurito, el acné, el eczema, los papilomas, el psoriasis y otras afecciones cutáneas, las neuralgias, como algunas enfermedades discrásicas

obtienen franca y rápida curación mediante ligeras aplicaciones del Radium.

Hacia ya unos años que el marqués de R. padecía de un epiteloma de la nariz; con los medios conocidos, tópicos más o menos específicos, rayos X hábilmente manejados por el doctor Guillén, habíase conseguido varias veces cicatrizar la pequeña úlcera que recidivaba con facilidad. A guisa de experimentación, el doctor Guillén me encargó el caso con pocas esperanzas de éxito por parte suya y mía. Con tres series de cortas aplicaciones, método inglés, en diez semanas curó nuestro cliente y hace un año que la recidiva no se ha presentado.

Pero, como os he dicho, seguir por este camino sería desviarnos de nuestro principal asunto; y antes de continuar debo hacer constar que cuanto llevo dicho hasta ahora en mis dos conferencias anteriores es aplicable a la Cirugía general, como serán también generales las consideraciones que para terminar me sugerirán la exposición de mis casos clínicos de la Facultad.

He de hacer notar antes de exponerlos que, contando con la escasez de medios económicos, sólo me propuse emplear el Radium disponible en cuatro casos, dos para demostrar la curación clínica del cáncer y otros dos para evidenciar sus ventajas como tratamiento paliativo; y que estos casos fueron escogidos entre cinco que tuve disponibles desde noviembre hasta febrero de este curso.

He aquí las observaciones en cuestión:

Obs. 1.^a—A. S., de 44 años; 6 partos normales, ningún aborto. Iniciáronse sus padecimientos hace 4 meses y entró en la Clínica el 9 de diciembre de 1915. Primero apareció leucorrea en poca cantidad, pasaron algunos días en este estado y después de realizar un coito tuvo una ligera hemorragia, y como ésta se presentó 8 o 10 días después del periodo menstrual, se decidió consultar su médico, quien le advirtió el peligro que su enfermedad presentaba. El flujo poco fétido, al principio, fué adquiriendo muy mal olor, y al aumentar, la sangre que al principio era roja fué adquiriendo el color propio de la mezcla. No ha habido dolor. Durante el tratamiento sólo las dos primeras menstruaciones fueron fétidas. (Cama número 308).

Tratábase de un epiteloma del útero, variedad vegetante que se extendía sobre las tres cuartas partes de la totalidad del cuello y cuya área sería de unos 6 a 7 centímetros cuadrados.

Aplicaciones del Radium:

1.^a El día 27 de diciembre de 1915 (tubo de sulfato de Radium de 50 miligramos).

2.^a El día 7 de enero de 1916 (tubo de sulfato de 50 miligramos y caja de Emanación de 50 miligramos).

3.^a El día 23 de enero (tubo de sulfato de 50 miligramos y caja de Emanación de 50 miligramos).

4.^a El día 13 de febrero (tubo de sulfato de Radium de 50 miligramos).

5.^a El día 12 de marzo (tubo de Radium de 50 miligramos).

Cada aplicación duró 24 horas, menos una de las masivas que duró 48.

Los efectos terapéuticos del Radium no se hicieron esperar; a los dos o tres días de la primera aplicación desapareció el flujo sanioso y a la tercera intervención apenas quedaron vestigios de la neoplasia que invadía casi todo el cuello e iba extendiéndose por el fondo posterior de la vagina; desde la tercera aplicación cesaron por completo los exudados especiales y quedó sólo un exudado ligeramente seroso, transparente y amarillento sonrosado que desapareció después de la cuarta aplicación.

Observada posteriormente por los doctores Cogollos, Oliete, Marco y Navarro y varios alumnos, entre ellos el observador señor Lecha, se convino en que clínicamente parecía curada.

Obs. 2.^a—A. G. V., de 53 años de edad, casada, buena constitución aunque minada por los sufrimientos; un aborto y dos partos normales, la primera menstruación apareció a los once años y ha sido normal hasta hace ocho meses que aparecieron metrorragias que se prolongaron durante un mes; en esta época empezó a sentir dolor lancinante unas veces, gravativo otras, en la región inguinal izquierda. Desaparecieron las hemorragias durante dos meses para volver de nuevo y continuar hasta que se presentó en nuestra Clínica. A los 25 años notó la salida de flujo blanco amarillento que ha continuado hasta la fecha, que en un principio no era fétido, pero desde hace ocho meses su olor ha aumentado progre-

sivamente hasta el punto de ser percibido por las personas que la rodean. (Cama núm. 305).

La inspección nos reveló la existencia de una producción sarcomatosa sentada sobre la totalidad del canal cervical que aparece completamente invertido por la neoplasia que ocupaba todos los fondos de saco y ofrecía el tamaño de una gruesa mandarina.

Aplicaciones:

1.^a El día 5 de marzo de 1916 (sulfato de Radium 50 miligramos y caja de Emanación de 50 miligramos, total 100 miligramos).

2.^a El día 27 de marzo de 1916 (sulfato de Radium 50 miligramos).

3.^a El día 14 de mayo de 1916 (caja de Emanación 60 miligramos).

Las dos primeras aplicaciones fueron de 24 horas y la última de 48. Antes de la primera aplicación, logré aquel cuello del útero, voluminoso, ocupado por la neoplasia, del que elimináronse unos 50 gramos de masa sarcomatosa histológicamente reconocida. Este era un caso inoperable.

El resultado fué más decisivo que el primero. Al quitar, después de la primera aplicación, el tubo con las sales de Radium y la caja de Emanación, el cuello del útero, aunque voluminoso, había adquirido su forma normal; al segundo día no existía dolor alguno y al tercer día había desaparecido por completo la metrorragia y el hedor insoportable; la enferma se levantó de la cama como si nada padeciera. A los 15 días el cuello estaba casi normal y nada aquejaba a la paciente, quedaba sólo un flujo ligeramente amarillento, reliquias antiguas de la enferma.

Después de la segunda aplicación y a los 6 u 8 días, el cuello presentábase aparentemente normal, sin dolor y sin flujo de ninguna clase ni manifestación dolorosa de ninguna especie. Fué dada de alta provisionalmente. Cuarenta y tantos días después de la segunda aplicación, la observé de nuevo y como ví en uno de los ángulos de la antigua rasgadura del útero una ligera erosión, le practiqué una nueva aplicación de Emanación que a las 48 horas dió por resultado la completa cicatrización de la pequeña solución de continuidad, isquemado el cuello y desaparecidas algunas molestias vagas que la enferma sufría.

Obs. 3.^a—M. M., natural de Valencia, de 40 años de edad, casada, nulípara, sin antecedentes de ninguna clase, algo leucorreica,

flujo que hace un año comenzó a aumentar y hacerse purulento, después sanioso y por último sumamente fétido; ha tenido varias metrorragias y hace dos meses que los dolores son insupportables. Su estado general nada satisfactorio; pálida, demacrada, pulso deficiente, sin apetito. La inspección local hubo de hacerse al tacto porque la vagina era estrecha; aparecía como fundida con la neoplasia que ocupaba la cerviz y parte de la cavidad, hasta el punto de que hubimos de colocar un tallo de laminaria del núm. 6 para aplicar un tubo de sales de Radium al interior del útero; una caja de Emanación ocupó el fondo del saco posterior. Pronóstico reservado; caso inoperable.

Aplicaciones:

- 1.^a Día 25 de marzo de 1916 (50 miligramos de Radium y 60 de Emanación, total 110 miligramos. Tiempo 24 horas).
- 2.^a Día 15 de abril (50 miligramos de Radium. Tiempo 24 horas).
- 3.^a Día 30 de abril (50 miligramos de Radium. Tiempo 24 horas).
- 4.^a Día 14 de mayo (50 miligramos de Radium. Duración 24 horas).

Como comprenderéis, por la índole del caso y estado de la enferma, hubimos de hacer antes de comenzar el tratamiento, un pronóstico reservado con vistas al pesimismo.

La primera aplicación fatigó mucho a la enferma, que sufrió un síncope al incorporarse. Al cuarto o quinto día pareció restablecida del malestar general que experimentó después de la aplicación; algunos días más tarde sintió apetito, desapareció el dolor, se mitigó el flujo que había perdido su fetidez: localmente el útero pareció más movable y el cuello, más reblandecido, aparentaba reconstituirse independientemente de la vagina, adquiriendo forma normal y, aunque la neoplasia estaba escasamente disminuída de volumen, el dedo índice penetraba con más facilidad.

Después de la segunda aplicación se renovaron los efectos generales de la primera y los síntomas locales mejoraron, aunque con mucha lentitud.

Después de la tercera intervención, algo más reanimada la enferma por la ya larga desaparición del flujo fétido y de las metrorragias y mejorando el apetito, se encuentra más nutrida, su aspecto físico es más agradable; su moral parece restablecida y sólo aqueja de algunos días a esta parte ligeros dolores lumbares.

Después de la cuarta aplicación, muy reciente, continúa más ligera la reacción general, poco flujo, ningún dolor, mejor coloración, ha perdido por completo el tinte pajizo, ha reaparecido su color natural según ella dice y tiene los labios sonrosados; el resultado local no podrá apreciarse hasta el 20 ó 22 del corriente que la tengo citada por no serle posible, contra mi deseo, residir en Valencia. Sin embargo, a la tactación, parecióme más movilizado el útero.

Obs. 4.^a—S. J., natural de Oliva, de 50 años de edad, viuda, empezó a menstruar a los 11 años; 6 partos normales y 3 abortos, cesó de menstruar hace 13 años; ingresó en nuestra Clínica el 1.^o de diciembre de 1915.

Sin antecedentes patológicos. Hará unos dos o tres años empezó a notar leucorrea, que fué progresivamente aumentando, y hace próximamente un año tuvo un aumento del flujo y una hemorragia muy abundante; poco después, a consecuencia de un coito, tuvo otra hemorragia y dice la enferma que creyendo era flojedad, se sobrealimentó una temporada, poniéndose algo mejor, hasta que empezó a sentir dolores en la región lumbar, irradiándose a las ingles. Las hemorragias cada vez se iban haciendo más continuas, el flujo era inodoro; el dolor que se irradiaba a los territorios crural y ciático en la pierna izquierda, era continuo, con crisis de exasperación, atenuándose luego unos días.

Aplicaciones:

- 1.^a El día 29 de diciembre de 1915 (sulfato de Radium 50 miligramos).
- 2.^a El día 25 de enero de 1916 (sulfato de Radium 50 miligramos y una caja de Emanación 50 miligramos).
- 3.^a El día 4 de marzo de 1916 (sulfato de Radium 50 miligramos).
- 4.^a El día 31 de abril (sulfato de Radium 50 miligramos).

Todas las aplicaciones fueron de 24 horas.

A la primera aplicación el dolor cesó, lo mismo que las hemorragias, y el flujo, menos fétido, disminuyó después. A los 20 ó 25 días de la aplicación aquella, empezó otra vez el dolor, que no calmó hasta después del tercer día de la aplicación segunda.

Luego de la tercera aplicación el alivio del dolor no fué tan notable y después de la cuarta, sin tener los dolores del principio, la enferma continuó quejándose; nada de metrorragias, escasa

fetidez del flujo ligeramente purulento; la excavación de aquel cuello estenosado al principio había aumentado de amplitud y la neoplasia parecía haber ganado terreno en dirección a la vagina

Hasta aquí la verdad de los hechos clínicos que han respondido al diagnóstico y pronóstico que hicimos después de su estudio y antes de emprender el tratamiento.

No caeré en la tentación de llamar estadística radiumterápica a estos cuatro casos clínicos, de los que pocas enseñanzas relativas podré deduciros y ninguna consideración general que se desprenda de su tratamiento. Es más, si mi caudal clínico adquirido en el extranjero y practicado en mi consulta particular y en algunas poblaciones de la provincia no pasara de un centenar de casos sobre los que he podido formar concepto, no me atrevería tampoco a comentar los cuatro casos aludidos, porque ya os dije antes, que el azar interviene también en los éxitos del Radium, como en todos los procedimientos de la medicina. Al Dios éxito no debemos los médicos rendirle *culto interno* más que cuando sabemos que sus dones nos los ofrenda con su cuenta y razón.

La escuela alemana, figurando a su frente Bumm y Döderlein parecen prescindir del bisturí en la generalidad de los casos, adelantándose quizás a los acontecimientos o acaso porque disponen de grandes cantidades de Mesothorium, derivación del Thorium, igual en sus efectos al Radium por el momento, pero de existencia y de propiedades más fugaces, y de aquí su relativa economía con relación al agente que estudiamos.

En cambio, los especialistas franceses son partidarios de no abandonar el bisturí más que cuando se trata de una neoplasia muy limitada, operando casi siempre que es posible en el útero, en las mamas y en los grandes tumores externos, a condición de aplicar el Radium más o menos intensamente después de la operación; y este criterio de la escuela francesa es tan absoluto que Wickham y Degrais prescriben la operación inmediatamente que un caso inoperable se ha hecho operable, gracias a la influencia de las aplicaciones de Radium y siendo el último acto operatorio la nueva aplicación de Radium.

De las cuatro observaciones citadas, como habéis visto, en gravedad creciente, para mejor recordarlas, la primera tenía tan limitado el proceso y la variedad favorable a la acción del Radium que no dudé un momento en aplicarle cien miligramos entre sales y emanación, seguro que había de responder como ha respondido, y para su confirmación esperé obtener una biopsia para que el laboratorio confirme las impresiones de la Clínica.

En el segundo caso, o sea en el del sarcoma, aunque de naturaleza diferente el proceso y aunque le consideramos favorable, es posible que apunte alguna reproducción dada la extensión de la implantación de la neoplasia, que permanece ya oculta por haberse reintegrado el cuello a su forma y volumen normal; para prevenirlo emplearé una aplicación o dos o más.

