

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

MARIANO BAEZA CUÉLLAR.— <i>Un nuevo punto de vista en el estudio de las arterias del cuerpo humano. Sistemas anastomóticos arteriales</i>	209
JOSÉ MARTÍNEZ BRUNA Y LUIS DE CASTRO GARCÍA.— <i>Las estalagmonas urinarias en la tuberculosis pulmonar</i>	243
FELIPE ALONSO F. CORTÉS.— <i>Un caso de linfadenosis infantil</i>	253
S. JALÓN.— <i>Otitis externa hemorrágica</i>	257

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por M. Sebastián.

<i>Sobre la colangitis lenta</i> .—P. Harnisch.....	261
---	-----

(Sigue)

Myoston

Henning¹¹

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

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

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN

BARCELONA * APARTADO 712

La diiodotirosina en el hipertiroidismo.—Doctor O. Zimmermann.. 262

Tuberculosis, por G.^a Lorenzana.

Las inyecciones intrapleurales de sales de oro como tratamiento de las cavernas insuficientemente colapsadas en el curso del neumotórax.—P. Labesse..... 262

La bacilemia tuberculosa y su significación patogénica.—E. Lowenstein..... 265

Oftalmología, por el Dr. Cilleruelo.

Reglamentación de la aptitud visual de los conductores de automóviles.—Doctor Charos Velando..... 265

Otorrinolaringología, por S. R. Berceruelo.

Sobre algunos casos de sinusitis traumática de la infancia.—Doctor P. Brisolto..... 266

Posibles relaciones de la tuberculosis laringea y pulmonar.—Doctor Salvadori Giuseppe..... 266

La osteítis fibroquística de Recklinhouse en posible analogía con la osteítis fibrosa de la mastoides.—Doctores J. Callet y P. Maunier-Kuhn..... 267

(Sigue)

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
 { Acido glicerosofórico 0,046 »
 { Acido cacodílico 0,030 »
 { Hierro asimilable 0,002 »
 { Glicerosofato estrénico 1/4 millig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Dermatología y Sifiliografía, por E. Ledo.

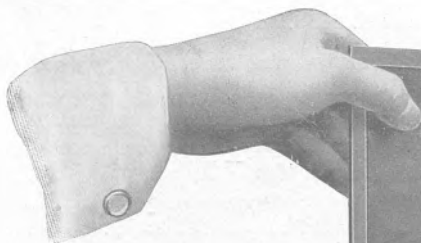
<i>El tratamiento de la esclerodermia por la hemocrioterapia ovárica.</i> Sezary et Horowitz	267
<i>Acción de los tratamientos de ataque, en particular del tratamiento arseno-bismútico, sobre las diversas sero-reacciones en la sífilis precoz.</i> —Sezary G Levy et Mlle. L. Bugeaud.....	268
<i>Contribución a la epidemiología del chancro blando.</i> —A. N. Chapiro et J. E. Kantol.....	270
<i>El eczema del niño de pecho, enfermedad alérgica.</i> —Pehu et Augagnier.....	270
<i>Nuevas nociones sobre la evolución de la sífilis</i> —Gougerot.....	271

Pediatría, por Allué Horna.

<i>La escrófula. Forma especial de la tuberculosis.</i> —A. B. Marfan....	271
<i>Un caso de angioma cavernoso congénito de hígado</i> —Adalid y Escardo	275
<i>Encefalitis con neuritis óptica curable, aparecida a continuación de una vacunación antidiftérica.</i> —Papadato.....	275

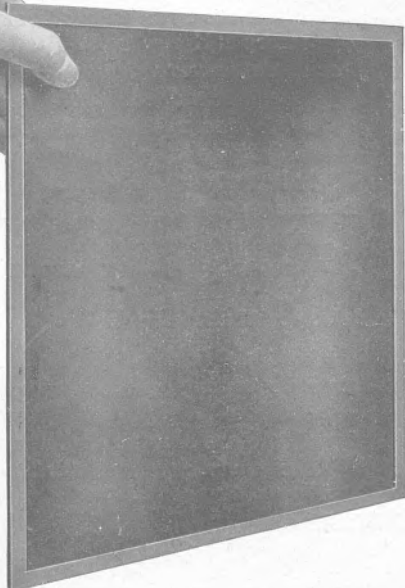
NOTICIAS	276
----------------	-----

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">BOROLUMYL</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MA- LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.</p>	<p style="text-align: center; font-size: 0.8em; margin: 0;">INDICACIONES</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; margin: 0;">EPILEPSIA</p> <p style="font-size: 0.9em; margin: 0;">VOMITOS DEL EMBARAZO ECLAMPSIA, COREA HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO- NES DEL SISTEMA NERVIOSO</p>
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">GRAJEAS DE</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">YODUROS BERN-K.Y Na.</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">SIN YODISMO Dorificar a 25 Centigramos</p>	
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Tratamiento Científico y Radical de las</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; margin: 0;">VARICES, FLEBITIS</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Hemorroides y Atonías de los vasos por las</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">GRAJEAS DE</p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">VARI-FLEBOL</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI- TRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.</p>
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apart° 648 MADRID</p>	



Este pequeño antidifusor a rejilla, según el Dr. Lysholm, de Estocolmo, es de una precisión incomparable, y lo forman 1.000 finísimas láminas de plomo de 0,40 milímetros de espesor y 2 milímetros de altura

Peso: 800 gramos



POR FIN LLEGÓ
EL
ANTIDIFUSOR ECONÓMICO
PARA
RADIOSCOPIA
Y
RADIOGRAFIA

tan ansiado por los poseedores de instalaciones roentgenológicas modestas

Dimensiones: 35,5 por 43 cm.

Precio: Ptas. 725

FACILIDADES DE PAGO

REPRESENTANTES GENERALES PARA ESPAÑA:

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

CENTRAL: MADRID. FUENCARRAL, 43

BARCELONA, VALENCIA, SEVILLA, BILBAO, VIGO Y LISBOA

Un nuevo punto de vista en el estudio de las arterias del cuerpo humano.

Sistemas anastomósicos arteriales.

por Mariano BAEZA CUÉLLAR

Hubo un tiempo en que el conocimiento de las arterias interesaba, sobre todo para no lesionarlas durante las intervenciones quirúrgicas (no se conocía la hemostasia). Hoy también en este sentido interesan, y en especial los gruesos troncos; pero las pequeñas arteriolas, han perdido importancia a este respecto. Allí donde una salta seccionada por el bisturí, se la liga y en paz. Es más, creemos que las arteriolas, de tener la máxima importancia en Cirugía, han pasado a tener la mínima. Se les guarda demasiado pocas consideraciones, tienen derecho a una mayor atención. No porque el peligro de hemorragia que ofrecen no pueda conjurarse, cosa muy fácil en la mayoría de los casos (es cuestión de darse cuenta de que un vaso está abierto para aplicarle uno u otro proceder de hemostasia), sino porque seccionada una arteriola, es probable que una determinada zona orgánica quede sin riego o con una irrigación defectuosa y en consecuencia sometida a una nutrición deficiente, lo cual se traducirá en una menor resistencia frente a las infecciones.

En esto estriba acaso la razón del porqué a los cirujanos «primorosos» se les infectan menos los operados que a los «manazas»; no es sólo cuestión de contactos más o menos asépticos o sépticos, ni cuestión de irritación mecánica, es también hemorragia innecesaria, vasos interceptados y tejidos mal irrigados, y en consecuencia de vitalidad atenuada.

Interesa por tanto conocer el sistema vascular, sistema que presenta a nuestro modo de ver tres facetas, cuyas tres hay que mirar si se quiere tener una impresión de conjunto perfecta.

La primera, representa el conocimiento de cada tronco arterial con sus distintas ramas de distribución y órganos que irriga. Este estudio está superhecho, acaso el que mejor, en los múltiples tratados de anatomía descriptiva.

La segunda faceta, comprende el conocimiento topográfico de los vasos, estudio también realizado en los tratados de Anatomía Topográfica.

La tercera, debe comprender el conocimiento de las redes que estos vasos forman al anastomosarse entre sí. El anatómico, el cirujano, deben acostumbrarse a no mirar el sistema arterial como un conjunto de troncos

con sus ramas respectivas, cada uno de los cuales es independiente de los otros, sino como una vasta, irregular e imperfecta red con mallas gruesas, medianas y finas (aunque en ella haya múltiples hilachos y flecos terminales) cuyo centro motor está en el corazón.

Interesa conocer esta red por varias razones:

a) Para que antes de ligar una arteria, podamos hacer consideraciones sobre quiénes van a suplirla y qué probabilidades hay de que la suplan bien, y por tanto en qué condiciones de riego y nutrición va a quedar el territorio por ella alimentado.

b) Qué trastornos circulatorios de congestión o anemia habrá en otras partes al acumularse en ellas la sangre cuya trayectoria normal interceptamos o al derivar hacia el territorio que dejamos exangüe.

c) Supuesto que una intervención anterior o un accidente hayan interceptado un determinado vaso arterial, al sernos preciso intervenir de nuevo sobre el mismo sujeto, donde nos vamos a encontrar vasos hipertrofiados que careciendo habitualmente de importancia, la tendrán grandísima en estos casos por haber venido a suplir al lesionado.

Porque creí interesante este estudio y porque no encontré libros ni trabajos en que desde este punto de vista se abordara, hice para mi uso particular los adjuntos esquemas y consideraciones cuando era alumno interno de Anatomía Topográfica y Operaciones.

Después he pensado que tales esquemas acaso fueran de utilidad a otros y sobre todo que podrían ser ampliados y corregidos, y aquí les presento.

No piense nadie que con mirar solamente ésta que yo llamo tercera faceta del sistema arterial, va a tener un conocimiento exacto de las arterias del cuerpo humano; no. El examen de esta faceta requiere como condición previa, precisa, indispensable el conocimiento de la anatomía descriptiva y de la topográfica de las arterias; ella viene a ser la unión, el broche que las enlaza. Esta faceta no sirve para el estudio de iniciación, sino para el iniciado en Anatomía que no se ha detenido a considerar el trayecto de cada vaso y las anastomosis que con otros tiene, hasta formarse esta visión de conjunto por sí mismo. Solamente para el que conociendo la anatomía clásica no quiera hacer el esfuerzo mental que supone recordar y establecer relaciones, serán útiles estos esquemas sobre anastomosis y redes arteriales: Anastomosis agrupadas, las más importantes por distritos orgánicos, formando lo que podríamos llamar sistemas anastomóticos.

Cada dibujo, aunque esquemático, se ha procurado que recuerde, si quiera sea remotamente, la forma de la región en que asienta el sistema que representa, pero no siempre ha sido posible lograr este propósito; más aún en los casos que se logró, no deberán tomarse como exactas las relaciones de vecindad que las arterias del diseño guardan entre sí, pues se ha sacrificado la dirección del trayecto y la disposición de cada vaso a la idea de poner en evidencia sus anastomosis; sin embargo, se ha tenido muy buen

cuidado de representar con exactitud el orden en que cada rama nace, de un determinado tronco, es decir, que una colateral cualquiera puede estar en el esquema más cerca o más lejos de su vecina que está en la realidad, pero nunca estará el orden invertido en forma que la colateral que nazca antes, esté dibujada como si brotase después.

Obedece este cuidado a la idea que tenemos de que con los dibujos a la vista se pueda colocar en un punto cualquiera del trayecto de un vaso importante, una supuesta ligadura y apreciar en el esquema por qué colaterales va a tener lugar la circulación a él encomendada normalmente.

Doy la máxima importancia al dibujo y la mínima a la literatura, por eso los esquemas irán apenas sin comentarios y constituirán el trabajo por sí solos; ellos son más elocuentes que todo lo que se pudiera decir.

Para abreviar y al mismo tiempo dar idea de la procedencia de las arterias que en la explicación de los dibujos se mencionan, hemos hecho ésta en forma de cuadros sinópticos, lo cual si tiene el inconveniente de ocupar algo más espacio que la línea continua, tiene la enorme ventaja de ofrecer el máximo de claridad expositiva con el mínimo de palabras.

* * *

Desde luego, no todas las anastomosis interarteriales están representadas en los dibujos, pero sí las más importantes.

En caso de necesidad, cuando al organismo le es preciso sustituir una vía arterial obstruída lo hará valiéndose de todas las accesorias, pero fundamentalmente de las más expeditas, es decir, de las mayores; éstas son por tanto las más dignas de consideración. Por otra parte, al anatómico y al cirujano interesan aquellas que le son accesibles por su tamaño o su situación, aquellas sobre las que pueden actuar o sobre las que se ven obligados a actuar por su importancia intrínseca o por la del órgano que irrigan. Las otras, las pequeñas, las capilares, aunque jueguen papel no son prácticamente accesibles, por eso hemos desistido de su representación gráfica (aunque no siempre), representación que tampoco hubiera sido posible aunque lo hubiésemos intentado, pues son demasiado numerosas y demasiado imprecisas.

Figura 1.^a—Representa el sistema arterial del corazón, constituido como se ve por las dos arterias coronarias que nacen en la porción inicial del cayado de la aorta, la cual no se ha dibujado para que el esquema resulte más sencillo.

1.—Arteria coronaria izquierda (porción inicial).

1'.—Porción de la misma que camina por el surco interventricular anterior.

1''.—Porción de la misma cuando rodea el vértice del corazón.

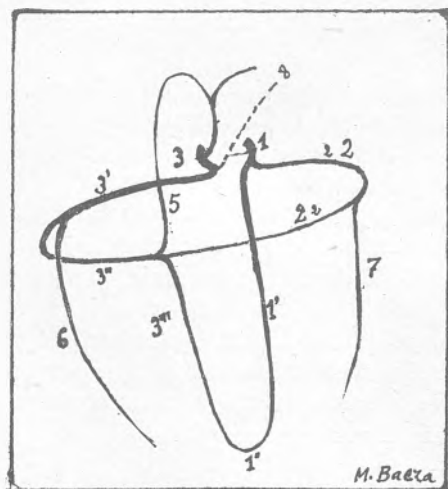


Fig. 1.—Sistema coronario

2.—Arteria auriculoventricular izquierda.

7.—Arteria marginal izquierda.

3.—Arteria coronaria derecha (porción inicial).

3'.—Porción que discurre por el surco auriculoventricular derecho anterior.

3''.—Id. id. por el surco auriculoventricular derecho posterior.

3'''.—Porción terminal en el surco interventricular posterior.

4.—Arteria interauricular posterior.

5.—Arteria interauricular posterior.

6.—Arteria marginal derecha del corazón.

8.—Pequeña rama sin nombre.

Figura 2.^a—Representa las diversas anastomosis de las ramas de la carótida externa de un lado, entre sí; múltiples como se ve pero poco gruesas.

Como complemento del sistema anastomótico que forman los ramos carotídeos de cada lado al comunicarse entre sí, se han hecho constar en el dibujo otras anastomosis, tales la de la facial con la oftálmica (que es rama de la carótida interna) y la de la temporal superficial con la misma oftálmica.—Véase cómo, en el ángulo superior izquierdo del dibujo—. Se han indicado también algunas anastomosis de los ramos carotídeos con los del lado opuesto a nivel de la frente, de la nariz, de los labios, de la lengua y del occipucio.

Por último, debemos advertir que aunque las anastomosis están dibujadas como si fueran por inosculación, boca a boca arterial, sólo son de este tipo la de la facial con la oftálmica y la de cada circunfleja bucal con la del lado opuesto, las demás tienen lugar en toda una zona más o menos extensa por intermedio de una red de finas mallas, entre las cuales suele haber alguna de mayor importancia que las otras.

1.—Carótida primitiva.

2.—Carótida externa.

6.—Tiroidea superior.