La tercera observación es el caso de más estudio que hemos tratado; también habréis visto que en su exposición he sido más detallista. Aunque de naturaleza fibrosarcomatosa y bastante avanzado cuando llegó a nuestro servicio, ya observásteis que tanto local como generalmente y siguiendo ambos estados un paralelismo consolador, mejora ostensiblemente hasta el punto de hacerme pensar en una histerectomía total seguida de una aplicación consecutiva de Emanación, y si el curso no hubiese estado tan adelantado, hubiéseis visto practicar un procedimiento que Freund ha puesto en práctica hace más de un año en su clínica con evidentes resultados y que consiste en llevar el Radium por medio de la laparotomía a los repliegues peritoneales del fondo pélvico. No os asustéis; aunque de primera impresión parece ser que es añadir al caso una complicación más con este procedimiento, y nada más sencillo; vosotros habéis visto dominar extraordinariamente este año el peligro de las laparotorias, hasta en intervenciones largas y cruentísimas, pues una sola defunción entre 34 laparotomizadas es una estadística consoladora.

Se reduce la aplicación Freund de que os hablaba, a una incisión no muy extensa, 8 ó 10 centímetros infraumbilical; y preparado de antemano un tubo de cristal en cuyo interior

debe colocarse el material de la aplicación con filtro inclusive, se envuelve este tubo, por la contingencia de una rotura, en una gasa doble y, todo bien esterilizado, se introduce en el fondo del saco peritoneal donde reside la propagación linfática o ganglionar de la neoplasia y queda reducida la operación a la aplicación de un Mikulicz.

La observación cuarta es el caso menos afortunado de nuestro reducido lote clínico; y sin embargo, en su primera aplicación tuvo por todos conceptos una mejoría notable hasta los 30 días; al cabo de cinco meses de tratamiento no ha empeorado su estado general y ha marchado la enferma en la confianza, para mí ilusoria, de volver a tratarse en el curso inmediato.

Yo tengo el dolor de confesar que una aplicación de Emanación por el procedimiento de los fuegos cruzados, que en ningún caso como los uterinos puede emplearse, introduciendo los tubos en la endocerviz y en el recto al nivel de esta viscera, hubieran modificado profundamente el proceso; pero este dispendio era superior a las posibilidades de que puede disponer la Junta de Clínicas.

Además, por circunstancias especiales que no son del caso referir, hemos carecido este año de Gabinete electroterápico y ningún auxilio ha podido prestarnos la electroterapia que, en manos de Bumm y otros en Alemania, de Bergonié en Francia y en España del doctor Recasens, incansable leader de la Radiumterapia, hasta por nosotros en nuestra práctica particular con los servicios que nos han prestado los inteligentes electrópatas doctores Oliete y Batllés hemos auxiliado con la diatermia, la electrocoagulación y los rayos X el tratamiento de algunos casos con resultados muy satisfactorios.

Cito estas circunstancias no por hacer gala de la escasez de nuestros recursos clínicos, sino para que no se crea que por nuestra parte no hemos perseguido cuantos elementos exigen las modernas técnicas.

Debe llamaros la atención, como detalle clínico de la tercera de estas enfermas, la gran reacción operada en este caso, que determinó inmediatamente después de la primera

aplicación y al quitar el apósito y quererse incorporar, un síncope de alguna intensidad, pues obligó a la aplicación de sinapismos y de inyecciones de éter, restableciéndose la normalidad del pulso una hora después del accidente.

En la segunda aplicación sintió también en el mismo momento de querer levantarse, un desvanecimiento pasajero que la obligó a permanecer en la Clínica 24 horas como la vez anterior, tardando 5 días en restituirse a su estado habitual en aquella ocasión y 2 ó 3 en esta última.

Las influencias molestas y hasta temibles de estas aplicaciones, deben ponerse en cuenta y muy considerablemente, más bien al estado general de las enfermas que a la acción del Radium sobre el organismo. Por eso es práctica corriente en aplicaciones masivas, que los enfermos permanezcan 24 o más horas encamados para evitar trastornos posibles.

En casos extremos de debilidad y de anemia este accidente puede ser fatal. En previsión de que esto pudiera ocurrir, aun en circunstancias en que el pulso no acuse extrema debilidad o el tinte de las mucosas no sea francamente pálido, bastará que uno de estos síntomas nos impresione para que las aplicaciones no sean primitivamente masivas; comenzaremos, pues, por dosis prudenciales de 40 a 45 miligramos, por ejemplo, ascendiendo en las siguientes de 5 en 5 ó 10 en 10 miligramos, deteniéndonos en donde nos apercibamos de un exceso de acción y no tendremos que lamentar ningún percance; el descenso ya podremos hacerlo cuando el enfermo mejore.

Para que todo haya marchado regular por nuestra parte, dada la naturaleza de los casos, ni siquiera han sufrido las aplicaciones ningún retardo, que es uno de los puntos que, relacionados con la clínica, tienen más interés, y por lo que tengo experimentado, antes de comenzar un tratamiento, debe contarse aproximadamente con las fechas de las aplicaciones si el Radium tiene que proveerlo algún establecimiento dedicado a su consumo. Y como sabéis que me gusta ilustrar vuestras ideas con el gráfico de algún recuerdo, os referiré que en la primera enferma tratada por mí aquí en Valencia con Emanación de Ginebra, en octubre de 1914, el primer envío llegó con más de un mes de retraso; se trataba de un

epitelioma del cuello del útero, variedad mixta entre exuberante e intersticial. No necesito deciros, en el periodo ulcerativo, cuánto terreno puede invadir la voracidad de algunas de estas neoplasias; el segundo envío arribó con oportunidad y puedo aseguraros a vosotros que ya habéis visto los efectos rápidos del Radium en algunos casos, que la enferma había adelantado un 50 por 100 en su curación. Había cicatrizado más de la mitad de la solución de continuidad, desapareciendo todos los flujos y dolores, había aumentado de peso 5 kilogramos; en una palabra, la misma enferma se creía curada, de la segunda a la tercera aplicación, por complicaciones de la guerra, tardó a llegar, según mis cálculos, de 25 a 30 días; la enferma había vuelto casi a su estado primitivo, fueron precisas 3 ó 4 aplicaciones más para recuperar el terreno perdido y ya os dije en la última conferencia a lo que conducen estos retrasos.

Y debo haceros notar también que nuestro método ha sido el ultrapenetrante con dosis masivas hasta donde nuestros recursos nos han permitido, eso es, dosis fuertes con intenso filtraje, como las aplicaciones hechas a la enferma de nuestra primera observación, porque los *simulacros involuntarios de la radiumterapia*, como decía muy donosamente mi ilustre amigo el doctor Chéron, no son más que la consecuencia de la aplicación de dosis débiles o mínimas. Las aplicaciones hechas con aparatos conteniendo 10 o 20 miligramos de sal de Radium o de Emanación, pueden dar sólo algún débil resultado en casos muy favorables, sin que la prolongación de la aplicación pueda tenerse en cuenta en estos casos para sustituir la falta de cantidad de la sal o de la Emanación.

Tengo además que insistir en la necesidad de una limpieza extrema de la ulceración o erosión de la neoplasia; paréceme tan importante este detalle que, mientras me sea posible, en clínica y fuera de ella, procuro que sea diaria, y así se pueden impedir ciertas fermentaciones y fetideces que en nada pueden favorecer la marcha de las curaciones.

Esta repetición de curas tiene otra finalidad, esto es, la de vigilar constantemente los casos, vigilancia que os parecerá

improba, pero en algunas ocasiones podríais arrepentiros de no haberla seguido.

Si mal no recuerdo os dije en mi última conferencia que casi todos los casos de cáncer del cuello terminan, antes de poderse dar de alta, por un ligero exudado seroso transparente, ligeramente amarillento, tenuamente rosáceo, expresión de algo oculto que no debemos abandonar o que acaso nos obligue a alguna intervención para descubrir la herida o solución de continuidad; ocurre esto cuando la degeneración fibrosa de los restos del cuello hacen desaparecer la primitiva herida y la retracción de los tejidos puede dejar algún islote insignificante al parecer, pero que en un momento dado, puede hacer recrudecer la neoplasia o ser el punto de partida de algún brote en los tejidos circundantes del parametrio o de alguna metastasis inesperada.

De esta manera, con los cuidados y las visitas asiduas, perfeccionamos la obra empezada.

En estas prácticas no puede uno fiarse como en otras heridas de la misma región cuando no son malignas, en las que muchas veces si la enferma tiene necesidad de marchar a su país, basta que la granulación sea francamente cicatricial para que, recomendándoles la limpieza necesaria, podamos perderlas de vista algunas semanas para darles el alta inmediatamente después de una nueva consulta.

Y no extrañen los señores compañeros que me escuchan que haya entrado en algunos de estos detalles, no tan de sentido común como un juicio ligero pudiera apreciar, por tratarse de técnicas nuevas y precauciones especiales que deseo rodear de todo género de advertencias a mis discípulos. A ellos principalmente van dirigidas estas conferencias, pues como soldados bisoños vienen al arsenal de la clínica para probar la calidad del acero y de las armas que la ciencia les entrega para entrar en lucha con la enfermedad, y es fuerza que los que tenemos la misión de dirigirles en estos ensayos, seamos minuciosos en los detalles de las maniobras para su instrucción.

Ahora bien, terminadas estas consideraciones clínicas de detalle, debo hacer constar que escasas son las reflexiones

que de índole general pueden desarrollarse ni deducirse de nuestros casos.

Ninguna de las condiciones previstas en las nociones generales de radiumterapia que os dí en mi última conferencia han faltado en su marcha y terminaciones probables anunciadas, ningún accidente imprevisto para poderlo en lo posible justificar, ha existido; si en vez de cuatro casos hubiesen podido ser 25, entonces podríamos sacar conclusiones más nutridas de doctrina, más espléndidas de enseñanzas.

Pero de todos modos creo haber conseguido mi objeto y cumplido mis propósitos al acceder a vuestros deseos de que os diera estas lecciones. Lecciones que han cumplido dos finalidades: 1.^a, la de iniciaros en una nueva doctrina terapéutica clínica que abre a vuestra consideración de médicos del porvenir horizontes desconocidos hasta de ahora; 2.^a, llevar mi óbolo a la propaganda de una doctrina poco generalizada aún en nuestro país por circunstancias de todos conocidas y con esto contribuir a la verdadera, a la más legítima divulgación del conocimiento del Radium y de sus usos.

Ojalá que fuera este el punto de partida para que todos nos entendiéramos y desaparecieran optimistas y pesimistas, porque, tratándose de asuntos científicos relacionados con las ciencias naturales, no puede haber engaños; los hechos deben ser el sello de la doctrina.

Y que los hechos alentadores existen en la corta historia del Radium, hay que pregonarlo muy alto aun poniéndose en el fiel más exacto de la balanza de nuestro juicio.

Quien lo dude, que recuerde una anécdota que intercala Le Bon en uno de los capítulos de su excelente obra «La Evolución de la Materia», acerca de si eran o no exactas las referencias que llegaban a cierta población sobre la existencia de un niño que había nacido con un diente de oro; las discusiones y disputas no terminaron hasta que a uno de los contendientes se le ocurrió la idea de ir en busca del fenómeno y averiguar lo que había de cierto en aquellas referencias.

Permitidme, pues, que me adjudique el título de haber sido uno de los primeros en observar el fenómeno del diente

de oro, que en el caso del cuento no existía, y sin incurrir en exageraciones estaré dispuesto ahora y siempre a decir la verdad. Y resulta de mis conclusiones:

1.º Que el Radium, sus sales y su Emanación son un tratamiento racional y radical muchas veces de las neoplasias malignas del útero.

2.º Que en casos relativamente benignos podrán utilizarse exclusivamente estas aplicaciones.

3.º Que en los cánceres inoperables deberá intentarse su curación cuando esté íntegro el estado general de la enferma, y ceder el caso para la operación cuando esté en condiciones para ello.

4.º Que toda operación de cáncer deberá ser seguida de las aplicaciones de Radium.

5.º Que en las recidivas es el tratamiento único que debe emplearse.

Un agente terapéutico que viene rodeado de todos estos prestigios, cuando tan desarmados estábamos, antes de su descubrimiento, de terapéutica medicamentosa para tales dolencias, bien podemos saludar con júbilo su aparición y permitirle su entrada a tambor batiente en el estadio de nuestros mejores remedios de la terapéutica contemporánea.

El día en que el precio del Radium esté al alcance de toda la clase media por lo menos y que sus indicaciones estén más precisadas, sus dosis puedan reforzarse, el filtraje sea más perfecto y la Emanación sustituya por completo a las sales de Radium y se abran las cavidades para su uso, será el triunfo completo y definitivo del Radium sobre todas las neoplasias malignas.

Voy a concluir, pero antes de despedirme de vosotros y de daros las gracias por la atención que me habéis prestado y de agradecer también su asistencia a los amigos que me han acompañado en las audiciones de la exposición de este modesto estudio, permitidme que manifieste mi sincero reconocimiento a mis profesores auxiliares, doctores Oliete y Marco Navarro, que han vigilado atentamente y tomado parte activa conmigo en el estudio de estos procesos; a los alumnos de la Sección, señores Martínez Sabater, Muñoz Gil

y García Parra, a quienes debo el historial de datos recogidos para formar juicio exacto de los hechos, y últimamente a mi constante colaborador en esta clase de investigaciones y trabajos, el doctor Perron, quien con su especial competencia ha podido proporcionarme las indicaciones técnicas que han facilitado el desarrollo urgente de mi cometido en estas conferencias.

He concluido, y como concepto sintético de lo trascendental de estas enseñanzas que me pedísteis, y no por ser más ciertamente, quiero dejar grabado en vuestra memoria una frase de despedida del ilustre profesor y cirujano de St. Antoine, doctor Lejars, quien, a interrogarle sobre el concepto que le merecía esta terapéutica novísima que en su servicio había aprendido, concentrándose un momento en sí mismo y como queriendo hacer un esfuerzo para formular la síntesis que le pedía, con sincera espontaneidad y convicción profunda me contestó:

«Il faut se rendre à l'évidence».

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGIA

Sobre la naturaleza neurógena de la enfermedad de Basedow, por Rothacker (*Münchener Med. Woch.*, 18 enero 1916).

Este trabajo, lo mismo que el anteriormente reseñado, viene a demostrar que no es cierta, por lo menos de un modo absoluto, la opinión de muchos médicos, de que la enfermedad de Basedow es siempre originada por hipofunción o disfunción endócrina. El autor confirma la opinión de Oswald de que no todos los basedowianos lo son porque se viertan en la sangre productos de secreción tiroidea, distintos de los normales.

La secreción tiroidea provoca el bocio exoftálmico sólo en los individuos cuyo sistema nervioso no está íntegro. La debilidad nerviosa determinada por esfuerzos psíquicos o por emociones fuertes; es una de las causas ocasionales. El infarto no es más que un fenómeno secundario de la alteración general del sistema nervioso, del que la glándula tiroidea es una parte importante. La disfunción endócrina no hace más que agravar la sintomatología de la enfermedad ya iniciada.

Expone el autor seis observaciones hechas durante la guerra actual, en las que sin género alguno de duda se pudo demostrar la naturaleza neurógena del padecimiento, puesto que eliminada la causa nerviosa determinante, curaron todos rápidamente y por completo.

Sin tener en cuenta estos casos típicos, se observan, durante la actual campaña, otros en soldados, que a consecuencia de grandes esfuerzos o de intensas emociones, presentan síntomas que suelen ser diagnosticados como manifestaciones de afección cardíaca. Y aún cuando no siempre sean ostensibles ni la exoftalmía ni el aumento de volumen del tiroidea, es indudable que en muchos de estos casos se trata de una forma aguda de la enfermedad de Basedow que no ha tenido tiempo de evolucionar por haberse puesto a estos enfermos en *condiciones de mejoría o de curación*.

Tratamiento de las enfermedades renales crónicas. (*Edinburgh Med. Journ.* abril 1916).

Grandes progresos ha aportado la ciencia al diagnóstico de las enfermedades renales; en cambio el tratamiento continúa siendo un tanto esquemático y, en muchas ocasiones, impracticable por la rigidez de las prescripciones. Así, por ejemplo, prohibir a un enfermo con hipertensión y albuminuria todas las carnes rojas, o ponerle a dieta láctea rigurosa, es una exageración que no puede ser calificada más que como deficiencia mental. Conviene, por el contrario, tratar de armonizar, con tacto y juicio, las costumbres del paciente con las exigencias impuestas por la enfermedad.

Por lo que a la terapéutica concierne, pueden dividirse las enfermedades renales en los tipos siguientes:

1.º *Pacientes cuyos únicos síntomas son la albuminuria y la cilindroria.*—Se debe primero averiguar si ha habido antes una infección (escarlatina, anginas, sífilis) antigua o reciente que haya podido determinar la nefritis. En caso afirmativo, y si la infección fuese reciente, convendrá someter al enfermo a una semana de reposo en cama y dieta láctea, para prevenir el peligro de que se constituya una nefritis difusa crónica.

Cuando el sujeto sea joven, será oportuno averiguar la influencia que puedan ejercer las diversas actitudes del cuerpo, para lo cual se le hará estar unos treinta minutos en posición lordótica exagerada; en el caso de que después de esto se compruebe en la orina la presencia de un albuminoide precipitable en frío por el ácido acético, se empleará un tratamiento tónico basado en la gimnástica y en la alimentación nutritiva.

Fuera de estos dos tipos, quedan muchos otros individuos en los que la causa de la albuminuria no se hace evidente. Deberá investigarse si existen eventuales lesiones quirúrgicas o focos infecciosos (tonsilas, dientes, vejiga de la bilis, próstata, vesículas seminales) o causas tóxicas (arsénico), estudiando también los efectos producidos por el ejercicio y por los baños fríos. De todos modos, la presencia de albúmina y de cilindros se considerará como indicio de lesiones renales; pero sin que esto obligue a sentar un pronóstico grave ni a cambiar radicalmente el modo de vivir del paciente. Conviene vigilar, como de importante significación, los aumentos de presión vascular y la poliuria nocturna. Mientras estos dos signos no se presenten, es perfectamente inútil plantear

tratamientos sintomáticos, siendo suficiente el higiénico, consistente, ante todo, en evitar esfuerzos físicos y prevenirse contra los enfriamientos adoptando ropa interior de lana. Se prohibirá el abuso de alcohólicos y de tabaco; en la alimentación se prescribirá la abstención absoluta de condimentos y de caldos. Si la prueba de la fenoltaleína es normal, no hay por qué disminuir la cantidad de substancias albuminoideas; se aconsejará a los enfermos reducir la cantidad de sal en los alimentos, a fin de que si en alguna ocasión hay que prohibírsela en absoluto no constituya para ellos una privación muy penosa.

2.º *Enfermos hipertensos, con o sin albuminuria u otros síntomas renales.*—Ordinariamente se trata de individuos que pasan de cuarenta años y en los que frecuentemente se encuentran ligeros síntomas cardiacos o neurasténicos. El tratamiento debe ser, sobre todo, higiénico, evitando todos los motivos de aumento de la presión vascular, como los excesos de trabajo mental, las emociones y el tabaco. Importa que el sueño sea tranquilo. Debe hacerse un moderado ejercicio corporal o algo de masaje. La sal y los líquidos se tomarán con moderación. Conviene la permanencia en un clima benigno.

3.º *Enfermos hipertensos con marcada insuficiencia del miocardio.*—La parte más importante del tratamiento consiste en regularizar la dieta, restringiendo la cantidad de líquidos, de sal y de albuminoideos. Cuando haya edemas y fibrilación auricular se prescribirá la digital, y en caso de que ésta no produzca efectos apreciables, se recurrirá a los diuréticos a base de cafeína, en días alternos y no demasiado a menudo.

Con el aumento de la lesión esclerosa de los riñones, desciende el peso específico de la orina, se aumenta la poliuria nocturna, la concentración azoada disminuye, sobre todo, la de la orina de la noche. En estos casos el descenso del índice de excreción del ázoe y de la urea indica la necesidad de limitar la ración de albuminoideos, prescribiendo la dieta láctea, y en los casos graves se llegará a la abstención absoluta de proteicos, por corto espacio de tiempo, permitiendo abundante cantidad de hidratos de carbono. Cuando existen edemas abundantes se ordenará una dieta hipoclorurada y se disminuirá la cantidad de líquidos, permitiendo al principio unos 800 cm.³ de leche en las veinticuatro horas, ración que en los días sucesivos se irá aumentando gradualmente hasta unos 1500 cm.³, cuando la diuresis se vaya aumentando y los edemas disminuyendo. En los periodos de relativo bienestar se permitirá una pequeña cantidad de

alcohol, pero persistirá siempre la prohibición del tabaco. Prestan buenos servicios el masaje, los ejercicios pasivos y la hidroterapia.

4.º *Casos en los que el edema constituye el sintoma principal, sin notable insuficiencia cardiaca.*—Se trata, por lo general, de nefritis subaguda difusa o de degeneración amiloidea o de nefritis tóxica. Existe una gran dificultad para la excreción de sales.

El tratamiento consiste en disminuir la ingestión de líquidos y de sal. Deben aconsejarse los purgantes, los baños y las envolturas calientes.

5.º *Casos derivados de los precedentes, con síntomas urémicos.*—El tratamiento no puede ser más que sintomático. La disnea es una de las manifestaciones más frecuentes; observándose también bastante a menudo, la acidosis. Los alcalinos fallan muchas veces; siendo el medicamento más eficaz la morfina, pero no hay que olvidar la facilidad de que los enfermos se habituen a ella, lo que a la larga es peligroso, pues puede provocar la anuria y el coma. El cloral y los vasos-dilatadores (nitritos) pueden ser muy útiles.

El insomnio que muchos de estos enfermos sufren es casi siempre debido a que en el decúbito supino en que están en la cama, se aumenta la disnea. No se debe, pues, insistir en que se acuesten, porque se encuentran muy bien sentados en una butaca cómoda, en la que se procurará que estén bien abrigados, y en la que fácilmente duermen.

Los trastornos gastro-intestinales exigen un tratamiento eliminador o sedante. La alimentación se restringe espontáneamente por la anorexia que suelen sufrir los pacientes. De cuando en cuando se prescribirá una alimentación escasa en proteicos, o aún la completa abstención de estos principios, concediendo un suplemento en la cantidad de hidratos de carbono. La cantidad de líquidos se graduará conforme a la diuresis y a los edemas.

La sangría es útil para eliminar toxinas, pero si se repite aumenta la anemia existente. En los casos de uremia convulsiva se impone como indicación vital la sustracción de 500 a 600 gramos de sangre.

La insuficiencia del miocardio requiere también un tratamiento especial, puesto que ella suele ser causa de que se acelere la terminación fatal.

Una particular atención merecen otras causas de disuria, como, por ejemplo, la hipertrofia prostática con lesiones renales relativamente leves, que puede, sin embargo, acarrear una insuficiencia renal aguda con uremia grave.

Bocio exoftálmico traumático, por Léniez (*Le Progrés Médical*, 20 noviembre de 1916).

Según los estudios y observaciones del autor, el bocio exoftálmico no siempre es de origen glandular: en ocasiones parece ser debido a traumatismos cerebrales que originan la enfermedad de un modo análogo a las diabetes traumáticas.

En 1910 ya comunicó Léniez a la Société de Chirurgie de Paris (sesión del 13 de julio), tres casos de bocio exoftálmico cuyo origen estaba claramente relacionado con traumatismos cefálicos.

Desde que empezó la guerra actual ha podido observar en los depósitos varios casos ligeros de la enfermedad, consecutivos a traumatismos craneanos. Los individuos afectados de este proceso morboso no habían acusado antecedentes que pudieran hacer sospechar que la enfermedad fuera anterior al traumatismo.

Además, un gran número de hombres evacuados del frente de batalla que habían sufrido conmociones cerebrales por explosiones de granada, han sido atacados de taquicardia, mal estudiada y comprendida, que presenta intermitencias y aún paroxismos análogos a los de la taquicardia basedowiana. En estos casos sería conveniente buscar con cuidado los otros síntomas que pueden ser poco marcados y, por lo mismo, pasar inadvertidos.

La verdadera exoftalmia es rara: en algunos casos se observa una rareza en la mirada, que sorprende. El aumento del cuerpo tiroídes suele ser poco ostensible y casi siempre más acentuado en el lóbulo derecho. El temblor es frecuente. Además de estos síntomas se observa un adelgazamiento rápido. Los enfermos se quejan de una sensación de calor en la piel y de una fatiga general más o menos intensa.

Contribución al estudio del tratamiento del tétanos.—
(These de Doctorat) R. Proux (*La Presse Médicale*, 4 diciembre 1916).

Publica el autor los resultados que ha obtenido en el tratamiento del tétanos por una modificación del procedimiento de Bacelli, que ha imaginado en colaboración con el doctor Montille.

Sabido es que el método de Bacelli consiste en inyectar subcutáneamente uno a dos centigramos de fenol puro disuelto

en agua, cada dos horas. Montille y Proux han tratado de simplificar el método disminuyendo el número de inyecciones y las dosis, conservando, no obstante, la misma actividad del medicamento.

Para ello han mezclado el ácido fénico a un vehículo adecuado para dejarle filtrar insensiblemente en el organismo. Este vehículo es el aceite de olivas, al que añaden un disolvente, el éter, (fenol un gramo, aceite de olivas diez, éter cincuenta centigramos). Puede inyectarse impunemente gramo y medio diario de fenol, pero para obtener efectos terapéuticos bastan dosis hasta seis veces menores.

En los seis casos publicados, hubo cuatro curaciones y dos muertes que no parecen haber sido causadas por el tétanos. Lo más sorprendente ha sido la rapidez con que sobreviene la calma del enfermo después de la inyección, suprimiéndose las sacudidas en 24 ó 36 horas.

Sólo en los casos muy graves es preciso adicionar, durante dos o tres días, pequeñas dosis de cloral (4 a 6 gramos diarios).

La curación real y durable no tarda más de diez o doce días en los casos graves.

La línea de resistencia de Sondern en la apendicitis L. Cardenal. (*El Siglo Médico*, 9 diciembre 1916).

El autor es partidario de la intervención quirúrgica en todas las apendicitis, sea el que quiera el periodo en que la afección se encuentre. Pero como no todos los médicos participan de su opinión, y como en muchos casos el enfermo llega a manos del cirujano después de un periodo de expectación que ha dado lugar a una agravación del padecimiento (cuando éste no se ha mejorado por el tratamiento médico), de aquí que se necesita averiguar el estado de las defensas orgánicas para poder sentar un pronóstico aproximado.

La línea de resistencia de Sondern es, según la experiencia del autor, uno de los métodos mejores de alcanzar este resultado. Según Sondern «el aumento proporcional de leucocitos polinucleares neutrófilos indica el grado de reabsorción tóxica, mientras que el grado de leucocitosis total indica el grado de resistencia opuesto por el organismo». Para apreciar los resultados emplea Cardenal una gráfica hecha en papel cuadrado, en el que las dos primeras columnas verticales sirven para anotar el número total de leucocitos y el aumento o cifra porcentual de polinucleares neutrófilos. El recuento globular

debe hacerse dos veces diarias, una a las diez de la mañana y otra a las seis de la tarde.

Las conclusiones que el autor deduce son las siguientes:

«Poco aumento de la cifra relativa, indica que la infección es ligera, y viceversa.

Una neutrofilosis escasa y una exigua leucocitosis, indican al propio tiempo una buena reacción orgánica y escasa virulencia de la infección.

Poca neutrofilosis y gran leucocitosis, indican infección ligera y gran resistencia.