- Li.—Laríngea inferior.
Ti.—Tiroidea interna.
Tm.—Tiroidea media.
Tp.—Tiroidea posterior.
- 7.—Lingual.
Rh.—Rama hiodea.
Dl.—Dorsal de la lengua.
Asl.—Ramo para la glándula sublingual.
Rm.—Ramo mentoniano.
Fr.—Arteria del frenillo.
Ra.—Ranina (terminal).
- 8.—Facial.
Pi.—Palatina inferior.
Pt.—Pterigoidea.
SM.—Submaxilar.
SMN.—Submentoniana.
MI.—Maseterina inferior.
CI.—Coronaria inferior (labial).
CS.—Coronaria superior (labial).
Ast.—Arteria del subtabique.
AAN.—Arteria del ala de la nariz.
AA.—Arteria angular (terminal).
- 9.—Occipital.
Rem.—Ramo esternomastoideo.
RsM.—Ramos musculares.
ASM.—Arteria estilomastoidea (Esta arteria nace en muchos casos de auricular posterior).
RMe.—Ramo meníngeo.
REx.—Rama externa (terminal).
RIn.—Rama interna (terminal).
- 10.—Auricular posterior o auriculomastoidea.
RsM.—Ramos musculares.
Rp.—Rama parotídea.
RAP.—Rama anterior perforante (terminal).
RP.—Rama posterior (terminal).
- 11.—Faríngea inferior.
RF.—Rama faríngea.
Rpr.—Ramas prevertebrales.
AMP.—Arteria meníngea posterior (terminal).
- 4.—Maxilar interna (terminal).
Tim.—Timpánica.
Mm.—Meningea media.
RTm.—Ramos temporales.

RPe.—Ramo petroso.

RO.—Ramo orbitario.

Mm.—Meningea menor.

TPM.—Temporal profunda media.

TPA.—Temporal profunda anterior.

IO.—Infraorbitaria.

V.—Vidiana.

PtP.—Pterigo palatina.

DI.—Dentaria inferior.

Ms.—Maseterina.

PT.—Pterigoidea.

B.—Bucal.

AL.—Alveolar.

PS.—Palatina superior.

EP.—Esfenopalatina (terminal).

RIT.—Rama interna o del tabique.

REC.—Rama externa o de los cornetes.

5.—Temporal superficial (terminal).

TmC.—Transversal de la cara.

RAr.—Rama articular.

Raa.—Rama auricular anterior.

TPP.—Temporal profunda posterior.

RO.—Rama orbitaria.

RF.—Rama frontal o anterior (terminal).

RP.—Rama parietal o posterior (terminal).

Of.—Oftálmica (rama colateral de la carótida interna).

SO.—Supraorbitaria.

Na.—Nasal (rama terminal).

Fr.—Frontal (rama terminal).

Figura 3.^a—En ella se da idea de las anastomosis que tienen las ramas de la carótida interna de un lado con las de la carótida externa del mismo lado. En el dibujo aparecen cortadas las arterias que no intervienen en las anastomosis.

1.—Carótida primitiva.

2.—Carótida interna.

CT.—Ramo carótido timpánico.

GG.—Ramo para el ganglio de Gasser.

Ra.—Ramo anastomótico para la meninge media.

6.—Oftálmica.

LGr.—Lagrimal.

- RM.—Ramo malar.
- CR.—Central de la retina.
- CCP.—Ciliares cortas posteriores.
- CLP.—Ciliares largas posteriores.
- MS.—Muscular superior.
- MI.—Muscular inferior.
- SO.—Supraorbitaria.
- EP.—Etmoidal posterior.
- EA.—Etmoidal anterior.
 - Ma.—Ramo meníngeo anterior.
 - RNa.—Ramo nasal.
- PS.—Palpebral superior.
- PI.—Palpebral inferior.
 - Ra.—Ramo ascendente.
 - Rd.—Ramo descendente.
- Fr.—Rama frontal o ascendente (terminal).
- Na.—Rama nasal o descendente (terminal).

- 15.—Cerebral anterior.
- 14.—Cerebral media.
- 13.—Coroidea.
- 12.—Comunicante posterior.

3.—Carótida externa.

- 10.—Occipital posterior.
- 11.—Auricular posterior.
 - SM.—Estilo mastoidea.
- 9.—Tiroidea superior.
- 8.—Lingual.
- 7.—Facial.
- 4.—Temporal superficial (terminal).
 - RP.—Ramo posterior.
 - RA.—Ramo anterior.
- 5.—Maxilar interna (terminal).
 - Tin.—Timpánica.
 - MM.—Meníngea media.
 - Mm.—Meníngea menor.
 - TGM.—Temporal profunda media.
 - TPA.—Temporal profunda anterior.
 - PS.—Palatina superior.
 - V.—Vidiana.
 - PtP.—Pterigo palatina.
 - DI.—Dentaria inferior.
 - MS.—Maseterina.
 - Pt.—Pterigoidea.
 - B.—Bucal.
 - Al.—Alveolar.

- IO.—Infraorbitaria.
- EP.—Esfeno palatina (terminal).
- RI.—Rama interna o del tabique.
- EC.—Rama externa o de los cornetes.

Figura 4.^a—Representa la serie de anastomosis arteriales que tienen lugar dentro de la caja craneal, entre las divisiones de la carótida interna y las vertebrales, cuyo centro o nudo fundamental está constituido por el polígono de Willis. Arriba y a la izquierda está esquematizado el pequeño sistema oftálmico (suprimido en el lado derecho del dibujo) por entender que él puede constituir una vía accesoria importante de la circulación cerebral por intermedio de la arteria angular, en el caso de estar interceptada la carótida interna.

- 1.—Carótida interna.
- 2.—Oftálmica.
 - L.—Lagrimal.
 - Clp.—Ciliares posteriores largas.
 - CL.—Ciliares posteriores cortas.
 - MS.—Muscular superior.
 - CA.—Ciliares anteriores.
 - Na.—Nasal (rama terminal descendente).
 - Rasfr.—Rama ascendente frontal (terminal).
- 3.—Cerebral anterior.
 - CA.—Comunicante anterior.
 - FIP.—Frontal interna posterior.
 - FIM.—Frontal interna media.
 - FIA.—Frontal interna anterior.
- 4.—Cerebral media o silviana.
 - Orb.—Rama para el lóbulo orbitario.
 - FI.—Frontal inferior.
 - FA.—Frontal ascendente.
 - PA.—Parietal ascendente.
 - RT.—Ramas temporales.
 - PC.—Arteria del pliegue curvo.
- 5.—Comunicante posterior.
- 6.—Coroidea.
- 7.—Vertebral.
 - MP.—Menígea posterior.
 - EP.—Espinal posterior.
 - 4.º V.—Ramo para el cuarto ventrículo.
 - EA.—Espinal anterior.

8.—Cerebelosa posterior e inferior.

RI.—Rama interna.

RE.—Rama externa.

12.—Tronco basilar.

9.—Cerebelosa anterior e inferior.

10.—Cerebelosa superior.

11.—Cerebral posterior (terminal).

Ra.—Rama anterior.

Rm.—Rama media.

Rp.—Rama posterior.

CA, 3, 5 y 11 reunidas.—Polígono arterial de Willis.

An.—Angular (terminal de la facial).

Figura 5.^a—En ella están representadas las anastomosis transversales interarteriales a nivel de la cabeza y cuello.

La consideración de estas anastomosis junto con las representadas en las tres figuras precedentes (2, 3 y 4) y la siguiente (6), dará idea de cuán amplia es la interdependencia de los sistemas arteriales del cuello y hasta qué punto pueden suplirse unos a otros.

CP.—Carótida primitiva.

CI.—Carótida interna.

Of.—Oftálmica.

CM.—Cerebral media.

CA.—Cerebral anterior.

CR.—Coroidea.

Coa.—Comunicante anterior.

Cop.—Comunicante posterior.

CE.—Carótida externa.

TS.—Tiroidea superior.

L.—Lingual.

F.—Facial.

FI.—Faringea inferior.

OC.—Occipital.

AP.—Auricular posterior.

MI.—Maxilar interna.

TS.—Temporal superficial.

SC.—Subclavia.

V.—Vertebral. (Su fusión en la base del cráneo da lugar al tronco basilar).

RE.—Ramos espinales.

Ep.—Espinal posterior.

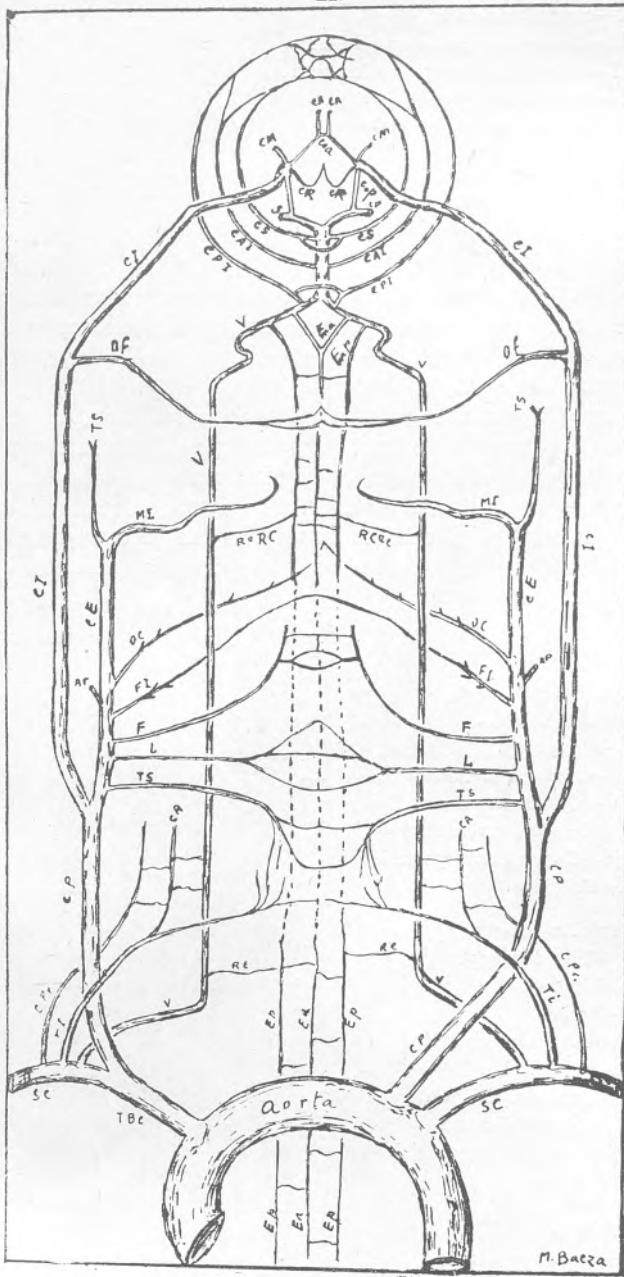


Fig. 5. — Anastomosis transversales en cabeza y cuello

- Ea.—Espinal anterior.
- CPI.—Cerebelosa posterior e inferior.
- CAI.—Cerebelosa anterior e inferior.
- CS.—Cerebelosa superior.
- CP.—Cerebral posterior (terminal).

- TI.—Tiroidea inferior.
- CA.—Cervical ascendente.

- CPr.—Cervical profunda.

Figura 6.^a—Reproduce, esquemáticamente como todas, la serie de anastomosis que enlazan la circulación de la arteria subclavia con la de las carótidas. El enlace fundamental está en el polígono de Willis, dibujado arriba y en el centro. En la parte derecha del dibujo se han representado las vías de unión entre la carótida externa y la subclavia. Y en la parte inferior izquierda, se han presentado los ramos espinales de la intercostal superior que por intermedio de las pequeñas arterias espinales enlaza con el tronco basilar y por consiguiente con la circulación carotídea cerebral.

En el dibujo se han suprimido las arterias que no intervienen en el sistema anastomótico que tratamos de poner en evidencia, aunque ellas por otra parte sean muy importantes.

- TBC.—Tronco braquiocefálico.

- CP.—Carótida primitiva.
- CI.—Carótida interna.
 - Of.—Oftálmica.
 - CM.—Cerebral media.
 - CoA.—Comunicante anterior.
 - CA.—Cerebral anterior.
 - CoP.—Comunicante posterior.
 - Co.—Coroidea.

- CE.—Carótida externa.
 - TS.—Tiroidea superior.
 - L.—Lingual.
 - F.—Facial.
 - AP.—Auricular posterior.
 - OC.—Occipital.
 - FI.—Faringea inferior.
 - MI.—Maxilar interna.
 - TS.—Temporal superficial.

- SC.—Subclavia.

- V.—Vertebral.
 - re.—Ramos espinales.
 - rm.—Ramos musculares.
 - MP.—Menígea posterior.

Ep.—Espinal posterior.

Ea.—Espinal anterior.

TB.—Tronco basilar (fusión de las dos vertebrales).

CPI.—Cerebelosa posterior e inferior.

CAI.—Cerebelosa anterior e inferior.

CS.—Cerebelosa superior.

CP.—Cerebral posterior.

CPr.—Cervical profunda.

TI.—Tiroidea inferior.

CA.—Cervical ascendente.

IS.—Intercostal superior.

Re.—Ramos espinales.

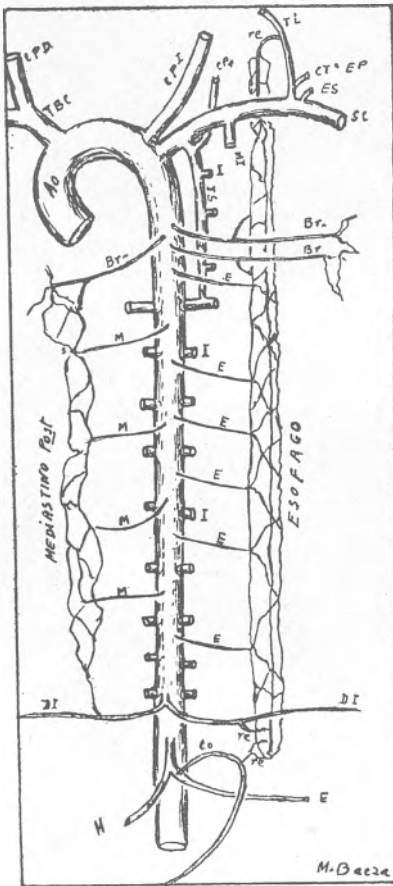


Fig. 7.—Sistema visceral torácico
Anastomosis longitudinales

Figura 7.^a—En ella se esquematizan la serie de anastomosis que a través de las vísceras torácicas enlazan longitudinalmente los sistemas arteriales del cuello y del abdomen. Son poco importantes (tienen una importancia mucho mayor los enlaces por vía parietal que se representan en la figura 11), están poco sistematizadas y las principales de ellas asientan sobre la pared esofágica.

Ao.—Aorta.

TBC.—Tronco braquiocefálico.

CPI.—Carótida primitiva izquierda.

SC.—Subclavia.

IS.—Intercostal superior.

CPr.—Cervical profunda.

MI.—Mamaria interna.

Ti.—Tiroidea inferior.

re.—Ramos esofágicos.

CT.—Cervical transversa o escapular posterior.

ES.—Escapular superior.

Br.—Arterias bronquiales.

E.—Arterias esofágicas.

M.—Arterias mediastínicas posteriores.

DI.—Diafragmática inferior.

re.—Ramos esofágicos.

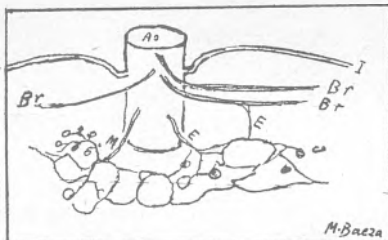
CO.—Coronaria estomáquica.

re.—Ramos esofágicos.

H.—Hepática.

E.—Esplénica.

Figura 8.^a—Representa las anastomosis transversales intratorácicas que enlazan entre sí las arterias viscerales del tórax. Son muy poco importantes y sobre todo muy poco fijas, por lo que no se pueden sistematizar. Las letras de la figura tienen la misma significación que en la anterior.



**Fig. 8.—Sistema visceral torácico
Anastomosis transversales**

Figura 9.^a—En ella se ha esquematizado el enlace de la circulación de la pared posterior del tórax (aorta) con la de la anterior (mamarias internas) por intermedio de las intercostales y a la vez otras relaciones de las ramas posteriores de estas arterias.

Ao.—Aorta.

I.—Intercostales.

DE.—Dorso espinal.

E.—Espinal (rama).

V.—Vertebral.

ep.—Espinales posteriores.

ea.—Espinales anteriores.