Mucha neutrofilosis y escasa leucocitosis, indican infección grave y buena resistencia.

Mucha neutrofilosis y escasa leucocitosis, indican infección grave y escasa resistencia.

Mucha neutrofilosis y ninguna leucocitosis, indican infección grave y ninguna defensa.

Todo aumento de la neutrofilosis y disminución de la leucocitosis, indica un aumento de la gravedad de la infección y una disminución de las defensas orgánicas.

La disminución de los neutrófilos y de la leucocitosis, indica mejoría.

Cuanto mayor es el tanto por ciento de neutrófilos comparado con el número de leucocitos, tanto mas probable será que haya pus.

Si la neutrofilosis llega a 70 por 100, no habrá ni supuración, ni gangrena, sea el que quiera el grado de la leucocitosis.

A menos de 80 por 100 de neutrófilos es poco frecuente la presencia de pus o la gangrena.

En cambio, neutrofilosis de 85 por 100 no hemos observado nunca sin ir acompañadas de pus o de gangrena.

Las neutrofilosis que llegan a 90 por 100, indican una alteración sumamente considerable y gravísima. En todos los casos en que la neutrofilosis llegó a 94 y medio por 100, sobrevino la muerte.

Toda línea de resistencia horizontal o descendente indica buena leucocitosis y neutrofilosis relativamente buena; cuanto más arriba en la gráfica se encuentre esta línea, tanto más grave será la infección, pero al mismo tiempo será bien tolerada por el paciente. Pronóstico bueno.

La línea de resistencia ascendente indica leucocitosis insuficiente y bastante neutrofilosis; cuanto más larga sea la línea y más alta se encuentre en la gráfica, tanto más grave es la infección, menos fuertes las defensas orgánicas y peor el pronóstico.

Bicarbonato de sosa y carbonato de bismuto, por L. Pron.
(*Jour. des Pra.* núm. 37, 1916).

Por ser el bicarbonato de sosa un alcalino se pensó sería un excelente remedio de la hiperacidez gástrica y desde hace mucho tiempo se le viene prescribiendo en la hiperclorhidria, usándole también espontáneamente los enfermos en cuanto notan pirosis o agrios.

Los resultados que siguen a su administración no pueden ser mejores, pues aparecen los eructos y la molestia cesa de un modo radical.

Esto es muy bastante para explicar el abuso que del producto se hace, pues desde el momento en que el enfermo tiene en su mano un medio tan fácil como rápido de aliviar sus molestias empléalo sin pensar en más.

Esta conducta proporciona, según los casos, dos resultados:

1.º En los sujetos que padecen ligeras hiperclorhidrias o están bajo el efecto de manifestaciones subagudas, intermitentes, motivadas por un exceso en el régimen, una fatiga intelectual, etc., el resultado es muy satisfactorio. El medicamento hace cesar los trastornos ligeros o que se presentan pasajera y el enfermo aliviado abandona el medicamento, y no vuelve a hacer uso de él sino al cabo de algún tiempo y siempre por una pequeña temporada tan solo.

2.º Mas cuando los que usan el medicamento son antiguos hiperclorhídricos, hipersecretores continuos, con o sin úlcera, y espasmo o estrechez pilórica, como sus alteraciones no pueden ser corregidas de una manera rápida toman durante meses o años, sin interrupción alguna, el bicarbonato y al cabo de este tiempo su lesión no se ha modificado.

Para explicarnos bien los efectos de todo medicamento debemos conocer la reacción vital, cosa que con frecuencia se olvida en medicina.

Los medicamentos ingeridos no tienen solamente una acción química inmediata, que es en este caso el descenso de la acidez del jugo gástrico por lo que nos damos cuenta de su buena acción momentánea, debida también al efecto anestésico sobre la mucosa del ácido carbónico desprendido, sino que también obran sobre la función del órgano. La acción secundaria del bicarbonato sobre la función secretora del estómago es excitante, hallándose en pugna, por lo tanto, con la acción primitiva que es la que rige su empleo. Siendo un compuesto excelente para suprimir o disminuir el resultado

de la función viciada (exceso de ácido clorhídrico) el bicarbonato de sosa aumenta la viciación de la función misma.

La explicación del hecho poco importa, lo cierto es que la mayor parte de los hiperclorhídricos que se atracan de bicarbonato largas temporadas, adquieren un pobre aspecto; la acidez de su estómago es la misma, sino mayor, y el repetido desprendimiento de ácido carbónico aumenta la distensión gástrica, que ya es frecuente tengan estos enfermos.

El autor tiene sobre el valor del bicarbonato en la terapéutica gástrica la misma opinión que G. Lyon que dice «El bicarbonato de sosa no cura la hiperclorhidria y puede hasta exagerarla si se prolonga su empleo; es tan solo un excelente paliativo al que no debe acudir más que cuando se precise obtener inmediatamente una acción neutralizadora. Los médicos que creen que todo el tratamiento de la hiperclorhidria consiste en la administración del bicarbonato de sosa a grandes dosis cometen un error de los más funestos para sus enfermos».

Con objeto de atenuar los efectos hipercrínicos del bicarbonato se le administra en agua caliente después o al tiempo de las comidas, ya solo o asociado al sulfato o al fosfato de sosa y ejemplo de esto son las soluciones de Hayem y Bourget, las cuales obran haciendo cesar el espasmo pilórico que existe en la mayor parte de los hiperclorhídricos, sea esencial o por úlcera, y favoreciendo de este modo la evacuación gástrica.

Mas de esta manera la acción excitante de la secreción es, aunque menor, manifiesta, y lo prueba el que un gran número de enfermos que durante largo tiempo han hecho uso de estas soluciones no obtienen con ella positivos beneficios.

El mismo Hayem afirma que aun cuando sus soluciones mejoran los síntomas clínicos no disminuyen la hiperpepsia y que al emplearlas más de un mes seguido se corre el riesgo de fatigar al enfermo inútilmente.

Donde estas soluciones se hallan más indicadas es sin duda en los casos en que necesite regularizarse el funcionamiento del duodeno y en los hepáticos.

El carbonato de bismuto ejerce una múltiple acción sobre el estómago. Dado en ayunas o antes de las comidas se deposita, en razón de su insolubilidad, sobre la mucosa gástrica que está a veces ulcerada y siempre inflamada crónicamente en todas las gastropatías antiguas. De esta manera se hace la mucosa menos sensible al contacto con los alimentos y además se la protege contra la acción irritante de la hipersecreción alimenticia, siendo oportuno hacer constar que el bismuto se

acumula ordinariamente en la región pilórica, que es la con mayor frecuencia lesionada.

Como al cabo de algún tiempo la mucosa está calmada se logra con ello desaparezca una de las principales causas de la hiperclorhidria, y siendo el bismuto un atenuador de la hipersecreción se muestra modificador de la función alterada, en una palabra, como verdadero agente curativo.

Al mismo tiempo logra hacer cesar la sialorrea y la aerofagia cuando, como sucede con frecuencia, dependen de la irritación química de la mucosa y no son debidas a un estado nervioso.

También las fermentaciones son disminuidas por el empleo del bismuto.

En resumen que el bismuto se comporta a la vez como un tónico, un calmante mecánico, un acrinico y un antiséptico. Su acción prolongada, al contrario de lo que sucede al bicarbonato de sosa, refuerza los buenos efectos de su acción primitiva.

Para conseguir desarrolle el bismuto por entero su acción beneficiosa es conveniente darle en ayunas o antes de las comidas. Si se exceptúan los casos graves en que se precisan 10 y más gramos repetidas veces al día, no se necesitan administrar grandes dosis. En los casos de hiperclorhidria inveterada, y aun sospechosos de úlcera, basta con presentir antes de cada una de las tres o cuatro comidas un paquete con dos gramos de carbonato de bismuto diluido en unos ochenta gramos de agua.

El bismuto que a grandes dosis provoca de ordinario varias deposiciones diarias, a la de ocho gramos al día en cuatro tomas, según hemos indicado antes, no favorece el estreñimiento, como temen médicos y enfermos. En la aerofagia el autor emplea la poción bismutada de Leven modificada en la siguiente forma:

Carbonato de bismuto.....	8 a 12 gramos.
Poción gomosa.....	180 centímetros cúbicos.

para tomar una cucharada de las de sopa en la mañana y dos por la tarde o sea un total de 2 a 3 gramos diarios, sin que esta pequeña dosis dé lugar al estreñimiento.

Mas como de ordinario los dispépsicos son muy estreñidos conviene asociar al bismuto un medicamento laxante, para lo cual desde hace varios años viene el autor recomendando un polvo compuesto a partes iguales de carbonato de bismuto, magnesia pesada y fosfato tricálcico, del cual dispone se tome

una cucharada de las de café antes de dos o tres comidas. Si esta mezcla diera lugar a varias deposiciones líquidas se disminuye la dosis de magnesia prescribiendo por ejemplo:

Carbonato de bismuto.....	20 gramos.
Magnesia pesada.....	10 »
Fosfato tricálcico.....	20 »

al mismo tiempo que se recomienda al enfermo gradúe, según los efectos, la cantidad de magnesia a tomar en cada cucharada.

Es importante hacerle notar que como este polvo tiene su indicación a llenar en el estómago debe tomarse cuando menos dos veces al día, de manera que si la susceptibilidad intestinal fuera grande se disminuya la cantidad de magnesia en cada vez antes que el número de tomas; pues de no ser así no tendría el medicamento un poder suficiente a modificar el estómago.

La magnesia pesada, a más de su efecto laxante, es un antiácido que refuerza la acción del bismuto.

El fosfato tricálcico disminuye también la hipersecreción gástrica en virtud de su acción anexosmótica.

El carbonato de bismuto no calma el dolor ni tan pronto ni tan rápidamente como el bicarbonato de sosa, por eso es inferior a él en los momentos de la crisis de hiperclorhidria, ya se manifiesten solamente por pirosis o agrios o bien haya espasmo pilórico por ulceración.

Cuando en estos casos el carbonato de bismuto no obra con toda eficacia se añadirá a la fórmula anterior una cuarta parte de bicarbonato de sosa, de este modo la acción calmante está aumentada y el riesgo a la hipersecreción secundaria hállase muy reducido por la presencia de la magnesia, el bismuto y el fosfato de cal.

Puede darse a veces con el bismuto el pantopon o la codeína, o ambos a la vez, en la siguiente forma:

Pantopon.....	1 centigramo.
Codeína.....	2 centigramos.
Carbonato de bismuto.....	2 gramos.

Con un régimen alimenticio y un género de vida adecuados, a más del polvo bismuto-fosfato-magnésico, (al que se puede añadir la belladona como antiselector, de 20 a 40 gotas al día) tenemos un tratamiento fundamental y poco complicado de la hiperclorhidria que da buenos resultados inmediatos y

secundarios, cosa muy distinta de lo que sucede con el bicarbonato de sosa que debe usarse sólo temporalmente y desempeñando un papel secundario.

La albuminuria ortostática y su tratamiento, por Achard.
(*Jour. des Pra.*, núm. 40, 1916).

La estancia en pie u ortostatismo aumenta con frecuencia la albuminuria, hecho que se observa en los nefríticos, pero se designa con el nombre de albuminuria ortostática solamente aquellos casos en que la albuminuria es casi el único síntoma renal y no aparece más que cuando el enfermo está en pie desapareciendo o quedando sólo de un modo residual en cuanto el sujeto adopta la posición horizontal.

Esta forma de albuminuria es casi especial de los jóvenes en los que se presenta con mayor frecuencia de lo que parece porque pasa desapercibida en muchos de ellos, pues siempre para hallarla es preciso investigar atentamente cada caso.

Ha sido muy discutida su patogenia dividiéndose las opiniones entre los que la consideran como dependiente de una nefritis y los que creen es el resultado de un trastorno funcional. En algunos casos la observación anatómica demostró la existencia de lesiones renales (Heubner, Posner, Pribram), pero no puede pensarse que en la mayoría de los casos exista una nefritis progresiva, porque de ordinario la albuminuria ortostática de los jóvenes o persiste sin agravarse o disminuye llegando a desaparecer al cabo de algún tiempo, y entonces se trataría tan sólo de ligerísimas y muy limitadas lesiones.

La exploración funcional de los riñones descubre que, de ordinario, se trata de una debilitación en su funcionamiento que se inicia cuando el enfermo pasa de la posición horizontal a la vertical y que esta debilitación se marca por el paso de la albúmina a través del filtro renal.

Sería inútil insistir demasiado sobre este asunto porque nunca puede precisarse con fijeza donde termina lo funcional y comienza lo orgánico. La albuminuria no se produce por una secreción morbosa sino tan sólo por el paso de la albúmina sanguínea a través de las paredes permeables del riñón, paso que sólo puede realizarse por una modificación material de estas paredes, siquiera esta modificación sea sólo transitoria.

El presentarse esta albuminuria después de infecciones que lesionan de ordinario al riñón (escarlatina, difteria, fiebre tifoidea) constituye una razón de peso para los que la juzgan depende de una lesión renal. Con bastante frecuencia figuran

entre los antecedentes de estos enfermos las anginas, por lo que puede deducirse que el riñón, si no lesionado, se halla en un estado de fragilidad que le hace en extremo vulnerable.

¿De qué manera obra el ortostatismo sobre este riñón frágil para determinar la trasudación de la albúmina sanguínea? Es sabido que entre los principales elementos patogénicos de la albuminuria, fuera de las graves alteraciones del parénquima renal, figura el retardo del curso de la sangre, el éxtasis circulatorio y por ello se ha tratado de averiguar por qué medio la posición en pie determinaría el éxtasis renal.

En el hombre normal la posición en pie disminuye la facilidad con que la sangre circula por la vena cava inferior y por lo tanto resulta más lento el desagüe a través de las venas renales. Por ello tiene lugar la salida de una cierta cantidad de agua a través de los vasos en el territorio de los miembros inferiores y como consecuencia una concentración momentánea de albúmina en la sangre, que la refractometría señala claramente. Al mismo tiempo se comprueba una disminución pasajera de la presión arterial y de la cantidad de orina.