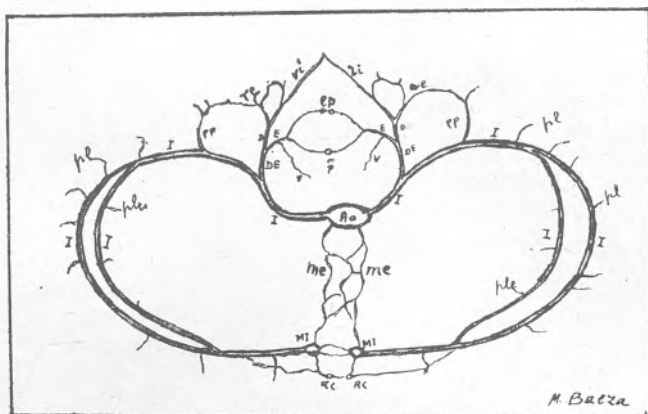


Fig. 9.—Metamera dorsal

D.—Dorsal (rama).

ri.—Ramos internos.

re.—Ramos externos.

PP.—Perforantes posteriores.

pl.—Perforantes laterales.

ple.—Pleurales.

MI.—Mamarias internas.

Rc.—Ramos subcutáneos.

me.—Ramos mediastínicos.

Figura 10.—Es al abdomen lo que la anterior al tórax. En ella se pone de manifiesto el enlace transversal, por intermedio de las arterias lumbares, entre las aorta y las ramas ascendentes de las ilíacas, y las descendentes de las mamarias internas.

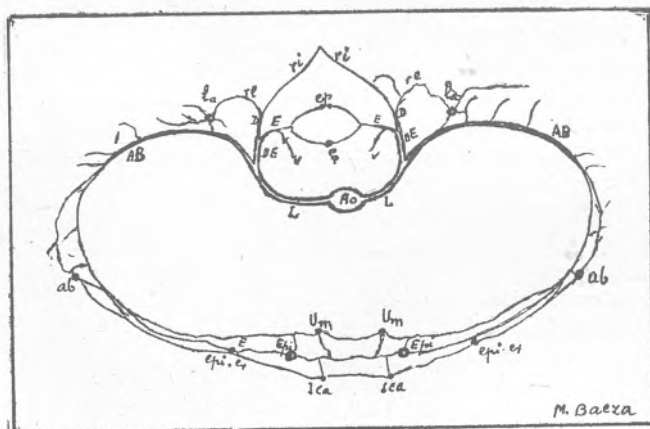


Fig. 10. — Metamera abdominal

Ao.—Aorta.

L.—Lumbares.

DE.—Dorso espinal.

E.—Espinal (rama).

V.—Vertebral.

ep.—Espinales posteriores.

ea.—Espinales anteriores.

D.—Dorsal (rama).

ri.—Ramos internos.

re.—Ramos externos.

AB.—Abdominal (terminal de la lumbar).

la.—Lumbar ascendente (rama de la iliolumbar hipogástrica).

ab.—Abdominal (rama ascendente de la circunfleja ilíaca).

Epi.—Epigástrica.

epiex.—Epigástrica externa (poco importante, rama de la circunfleja ilíaca).

Um.—Umbilical.

Sca.—Subcutánea abdominal (femoral).

Figura 11.^a—En ella se ha pretendido representar en forma esquemática el conjunto visual que ofrecería la media pared izquierda del tronco al ser abierta, colocada en un plano y mirada por su cara interna, para que en ella se aprecie la gran cantidad de anastomosis que hay entre unas y otras arterias, de tal manera que el conjunto es una verdadera jaula arterial.

Para simplificar el dibujo, en vez de pintar las intercostales dobles, como en realidad son durante la mayor parte de su trayecto, se han dibujado sencillas.

Como en otros dibujos, se ha prescindido también aquí de las arterias que no intervienen en este sistema anastomótico.

Ao.—Aorta.

CP.—Carótida primitiva.

SC.—Subclavia.

IS.—Intercostal superior.

MI.—Mamaria interna.

st.—Ramos subcutáneos torácicos (poco importantes).

MF.—Músculo frénica (terminal).

Ab.—Abdominal (terminal).

IC.—Intercostales.

L.—Lumbares.

IP.—Ílaca primitiva.

DI.—Diafragmática inferior.

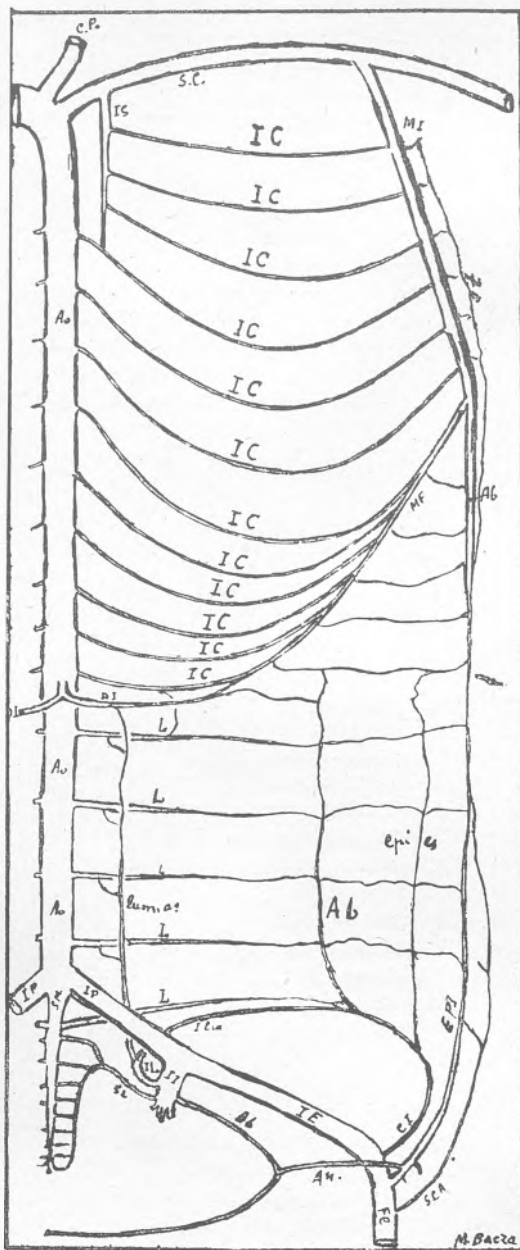


Fig. 1.1—Sistema parietal del tronco

II.—Íliaca interna.

- IL.—Ilio lumbar.
 - lum as.—Lumbar ascendente.
 - ilia.—Íliaca.
- SL.—Sacra lateral.
- Ob.—Obturatriz.
- An.—Anastomótica.

IE.—Íliaca externa.

- EPI.—Epigástrica.
- CI.—Circunfleja íliaca.
 - epi ex.—Epigástrica externa.
 - Ab.—Abdominal.
- FE.—Femoral (continuación).
- SCA.—Subcutánea abdominal.

SM.—Sacra media (terminal).

Figura 12.^a—Está representado en ella el modo como se anastomosan entre sí las arterias viscerales del abdomen.

En el dibujo puede écharse de ver que forman dos grupos principales o sistemas, uno que pudiéramos llamar de abdomen alto en torno al tronco celiaco y otro de abdomen bajo en torno a las mesentéricas.

Ao.—Aorta.

1.—Diafragmática inferior.

- RI.—Rama interna.
- RE.—Rama externa.
- CS.—Capsular superior.
- EC.—Ramos esofágicos y cardíacos.

2.—Hepática.

- H.—Ramas hepáticas terminales.
- Cis.—Cística.
- CD.—Gastroepiploica derecha.
 - PD.—Pancreático duodenal.
- Pi.—Pilórica.

3.—Esplénica.

- E.—Ramos esplénicos terminales.
- Pan.—Ramos pancreáticos.
- GE.—Gastroepiploica izquierda.
 - Epi.—Vasos epiploicos.
- G.—Ramos gástricos.
- VC.—Vasos cortos.

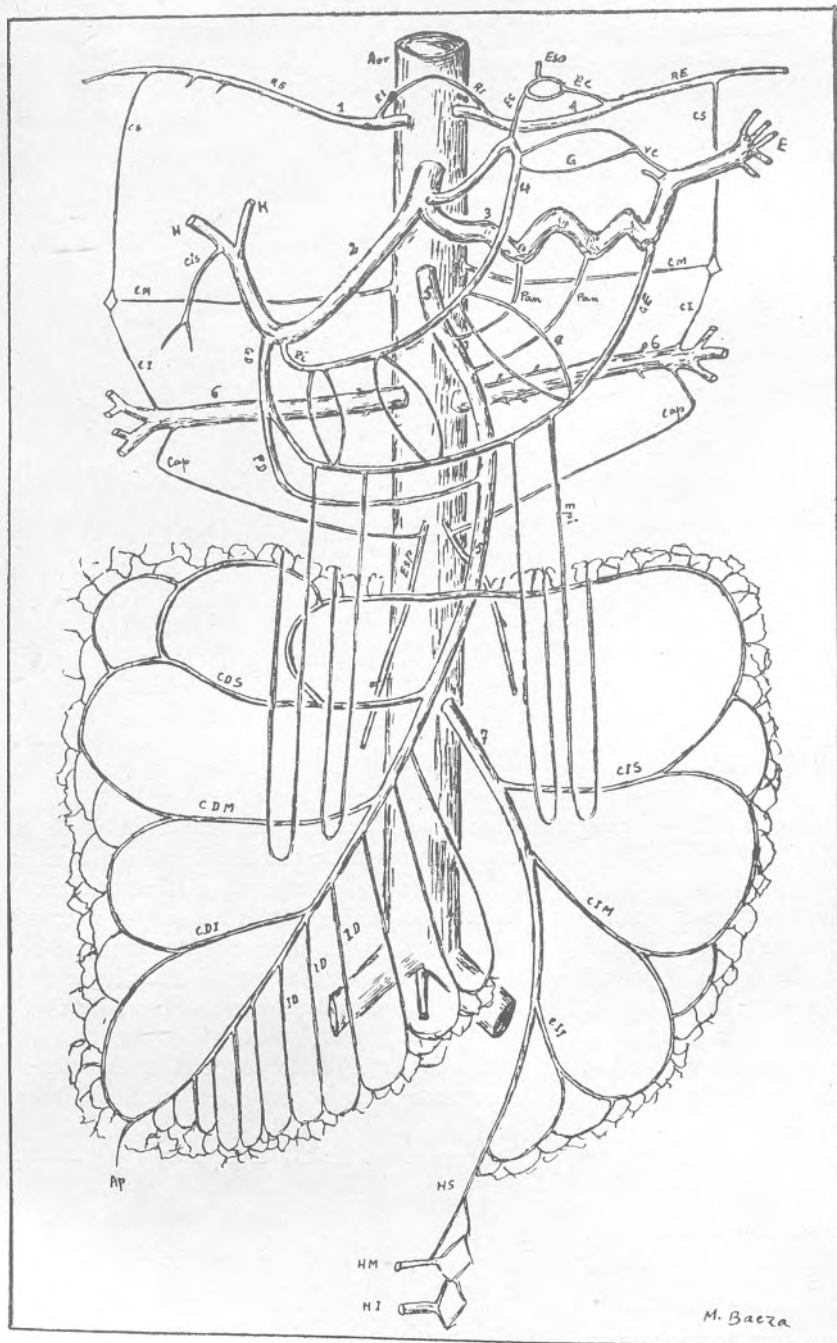


Fig. 12.—Sistema visceral abdominal

- 4.—Coronaria estomáquica.
 EC.—Ramos esofágicos y para el cardias.
 G.—Vasos gástricos.

- 5.—Mesentérica superior.
 Pan.—Pancreáticos (ramos).
 CDS.—Colica derecha superior.
 CDM.—Colica derecha media.
 CDI.—Colica derecha inferior.
 ID.—Ramas del intestino delgado.
 Ap.—Apendicular.

CM.—Capsular media.

- 6.—Renales.
 CI.—Capsulares inferiores.
 Cap.—Rama para la cápsula del riñón.

Esp.—Espermáticas.

- 7.—Mesentérica inferior.
 CIS.—Colica izquierda superior.
 CIM.—Colica izquierda media.
 CII.—Colica izquierda inferior.
 HS.—Hemorroidal superior.

HM.—Hemorroidal media.

HI.—Hemorroidal inferior.

Figura 13.^a—Representa cómo se enlazan las arterias viscerales de la pelvis del hombre. Estas anastomosis merecen un comentario y es que salvo la que está representada por la letra **a** que corresponde a la arteria anastomótica entre la obturatriz y la circunfleja, las demás no son anastomosis gruesas sino finas y múltiples en la mayoría de los casos (en red) pero no por ello menos importantes, puesto que a su través puede tener lugar una activa circulación supletoria. Estas redes son sobre todo abundantes a nivel del recto y la vejiga.

En el dibujo aparece la arteria funicular como colateral de la epigástrica, naciendo antes que la anastomótica «cuando en realidad nace después».

El círculo de puntos que encuadra la figura, representa las paredes limitantes de la pelvis.

IP.—Íliaca primitiva.

II.—Íliaca interna.

IL.—Iliolumbar.

SL.—Sacra lateral.

PS.—Perineal superficial.

PP. Perineal profunda, transversal del perineo o bulbo-uretral.

DP.—Dorsal del pene.

C.—Cavernosa.

IS.—Isquiática.

OB.—Obturatriz.

a.—Rama anastomótica.

IE.—Iliaca externa.

Epi.—Epigástrica.

a.—Anastomótica.

FU.—Funicular.

HS.—Hemorroidal superior (mesentérica inferior).

Ve.—Ramos vesicales de distintas arterias.

Figura 14.^a—Es a la circulación de las vísceras pelvianas femeninas lo que la anterior es a las del hombre. Las mismas observaciones que hicimos con relación al anterior, sirven para ésta; pero es preciso añadir que existe en la mujer una anastomosis más por inosculación a nivel de los cuernos uterinos entre la uterina y la ovárica, anastomosis importante por su tamaño, sobre todo durante la gestación y porque enlaza directamente la circulación pelviana con la abdominal.

I. P.—Iliaca primitiva.

II.—Iliaca interna.

IL.—Iliolumbar.

SL.—Sacra lateral.

s.—Rama superior.

i.—Rama inferior.

U.—Uterina.

VA.—Vaginal.

UM.—Umbilical.

HM.—Hemorroidal media.

VI.—Vesical inferior.

PI.—Pudenda interna.

HI.—Hemorroidal inferior.

PS.—Perineal superficial.

PP.—Perineal profunda.

DC.—Dorsal del clítoris.

C.—Cavernosa.

IS.—Isquiática.

Ob.—Obturatriz.

IE.—Iliaca externa.

Epi.—Epigástrica.
a.—Anastomótica.

HS.—Hemorroidal superior (mesentérica inferior).

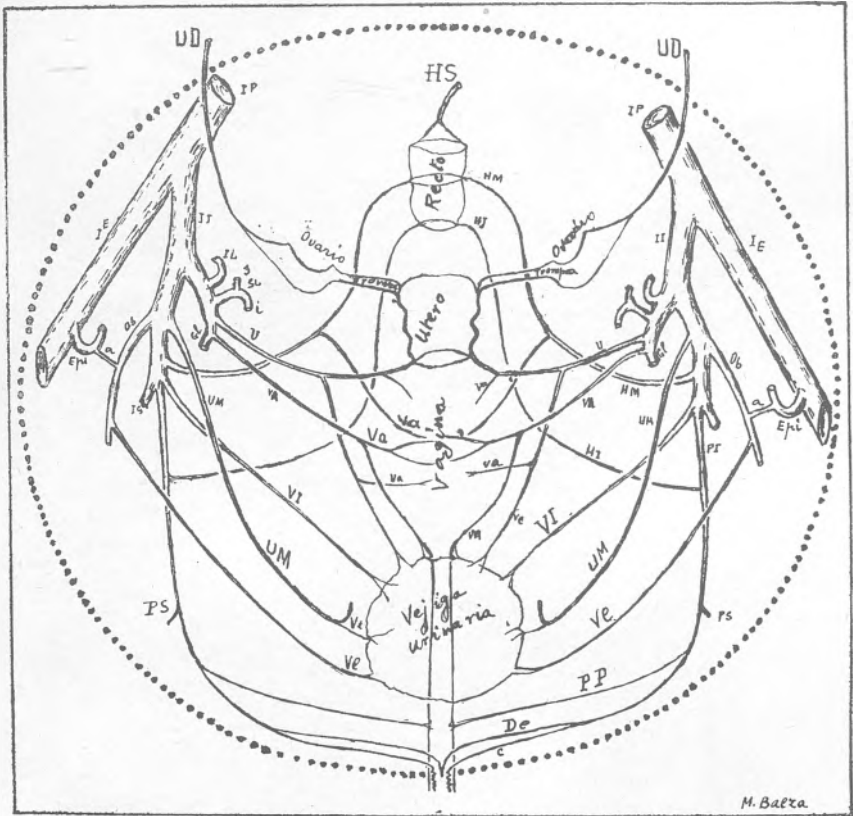


Fig. 14.—Sistema pélvico visceral de la mujer

UO.—Utero-ovárica (aorta abdominal).