Pero se ha pensado que, además, la estancia en pie hace descender el riñón y que esta ptosis, estirando el pedículo del órgano, podía disminuir el calibre de la vena renal y producir un ligero éxtasis. Esta interpretación fué propuesta por Lemoine y Linossier en 1903, sin dejar de admitir el papel de la oliguria.

Existe otra teoría que trata de explicarlo por la lordosis que determina la estancia en pie mediante la cual se separarían los riñones y disminuiría el calibre de las venas renales. Jehle, que es el autor de ella, admite además la insuficiente contractilidad de la cápsula renal.

Aunque es cierto que la lordosis se observa con gran frecuencia en los que presentan albuminuria ortostática parece por sí sola incapaz de producirla, porque las grandes lordosis permanentes, fijas, con anquilosis raquídea, no van acompañadas de albuminuria, como tampoco la determina la lordosis que artificialmente puede producirse en un sujeto normal haciéndole echarse de espaldas teniendo en la región lumbar un rodillo.

No obstante si en los que presentan albuminuria ortostática se realiza esta prueba aparece la albúmina sin que el sujeto cambie de opinión. La lordosis facilita, pues, en ellos la trasudación de albúmina pero es necesario algo más que la lordosis para que esta albuminuria sobrevenga y este otro elemento necesario es, sin duda alguna, la fragilidad renal.

Existe aún una circunstancia más que favorece el éxtasis renal en la posición en pie, y es la inmovilidad, o, dicho con mayor exactitud la falta de contracciones musculares.

Resulta muy conocido el hecho de que los movimientos musculares, exprimiendo la sangre en las venas que poseen válvulas, aceleran la marcha de la sangre hacia el corazón. En la posición vertical al contraerse los músculos lumbares expulsan violentamente su sangre venosa en las venas de estos músculos y el sistema venoso circunrenal, y entonces la circulación centripeta está entorpecida por el obstáculo que la oponen la lordosis y el ortostatismo, a más de que la presión venosa desciende por faltar la contracción de los músculos de los miembros inferiores. La suma de estos diversos factores viene a favorecer la trasudación de la albúmina.

Será o no cierta esta ingeniosa interpretación dada por Jeanneret mas lo que parece innegable es el hecho de que los movimientos de los miembros inferiores determinan una disminución de la albuminuria ortostática. En los enfermos hospitalizados que ejecutaban movimientos con los miembros inferiores sólo ha hallado la albuminuria en 1-6 por 100, mientras que cuando no los realizaban la proporción ascendía hasta un 49 por 100.

Se observa con frecuencia en estos enfermos una circulación general deficiente y la hipotonía cardio-vascular se manifiesta por palpitaciones, enfriamientos de las extremidades, sensibilidad al frío, propensión a sabañones e hipotensión arterial.

En resumen; que las condiciones determinantes de la albuminuria ortostática son: en primer lugar una fragilidad renal y luego el éxtasis circulatorio que se produce por la estancia en pie con tanta mayor facilidad cuanto que la posición va acompañada de lordosis y de reposo de los miembros inferiores.

Las indicaciones terapéuticas se desprenden de la patogenia.

Contra la fragilidad renal no poseemos medio curativo, debiendo limitarnos a impedir que el riñón frágil enferme y para ello se evitará toda irritación que en este órgano puedan producir bien los alimentos o ya los medicamentos. No es necesario someter al enfermo a los regímenes alimenticios especiales de los nefríticos, pues ni el azoado ni el hipoclorurado modifican en nada la albuminuria ortostática, y acabarían por perjudicarlo por el cansancio y la desgana que regímenes tan poco variados le producirían al cabo de algún tiempo.

La cura con agua de Saint Nectaire (1) da a veces buenos resultados, pero parece obrar tanto sobre el estado general como el del riñón.

Más fácil de modificar resultan las condiciones que determinan el éxtasis renal.

La lordosis es de ordinario un trastorno de crecimiento, lo mismo que la mayor parte de las desviaciones raquídeas sin lesión vertebral grave que se presentan en los adolescentes. Estas desviaciones son motivadas por una insuficiente osificación del raquis y una debilitación de los músculos que le sostienen. La lordosis, difícil de conocer sobre todo cuando no hay al mismo tiempo escoliosis y que necesita ser buscada con atención, debe tratarse lo mismo que las demás desviaciones raquídeas.

En nuestra opinión los corsés producen más males que bienes, y con razón se les ha llamado oculta miserias porque su papel redúcese a eso y jamás la remedian. A lo sumo convendrá si existe un descenso renal un corsé ligero con pelota que lo impida, mas cuando esto no suceda resultan insuficientes para sostener la columna vertebral, suprimiendo la albuminuria, y son a la vez un estorbo.

Lo más conveniente para disminuir la desviación es el reposo de la columna vertebral, y como la inflexión de esta se halla determinada por el peso de la cabeza y tronco que tiene que soportar, para dar descanso a los músculos de los canales vertebrales se impone ordenar que el enfermo guarde, por algún tiempo, repetidas veces la posición horizontal. Este era el método de tratamiento preconizado por Lannelongue contra la escoliosis de crecimiento.

El autor aconseja a los enfermos permanecer echados durante dos horas después de la comida.

Mientras el sujeto está en pie o en movimiento debe evitar las actitudes que provocan o acentúan la lordosis y aun todas aquellas que determinen la fatiga de los músculos del raquis. Es de importancia vigilar las posiciones que el niño adopta sentado en la escuela para leer o escribir, porque Jeanneret ha demostrado la influencia de las actitudes viciosas que adopta el niño en la escuela sobre la albuminuria ortostática, la cual varía según la distancia que separa el banco de la mesa en que el niño trabaja. Cuando el banco está separado de la mesa (distancia positiva) al cabo de una hora no se halla

(1) Aguas equivalentes en España son las de Fuencaiente (Ciudad Real, Fuenteagria de Villaharta (Córdoba) y Graena (Granada).—F. I.

albuminuria en estos niños, mas si el banco está muy próximo a la mesa (distancia negativa) se presenta la albuminuria en el 34 por 100 de los casos. Debe, pues, cuidarse que el niño esté sentado sin fatigarse y sin que haya incurvación lordósica.

Conviene también que, al mismo tiempo que se evita la fatiga y la lordosis, se fortifiquen los músculos de los canales vertebrales mediante la electricidad y la gimnasia, realizada ésta de preferencia cuando el sujeto esté echado. La gimnasia no se limitará a movilizar los músculos del raquis sino también los de las extremidades inferiores, cuya beneficiosa acción se desprende claramente de los estudios de Jeanneret.

La gimnasia es tanto más útil en los que presentan albuminuria ortostática, cuanto que en la generalidad de los casos existen a más de la deformación del raquis, desviaciones raquílicas del tórax y aun de los miembros. Por esto el desarrollo de su musculatura general está indicadísimo y lo mismo cuanto se refiera a amplificar su capacidad torácica.

Algunas otras prácticas fisioterápicas son de utilidad a estos sujetos, tanto para fortificar su estado general como para activar la circulación. Entre ellas tenemos el masaje, las fricciones alcohólicas y la hidroterapia en forma de duchas tibias o escocesas.

Finalmente como los que aquejan albuminuria ortostática son de ordinario pálidos, enclenques, tienen un aspecto infantil y su crecimiento ha sido muy rápido o irregular debe alimentárseles cuidadosamente con sustancias de fácil digestión y en abundancia; pero siempre dentro de un límite soportable. Se regulará la alimentación del enfermo, mirando más bien a su estómago que a su riñón, dando sustancias ricas en minerales, grasas y sin abstención de carnes, prohibiendo las conservas y los alimentos ricos en oxalatos, ya que la oxaluria no es rara en la albuminuria ortostática. Como tampoco son raros en estos enfermos los trastornos digestivos hasta el punto de que a veces se ha pensado en que la albuminuria pudiera ser de origen digestivo, se hará en cada caso un detenido examen del funcionamiento gastro-intestinal para proceder en consecuencia.

Los medicamentos son a veces inútiles, al menos en lo que concierne a las funciones renales, pues hasta el mismo cloruro de calcio, cuya beneficiosa acción sobre las albuminurias ligeras es tan alabada, no produce resultado alguno.

Alguna vez puede ser provechosa la medicación recalificante para mejorar la osificación de estos pacientes; aunque resulta problemático afirmar la fijación directa sobre el

esqueleto de los fosfatos y demás compuestos cálcicos administrados con los medicamentos, porque los alimentos llevan ya de por sí más cantidad que la que el organismo puede retener. Es presumible que esta medicación beneficie, más bien que por el aporte de sales de cal, por el efecto estimulante que sobre el estado general posee.

También como favorecedores de la nutrición general se pueden prescribir a estos enfermos aceite de hígado de bacalao y el jarabe yodotánico.

En resumen que la terapéutica de esta afección ha de ser más bien extrarenal, contra lo que a primera vista pudiera creerse.

F. IGEA

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

Edema angioneurótico del esófago, por Arrowsmith. (*The Laryngoscope*, 1915).

Una mujer de 50 años, se quejó en 1911 de que llevaba varias semanas con disfagia creciente.

La esofagoscopia permitió ver por bajo del cartilago cricoides una masa que ocupaba los dos tercios de la luz del esófago y estaba unida a la pared izquierda de este conducto. Como el Wassermann fué negativo, el autor diagnosticó un tumor maligno probable.

La enferma fué vista por el doctor Jackson, sometiéndola a la anestesia general y como no halló ninguna lesión, afirmó se trataba de una contractura espasmódica del esófago.

Posteriormente la enferma se quejaba de trastornos dolorosos y frecuentes de la micción, tenesmo vesical, espasmo pilórico, etc. Tuvo también edema laríngeo y mejoró con grandes dosis de morfina y atropina.

La enferma presentaba asimismo éxtasis del colon y los rayos X descubrieron adherencias por bajo del ángulo hepático.

En 1913 la disfagia reapareció, acompañada de placas cutáneas y en vista de ello el autor cree que lo visto al esofagoscopia en 1911, no era otra cosa que un edema angio-neurótico localizado.

Afecciones sifilíticas del oído, por Traser. (*Edin. Med. Jour.* julio 1916).

Las lesiones auditivas de origen sifilítico necesitan ser bien conocidas pues la sífilis congénita es, después de la meningitis

cerebro espinal y la otitis media supurada, la causa más frecuente de la sordo-mudez adquirida (3 a 8 por 100 de los casos).

La sífilis adquirida puede en sus periodos secundario y terciario determinar una sordera rápida y total. Una tercera parte de las sorderas nerviosas de origen no muy claro dan un Wassermann positivo.

Sífilis congénita.—En el feto y en el recién nacido se observa con frecuencia una otitis media acompañada a veces de laberintitis por rotura del ligamento anular e invasión del vestíbulo a través de la ventana oval. Se puede observar también: un retardo de la osificación del peñasco con espacios medulares anormales; una meningitis intrauterina y una neuritis del auditivo; alteraciones vasculares y hemorragias del oído medio e interno.

Se han hallado espiroquetos en los nervios vestibulares y cocleares, el facial y el plexo timpánico y carotideo en un feto de siete meses.

Con frecuencia la sífilis se manifiesta en el niño por un catarro del oído medio. Entre los siete y los trece años se puede observar un tipo tardío de sífilis congénita que se manifiesta por sordera debida a neuro laberintitis de origen meníngeo, alteraciones vasculares (endoarteritis), una otitis media con paralaberintitis o invasión del laberinto.

La forma tardía de la sordera sífilítica congénita se acompaña habitualmente de los trastornos señalados por Hutchinson: alteraciones de los incisivos; lesiones corneales.

Sífilis adquirida.—El chancro es bastante raro en el oído externo; aun cuando el pabellón pueda infectarse por un beso, una mordedura, o al perforar el lóbulo con un instrumento no limpio.

Más frecuentes son los accidentes secundarios del meato y del oído externo: pápulas y condilomas; y a veces se observa una otitis media supurada.

Como accidentes terciarios del oído externo tenemos las ulceraciones gomosas.

Es muy raro el chancro del oído medio, que antes se observaba en el orificio de la trompa de Eustaquio debido a cateterismos sucios.

Entre los accidentes secundarios se puede incluir una otitis media catarral consecutiva a una rino-faringitis sífilítica.

La otitis media terciaria es más frecuente. Puede ser catarral, supurada o adhesiva y va acompañada ordinariamente de sordera, a veces hay ulceración de la mucosa con caries y necrosis de las paredes timpánicas y parálisis facial. Su diagnóstico no siempre es fácil.

En el oído interno el laberinto y el nervio auditivo son lesionados simultáneamente y clínicamente no podemos hacer más diagnósticos que el de neuro laberintitis.

En el periodo secundario esta neuro-laberintitis suele ser frecuente. Se presenta a las tres semanas del chancro, a veces antes que la roseola, y se caracteriza por sordera, vértigos, nauseas, vómitos, trastornos del equilibrio y nistagmus vestibular.

Durante el periodo terciario la neuro-laberintitis va con frecuencia acompañada de parálisis de otros nervios craneales (facial, motor ocular común, glosio-faríngeo) que pueden haber sido englobados en las infiltraciones gomosas de la meningitis de la base. El nervio auditivo puede ser lesionado por un goma, un aneurisma, exóstosis o infiltrados gomosos de vecindad.

El tratamiento de los accidentes sífilíticos del oído será: preventivo o curativo.

La mujer sífilítica debe ser tratada durante el embarazo, y sus hijos durante sus tres o cuatro primeros años.

Tratado al comienzo puede mejorar la sordera mediante las inyecciones de pilocarpina y mercuriales, mas los tratamientos tardíos son ineficaces.

Nada de particular tiene el tratamiento de la sífilis adquirida del oído.