Ve.—Ramos vesicales de distintas arterias.

Va.—Ramos vaginales de distintas arterias.

Figura 15.^a—Se han esquematizado en ella los enlaces de la circulación axilo-humeral con la subclavio-aórtica, enlace que tiene lugar por las arterias del hombro en la forma que mejor que cualquier descripción expresa el dibujo. En él se ha prescindido como en todos de las ramas arteriales que no intervienen en este sistema anastomótico y se ha dibujado una sola intercostal por cada espacio para no complicar.

1.—Aorta.

2.—Carótida primitiva.

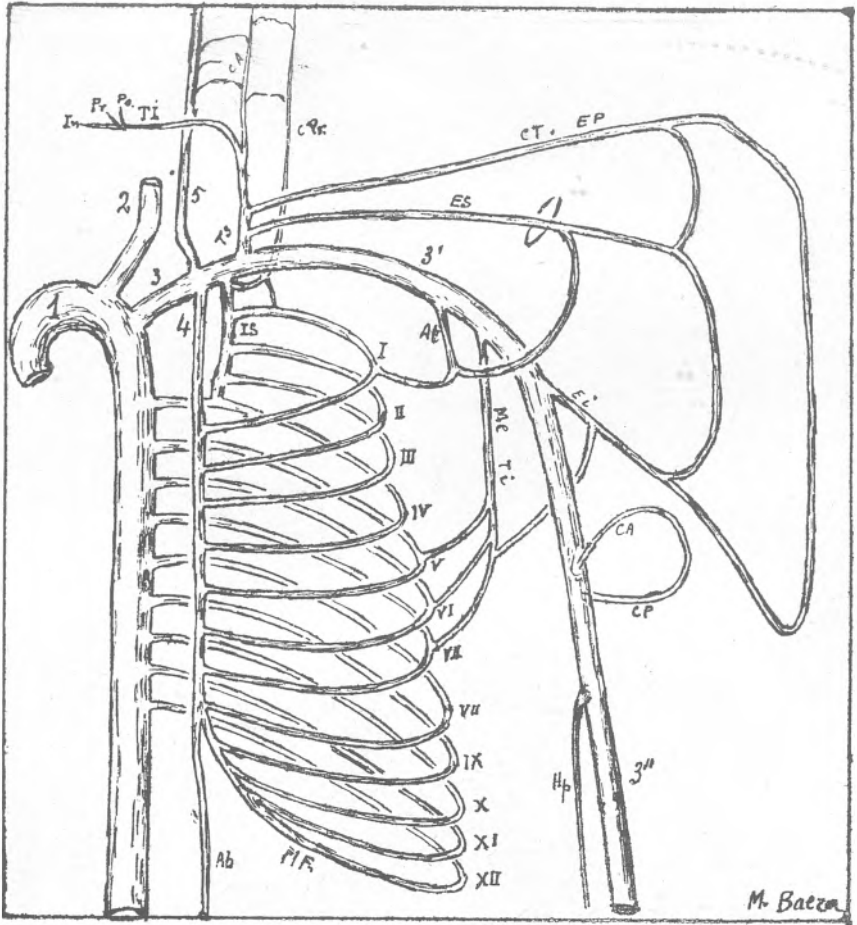


Fig. 15.—Sistema subclavio-axilar-torácico parietal

3.—Subclavia.

4.—Mamaria interna.

5.—Vertebral.

TS.—Tronco tiroescapular.

TI.—Tiroidea inferior.

CA.—Cervical ascendente.

CT.—Cervical transversa o escapular posterior.

ES.—Escapular superior.

IS.—Intercostal superior.

I, II, III.—Primera, segunda y tercera intercostales.
CPr.—Cervical profunda.

3'.—Axilar (continuación de la subclavia).
At.—Acromio torácica.
Me.—Mamaria externa o torácica inferior.
Ei.—Escapular inferior.
CA.—Circunfleja anterior.
CP.—Circunfleja posterior.

3''.—Humeral (continuación de la axilar).
Hp.—Humeral profunda.

IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI y XII.—Intercostales aórticas.

Figura 16.^a—Representa la serie de anastomosis que en la cadera y muslo enlazan la circulación sacroilíaca con la femoral y cada uno de los gruesos troncos entre sí.

SM.—Sacra media.

LV.—Lumbar 5.^a.

II.—Ilíaca interna.

IL.—Iliolumbar.

La.—Lumbar ascendente.

I.—Ilíaca.

Su.—Rama superficial.

Pro.—Rama profunda.

SL.—Sacra lateral.

su.—Rama superior.

In.—Rama inferior.

Gl.—Glútea.

su.—Rama superficial.

pr.—Rama profunda.

tfl.—Ramo para el tensor de la fascialata.

VI.—Vesical inferior.

HM.—Hemorroidal media.

UM.—Umbilical.

Ob.—Obturatriz.

Pu.—Rama púlica o retropúlica.

e.—Rama externa (terminal).

i.—Rama interna (terminal).

g.—Rama genital (tegumentaria).

PI.—Pudencia interna.

PS.—Perineal superficial.

IS.—Isquiática.

pos.—rama posterior.

des.—Rama descendente.

IS.—Rama isquiática.
 Arnc.—Arteria del nervio ciático.

IE.—Íliaca externa.
 CI.—Circunfleja ilíaca.
 Epi.—Epigástrica.
 Spu.—Suprapúbica.
 a.—Anastomótica.

F.—Femoral.
 SCA.—Subcutánea abdominal.
 Pes.—Pudenda interna superior.
 Pei.—Pudenda externa inferior.
 ACu.—Arteria del cuádriceps.
 FP.—Femoral profunda.
 CA.—Circunfleja anterior.
 CP.—Circunfleja posterior.
 1.^a P.—Primera perforante o mayor.
 2.^a P.—Segunda perforante o media.
 3.^a P.—Tercera perforante o menor.

Figura 17.^a— Expresa las anastomosis que a nivel del codo enlazan la circulación humeral con la radial y cubital.

H.—Humeral.
 Hp.—Humeral profunda.
 RA.—Rama anterior.
 RP.—Rama posterior.
 ASO.—Anastomosis supraolecraniana.
 CIS.—Colateral interna superior.
 CII.—Colateral interna inferior.
 ra.—Rama anterior.
 rp.—Rama posterior.
 R.—Radial.
 RRA.—Recurrente radial anterior.
 C.—Cubital.
 TI.—Tronco de las interóseas.
 IP.—Interósea posterior.

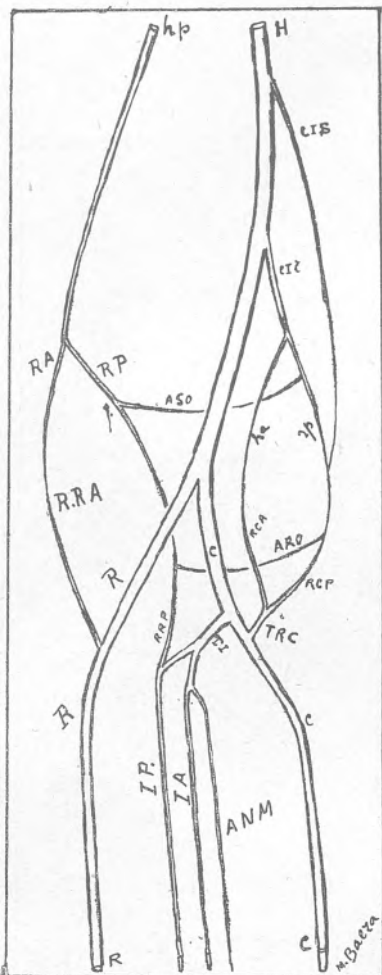
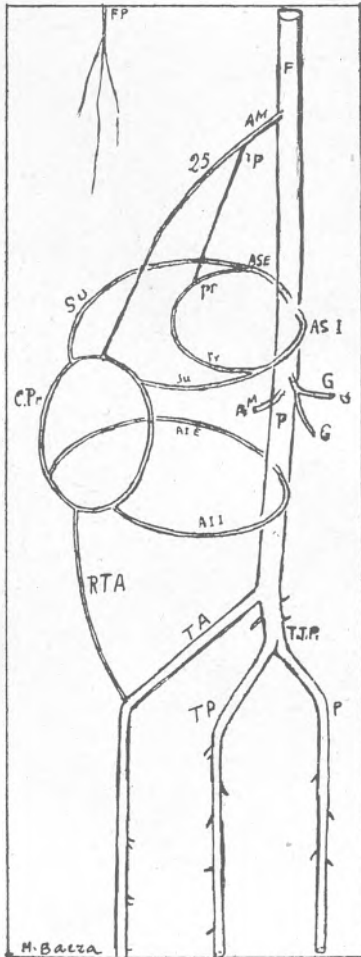


Fig. 17
Sistema húmero-radio-cubital

- RRP.—Recurrente radial posterior.
 IA.—Interósea anterior.
 ANM.—Arteria del nervio mediano.
 TRC.—Tronco de las recurrentes cubitales.
 RCA.—Recurrente cubital anterior.
 RCP.—Recurrente cubital posterior.
 ARO.—Anastomosis retroolecraniana.

Figura 18.^a—Representa las anastomosis que a nivel de la rodilla enlazan la femoral con la poplitea y la tibial anterior.



F.—Femoral.

FP.—Femoral profunda.

AM.—Anastomótica mayor.
 su.—Ramo superficial.
 rp.—Ramo profundo.

ASE.—Articular superior externa.
 su.—Rama superficial.
 rp.—Rama profunda.

ASI.—Articular superior interna.
 su.—Rama superficial.
 rp.—Rama profunda.

AM.—Articular media.
 G.—Gemelas.

AIE.—Articular inferior externa.
 AII.—Articular inferior interna.

TA.—Tibial anterior.
 RTA.—Recurrente tibial anterior.

TTP.—Tronco tibio peroneo.
 TP.—Tibial posterior.
 P.—Peronea.

Figura 19.^a—Resumen de la circulación arterial de la mano.

R.—Radial.

TAC.—Transversal anterior del carpo.

RP.—Radio palmar.

C.—Cubital.

CP.—Cubitopalmar.

Fig. 18

Sistema tibio-peróneo-femoral

ID.—Interóseas dorsales, 1.^a, 2.^a, 3.^a, 4.^a.

IP.—Interóseas palmares.

d.—Digitales.

P.—Perforantes.

CDE.—Colaterales dorsales externas de los dedos.

CDI.—Colaterales dorsales internas de los dedos.

CPE.—Colaterales palmares externas de los dedos.

CPI.—Colaterales palmares internas de los dedos.

Figura 20.^a—Circulación arterial del pie.

TA.—Tibial anterior.

MI.—Maleolar interna.

ME.—Maleolar externa.

P.—Pedia.

lit.—Ramos para el lado interno del tarso.

DT.—Dorsal del tarso.

as.—Ramos ascendentes.

des.—Ramos descendentes.

DM.—Dorsal del metatarso.

2.^a ID.—Segunda interósea dorsal.

3.^a ID.—Tercera interósea dorsal.

4.^a ID.—Cuarta interósea dorsal.

as.—Ramos ascendentes.

1.^a ID.—Primera interósea dorsal.

P.—Peronea.

Pa.—Peronea anterior.

Pp.—Peronea posterior.

ma.—Ramos maleolares.

cal.—Ramos calcáneos.

atpp.—Anastomosis entre la peronea y la tibial posterior.

TP.—Tibial posterior.

PI.—Plantar interna.

PE.—Plantar externa.

PE'.—Arco plantar.

IP.—Interóseas plantares.

PE.—Perforantes.

a.—Anastomóticos.

cde.—Colaterales dorsales externas de los dedos.

pdi.—Colaterales dorsales internas de los dedos.

cpe.—Colaterales plantares externas.

cpi.—Colaterales plantares internas.

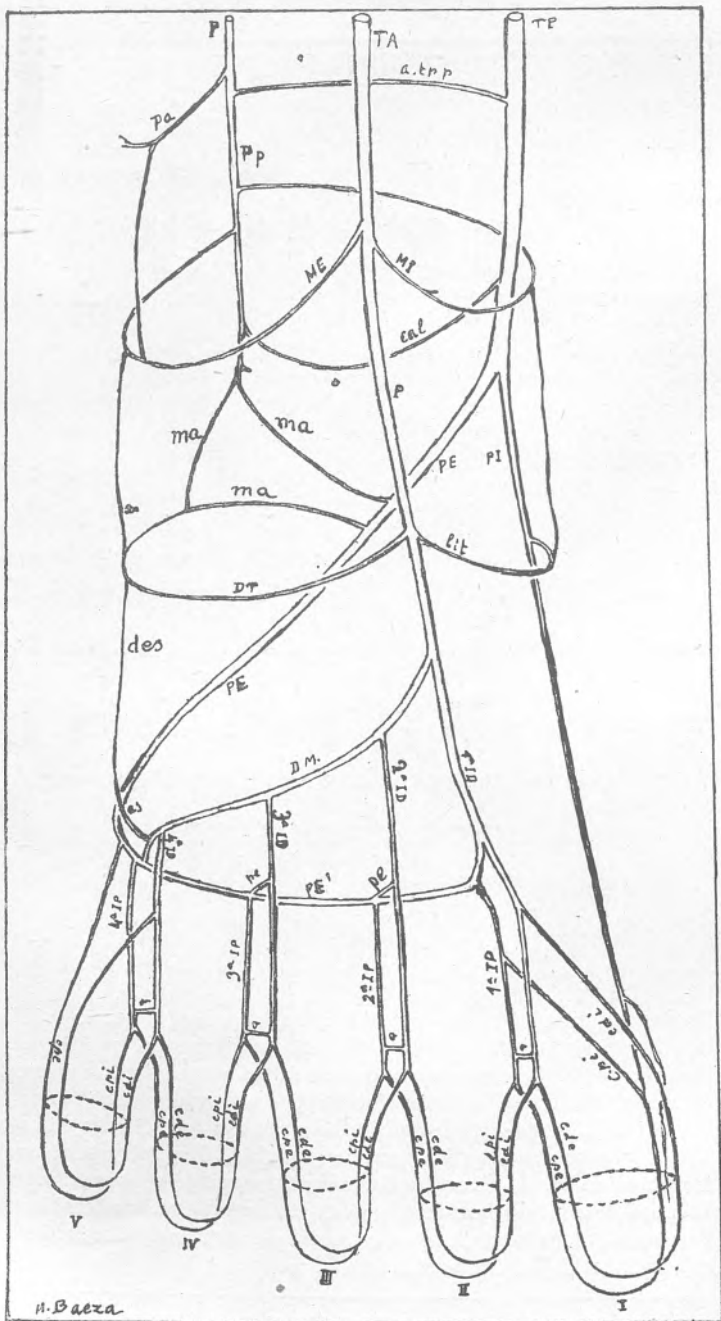


Fig. 20. — Sistema circulatorio del pie

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

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

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

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

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

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

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

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

FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

Las estalagmonas urinarias en la tuberculosis pulmonar

por

José MARTÍNEZ BRUNA
Profesor auxiliary Luis de CASTRO GARCÍA
Alumno interno numerario

De todos es conocida la gran importancia de la velocidad de sedimentación para el diagnóstico, y sobre todo para el pronóstico de la tuberculosis pulmonar.

Si bien hemos de reconocer que se trata de un proceso inespecífico y por lo tanto que pueden existir causas múltiples susceptibles de provocar aumentos de velocidad de sedimentación, no es menos cierto que en la práctica, conforme indica Radecker, una V. S. alta nos hará extremar nuestro celo y procurarnos por un examen completo y detenido del enfermo para asegurarnos de si padece o no un proceso tuberculoso.

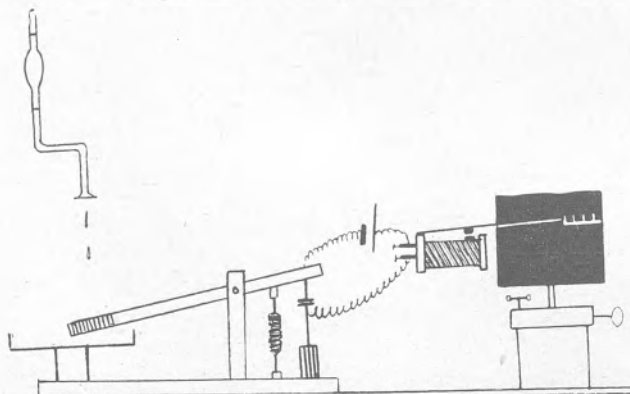
Pero todavía es mucho mayor el valor de esta determinación de una manera sistemática y periódica en todo enfermo de tuberculosis pulmonar, pues de la posesión de estos datos, y de su confrontamiento con los demás proporcionados por la clínica y por el laboratorio, podemos sacar consecuencias interesantísimas sobre el pronóstico del enfermo, conforme indican Bauer y Navarro.

Este último autor llega a asegurar que la V. S. guarda relación con la forma anatomoclínica del proceso.

Por desgracia, por lo que se refiere a la explicación del mecanismo de esta reacción, estamos todavía en el terreno de la hipótesis; Fahraeus, Linzemeier y Höber admiten que en los plasmas de los sujetos con V. S. acelerada, existen sustancias con carga eléctrica positiva, capaces de ser absorbidas en la superficie de los hematíes, disminuyendo así su carga negativa, repeliéndose con menos fuerza, aglutinándose y precipitándose más rápidamente. Starling y Oetingen suponen, y lo demuestran para algunos, que en los plasmas de sujetos con alta V. S. está aumentada la labilidad de las albuminas, quizá por aumento de la fracción globulínica y que esta labilidad justificaría el aumento de la V. S. por un mecanismo semejante al invocado anteriormente.

A estas hipótesis, muy sugestivas, puede presentárseles la objeción de que se han estudiado una serie de reacciones llamadas de labilidad, que no siempre van de acuerdo con la velocidad de sedimentación. Se siente, por lo tanto, la necesidad de buscar otros factores, que bien sólo por sí mismos, o sumando su acción a los anteriores, proporcionen una explicación completa del fenómeno.

En este sentido son altamente interesantes los trabajos de Bechold, Reiner y Schemenski, quienes a continuación de los trabajos de Oetingen, que demostró la disminución de tensión superficial en el plasma de los sujetos con V. S. alta, elaboraron la hipótesis de que en este plasma podían existir sustancias alohemáticas, productos de la destrucción incompleta de las albú-



El estalagmómetro debe estar colocado a cierta altura, unos 60 cm., para que la gota no actúe sólo por su peso sino también por su fuerza viva.

Gráfica 1.^a - Normal.

Gráfica 2.^a - Tuberculosis.

Gráfica 3.^a - Tuberculosis.

Gráfica 4.^a - Cirrosis.

n.º de gotas 19. (menor) A. Blanco densidad a 15.º (carta)

n.º de gotas 64 P.º (carta) densidad a 15.º - 1020

n.º de gotas 54.9 densidad 18.º - 1029 342
P.º German

n.º de gotas 49 densidad a 15.º - 1029 (carta)

minas corporales que denominaron *Estalagmonas* y que serían las responsables de este aumento en la velocidad de sedimentación. Siendo estas sustancias extrañas a la composición de la sangre, serán eliminadas por la orina acarreado en ésta, por su presencia, la disminución de tensión superficial susceptible de ser determinada por estalagmometría. De hecho pudieron demostrar esta disminución en la orina de la T. S. en alguno de los estados que cursan con aumento de la V. S., embarazo, tumores malignos, inyecciones de metales coloidales, etc.

Nuestro objeto al realizar el estudio en la tuberculosis pulmonar, ha sido debido, por una parte, para ver si era posible el aplicarle los razonamientos de estos autores, y por otra, de ser favorables los resultados en cuanto a concordancia de la T. S. en la orina, y la V. S. poder sustituirla

por la primera, libre de toda molestia para el enfermo, a diferencia de la última, en la cual la toma de sangre en muchas ocasiones, de una manera sistemática, y sobre todo en enfermos con medicación cálcica intravenosa que tan en boga está hoy, puede tener dificultades y ser hasta de una imposibilidad técnica.

El primer problema que se nos planteó fué la elección de técnica para la determinación de la tensión superficial. El aparato más corrientemente utilizado para este objeto, y del que disponíamos en el laboratorio, es el estalagmómetro de Traube. Al empezar a manejarlo con el fin de adiestrarnos en su técnica, pronto nos dimos cuenta de lo fatigoso que resultaba la cuenta de las gotas durante los 10 minutos que aproximadamente tarda en vaciarse.

Pensamos inmediatamente el empleo de un método gráfico, y al efecto construimos el sencillo aparato, que llamamos Estalagmógrafo, que puede verse en el esquema, empleando como cilindro registrador el del metabolímetro de Kroch, y como señal eléctrica el cronógrafo del mismo, por disponer de este aparato, siendo muy fácil encontrar en todo laboratorio regularmente montado, accesorios para improvisar este sencillo dispositivo. Este procedimiento nos dejó plenamente satisfechos en cuanto a exactitud y comodidad, señalando entre sus ventajas, además de la de dejar libre al operador durante la mayor parte de la determinación (debe emplearse un reloj advertidor, que se pondrá marcando aproximadamente 10 minutos, que son los que regularmente tarda en vaciarse), el que abriendo el circuito en el momento en que el menisco afora al enrarse inferior, por la longitud del trazo que separa en la gráfica obtenida, la señal de la última gota, de la de apertura podemos deducir con bastante aproximación, las fracciones de gota sin emplear la escala auxiliar del estalagmómetro, con la consiguiente comodidad.

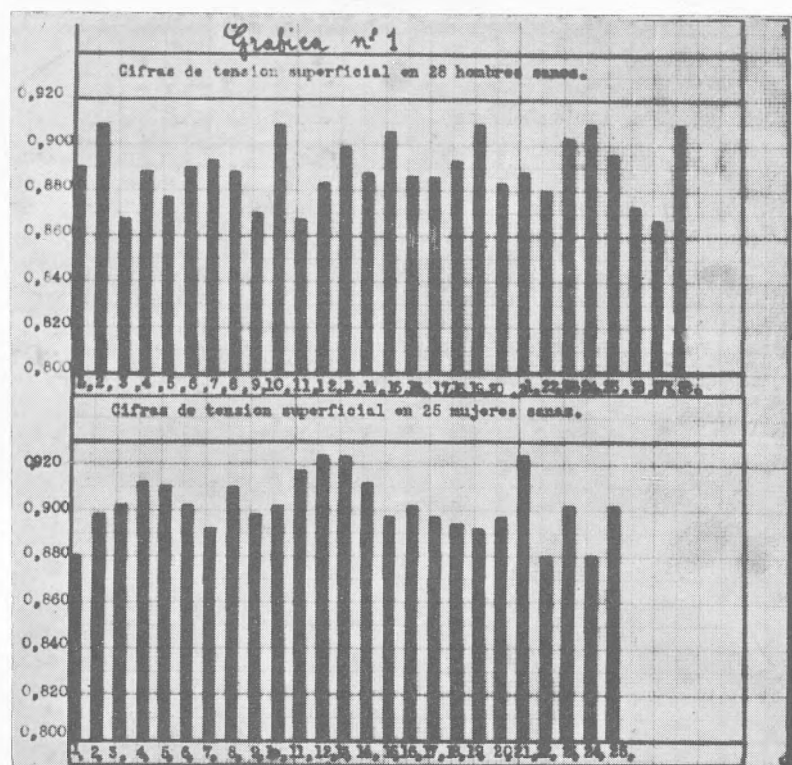
Damos algunas de las gráficas obtenidas, para que pueda juzgarse de la ventaja y del resultado.

La orina empleada para las determinaciones, era recogida con las precauciones ordinarias durante 24 horas, filtrada; determinada la densidad (d), y contadas las gotas ($N'g$ =número de gotas obtenidas con la orina, Ng =número de gotas-obtenidas con el agua), la fórmula para la determinación de la tensión superficial relativa, era la siguiente:

$$T. S. = \frac{Ng \text{ (agua)}}{N'g \text{ (orina)}} \times d$$

En posesión de un método seguro, cómodo y exacto, a cuya falta hasta el momento atribuimos el que no sean muy frecuentes los trabajos de esta clase, que no obstante su simplicidad lo comenzamos nosotros. Empezamos por realizar determinaciones en sujetos sanos de ambos sexos, los resultados van expresados en la gráfica número 1. El valor medio en las mujeres es de 0,906, con un máximo de 0,924 y un mínimum de 0,880, y para los hombres, la media 0,892, máximo 0,909 y mínimum 0,867.

Se aprecia en la gráfica, que tanto en los hombres como en las mujeres, los valores extremos son poco frecuentes, existiendo un marcado predominio de los próximos a la cifra media, por lo que no obstante, el número



Gráfica núm. 1

de casos no muy elevado, podemos considerar las cifras medias como exactas. Se nota igualmente que las cifras son más bajas en el hombre, limitándonos simplemente a señalar este hecho sin dar una explicación de momento, para lo que haría falta un estudio más detenido, que se sale de nuestras aspiraciones, que han sido simplemente el proporcionarnos una contraprueba de nuestras experiencias.

Comentamos entonces la realización simultánea de las determinaciones de T. S. en enfermos de diferentes dolencias y de T. P., practicando en estos últimos, al mismo tiempo, determinaciones de velocidad de sedimentación, imprescindibles dado el objeto que perseguíamos.

Los resultados medios esquemáticamente representados, son los siguientes:

	Normales	Enfermos de diversas dolencias	T. P.
Mujeres	0,906	0,865	0,853
Hombres	0,892	0,852	0,836

Por lo tanto, las cifras de T. S. descienden en el estado de enfermedad y más en la tuberculosis que en las restantes enfermedades, siendo signo de notarse que este descenso es sensiblemente el mismo en el hombre que en la mujer, tanto para la tuberculosis como para las demás enfermedades.

Damos en el cuadro número uno los resultados obtenidos en enfermos de distintas dolencias, aunque sólo a título de curiosidad, pues el hecho de estar repartidos en varias clases y en número escaso, le resta interés:

Cuadro número 1 (mujeres)

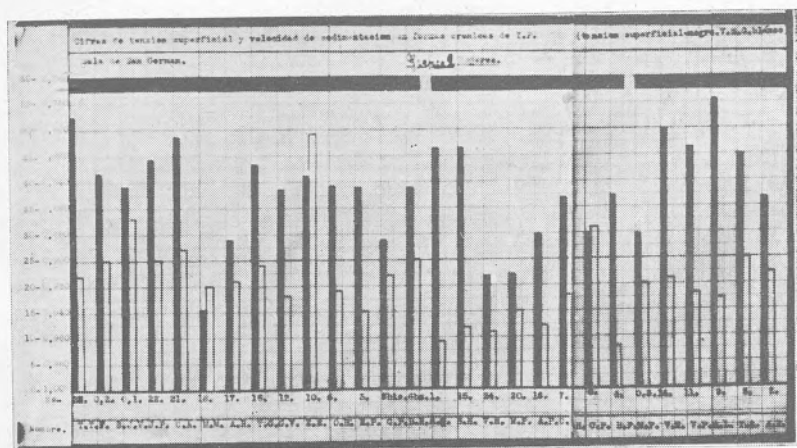
N.º sala	Nombre	N.º de gotas	Densidad	T. S.	DIAGNOSTICO
9	E. R.	61,8	1,023	0,857	Quiste hidatídico supurado.
0,5	C. M.	62,3	1,033	0,865	» » »
20	—	61	1,015	0,884	Endocarditis y esclerosis renal.
19	Z. A.	62	1,027	0,860	Atrofia muscular miopática.
22	—	59	1,024	0,891	Ulcus gástrico.
17	C. J.	58	1,017	0,911	Diabetes pancreática.
0,9	E. Q.	66	1,032	0,812	Septicemia gonocócica.
7	—	66,5	1,027	0,808	Reumatismo crónico.
23	—	57	1,014	0,926	» »
3	F. R.	59	1,028	0,904	Hipertiroidismo.
0,8	—	63	1,010	0,840	Bocio exoftálmico.
0,2	C. Q.	64,5	1,030	0,830	Peritonitis fímica.
5	—	61	1,028	0,887	» »
2	—	63,2	1,039	0,851	Pleuresía metaneumónica.
0,5	G. G.	66,5	1,030	0,810	Hemiplejía.
21	C. C.	60,3	1,026	0,889	Lúes vascular.
4	C. G.	66	1,028	0,808	» cerebro-espinal.
18	M. F.	61,9	1,030	0,864	» » »
25	—	67	1,025	0,732	Esclerosis en placas.
8	R. G.	61,2	1,019	0,879	Bronquitis crónica.

Cuadro número 1 (continuación) hombres

N.º sala	Nombre	N.º de gotas	Densidad	T. S.	DIAGNOSTICO
11	E. G.	61,7	1,022	0,827	Lúes pulmonar.
7	F. O.	62	1,024	0,858	Neuritis óptica luética.
3	M. M.	65,9	1,028	0,826	Aortitis luética.
22	A. H.	66	1,035	0,807	» »
17	G. R.	64,7	1,015	0,815	Atrofia muscular mielopática.
21	H. M.	66	1,026	0,807	Parálisis general progresiva.
0,2	B. Q.	66,5	1,018	0,796	Lúes.
0,3	L. M.	60	1,022	0,885	Epilepsia genuina.
16	F. S.	56,8	1,017	0,915	Esclerosis en placas.
5	T. P.	57,6	1,013	0,925	Arritmia extrasistólica.
18	L. H.	62,9	1,029	0,843	Miocarditis crónica.
0,3	T. S.	56,2	1,012	0,913	» »
8	P. Q.	63,2	1,022	0,843	Neoplasia pulmonar.
19	M. Q.	61,9	1,017	0,852	Diabetes pancreática.
14	S. F.	63,7	1,027	0,812	Pleuresía serofibrinosa.
4	P. N.	67	1,030	0,736	Atrofia muscular miopática.
9	P. H.	64,1	1,031	0,830	Reumatismo gonocócico.
12	P. S.	63	1,019	0,838	Nefritis aguda.
0,1	LL. L.	77	1,029	0,624	Cirrosis de Laennec.
13	J. M.	58	1,018	0,896	Úlcus gástrico.
2	D. G.	63,5	1,028	0,818	Aguila gástrica.
1	D. S.	65,6	1,028	0,789	Úlcus recidivante.
0,3	Z. M.	58	1,022	0,893	Enterocolitis inespecífica.
10	J. M.	58,3	1,017	0,911	Bronquitis crónica.
8	L. D.	64	1,023	0,830	» »
6	M. R.	66	1,025	0,806	» »
10	—	66,7	1,019	0,801	» »
1	M. H.	64,4	1,026	0,826	Anemia perniciosa.
2	M. F.	67	1,026	0,800	» »

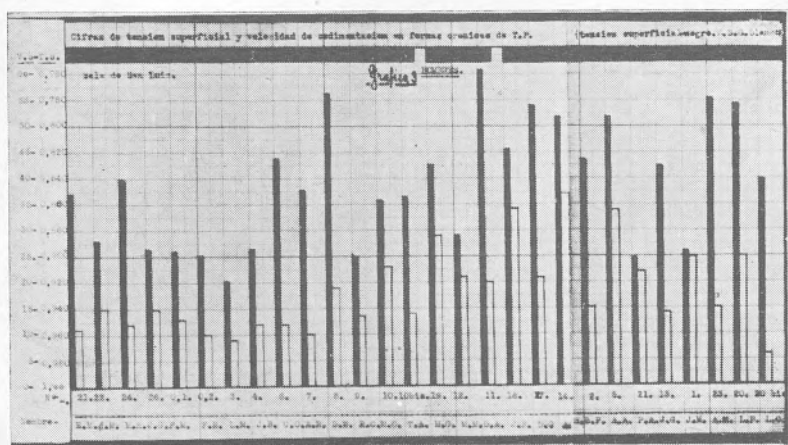
Conocida es la dificultad de la clasificación anatomoclínica de la tuberculosis pulmonar, si se desea englobe todas las formas de la práctica que se manifiesta, y la no menor de formarse idea perfecta de las particularidades de cada enfermo al interpretar una de estas clasificaciones, dificultades que no existen en modo alguno en posesión de todos los datos de la historia, radiografía y laboratorio. Estudiando atentamente nuestros enfermos, hemos llegado a la conclusión de que no existe ninguna relación clara entre la forma anatomoclínica y el descenso de la T. S., por lo cual y dadas las consideraciones anteriores, renunciamos en obsequio a la brevedad de la expo-

sición en forma de cuadro de nuestros resultados en tuberculosis. En las gráficas 2 y 3 van expuestos éstos; en la número 2, que son mujeres tuberculosas, los casos cubiertos con la raya 1, son formas preferentemente exuda-



Gráfica núm. 2

tivas, los por la raya 2 preferentemente cirróticos, y por la raya 3 productivo cirróticos; en la gráfica 3, de hombres tuberculosos, los cubiertos por



Gráfica núm. 3

la raya 1 son formas cirróticas, por la 2, producto cirrótico, y por la 3, exudativos.