Se atribuye al salvarsán el origen de neurorrecidivas y en efecto, estas lesiones nerviosas parecen ser más frecuentes desde que se emplea este medicamento.

Explicanse éstas por la reacción de Herxheimer, y neuritis arsenical. Preséntanse estos trastornos bien precozmente (algunas horas o al día siguiente de la inyección) o ya tardiamente (cuatro semanas o seis meses después de ella). En la actualidad resulta difícil decidir esta cuestión de paternidad de estos accidentes, aunque resulta probable que la sífilis y el salvarsán, en su calidad de tóxicos del sistema nervioso, sean ambos a dos culpables.

Entre los argumentos que tienden a demostrar no es el salvarsán la causa de estos accidentes auditivos tenemos: 1.º que la neuro-laberintitis secundaria era común antes del empleo del «606» observándose en el curso del tratamiento por los yoduros y mercuriales; 2.º, que el examen del líquido céfalo-raquídeo en caso de neuro recidivas muestra la existencia de una meningitis específica; 3.º, que las pequeñas dosis de salvarsán exponen lo mismo que las grandes a estas neuro-recidivas y 4.º, que transcurre con frecuencia bastante tiempo entre la inyección de «606» y la aparición de los síntomas de lesión laberíntica.

Más también existen argumentos en pro del origen salvársánico de estos accidentes. Helos aquí: 1.º, La sordera puede observarse en sujetos no sifilíticos después de la inyección de salvársán; 2.º, Las alteraciones meningeas en el líquido céfalo-raquídeo aparecen muchas veces después de la inyección de salvársán mientras que antes de ella el líquido era normal; 3.º, El arsénico a grandes dosis es un activo veneno del sistema nervioso y el 8.º par tiene menor resistencia que el resto, sobre todo en los sifilíticos; 4.º, Se ha hallado en la rata valseadora del Japón una lesión congénita del nervio vestibular, y a la rata blanca a quien se inyecta arsacetina se provoca igual lesión, comprobándose al microscopio una degeneración de los nervios vestibulares y 5.º, Alexander dice haber observado menos casos de neuro-laberintitis sifilítica en los siete años que precedieron al empleo del salvársán que en los cuatro meses en que comenzó a usarse este medicamento.

Rinitis atrófica (ozena) y tuberculosis, por Mackeilh (*The Jour. of The Larign. Rhino. and Oto.* Junio 1916).

El autor ha tenido ocasión de observar en estos tres últimos años, diez y siete enfermos de rinitis atrófica, a todos los cuales sometió a la tuberculina-reacción.

Cada tres días se les inyectaba bajo la piel del brazo una dosis progresivamente creciente de la tuberculina de Koch (N. 7.) al comienzo 0.001 luego 0.005 y después 0,01.

De las veinticuatro a las cuarenta y ocho horas de la inyección se observaba de ordinario ya una reacción general (malestar, cefálea, hipertermia), bien local (rubicondéz y edema en el sitio de la inyección) o de foco (derrame nasal más abundante, (desprendimiento de las costras en las horas o días siguientes). Dieciseis de los diecisiete enfermos dieron una reacción positiva; tan sólo en uno fué negativa, y en éste el Wassermann resultó parcialmente positivo, siendo probable que se tratara de un ozena sifilítico, que simula a veces a la perfección el ozena típico, del que se diferencia tan solo por la fetidez y la tendencia a la ulceración.

Trece de estos enfermos, cuatro de los cuales eran también tuberculosos pulmonares, fueron sometidos a la tuberculinoterapia. El autor empleó en lugar de la tuberculina de Koch, la tuberculina bovina de Perlsueht.

Conviene saber que la antigua tuberculina de Koch (A. T.) es próximamente tres veces más activa que la tuberculina de Perlsueht (P. T. O.).

El autor comienza por una inyección de 0,01 c. c. a 1 c. c. de P. T. O., tomando la temperatura cuatro veces al día; después en una segunda fase inyecta de 0.02 c. c. a 1 c. c. de P. T. y luego en una tercera fase recurre a la A. T. de la cual inyecta hasta 1 c. c.

Esta A. T. completa en la mayoría de los casos la primera etapa del tratamiento pero en dos de ellos el autor hizo uso de la emulsión de bacilos.

Tres meses después de este primer tratamiento se hace nuevamente una tuberculino-reacción y si resulta positiva, se somete al enfermo a un nuevo ciclo terapéutico.

De los trece enfermos así tratados, obtuviéronse grandes mejorías en siete; en tres mejorías simplemente, dos aunque mejoraron tuvieron una recaída y en uno el tratamiento fué ineficaz.

Tres enfermos afectos también de tuberculosis pulmonar vieron mejorar paralelamente sus lesiones nasales y detenerse el proceso de los pulmones.

Estos hechos vienen a hacer que el autor se ratifique en la opinión, emitida el año 1913, de que la rinitis atrófica es una afección tuberculosa.

RODRÍGUEZ VARGAS

BIBLIOGRAFÍA

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas, por A. Strümpell, profesor y director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig, traducida directamente de la última edición alemana por el doctor P. Farreras. Dos tomos grandes con numerosos grabados y láminas en negro y colores. F. Seix, editor, Barcelona.

Ya hace unos cuantos meses (1) me ocupé de esta obra con el encomio que merece, y no es cosa de volver a repetir las justas alabanzas que de ella hice. Vuelvo a decir, con un convencimiento adquirido hace muchos años por la frecuente lectura de este tratado, que es uno de los mejores que sobre esta materia se han escrito de veinte años a esta parte. Al leerle se comprende que es el fruto de la experiencia de un excelente clínico; por eso es uno de los pocos libros que verdaderamente enseñan.

El segundo tomo, que termina la obra, no sólo no desmerece del primero sino que le aventaja, pues en su mayor parte (unas 500 páginas de las 800, próximamente del tomo), está dedicado a las enfermedades del sistema nervioso, en las cuales se ha especializado el autor, adquiriendo en ellas un renombre y autoridad mundiales. El resto del volumen comprende el estudio de las enfermedades del aparato urinario, de los órganos de la locomoción, las constitucionales y de la sangre, un apéndice de los envenenamientos más importantes, y, por último, un formulario terapéutico y de aguas minerales.

G.-CAMALEÑO

Epidemiología y régimen sanitario de la Parálisis infantil, por el doctor Martín Salazar, Inspector general de Sanidad.

Se trata de un interesante folleto en el que se publica la brillante conferencia dada sobre dicho tema, por tan competente

(1) Véase LA CLÍNICA CASTELLANA del mes de marzo del presente año.

especialista de la ciencia sanitaria en el Instituto Rubio el 19 de octubre último.

Y es tan correcto su estilo, tan sabia su doctrina, tan magistral su exposición que, aun cuando todo esto constituye siempre la característica de los trabajos del que es hoy único jefe de la Sanidad nacional, sorprende verdaderamente y admira lo sugestivo de esta conferencia, de la que nunca con mayor motivo pudiera decirse no se sabe cuál es lo que más encanta, si la forma maravillosa del lenguaje, o el fondo científico que la atesora.

Comienza su autor por rendir un homenaje de veneración a la excelsa memoria del fundador benemérito de aquel Instituto, justificándose modestamente de no haber antes ocupado aquella tribuna y del por qué ahora lo hace, más que nada obligado por los deberes de su cargo en el cual siente cada vez con mayor convencimiento la necesidad de popularizar, de generalizar, de predicar la ciencia sanitaria, función social que a la Medicina presente corresponde hasta que a fuerza de evangelizar con la demostración de sus verdades se ahuyente el error y se transforme el concepto general que tienen sobre las cuestiones sanitarias, tanto las clases ilustradas como las más humildes.

Su gran fe en la virtud de esta propaganda, es el principal motivo de dicha conferencia, la cual tiene por objeto, según hemos indicado, el estudio epidemiológico y régimen sanitario de la poliomiélitis anterior aguda o parálisis infantil, considerada, según sabemos, hasta hace muy pocos años, como enfermedad debida a una inflamación de la médula, sin carácter contagioso e infeccioso de ninguna naturaleza y contra la cual no se tomaban medidas profilácticas de ninguna clase, ni apenas la terapéutica había logrado nada positivo.

Expone a este propósito los notables trabajos hechos por Flexner y Noguchi, insignes profesores del Instituto Rockefeller, que han dado por resultado el descubrimiento de la causa. y con tal demostración etiológica, no sólo se ha resuelto la profilaxis sanitaria transformando la epidemiología de la poliomiélitis aguda, sino también previsto o inducido posiblemente su racional tratamiento.

Dar a conocer en forma clara y sencilla todo el progreso conseguido actualmente en esta materia tan importante: progreso etiológico, progreso anatomopatológico, progreso en el diagnóstico de las formas clínicas, progreso en higiene y en terapéutica, anuncia el señor Salazar será objeto de un folleto que, en efecto, ya ha publicado la Inspección general, y repartido profusamente a todos los médicos de España, de cuya

colaboración aquél espera poder conocer todos los datos estadísticos que se piden en una hoja impresa que se acompaña al folleto. No creemos que haya médico alguno que deje de prestar este concurso a la investigación sanitaria que se propone llevar a cabo tan ilustre jefe, pues esta será la mejor manera de corresponder a sus desvelos por la sanidad nacional y de que podamos todos saber la intensidad, la extensión y la distribución geográfica que en nuestro país tiene la parálisis infantil, cuya cifra de mortalidad en la reciente epidemia habida en los Estados Unidos, ha sido de 19 por 100.

Hariamos demasiado extensa esta nota bibliográfica si siguiéramos al ilustre autor de tan notable conferencia en todo el rico pormenor de doctrina expuesto; sólo a modo de índice diremos que en ella se trata de la necesidad de la declaración obligatoria de los casos de poliomiélitis, ya establecida en casi todo el mundo; de las exacerbaciones epidémicas que ha tenido dicha enfermedad en diferentes países y de las causas probables o ciertas que explican estos hechos; de la semejanza que la poliomiélitis tiene en su carácter epidémico con la meningitis epidémica y de los portadores de gérmenes, que tanto interesa conocer para prevenir la difusión de contagios; de los distintos modos y medios como éstos pueden producirse, citando al efecto curiosísimos hechos experimentales y de observación que prueban indefectiblemente la presencia del germen de la parálisis infantil en las secreciones nasofaríngeas de los enfermos y en las de muchos individuos sanos que con ellos estuvieron en contacto, así como el de la posibilidad de la transmisión por las moscas, muy especialmente por la mosca picante de los establos (*Stomoxys calcitrans*) y por el contacto de objetos o de cosas contaminadas que justifican precisamente la dificultad de encontrar siempre el origen y filiación de muchos casos de poliomiélitis aguda.

Dedúcese de todo lo acabado de indicar, que en una profilaxis pública racional, la primera condición ha de ser la declaración obligatoria y el aislamiento consiguiente del individuo atacado, toda vez que en él reside principalmente la causa y sobre ella y sus medios de transmisión ha de ejercerse la vigilancia sanitaria y la desinfección consiguiente.

Respecto a terapéutica, el doctor Martín Salazar, da a conocer cuanto hoy constituye la moderna higiene y entusiasmado con sus incesantes progresos exclama: «Yo tengo gran fe en que todas las enfermedades infecciosas que dejan atrás de sí una gran inmunidad han de poder evitarse con la vacuna preventiva, tarde o temprano. No hay razón ninguna, añade, para que el éxito alcanzado con la vacuna antivariólica no se

alcance con todas las enfermedades que, como ésta, dejan una inmunidad tan transcendental y tan larga».

Plácemes mil merece el eminente higienista señor Salazar por tan brillante conferencia de vulgarización científica y por sus constantes y a cual más notables publicaciones de propaganda sanitaria. La Sanidad nacional puede verdaderamente felicitarde de estar hoy dirigida por jefe tan competente.

Ahora, he aquí las conclusiones que, a modo de resumen práctico de dicho trabajo y del prólogo hermosamente escrito por el mismo autor en el folleto a que antes hicimos referencia, pueden sacarse para la profilaxis pública contra el desarrollo y propagación de la parálisis infantil:

«1.^ª Declaración obligatoria de todo caso definido o simplemente sospechoso.

2.^ª Aislamiento de los enfermos, singularmente en el periodo agudo de la dolencia.

3.^ª Desinfección minuciosa de las excreciones y secreciones del enfermo, y muy particularmente de los exudados de la mucosa nasofaríngea.

4.^ª Desinfección de todo lo que se ponga en relación con el enfermo durante el curso del padecimiento y las tres primeras semanas que siguen a la curación del mal.

5.^ª Vigilancia sanitaria de los portadores de gérmenes y averiguación de los casos abortivos, susceptibles unos y otros de propagar el contagio a distancia.

6.^ª Inspección médico-escolar rigurosa, impidiendo que hasta pasados treinta o cuarenta días asistan a las escuelas los niños que hayan padecido la enfermedad, llegando en este punto hasta cerrar las escuelas en casos de epidemia formal. También debe ser prohibida la asistencia a la escuela, durante algún tiempo, de los hermanitos, amigos o camaradas del niño enfermo, que habiendo estado en contacto con él más o menos tiempo, puedan ser portadores de gérmenes y transmitir el contagio a los demás».

DR. G. DURÁN

LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

LA CLÍNICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MÉDICAS

TOMO XIII.-JUNIO A DICIEMBRE DE 1916.

LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS

Director,

Dr. D. Nicolás de la Fuente Arrimadas.

Redactores,

Dr. Alvarado (P.)—Dr. Cuadrado.—Dr. Domenech.

Dr. Domingo Calvo.—Dr. Durruti.

Dr. E. Cebrián.—Dr. García-Durán.—Dr. G.-Camaleño.

Dr. Igea.—Dr. M. Romón.—Dr. Pérez Mínguez.

Dr. Rodríguez Vargas.—Dr. Sagarra.

Dr. Suñer.—Dr. Valdivieso.

Dr. Villa.—Dr. Zuloaga.