En el examen aun superficial de estas gráficas, se ve la absoluta falta

de concordancia entre la T. S. y la V. S., constituyendo esta discordancia más bien un argumento en contra que en pro de la suposición, de que el aumento de la velocidad de sedimentación en los tuberculosos jueguen algún papel las estalagmonas, a pesar de lo lógica de esta suposición, de que el nesis de éstas y las características de metabolismo en los tuberculosos, así como también la indudable existencia de estalagmonas en la orina, revelada por el descenso de la tensión superficial en ésta. De tomar las estalagmonas una parte importante en la aceleración de la velocidad de sedimentación, existiría una concordancia más o menos absoluta entre los dos valores, pero nunca hemos podido comprobarlo, ateniéndose a una relación directa, de un modo general, sino más bien son contados los casos en que son al mismo tiempo acelerada la V. S. y baja la T. S. En la gráfica puede verse cómo en la mayoría de los casos con valores altos de T. S. se acompañan altos de V. S. (recuérdese que estos valores son inversos entre sí) y recíprocamente.

CONCLUSIONES

- 1.^a Las cifras de tensión superficial en orina son más elevadas en mujeres que en hombres.
- 2.^a Las cifras de tensión superficial descienden en estado de enfermedad y sensiblemente lo mismo en el hombre que en la mujer.
- 3.^a En la tuberculosis pulmonar el descenso de la T. S. es más marcado que en las demás enfermedades por regla general.
- 4.^a No existe relación entre el descenso de T. S. y el aumento de V. S.
- 5.^a No estamos autorizados para creer que el aumento de V. S. sea debido a la presencia en el plasma de productos proteínicos incompletamente degradados.
- 6.^a La determinación de la T. S. con la técnica señalada, es un proceder cómodo, exacto y seguro, digno de un uso más general del que disfruta actualmente.

BIBLIOGRAFIA

- BECHOLD y REINER.—*Klin. Woch.* 49. 1920.
NAVARRO.—*R. Anal. Hosp. Enf. Inf. Naci.*, pág. 629, núm. 1.
RONDONI.—*Comp. Bioquímica*.
SCHEMENSKY.—*Munch. Med. Woch.*, 31. 1922.



ECZEMAS REBELDES, CUANDO TODO FRACASA, LA PIEL QUEDARÁ LIMPIA CON

EN EL PSORIASIS Y

PSORICALOL PIÑA

MANCHA QUE LIMPIA

Eficaz e inocuo tratamiento



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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

TRATE, DOCTOR,

LAS SEPTICEMIAS CON

ACEL

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

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

Muestras y Literaturas:

LABORATORIO, LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BARCELONA

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

NOTAS CLÍNICAS

Un caso de linfadenosis infantil

por Felipe ALONSO F. CORTÉS

Oficial sanitario y Médico de la Comisión Central Antipalúdica

P. R., de tres años y medio. Nació bien. Lactancia materna hasta los 18 meses, habiéndose criado siempre robusto. Padre bueno; ha tenido formaciones eczematoides en cuero cabelludo durante cinco años seguidos, que le cedieron hace poco tiempo. Madre buena y sin antecedentes de consideración; no ha tenido abortos, habiendo tenido dos hijos incluyendo el enfermo. Hermanos sin antecedentes patológicos de interés.

A los siete días de nacer rinitis. A los dos años sarampión sin complicaciones. Tosferina a los tres años. Hace tres meses y medio formaciones ampollas del tamaño de la palma de la mano en abdomen, así como en un antebrazo, en el lado izquierdo del cuello, en una pierna y en un dedo de la mano, ésta pequeñita y aquéllas del tamaño de cinco céntimos. Entonces, no tuvo fiebre, o no se la apreciaron, ni otras manifestaciones patológicas, más que adenitis ligera y abundante y tinte anémico ligero. Las lesiones, abiertas, curaron con subnitrito de bismuto rápidamente. Poco después de esto, fiebres de 39,5-40°, varios accesos febriles durante el día; dicen, cedían con euquinina. Hace un mes fué diagnosticado de varicela, apareciéndole 12 o 14 elementos varicelosos en abdomen, acompañados de fiebre pequeña. Ultimamente, quince días seguidos con fiebre, dos o tres accesos al día; siendo este el motivo por el que llevaron a la consulta del Dispensario Antipalúdico al enfermo.

Contextura normal.—Buen desarrollo físico y aspecto general inmejorable.

Piel.—Blanca y excesivamente coloreada en mejillas y orejas. Pelo rubio y ojos azules. Cicatrices oscuras procedentes de las lesiones vesiculosas que tuvo en abdomen; estando excesivamente marcadas algunas de las que quedaron de la supuesta varicela.

Mucosas.—En el lado izquierdo de la región interna de la mejilla, junto a la desembocadura del conducto de Stenon, pequeña lesión equimótica. Estomatitis ligera. Discreta gingivorragia generalizada. Amigdalitis de ambos lados, con pequeñas manchas equimóticas bien limitadas en la amígdala izquierda.

Epístaxis por la fosa nasal derecha.

Sistema linfático.—Adenitis generalizada bastante señalada, aunque no exageradamente, particularmente de los ganglios submaxilares, inguinales y yugulares. En la región retromastoidea izquierda un ganglio del tamaño de un guisante o poco mayor, que no se aprecia en el lado derecho.

Bazo.—Ligeramente palpable a la altura de reborde costal.

Hígado.—Muy aumentado, descendiendo tres traveses de dedo del reborde costal.

Otros aparatos.—Bien.

Se observa caries dental.

Fiebre.—39°.

Se le hizo análisis morfológico de sangre por el proceder de la gota gruesa, que es el que se hace en los Dispensarios Antipalúdicos, no encontrando parásitos, mas apreciándose al parecer, una desproporción entre los polimorfocitos y células mononucleadas. Sospechando por esto y por la clínica una enfermedad de órganos hematopoyéticos, se hizo fórmula leucocitaria, que dió el siguiente resultado:

Polimorfocitos neutrófilos..	{ Metamielocitos	3	} 4,55 por 100
	{ En cayado	9	
	{ Bilobulados	2	
Polimorfocitos eosinófilos..	{ Jóvenes	32	} 94,43 por 100
	{ Adultos	340	
	{ Linfoblastos	1	
Linfocitos	Bilobulados	1	0,25 por 100
Células de Rieder		2	0,58 por 100
Células de Türk		3	0,75 por 100

Mielocitos basófilos y monocitos, hemos visto, pero escasísimos. Restos nucleares de Gumprecht numerosos, un 6,1 por 100 de todas las células vistas. Aparentemente se aprecia una trombopenia muy marcada (no se pudo hacer recuento de plaquetas por el fallecimiento del enfermo). Anisocitosis y poiquilocitosis marcadísimas.

Leucocitos.—27.800 por milímetro cúbico.

Hematies.—3.310.000.

Hemoglobina.—51.

Valor globular.—0,77.

No hay albúmina en orina.

Claramente se ve en nuestros análisis, que las alteraciones de la sangre están representadas por una leucocitosis, con extraordinaria linfocitosis de linfocitos maduros e inmaduros, éstos en cantidad mínima, y raros linfoblastos; presencia de células de Türk y de Rieder; gran neutropenia, con ausencia de polimorfocitos de más de dos lobulaciones; existencia de numerosos restos nucleares de Gumprecht y rarísimos monocitos por parte de las células blancas. Por anemia; hemoglobina y valor globular disminuido, anisocitosis y poiquilocitosis extraordinarias, sin que existan células embrionarias por parte de las células de la serie roja.

Muere el enfermo a los seis días de nosotros verle. La fórmula leucoci-

taria hecha 24 horas antes del fallecimiento era casi igual que la primera que se hizo.

Curso de la enfermedad.—La enfermedad parece comenzó, por lo menos, en el momento de la aparición de las adenitis y formaciones ampollas, las cuales pueden considerarse como «linfadénides» y que son frecuentes en el curso de afecciones leucémicas. La varicela no podemos valorarla más que como enfermedad intercurrente, suponiendo que el diagnóstico fuera cierto, como probablemente fué, pues en aquel tiempo se dieron varios casos en el pueblo. Por último, el síntoma más llamativo fué la fiebre irregular, que acompañó, sin embargo, a todo el proceso. Resumiendo, la evolución total con manifestaciones clínicas ha sido de tres meses y medio, con adenitis marcada, linfadénides, esplenomegalia y hepatomegalia, amigdalitis, gingivorragias ligeras, fiebre irregular, epístaxis al final de la enfermedad y un estado general magnífico hasta el último momento. La muerte fué precedida de varios ataques convulsivos desde 48 horas antes de producirse.

Diagnóstico.—Clínicamente, por la sintomatología que presentaba el enfermo en un principio, era difícil el diagnóstico de una afección sanguínea, aunque si entonces existía, cosa probable, hepatomegalia además de la adenitis, debiera haberse sospechado y haber recurrido al laboratorio.

Después de vistos los cuadros clínico y hemático, podemos incluir nuestro caso en el gran grupo de las leucosis, y dentro de éstas, entre las linfadenosis, teniendo más parecido que con otra afección a la leucemia linfática aguda, síndrome, que por otra parte es difícil desglosar hoy día de otros muy próximos, entre los cuales está la leucemia linfática crónica y las aleucemias crónica y aguda, afecciones todas ellas de las que se sabe muy poco con respecto a su etiología, patogenia e identidad clínica. Con la anemia de Jacksch-Hayem existe un parecido extraordinario, mas nos encontramos con que ese cuadro morbosos tampoco está bien identificado, habiendo quien le considera como del grupo de las leucemias. También con la linfoblastosis benigna de los autores americanos, mal conocida todavía, la semejanza es grande, aunque en ella no suele haber hemorragias ni anemia, y si en este caso el diagnóstico está hecho, por la muerte del enfermo, en el curso de la enfermedad puede dar lugar a muchas dudas y hacer ser muy reservados en el pronóstico.

Etiología.—Considerando que el factor constitucional o genotipo pudiera jugar algún papel en la etiología del síndrome que tratamos, se han hecho fórmulas sanguíneas de la familia del enfermo. En la madre había: 63 por 100 neutrófilos, 6,2 por 100 eosinófilos, 1,2 por 100 monocitos, 29,2 por 100 linfocitos y 0,6 Rieder. En el padre: Neutrófilos, 46,2 por 100, eosinófilos, 3,7 por 100, monocitos, 7,0 por 100, linfocitos, 41,6 por 100, Rieder, 1,4 por 100 y desviación a la izquierda del índice de Arneth. En el hermano: neutrófilos, 46,4 por 100, basófilos, 1,3 por 100, eosinófilos, 1,6 por 100, monocitos, 8,0 por 100, linfocitos, 40,0 por 100, Rieder, 1,6 por 100, Türk, 0,3 por 100 y fuerte desviación a la izquierda del índice de Arneth.

Como puede verse, las fórmulas leucocitarias del padre y del hermano acusan linfocitosis marcada, así como desviación a la izquierda del índice de Arneth y ligera monocitosis, lo que hace pensar en la anormalidad constitucional de sus sistemas hematopoyéticos y lo mismo en el que fué afectado por el síndrome leucemoide.

Otro factor que probablemente ha entrado en la etiología de la enfermedad, ha sido el infeccioso, teniendo en cuenta que casi todo el proceso ha evolucionado con fiebre que ha llegado a alcanzar 41°. No sería difícil que cualquier microorganismo patógeno específico o no específico hubiera roto el equilibrio de un sistema de constitución poco estable. Bloedorn y Houghton, en varios casos de linfoglóstosis benigna encontraron gérmenes análogos a los causantes de la angina de Plaut-Vincent, Rosenow halló neumococos en sangre en un caso de leucemia linfática aguda y Zikowski, Schultz, Rose, Houser y otros autores han citado diversos gérmenes como probables productores de algunas afecciones de los órganos hematopoyéticos.

En el frotis hecho con material tomado suavemente con asa de platino de una amígdala del enfermo, hemos encontrado un cultivo casi puro de pequeños diplococos (que no se han podido identificar, por el fallecimiento del enfermo), gran número de espirilos de distintos tipos, entre los cuales el Vincent estaba en enormes cantidades, también había bacilo fusiforme en bastante cantidad y distintas bacterias saprofitas de la boca, células epiteliales, algunos linfocitos y hematíes y ausencia absoluta de polinucleares. Con los datos que tenemos, sólo conjeturas pueden hacerse sobre si alguno de los gérmenes encontrados ha sido el causante de la enfermedad, en parte o en todo, mas cabe la probabilidad de que quizá los diplococos o una asociación fuso-espirilar hayan entrado en causa. En el padre del enfermo no se han hallado espirilos en la boca, y en el hermano, a pesar de tener varias caries dentales, los espirilos eran raros y no se encontró bacilo fusiforme.

Una enseñanza práctica nos reporta el presente caso clínico y es, que siempre que se encuentren enfermos con adenitis, esplenomegalia o hepatomegalia, aunque sean ligeras y tengan aquéllos buen estado general, deberá hacerse fórmula leucocitaria y numeración de hematíes y leucocitos, sencillas maniobras que evitarán algunos fracasos, como el que le ha ocurrido al médico de cabecera de nuestro enfermo, el cual, no encontrando síntomas al parecer graves, hizo un pronóstico levisimo, juzgando sólo por la fiebre y el buen estado general, encontrándose con que el individuo murió cuando menos lo esperaba. Después de todo, este colega llegó a decirme que el niño había muerto de un ¡atracción!...



Otitis externa hemorrágica

por S. JALON

Es una afección inflamatoria de conducto, caracterizada por la aparición en el meato de unas flictenas hemorrágicas, que después de su ruptura espontánea o artificial, dan un contenido sero-sanguinolento.

Su origen está dado en la mayoría de los casos por una infección gripal. La afección comienza por una rino-faringitis; a partir de aquí puede evolucionar en diferentes sentidos: Siguiendo la vía tubárica llega a caja, dando lugar a una otitis media con perforación y transformación ulterior en otitis externa, o es primitivamente atacada la capa dérmica de conducto auditivo externo, y al romperse las flictenas, expulsando su contenido sobre la membrana del tímpano, producen una miringitis con participación de la caja o sin ella. Puede existir aislada o acompañarse de una otitis media no gripal. La propagación de la infección tendría lugar por vía vascular.

El síntoma característico es la aparición de las pequeñas flictenas sobre la porción ósea de conducto y membrana. A veces se las encuentra en la porción cartilaginosa. Puede haber fiebre, dependiendo de la infección gripal, hay dolores de más o menos intensidad, ruidos subjetivos y disminución de la agudeza auditiva.

Por otoscopia, nos encontramos con la luz de conducto más o menos estrechada, según la cantidad de flictenas, y al fondo la membrana del tímpano con flictenas o sin ellas, y en la que si está complicado el oído medio, aparece una pequeña perforación por la que se escapa un exudado sero-sanguinolento. La coloración en conjunto es azulada.