TOMO XIII.—JUNIO A DICIEMBRE DE 1916.

REDACCION Y ADMINISTRACION:
MACIAS PICAVEA, 38 Y 40.
VALLADOLID

LA CLINICA CASTELLANA

REVISTA MENSUAL DE CIENCIAS MEDICAS

Director

Dr. D. Nicolás de la Fuente Arizaga

Redactores

Dr. Alvarado (P.)—Dr. Cuadrado—Dr. Domenech.

Dr. Duchaño Calvo—Dr. Duran.

Dr. E. Ceballos—Dr. García-Durán—Dr. O. Camacho.

Dr. Juan—Dr. M. Ramón—Dr. Pérez Miras.

Dr. Rodríguez Vázquez—Dr. Sagarra.

Dr. Sagarra—Dr. Valdivia.

Dr. Villar—Dr. Zalazar.

SEDE DE LA REVISTA EN MADRID

REDACCION Y ADMINISTRACION
MADRID FERRER 28 Y A
AÑO LXXV

INDICE ALFABETICO DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE VOLUMEN

ARTICULOS ORIGINALES

	Págs.
Acné (De la terapéutica dermatológica. Tratamiento del). <i>Dr E. de Oyarzabal</i>	192
Atropina en la terapéutica ocular (La). por el <i>Dr. Pablo Alvarado</i>	81
Cáncer del estómago y la neurastenia (Los síntomas nerviosos en el principio del). <i>Dres. Ramón Velasco y Federico Velasco</i>	177
Cáncer masivo hepático (El diagnóstico del). <i>Dr. Félix Igea Rodríguez</i>	1
Fiebre intermitente sifilítica (La). <i>Dres. Juan José Vitón y Carlos F. Aztiz</i>	261
Geografía Médica de Valladolid (Apuntes para la). <i>doctor Román García Durán</i>	11, 88, 167 y 241
Hidroftalmía progresiva (La). Caso particular de dilatación idiopática de los órganos cavitarios. <i>Dr. L. Bard</i>	182
Lipoides celulares (Los). <i>Dr. José Rodríguez Carracido</i>	33
Neuritis óptica curada por la punción del cuerpo caloso (Doble). <i>Dres. Bourguet y Román</i>	363
Parto en la práctica rural (La asistencia al). <i>Dr. Anastasio Pérez González</i>	98
Parto y alumbramiento debidos al empleo de maniobras y medicaciones inoportunas (Sobre algunos accidentes del). <i>Dr. Anastasio Pérez González</i>	250
Piel nefritis del embarazo y su tratamiento por los lavados de la pelvis renal (La). <i>Dr. Rodrigo Esteban Cebrián</i>	161
Poliomielitis aguda o parálisis infantil (Patografía de la). <i>Dr. Francisco Venegas</i>	331
Puerperal (Investigación hecha en un caso de infección) <i>Dr. José E. Montes</i>	17
Radium (Concepto teórico-clínico del). <i>Prof. M. Candela Plá</i>	276, 331 y 426
Sífilis nerviosa (La práctica de las inyecciones intra-raquídeas de neosalvarsán en el tratamiento de la). <i>Dr. Mariano Alurralde</i>	109
Trementina en los quistes hidatídicos del riñón (La). <i>Doctor Francisco Casado</i>	27

	Págs.
Uterina (Un caso de ruptura). <i>Dr. Vital Aza</i>	321
Utero y trompas contenidas en una hernia inguinal en un hombre. <i>Dr. A. Brindeau</i>	270

REVISTA DE REVISTAS

Afecciones cardiacas de los combatientes, por <i>Schott</i>	55
Afecciones sifilíticas del oído. <i>Traser</i>	461
Aguas potables (el casillero sanitario de las). <i>Roux y Pauchaud</i>	51
Albuminuria ortostática (la) y su tratamiento. <i>Achard</i>	456
Anforismo vertical. Un nuevo signo del pio-pneumotórax enquistado determinado por el cambio de actitud, por <i>Fiesinger y Hoffman</i>	230
Apendicitis del embarazo (las falsas), por <i>Vautrin</i>	314
Apendicitis (la línea de resistencia de Sondern en la), por <i>L. Cardenal</i>	450
Artritis deformante (tratamiento de la). <i>Rowlands</i>	220
Bicarbonato de sosa y carbonato de bismuto. <i>Pron</i>	452
Bilis y portadores de gérmenes. <i>Vincent</i>	134
Bocio (el tratamiento del). <i>Lahey</i>	226
Bocio endémico y cretinismo, etiología. <i>Arcangeli</i>	140
Bocio exoftálmico traumático, <i>Léniez</i>	449
Bromuros (acción psíquica de los). <i>A. Ubrich</i>	211
Cambios colesterínicos y patología de la raza. <i>Laugen</i>	303
Cáncer (los modernos tratamientos del). <i>Berdez</i>	385
Cáncer y habitaciones malsanas.....	52
Cardiopatía especial de los soldados. <i>I. Mackenzie</i>	53
Ciática (la flexión del tronco y de la cabeza en la). <i>Neri</i>	222
Cultivo puro «in vivo» del virus vacuna sin bacterias. <i>Noguchi</i>	131
Desinfección.....	361
Diagnóstico del meningococo por el examen de cultivos a débil aumento. <i>Papin, Gudin y Stevenin</i>	133
Digitalina (la prescripción de la). <i>Ch. Fiessinger</i>	378
Dismenorrea (observaciones sobre el tratamiento intra-nasal de la). <i>Ch. A. O'Reilly</i>	153
Disneas en el mal de Bright. <i>Bernheim</i>	59
Distrofia ósea. <i>Berard y Alamartine</i>	223
Diverticulitis.....	62
Dolores precordiales en las enfermedades cardiacas y extracardiacas. <i>Selian Neuhof</i>	121
Dolores tabéticos.....	215
Edema angioneurótico del esófago. <i>Arrowsmith</i>	461
El cuerpo pituitario y la función renal. <i>Motzfeld</i>	375
Enfermedad de Basedow (sobre la naturaleza neurógena de la). <i>Rothacker</i>	445
Enfermedad de Hodgkin.....	225

	Págs.
Enfermedad de Weil (espiroquetosis íctero-hemorrágica). Su etiología y modo de infección. <i>Inada y otros</i>	304
Enfermedades cardíacas (datos clínicos referentes a).....	300
Esporotricosis ósea. <i>d'Aguta</i>	143
Estudio experimental de la colecis-gastrotomía sobre la acidez gástrica. <i>Guy</i>	135
Extracto del lóbulo posterior de la hipófisis y su empleo en la placenta previa, alumbramiento a término y retención placentaria postabortiva. <i>Fournier</i>	316
Extracto hipofisario en la práctica obstétrica. <i>H. Vignes</i>	149
Hemorragia cerebral (los síntomas prodómicos de la). <i>H. Kisch</i>	296
Hemorragias ocultas del tubo digestivo (estudio clínico y experimental de las). <i>Mailo</i>	137
Hemotórax. <i>Potherat</i>	233
Heridas de guerra por arma de fuego (importancia de las condiciones fisiológicas en la gravedad inmediata de las). <i>Iscovesco</i>	127
Heridas (tratamiento de las), por el método de <i>Carrel</i>	296
Hipocloritos (nuevos estudios sobre la acción de los). <i>Delbet</i> ..	309
Hipófisis (influencia de la), en el desarrollo sexual de la época de crecimiento. <i>Goetsch</i>	377
Infecciones paratifoideas. Diagnóstico y pronóstico. <i>L. Rimbaud</i>	44
Influencia de las infecciones sobre la glicemia. <i>Lepine</i>	213
Inoculación preventiva combinada contra las fiebres tifoideas, paratifoideas y disentería bacilar. <i>Johnson y Milne</i> ..	50
Iritis no sifilíticas (estudios sobre la etiología y la patogenia de las). <i>Rousseau</i>	67
Leche hiperazucarada al 10 por 100 en las dispepsias del adulto con crisis gastrálgicas y vómitos (los efectos de la). <i>Variot y Burileano</i>	141
Método de <i>Milne</i> y propagación de las enfermedades contagiosas. <i>Lemoine y Devin</i>	45
Mosea doméstica; su destrucción experimental. <i>Hutchisson</i> ..	49
Motilidad gástrica (estudios radiológicos acerca de la influencia del alcohol sobre la). <i>Bosio</i>	135
Muerte por embolia en el curso del embarazo. <i>S. y A. Remy</i> ..	152
Opoterapia suérica en las hemorragias.....	227
Orejones (estudio experimental sobre los). <i>Wollotein</i>	138
Parálisis general (necesidad de un tratamiento mercurial muy prolongado en la). <i>Gaucher</i>	390
Parto prematuro provocado por vicio pélvico (concepto moderno del). <i>J. Guicciardi</i>	154
Pleuresía del vértice y su valor en la tuberculosis. (Los signos de la). Adenitis y linfangitis nodular supraclaviculares. <i>E. Sergent</i>	207
Polineuritis (tres tipos de). <i>Sainton</i>	63

	Págs.
Profilaxia de la meningitis cerebro-espinal, de la gripe, de las fiebres eruptivas y de las parotiditis epidémicas por el método de Vincent. <i>Lefar</i>	129
Reacción de Abderhalden (estado actual de la).....	306
Reacción de Abderhalden (investigaciones acerca de la), en la tuberculosis. <i>Datta</i>	307
Reacción de Moriz-Weisz en los tuberculosos pulmonares....	299
Resultados de las operaciones que se practican para extraer los cálculos renales, con especial referencia a la nefrolitotomía. <i>Camilo Calleja</i>	302
Rinitis atrófica (ozena) y tuberculosis. <i>Mackeilh</i>	464
Röntgentherapia en los miomas y metropatías. <i>Ida, Wartburg-Boos</i>	144
Rotura de útero (un caso de), por el uso intempestivo de la pituitina. <i>A. Pascual Laza</i>	312
Sangría (indicaciones de la). <i>C. A. Lawrence</i>	209
Secreción de la bilis. <i>Okada</i>	142
Septicemias paratifoideas A y B y reacciones aglutinantes específicas. <i>P. Courmont y Chattot</i>	133
Significación de la bilis en el estómago en ayunas. <i>Austin</i>	136
Suero antiexantemático experimental (sobre la preparación de un), y sus primeras aplicaciones al tratamiento del tifus humano. <i>Nicolle y Blaizot</i>	47
Sueroterapia de la poliomielitis. Resultados en 32 enfermos. Técnica. Incidentes posibles. <i>Netter</i>	219
Tétanos (contribución al estudio del tratamiento del). <i>R. Proux</i>	
Tratamiento de la enfermedad de Barlow. <i>Peiper</i>	375
Tratamiento de las enfermedades renales crónicas.....	446
Tratamiento del cáncer uterino. <i>Allmann</i>	156
Tratamiento sistemático, por el yodo, de las grandes infecciones. <i>Boudreau</i>	221
Tuberculosis. Crítica de la teoría epidemiológica de la difusión de ésta por las gotitas de saliva. <i>Bertarelli</i>	44
Tuberculosis locales (tratamiento de las), por la infiltración de éter yodoguayaolado. <i>Defontaine</i>	214
Tuberculosis; su mortalidad con relación al sexo.....	49
Tumores de la pleura (síntomas, diagnóstico y tratamiento de los). <i>Pallase y Roubier</i>	382
Úlceras de estómago consecutivas a la extirpación de las suprarrenales. <i>Mann</i>	308
Vacunación antiftífica (inconvenientes y complicaciones de la). <i>Bertaralli</i>	212
Vacunación antiftífica y antiparatífica (las inyecciones de adrenalina en los accidentes graves de la). <i>Lian</i>	214
Vacunación de los albuminúricos con la vacuna mixta T. A. B. esterilizada por el éter. <i>Vincent</i>	234

BIBLIOGRAFIA

	Págs.
C loroformo (La acción tóxica del). (Dr. Morales Aparicio), por <i>Igea</i>	396
C osmética (Manual de). (Dr. Edmundo Saalfeld), por <i>Domingo</i>	318
F isiología humana teórica y experimental. (Dr. José Gómez Ocaña), por <i>Suñer</i>	319
H emina y hemocromógeno (Los cristales de). (Dr. Antonio Lecha-Marzo), por <i>Igea</i>	79
P arálisis infantil (Epidemiología y régimen sanitario de la) (Martín Salazar), por <i>Durán</i>	466
P arto (Los analgésicos en el). (Dr. Domingo Iraeta), por <i>Zuloaga</i>	237
P neumonía (Leucocitosis y fórmula leucocítica en la). (Su valor diagnóstico y pronóstico. (Dr. José Beguiristain), por <i>Igea</i>	236
P olicía Sanitaria Mortuoria. (Dr. Francisco Bécares), por <i>G. Durán</i>	235
R adiumterapia del cáncer del útero. (Algunas consideraciones acerca de la). (Dr. C. Calatayud Costa), por <i>Zuloaga</i> ..	397
S ero-diagnostic. (Nouvelles metodes de). (Dr. E. Joltrain), por <i>Igea</i>	78
T ratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas (Strümpell), por <i>G. Camaleño</i>	466
T uberculosis pulmonar (Estado actual del tratamiento de la). (Dr. Verdes Montenegro), por <i>G. Camaleño</i>	395

NOTA.—Por olvido han dejado de incluirse entre los artículos originales de este volumen los siguientes:

C rup y la bronco-pneumonía en los niños. (Relaciones entre él). Doctor <i>Enrique Suñer</i>	401
D igestivas debidas a la litiasis renal. (Alteraciones). Doctor <i>Félix Igea</i>	420

BIBLIOGRAFIA

1. ... (1950) ...
2. ... (1951) ...
3. ... (1952) ...
4. ... (1953) ...
5. ... (1954) ...
6. ... (1955) ...
7. ... (1956) ...
8. ... (1957) ...
9. ... (1958) ...
10. ... (1959) ...
11. ... (1960) ...
12. ... (1961) ...
13. ... (1962) ...
14. ... (1963) ...
15. ... (1964) ...
16. ... (1965) ...
17. ... (1966) ...
18. ... (1967) ...
19. ... (1968) ...
20. ... (1969) ...
21. ... (1970) ...
22. ... (1971) ...
23. ... (1972) ...
24. ... (1973) ...
25. ... (1974) ...
26. ... (1975) ...
27. ... (1976) ...
28. ... (1977) ...
29. ... (1978) ...
30. ... (1979) ...
31. ... (1980) ...
32. ... (1981) ...
33. ... (1982) ...
34. ... (1983) ...
35. ... (1984) ...
36. ... (1985) ...
37. ... (1986) ...
38. ... (1987) ...
39. ... (1988) ...
40. ... (1989) ...
41. ... (1990) ...
42. ... (1991) ...
43. ... (1992) ...
44. ... (1993) ...
45. ... (1994) ...
46. ... (1995) ...
47. ... (1996) ...
48. ... (1997) ...
49. ... (1998) ...
50. ... (1999) ...
51. ... (2000) ...
52. ... (2001) ...
53. ... (2002) ...
54. ... (2003) ...
55. ... (2004) ...
56. ... (2005) ...
57. ... (2006) ...
58. ... (2007) ...
59. ... (2008) ...
60. ... (2009) ...
61. ... (2010) ...
62. ... (2011) ...
63. ... (2012) ...
64. ... (2013) ...
65. ... (2014) ...
66. ... (2015) ...
67. ... (2016) ...
68. ... (2017) ...
69. ... (2018) ...
70. ... (2019) ...
71. ... (2020) ...
72. ... (2021) ...
73. ... (2022) ...
74. ... (2023) ...
75. ... (2024) ...
76. ... (2025) ...
77. ... (2026) ...
78. ... (2027) ...
79. ... (2028) ...
80. ... (2029) ...
81. ... (2030) ...