En su marcha y pronóstico hay para todos los gustos. Tenemos el pronóstico benigno y evolución hacia la curación en poco tiempo, pasamos por el pronóstico favorable si no surgen complicaciones, para llegar al pronóstico grave, por ser éstas casi constantes con evolución lenta y quedando secuelas.

Su diagnóstico no es difícil. Se puede confundir con las vesículas hemorrágicas producidas por la rarefacción de aire en el conducto (Rohrer), con un polipo violáceo, con el zona o con erosiones consecutivas a traumatismos.

En cuanto al tratamiento, les hay abstencionistas e intervencionistas. Para los primeros no se deben abrir las flictenas ni practicar paracentesis, porque se contribuiría a aumentar los dolores y podría ser motivo de propagación del proceso. Son los segundos partidarios de abrir las flictenas si éstas no se rompen espontáneamente, y si se supone complicado oído medio practicar la miringotomía para evitar complicaciones de mastoides y regiones vecinas.

Caso personal.—E. I., médico, cuarenta y siete años, buen aspecto general, individuo plétórico, terreno artrítico, a los veintisiete años padeció neuralgia facial.

Le veo por vez primera el día 4 de Enero. Hace 10 días cayó en cama con una infección gripal sin complicaciones bronquiales ni pulmonares. El día 1 de Enero empieza a sentir molestias en la parte derecha de faringe, seguidas de otalgia muy intensa con irradiación a región facial. Hay una ligera otorragia, con lo cual disminuyen los dolores. Temperatura, 39° los dos primeros días, el resto normal.

Por no provocar molestias al enfermo, e influenciados por su relato, dejamos sentado se trataba de una rino-faringitis gripal propagada por trompa a oído medio y que con la perforación subsiguiente tuvo lugar la otorragia y disminución de molestias. Se instituye un tratamiento antiséptico y calmante.

Al día siguiente el enfermo nos refiere que no ha podido dormir por estar con una neuralgia de tipo paroxístico, teniendo su punto de partida en el oído.

El examen del enfermo nos da lo siguiente: Intenso coriza bilateral, faringitis lateral derecha, la otoscopia (O. D.) no permite percibir más que porción interior de membrana de tinte azulado, y en la parte superior y a nivel de la zona triangular de porción ósea de conducto, un conglomerado hemorrágico, no se ve perforación. Se introduce un estilete doblado en ángulo recto y en dirección de abajo arriba, provocando un vivo dolor al contacto con zona hemorrágica. No hay dolor en mastoides ni espontáneo ni a la presión, ligero dolor a la presión en zona de proyección de ático. Weber lateralizado al lado derecho, Rime negativo, bastante disminución de la agudeza auditiva, hay autofonía.

El día 7 disminución de otalgia y autofonía. Por otoscopia disminución de zona hemorrágica, membrana tinte azulado. Cura seca, antisépticos y analgésicos.

En los días siguientes siguen disminuyendo las molestias subjetivas y apareciendo más amplia la luz de conducto, la membrana del tímpano va recuperando los caracteres normales.

Alta por curación el día 15.

En toda la historia clínica surge una pregunta ¿Participó del proceso oído medio? Si seguimos el criterio de Trimarchi, tenemos que contestar afirmativamente.

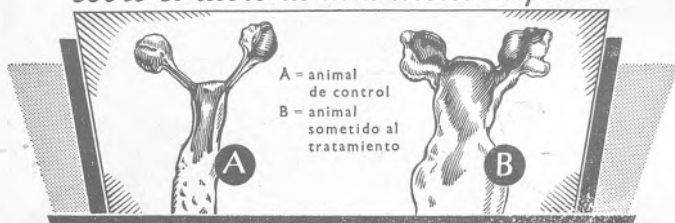
Trimarchi dice: Todo tímpano azul representa una entidad patológica, siendo tres las causas:

- 1.^a Procedencia de la yugular en la caja.
- 2.^a Hemorragias endo-timpánicas.
- 3.^a Neoplasias vasculares endo-timpánicas.

Se trataría, según esto, de una otitis externa hemorrágica con otitis media sin perforación.

Como tratamiento seguimos el abstencionista por su evolución lenta, desde luego, pero siempre hacia la mejoría, y por creer que en el elemento neuralgia tomaba parte activa el terreno y el lugar de implantación de las vesículas, pudiendo dar lugar con cualquier intervención a neuralgias de mayor intensidad.

Efecto del **PROGYNON** Schering
sobre el útero de una mona infantil



Hormona folicular estandarizada de alta concentración
Indicaciones: Trastornos climatéricos, Amenorrea secundaria

Progynon en grageas

Cajas con 15 y 30 grageas de 150 U. Rn. Schering
= 750 Unidades Internacionales cada una

Progynon-B oleoso

Cajas con 5 amp. de 10000 U. Rn. Schering = 50000
Unid. Intern. cada una y cajas con 1 amp. de
50000 U. Rn. Schering = 250000 Unid. Intern.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A. APARTADO 479, MADRID
APARTADO 1030, BARCELONA

SPASMOSÉDINE

EL PRIMER SEDATIVO Y ANTIESPASMÓDICO ESPECIALMENTE PREPARADO
PARA LA TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SEDATIVO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

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

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

linfatismo, escrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etc., etc.

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

SURRETAL

extracto total suprarrenal; *inyectables.*

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; *gotas e inyectables.*

ERGAL

extracto medular suprarrenal; *gotas e inyectables.*

GONEAL

químio-proteínoterapia; *inyectables.*

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; *inyectables.*

NARCOTAL

extracto del opio; *gotas, comprimidos, inyectables.*

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

MASTAL

extracto de mama funcionante; *gotas.*

LABORATORIO QUÍMICO FARMACÉUTICO V. BALDACCI - PISA

Agente: M. VIALE / Provenza, 427 - Barcelona / Delicias, 13- Madrid

MEDICINA INTERNA

Sobre la colangitis lenta.—P. HARNISCH.—«Deutsch. Arch. f. klin. Medz», 176 Bd.
1 H. Noviembre de 1933.

Entre los diversos factores que pueden condicionar la evolución de un afecto biliar, existen dos: estancamiento e infección, que gracias a las magistrales aportaciones de Naunyns, son tenidos hoy en día por capitales. En ellos se han basado casi todos los estudios realizados en el terreno de la patología biliar y en los mismos se basa el concepto de colangitis séptica.

Desde el punto de vista práctico, Schottmüller, recomienda clasificarlas en los siguientes tipos, con arreglo a su evolución: 1.º Casos con iniciación y curso agudo. 2.º Casos que surgen de modo agudo y cursan crónicamente, y 3.º Colangitis de comienzo insidioso y curso fundamentalmente crónico. Este último tipo, debido casi siempre al estreptococo viridans y en íntima relación con la endocarditis lenta, es el que ha recibido la denominación de «colangia lenta».

Tras la descripción de dos casos de esta afección, observados por el autor en el curso de los dos últimos años, el autor expone las particularidades fundamentales de la misma en la forma siguiente:

El comienzo es sumamente insidioso y a lo más se exterioriza en pequeñas alteraciones del estado general o en molestias sumamente vagas. Puede existir ictericia, si bien no de modo obligado. El hígado, rara vez hipertrófico y casi nunca doloroso, mantiene largo tiempo inalterada su capacidad funcional. Nunca se encuentra esplenomegalia.

Al paso que siempre existen alteraciones térmicas, bien en forma ondulatoria con oscilaciones en parte intermitentes, en parte remitentes, bien en forma exclusivamente intermitente, el pulso no ofrece modificaciones de interés. En el cuadro hemático resalta una leucocitosis moderada y una anemia secundaria gradualmente progresiva. Tanto a partir de sangre como de orina, los cultivos son siempre negativos; no es posible demostrar la presencia del estreptococo. No obstante en uno de los casos descritos, pudo conseguirse el hemocultivo positivo, partiendo de la sangre ventricular recogida en la necropsia.

Todas las alteraciones locales, colangitis y pericolangitis, así como cirrosis, en el caso de que surja, se desarrollan con una enorme lentitud. Esto mismo hace que el curso de la enfermedad, dependiente naturalmente de la capacidad defensiva del organismo, sea muy prolongada por lo general.

De todo ello se deduce, pues, que la enfermedad se distingue fundamentalmente por su carácter insidioso y maligno.

La única terapéutica eficaz de la afección, si es que una enfermedad intercurrente no mata al enfermo, es la de tipo quirúrgico, colecistomía o colecistotomía con drenaje muy prolongado, en caso naturalmente, que las condiciones del individuo hagan posible la intervención.

M. SEBASTIÁN

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

La diyodotirosina en el hipertiroidismo.—DOCTOR O. ZIMMERMANN.—«Mediz. Klin.» 1933, núm. 3, pág. 82-85.

Se describen doce casos característicos de Basedow grave, tratados por la Diyodotirosina, todos ellos con franca mejoría, sin tener nunca que suprimir el tratamiento por intolerancia.

«Tres o cuatro días después de iniciar el tratamiento con Diyodotirosina se observa una mejoría del estado de los enfermos. La excitación nerviosa disminuye de modo notable, también la taquicardia, el apetito aumenta de manera manifiesta y el sueño se restablece considerablemente. La disminución óptima del metabolismo basal se obtiene en la mayoría de los casos a los quince días de empezar el tratamiento, llegando a 30,70 por 100 del anotado al principio. Se observa al mismo tiempo un aumento de peso de 1 a 2 kilogramos. A menudo se nota una reducción importante de la hipertrofia del cuello, y en algunos casos la exoftalmia desaparece casi por completo.»

El autor considera la Diyodotirosina «Roche» el mejor tratamiento de preparación a la estringectomía, permitiendo fijar de antemano sin riesgo alguno la fecha de la operación. Es muy superior a la solución de Lugol, no debiendo por consiguiente considerarse el resultado obtenido como debido únicamente al yodo.

TUBERCULOSIS

Las inyecciones intrapleurales de sales de oro como tratamiento de las cavernas insuficientemente colapsadas en el curso del neumotórax.—P. LABESSE.—«Gaz. Med. de France et Pays de Lang. Franc.» Diciembre, 1933.

Después de pasar revista a los procedimientos corrientes para conseguir el colapso de cavidades incompresibles en el curso del neumotórax, como aumento de presiones, reinsuflaciones más frecuentes, etc., y considerando la sección de adherencias como procedimiento más delicado y siendo la auroterapia intravenosa muchas veces insuficiente para conseguir la desaparición, se preguntan si las sales de oro intrapleurales, no darían lugar a resultados favorables antes de recurrir a las intervenciones intratorácicas sobre la pleura.

Describe el autor tres casos, de los cuales dos son éxitos absolutos en cuanto a la desaparición de la caverna, después de la inyección en pleura de thiosulfato de oro y sodio, y de la gran reacción producida, presentando otro caso en que no se ha obtenido resultado alguno, pero que no constituye obstáculo para una intervención posterior.

El autor termina aconsejando el empleo del método, que denomina de modalidad de auroterapia asociada, debiendo ser ensayada, con lo que se obtendrán algunos éxitos, y no impedirá emplear otros procedimientos en caso de fracaso, reconociendo que los resultados son hoy día imposibles de prever.

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

La bacilemia tuberculosa y su significación patogénica.—E. LOEWENSTEIN.—«Journal de Med. de Lyon». 20 Octubre de 1933.

El autor expone cómo en la sangre cadavérica procedente de sujetos muertos de tuberculosis, dan un porcentaje de resultados positivos de un 85 por 100, mientras que es nulo en los indemnes de tuberculosis.

En sus 15.000 casos, ha hecho tres pruebas, habiendo obtenido como resultado de ellas, o las tres positivas o bien negativas.

Se decide a pensar que el bacilo circula en la sangre fundamentalmente bajo la forma de ultravirus, el cual atravesando la placenta, puede dar lugar a la tuberculosis congénita.

La bacilemia precede a la agravación de cada caso, es decir, que anteriormente a la demostración de la lesión orgánica, existe bacilemia.

Trata de las enfermedades reumáticas en relación con la bacilemia tuberculosa. Expone su creencia de que las amígdalas se infectan por vía hemática, albergando éstas muchas veces bacilos tuberculosos, y condicionando la aparición de la poliartritis aguda, a la existencia de una bacilemia tuberculosa, aumento de la alergia y mayor permeabilidad de las paredes vasculares por infección o enfriamiento.

Asimismo considera la corea como manifestación de bacilemia, e igualmente el eritema nudoso, del cual justifica su rápida desaparición, por pensar que la inmunidad nace en la piel. En las endocarditis ha encontrado muchas veces el bacilo tuberculoso que el estreptococo produciéndose las lesiones, no en el sentido de fuera a dentro de la superficie valvular, sino en su interior por medio de los vasos nutricios, relacionándolo con la rareza de sujetos cardíacos que padecen lesiones tuberculosas, debido a la inmunidad producida.

Concluye sentando, que la primera manifestación de la infección tuberculosa es una septicemia, dando después lugar a manifestaciones cutáneas, o bien reumatismo, demencia precoz, tuberculosis hemática; etc. Si las defensas inmunitarias se elevan se vence el proceso, sobreviniendo en caso contrario una tuberculosis miliar. Cuando son afectados órganos muy sensibles al bacilo de Koch, se localiza allí la tuberculosis.

GARCÍA LORENZANA

OFTALMOLOGIA

Reglamentación de la aptitud visual de los conductores de automóviles.—DOCTOR CHAVES VELANDO.—(Charla rotaria). «Voz Rotaria». Lima, 9 de Noviembre de 1933.

El autor divide su interesante trabajo en varios capítulos que iremos sintetizando:

Aptitud física de los conductores.—Dice que la capacidad para conducir autos es más bien cerebral que visual, como lo demostró Verry en el Concilium Ophthalmologicum de Holanda en 1929.

La prudencia y la destreza profesional aunadas a un sistema nervioso bien equilibrado, pueden suplir, tal vez con ventaja, a una mediocre agudeza visual.

El examen de la aptitud de los conductores requiere: 1.º El examen médico general. 2.º Los exámenes psicotécnicos, visual y auditivo.

Reglamentación de la aptitud visual.—El mínimo de agudeza visual que debe exigirse a un conductor, es muy diversamente apreciado en los distintos países. En Australia exigen visión normal en un ojo y por lo menos 0,5 en el otro, rechazando

a los estrábicos que sólo ven con un ojo (tuertos) y a los astigmatas con lentes correctoras. En la Argentina la fijan en la unidad para un ojo y 0,8 en el otro.

El autor se conforma con una visión de 0,5, parodiando la visión de los conductores de automóviles con la de los tiradores, quienes con una visión de 1/2 tienen excelente puntería, y así se comprende, puesto que esta agudeza visual tienen en sus reglamentos Francia, Alemania, Austria, Suiza, Bélgica, Inglaterra, etc.

Dice el doctor Chaves que debe exigirse mayor agudeza visual a los conductores de ómnibus de excursión, de viaje, etc., que a los de autos particulares.

¿Deben usar lentes?—Como los conductores quedan expuestos a la posible pérdida o rotura de los cristales en determinado momento con los consiguientes peligros por mala visión de la ruta, de sus obstáculos o señales de tráfico, he aquí por qué, cuando se trate de seleccionar a los chauffeurs destinados a manejar ómnibus, camiones y autos de viaje, no debe darse el placet sino a los profesionales que tengan la agudeza visual reglamentaria sin lentes.

El autor se extiende en explicaciones, muy atinadas, acerca del astigmatismo, del mecanismo de la acomodación en los astigmatas, en las manifestaciones del síndrome astenópico, como astenopía, cefalalgia, fotofobia, mareos y astenia neuro-muscular.

Campo visual.—Tiene tanta o más importancia que la agudeza visual. En el glaucoma, muy estrechado, los pacientes ven como a través de un tubo, lo que dificulta extraordinariamente el manejo del volante. Este defecto incapacita la conducción de automóviles. Igual incapacidad da a los que padecen escotomas (o lagunas), la ceguera y la pérdida de un ojo por enucleación o por falta de campo visual de ese lado.

La hemeralopía (ceguera nocturna), los daltones, excepto los que teniendo una buena agudeza visual guiándose por el grado de luminosidad de las señales, distinguen el rojo del verde.

Clasificación de los aspirantes al título de chauffeurs.—Deben clasificarse en tres categorías: 1.^a Los aptos sin restricción alguna. 2.^a Los aptos con responsabilidad, y 3.^a Los incapacitados.