Administración prolongada de
GUAYACOL INODORO
 á altas dosis
 sin ningún inconveniente

por el **THIOL "ROCHE"**
 bajo la forma de
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"

Representante en España A. AMBROA

Clarís 80 Barcelona

Muestra y noticias. Fabricantes. París.

F. HOFFMANN-La Roche y C^a

21 Place des

Vosges



GINECOLOGIA

THIGENOL "ROCHE"

Medicamento sintético á base de Azufre soluble en agua, alcohol y glicerina. INODORO-NO CÁUSTICO-NI TÓXICO.

analgésico
antiséptico
queratoplástico

Acción calmante energética
 Descongestión poderosa
 Supresión rápida de los derrames



Muestra y noticias. Fabricantes:
 F. HOFFMANN - LA ROCHE y C^a
 21 Place des Vosges - Paris

Representante en España
 A. AMBROA
 Clarís 80 - Barcelona

SE PRESCRIBE TODO EL AÑO LA

MORRHUËTINE JUNGKEN

No contiene aceite de hígado de bacalao ni su extracto.

Es un producto sintético, cuya composición es:

Por cucharada de las de sopa..	{	Yodo metálico.	0'015 gr.
		Hipofosfitos Cao-Nao.. . . .	0'15 gr.
		Quinina..	0'15 gr.
		Fosfato sódico.	0'15 gr.

A BASE DE GLICERINA QUIMICAMENTE PURA

Sabor muy agradable.

Digestión perfecta.

Utilísimo para la infancia.

Tónico. Depurativo.

UN FRASCO DE 500 GRAMOS, 4'50 PESETAS

En Valladolid: Farmacia de Martín Santos, Miguel Iscar, 1

Elaboración en Barcelona: Mirabent, Clarís, 48

Preparados de la antigua casa G. F. Merino e Hijo (León)

PNEUMOGENO

Enérgico antibacilar y estimulante de la nutrición

Fórmula (por cucharada)

Metilarsinato disódico, 0,02.
Lactofosfato de cal creosota-
do, 0,60 (equivalentes á 0,15
de creosota 20 % guayacol).
Codeína, 0,005.
Extracto de nuez vómica, 0,01.

Indicaciones

Bronquitis crónica.
Tuberculosis pulmonar en 1.º
y 2.º grado.
Catarros pulmonares crónicos.
Afecciones de las vías respi-
ratorias.

HEMATOL

Tónico estimulante de la nutrición.

Fórmula (por cucharada)

Fósforo orgánico.. . . . 0,05
Arsénico orgánico. 0,05
Extracto de coca. 0,10
Extracto de kola. 0,10
Nuez vómica. 0,01

Indicaciones

Neurastenia.
Anemia.
Clorosis.
Tuberculosis.
Estados consuntivos

De venta en todas las Farmacias y Droguerías.

Bromoterapia fisiológica

Reemplaza la medicación bromurada

(Combate con éxito la Morfinomania)

ESPECÍFICO de las **AFECCIONES NERVIOSAS**

Tratamiento del Insomnio nervioso, Epilepsia, etc.

BROMONE ROBIN

BROMO ORGÁNICO, FISIOLÓGICO, ASIMILABLE

Primera Combinación directa y absolutamente estable de Bromo y de Peptona

descubierta en 1902 por M. Maurice ROBIN

autor de las Combinaciones Metaló-Peptónicas de Peptona y de Hierro en 1884

(Véase Comunicación a la Academia de Ciencias, por Berthelot, en 1885).

El Bromone fué experimentado por primera vez en la Salpêtrière en el Servicio del Profesor Raymond, de 1905 á 1906.

Uno de sus alumnos, el Doctor Mathieu F. M. P., sostuvo una tesis intitulada "Los Preparados orgánicos de Bromo", en 1906.

Dicha tesis y el Bromone fueron objeto de un informe favorable en la Academia de Medicina, por el Profesor Blache, sesión del 26 de marzo de 1907.

No existe ninguna otra verdadera solución normal de Bromo y de Peptona tríplica fuera del BROMONE.

No confundan este preparado con las numerosas imitaciones creadas después de nuestro descubrimiento, bautizadas con nombres más ó menos similares y que en su mayoría no son sino soluciones de Bromuro de sodio ó de Bromhidrato de amoniaco en un liquido orgánico.

El **BROMONE** es el preparado **BROMADO ORGÁNICO** por excelencia y el **MÁS ASIMILABLE**. Es el **ÚNICO** que se usa bajo forma **INYECTABLE** y que sea completamente **INDOLORO**.

Reemplaza los Bromuros alcalinos sin accidente de Bromismo alguno

Das formas de preparado : **GOTAS** concentradas y **AMPOLLAS** inyectables.

DOSIS : ADULTOS { Gotas..... } XX gotas antes de cada una de las principales comidas.
{ Inyectables } 2 ó 3 c.c. cada 24 horas. — No hay inconveniente en que se continúe varias semanas.

40 Gotas corresponden como efecto terapéutico £ 1 gramo de bromuro potásico.

Depósito General y Venta al por Mayor : **13 y 15, Rue de Poissy, Paris**
AL MENUDEO EN TODAS LAS FARMACIAS

DOS MEDICAMENTOS PREFERIDOS POR LA CLASE MÉDICA

y que sólo se anuncian en la prensa profesional

Emulsión GRAIÑO

ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO CON PEPTO-iodo, HIERRO ORGANICO Y GLICEROFOSFATOS DE CAL Y SOSA

Suprema en el raquitismo, anemia, clorosis, escrofulismo y enfermedades de la infancia.

Stol GRAIÑO

Lecitina, Nucleína, Arsénico orgánico, Glicerofosfatos de cal y sosa, Floururo de estricnina, Nuez de cola, Sustancias tónicas y energéticas

Medicación fosforada, arsenical y mineralizante, sin efectos acumulativos ni tóxicos y a la vez aperitiva y estomacal.

Venta exclusiva en las Farmacias legalmente establecidas

NUEVO BAZAR QUIRURGICO

DE

CIRIACO GÓMEZ

Proveedor de la Facultad de Medicina, Hospitales, Sanatorios y Clínicas particulares.

Instrumentos de Cirugía, Ortopedia, (Bragueros Seeley), Gomas, Aparatos electro-médicos, Óptica (cristales de roca, cristales Cronn, marca King de New-York, armaduras al aire So-Easy en níquel, duble y oro).

Gabinete reservado para la colocación de aparatos ortopédicos.

Fuente Dorada, 31 y Teresa Gil, 1.—VALLADOLID

IMPORTANTE

Nuestros suscriptores podrán adquirir las siguientes obras, en excepcionales condiciones, con sólo remitir su importe al Sr. Administrador de LA CLÍNICA CASTELLANA.

Terapéutica Obstétrica de urgencia, por el Prof. Vicarelli, traducida de la 4.^a edición italiana por el Dr. Alcober. Precio 5 pesetas; a nuestros suscriptores 3'50 pesetas.

Legislación Sanitaria o el libro de las consultas: Guía práctica de los titulares, por el doctor Dionisio Gómez Repiso. Precio 3 pesetas; para los suscriptores de LA CLÍNICA CASTELLANA, 2'50.

El malestar de la clase médica, por el doctor Rogelio Pérez. Precio 3 pesetas; a nuestros suscriptores 2'50 pesetas.

OPOTERAPIA BILIAR

PILDORAS del Dr. DEBOUZY

Este agua contiene 10 c. c. de Bilia
seleccionada y esterilizada
0'50 gr. por Pildora - Usas media o Pildoras por dia

AFECCIONES HEPÁTICAS
Insuficiencia hepática
Enfermedades de los países calidos, Constipación
Entero-Colitis, Tuberculosis

CITROSODINE GRÉMY

CITRATO TRISÓDICO

COMPRESIDOS solubles de CITRO SODINE
Corresponden a 0'25 grm. de Citrato trisódico puro
CITROSODINE GRANULADA
Corresponde a 1 grm. de Citrato trisódico puro por cucharada de cafe



Disueltos en medio vaso de agua
dos ó tres veces por dia
enfriamiento de los comidos antes de ser dados

Proveedores y Usurarios
P. LONGUET
50, rue des Lombards, PARIS.

AGUAS Y SALES NATURALES DE MEDIANA DE ARAGON

LAXANTES-DEPURATIVAS - PURGANTES - DIURETICAS-APERITIVAS

SALES: frasco de 8 a 10 purgas 2 ptas. Cajita IDEAL de 1 purga 0'30 AGUA 1 pta. botella

SALES TIMOLADAS DE MEDIANA DE ARAGON

Cajita SALUS para irrigaciones y lavados Bote de 1/2 y 1 K. para baños y lociones

JARABE IODURO de HIERRO DUPASQUIER

DEL D^o CHEVRIER FRASCO 4 Ptas

21, FAUBOURG MONTMARTRE, PARIS. DEPÓSITO, E. J. CURIEL, ARAGÓN 228, BARCELONA.

AGUA OXIGENADA CURIEL
MEDICINAL

BOTELLAS DE 250, 500 y 1000 Grm. BOMBONAS DE 10 LITROS

ESTABILIDAD — PUREZA
PRECIOS ESPECIALES A HOSPITALES Y CLÍNICAS — EXÍJASE BOTELLA PRECINTADA

LA PREFERIDA POR EL CUERPO MEDICO-FARMACEUTICO
10 VOLÚMENES

DEPÓSITO GENERAL ARAGÓN 228 BARCELONA

PREMIADO
en varias Exposiciones con las
más altas recompensas

Medalla de Oro
Zaragoza 1908

Medalla de Oro
Barcelona 1910

GRAN PREMIO
Cruz de Oro
Medalla de Oro
Londres 1910

El Histógeno LLOPIS

es el agente más eficaz para combatir la
Tuberculosis, Diabetes, Anemia
y enfermedades consuntivas en general

Está así proclamado por la clase médica

OXINA LLOPIS :: NOMBRE :: REGISTRADO

(Jugo de carne de buey, preparado en frío y concentrado al vacío,
conteniendo los principios solubles nutritivos de la carne).

Las indicaciones que tiene la OXINA LLOPIS son exclusivamente como alimento, y en este sentido está recomendada en la convalecencia de enfermedades graves, y en los organismos debilitados, agotados por exceso de trabajo o por sucesivas enfermedades y en general en las enfermedades caracterizadas por pérdida de apetito, desnutrición y debilidad general. Conviene a todas aquellas personas cuyo estómago delicado no puede soportar ninguna clase de alimento.

PUNTOS DE VENTA. La OXINA LLOPIS, como todos los productos marca LLOPIS, se venden en todas las farmacias y droguerías de España, Portugal y América.

Pidan muestras gratis a
A. LLOPIS
LABORATORIO - Rosales, 3. Hotel, Madrid.

Concesionarios exclusivos: J. URIACH y C.^{ta}, Menedra, 20, Barcelona.

El mejor disolvente de los uratos

Asepsia de las vías urinarias

Cólicos nefríticos

Reuma articular

Nefritis

Tifus

Gota

UROMETINA

LAMBIOTTE HERMANOS
Sinonimos: Uroironina - Hexametileno tetramina - Formina

PÍDASE

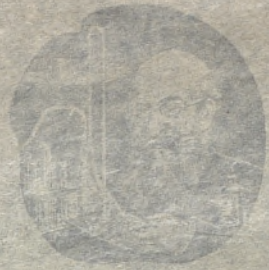
folleto explicativo

MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS

Agente general:

S. NAVARRO

Rambla del Centro, 8 y 10 - BARCELONA



MARCA REGISTRADA



REGONSTITUYENTE

Granulada

Elixir

Investable

Preparado por

JOSE ROBERT Y SOLER

Ingeniero Químico y Farmacéutico

FARMACIA ROBERT

Laura, 74, BARCELONA

PHARMACIA ROBERT Y SOLER



Marca registrada



PHOSPHORRENAL ROBERT

RECONSTITUYENTE

Granular

Elixir

Injectable

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

Ingeniero Químico y Farmacéutico.

FARMACIA ROBERT

Lauria, 74, BARCELONA