Los aptos sin restricción son los que poseen un aparato ocular normal, sin defecto ni afección alguna.

Serán aptos con responsabilidad, los que necesiten el uso de lentes para alcanzar la potencia visual reglamentaria y que incurrirían en responsabilidad en caso de tener un accidente de tráfico sin llevar los lentes correctores. En el examen de estos conductores debe ponerse en su carnet, un sello rojo que diga «Responsable». «Debe usar lentes».

Los incapacitados serán los que no alcancen la agudeza visual reglamentaria o que presenten alguno de los defectos ya consignados.

¿Quién debe hacer el examen visual?—Después de un detallado estudio de esta importantísima cuestión, dice el doctor Chaves que es sin disputa el médico oculista quien debe tener a su cargo el gabinete oftalmológico de la Dirección de Tráfico y Rodaje.

Siendo extraordinariamente interesante la continuación de esta «charla rotaria», me voy a permitir copiarla íntegramente; dice así:

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

Expuestos muy a la ligera los principios que deben guiar la confección de un Reglamento para el examen visual de los conductores y cuyas prescripciones fundamentales creo que deben ser las siguientes:

Reglamento.—El examen de los interesados será periódico, cada cinco años y obligatoriamente después de un accidente de tráfico.

El certificado del examen deberá especificar:

- Cuál es la refracción y la agudeza visual con lentes y sin lentes en cada ojo.
- Los campos visuales.
- La percepción de los colores.
- La agudeza visual nocturna o con poca luz (hemeralopía).
- Si el examinado está o no obligado a usar lentes.

De la agudeza visual mínima.—La agudeza visual mínima de los conductores de ómnibus, camiones y autos de viaje o de excursiones, no podrá ser inferior a: 1 (normal) en un ojo y 0,5 en el otro, sin lentes.

La agudeza visual mínima de los conductores profesionales de autos de servicio urbano o particular será: 0,8 en un ojo y 0,3 en el otro, «sin lentes», con la clasificación de «aptos»; si para alcanzar este minimum se necesitan lentes, la clasificación será: «Responsable, debe usar lentes», anotada en el carnet con un sello rojo.

La visión «totalizada» mínima de los conductores particulares no profesionales, será de 0,7. Por ejemplo: 0,4 en un ojo y 0,3 en el otro; o bien 0,5 en un ojo y 0,2 en el otro; o 0,6 en un ojo y 0,1 en el otro. Si son necesarios los lentes correctores para alcanzar esta visión, el carnet llevará el sello rojo «Responsable, debe usar lentes».

Causas de incapacidad.—Serán causas de incapacidad:

- Toda agudeza visual inferior a la mínima reglamentaria.
- Toda miopía superior a 10 dioptrías. En los casos de astigmatismo miópico compuesto, se adicionará la miopía y el astigmatismo, y si la suma es superior a 10 dioptrías se declarará la incapacidad.
- Las anomalías del campo visual; estrechamientos, hemianopsias, escotomas.
- La pérdida total de visión en un ojo. Los conductores profesionales que pierden un ojo, no podrán reanudar su oficio sino después de un año, siempre que la agudeza visual del otro ojo sea normal y con el sello rojo «Responsable» en el carnet.
- La hemeralopía o disminución nocturna de la agudeza visual.
- El daltonismo con disminución de la agudeza visual por debajo de la normal.
- La diplopía y el nistagmus.
- El albinismo.

Responsabilidades.—Los jueces y las Compañías de seguros precisarán la responsabilidad de los conductores, de acuerdo con las disposiciones de este Reglamento y los exámenes obligatorios después de todo accidente.

CILLERUELO.

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO): Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONALUMINAL. (En grasas, de 6 a 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO

OTORRINOLARINGOLOGIA

Sobre algunos casos de sinusitis traumática de la infancia.—DOCTOR P. BRISOTTO.

«Bolletino della malattie dell'orecchio, della gola e del naso». Julio de 1933.

Precisamente por la edad en quienes recae el traumatismo, tienen doble interés estas sinusitis, ya que pueden, de no intervenir el especialista a tiempo, acarrear secuelas y complicaciones consistentes en un defectuoso desarrollo de la dentición, que tan desagradables consecuencias proporciona. Preconiza el autor para evitarlo, una extremada desinfección de las partes lesionadas tan precozmente como sea posible y la extracción de todos los fragmentos originados por el traumatismo a más de mantener una prudencial separación de los tejidos blandos del seno de la cavidad oral.

Posibles relaciones de la tuberculosis laríngea y pulmonar.—DOCTOR SALVADORI GIUSEPPE.—«Il Policlinico» 18 de Diciembre de 1933, núm. 51.

Sobre la patogenia describe el autor la teoría de Louis, que la discute mucho y entra con mayor extensión y a su juicio con mayor veracidad a tratar de la vía hemática y linfática, esta última tanto en sentido ascendente, o sea desde el pulmón, como descendente (faringe, amígdalas, etc.).

El cuadro anatomopatológico se corresponde a su juicio en el sentido de que los tuberculosos pulmonares fibrosos, cuando tienen complicaciones laríngeas son de las llamadas infiltrativo-productivas y por el contrario a las lesiones pulmonares exudativas le corresponde la forma anatomopatológica laríngea exudativo-ulcerosa.

En cuanto a las formas clínicas admite la existencia de la forma catarral específica, que considera frecuente y de evolución hacia la forma infiltrativa o ulcerativa. Aconseja la mutua colaboración del tisiólogo y del laringólogo en el tratamiento y en la evolución de las lesiones; concediendo gran importancia a la cura sanatorial, colapsoterapia y cura de higiene de voz, mostrándose partidario de hacer profilaxis con el examen sistemático de laringe a todos los enfermos de confirmación tuberculosa, ya que las manifestaciones primarias, las llamadas por algunos incipientes, son las únicas que en porcentaje exagerado pueden corregirse.

Imprenta Castellana

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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

La osteitis fibroquística de Recklinhausen en posible analogía con la osteitis fibrosa de la mastoidea.—DOCTORES J. CALLET y P. MAUNIER-KUHN.—«Annales D'oto-laringologie». Junio de 1933.

Con motivo de un caso clínico en el que el único síntoma era el dolor mastoideo aislado, el autor supone el diagnóstico de una osteitis fibrosa banal o el de una distrofia ósea del tipo Recklinhausen, en vista de los datos recogidos por la trepanación mastoidea, que en vez de descubrir un colesteatoma como parecía deducirse por la radiografía y la clínica, reveló la existencia de tejido fibroso bastante denso, cubierto de una cortical ebúrnea.

La calcemia, 125 miligramos en 24 horas, no encontrándose ninguna anomalía en el esqueleto.

BERCERUELO.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

El tratamiento de la esclerodermia por la hemocrinterapia ovárica.—SEZARY et HOROWITZ.—Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil. Sesión del 11 de Enero de 1934. «Bull. de la S. F. de D. et de S.», núm. 1. Janv. 1934, pág. 68.

Ante la ineficacia habitual de la mayor parte de los tratamientos de la esclerodermia, los autores estiman interesante la exposición de los resultados que en sus manos ha rendido la terapéutica asociada denominada hemocrinterapia, que consiste en inyectar en los músculos una mezcla de sangre y un extracto glandular. Filderman («Bull. de la Soc. de Méd. de París», Jun. 1929), había publicado el feliz resultado que logró en una enferma de esclerodermia generalizada, poco antes hospitalizada en el servicio de uno de los autores. Desde entonces éstos estudian el procedimiento.

Comunican la curación completa de un caso de morfea típica localizada en la región frontal media, desde el borde del cuero cabelludo hasta la raíz de la nariz. Dos series de hemocrinterapia (12 inyecciones de 2 a 5 centímetros cúbicos de extracto ovárico Choay, mezcladas con 20 centímetros cúbicos de sangre venosa), la primera serie realizada en Junio, no dió resultado. La segunda serie, consistente en otras 12 inyecciones practicadas en Septiembre, fué por el contrario muy eficaz. Hacia la sexta inyección la placa inicia su retroceso, desapareciendo en breves días de modo total, casi sin vestigio.

En este caso no pudo ponerse de manifiesto la posible causa. Metabolismo sensiblemente normal. Tendencia a la obesidad en el último año.

Cinco casos más relatan los autores.

Una mujer de 45 años. Esclerodermia generalizada. Metabolismo aumentado el 31 por 100. Después de dos series: mejoría incontestable, pero incompleta. Lo reciente desapareció. No así la esclerodactilia.

Mujer de 54 años. Esclerodermia en placas múltiples. Menopausia precoz. Mejorada en una proporción de las tres cuartas partes, después de dos series de inyecciones.

Mujer de 40 años. Reglada normalmente. Esclerodermia en banda. Mejorada después de 18 inyecciones. Recidiva; nueva serie sin resultado apreciable.

Religiosa de 35 años. Bien reglada. Esclerodermia y Raynaud. 12 inyecciones sin resultado.

Mujer de 26 años. Bien reglada. Placa de esclerodermia yustaumbilical, muy infiltrada. Sin resultado después de una serie.

Sin ser constantes, estos resultados deben tenerse en cuenta dada la penuria de nuestros medios terapéuticos contra la esclerodermia.

De dos maneras podría explicarse la acción de la hemocrioterapia:

- 1.º Opoterapia activada por la asociación de la sangre.
- 2.º Medicación de choc conjugada. Según los casos podría aplicarse una o la otra explicación.

Acción de los tratamientos de ataque, en particular del tratamiento arseno-bismútico, sobre las diversas sero-reacciones en la sífilis precoz.—SEZARY, G. LEVY et MLLÉ, L. BUGEAUD.—Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. Sesión del 11 de Enero de 1934. «Bull. de la S. F. de D. et de S.», núm. 1. Janv. 1934, pág. 71.

Para apreciar la actividad terapéutica del tratamiento mixto conjugado, arseno-bismútico, los autores han estudiado semanalmente las modificaciones que produce sobre las sero-reacciones de Hecht, de Kahn, de Meinicke (M. T. R.) y de Vernes.

Comparativamente estudiaremos estas modificaciones sobre enfermos sometidos únicamente a la acción de un tratamiento bismútico o arsenical y de estos estudios han podido deducir datos interesantes sobre la sensibilidad de las diversas reacciones practicadas sobre los 20 enfermos estudiados.

De estos 20 enfermos, en 19 las reacciones se negativaron, ya durante el tratamiento, ya en el transcurso del mes siguiente. El tratamiento consistió en unos 7 gramos de navarsenobenzol y en unas 18 ampollas de muthanol (0,15 de hidróxido de bismuto por ampolla). En el 95 por 100 de los casos las sero-reacciones se negativaron antes del fin de la serie.

Las sero-reacciones se negativaron por término medio:

En la sífilis primaria:

Vernes, en 5 semanas.

Meinicke, en 5 y media semanas.

Hecht, en 6 semanas.

Kahn, en 7 semanas.

En la sífilis secundaria:

Vernes, en 6 semanas.

Hecht, en 7 semanas.

Meinicke, en 7 y media semanas.

Kahn, en 8 semanas.

DE ACTUALIDAD MEDICA
PARA EL REUMATISMO LOS

POLISANICILATO

$\frac{100}{Na}$ $\frac{K}{18}$ $\frac{10}{Ca}$

PINA

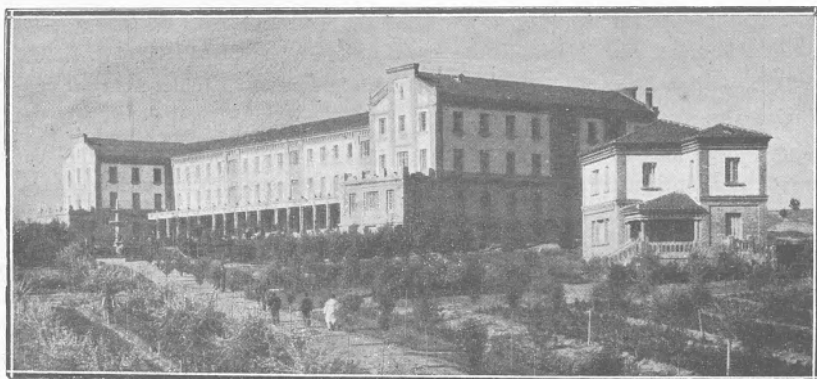
mayano

En los enfermos tratados, sólo con arsénico o sólo con bismuto, las curvas serológicas son sensiblemente paralelas si bien mucho menos rápidas.

Hemos cuidado de escalonar las sero-reacciones, según el tiempo que tardaron en negativar y el lector puede así comprender su comportamiento y sensibilidad.

Esta comunicación ha provocado una interesante discusión, en el curso de la cual Marcel Pinard ha objetado la posibilidad de sumar las intolerancias por el tratamiento conjugado. Ravaut, considera también como más activo el tratamiento conjugado, que el mixto alternado. Sezary rechaza la imputación de Pinard. Gouin, señaló la importancia de su leucocito-reacción que permitiría juzgar de la eficacia de los medicamentos usados y sería posible mediante ella de señalar las resistencias medicamentosas.

Con este motivo, Louste hace la historia del 606 y del 914, y muestra su convencimiento de que si en el período de accidentes agudos, graves, la vía intravenosa es



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

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

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

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

PALENCIA

la de elección, no debe continuarse este método durante años y entonces la medicación asociada, intramuscular, tiene su indicación. Sezary disiente de Gougerot, sobre el momento de asociar el Bi al As. Este lo haría desde la cuarta inyección, aquél lo hace desde la primera, pensando prevenir así reactivaciones viscerales. Doce años de esta práctica sin incidente, abona su conducta.

Ravaut, expresó claramente su posición frente al tratamiento arsenical aislado y exclusivo. Una serie de enfermos tratados durante varios años con arsénico, presentaban, unos, abolición de reflejos aquileos, reaparecidos varios años más tarde, otros cefalea, torpeza intelectual, palpitaciones, con arritmia cardíaca, trastornos que Ravaut atribuyó a una intoxicación por el As. recayendo electivamente sobre el sistema nervioso. El examen del líquido céfalo-raquídeo, mostraba una ligera albuminosis con negatividad de las otras reacciones, confirmando el origen tóxico. El hiposulfito sódico le dió buen resultado.

Sezary cerró la discusión haciendo notar que las consideraciones anteriores se referían al acta de la sífilis reciente. El tratamiento arseno-bismútico de la sífilis antigua, tiene indicaciones más restringidas.

Contribución a la epidemiología del chancro blando.—A. N. CHAPIRO et J. E. KANTOL.—«Rev. Fran. de Derm. et de Ven.», núms. 7-8. Juillet-Août, 1933, página 387.

En este trabajo estadístico se pone en evidencia por datos estadísticos, las variaciones bruscas y de causas oscuras, de la frecuencia de esta afección endémica. En su dispensario de Minsk (Rusia Blanca) han observado que no puede considerarse siempre como una enfermedad de desaseo, ya que sus curvas no siguen siempre las de la sarna. Al mismo tiempo consignan la gran frecuencia de bubones, que encuentran en un 42 por 100 y la rareza de los chancros mixtos que se acusa en sus estadísticas con un 2 y medio por 100. La curva de la sífilis sigue fatalmente la del chancro blando.

Los autores mencionan la ausencia de contagios extragenitales, pese a la promiscuidad y al uso indistinto de toallas, etc.

El eczema del niño de pecho, enfermedad alérgica.—PEHU et AULAGNIER.—«Lyon Medical», núm. 43, pág. 456.

Frente a ciertas sustancias, en especial, frente a ciertos alimentos, el lactante puede mostrar una hipersensibilidad, unas veces congénita, otras adquirida, que se traducen por la aparición de un eczema.

De esta concepción se deducen consecuencias de trascendencia práctica, ya que la mayor parte de los alimentos en esta edad ejercen sin excepción su acción nociva sobre el organismo del niño eczematoso. Teniendo esto en cuenta no podrán restringirse o suprimirse todas las sustancias nocivas.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

Si es posible, debe mantenerse el uso casi integral de la leche y se tratará de realizar una vacunación del organismo, para cambiar el estado alérgico sin provocar reacciones violentas o peligrosas.

Nuevas nociones sobre la evolución de la sífilis.—GOUGEROT.—«Bruxelles Médical», núm. 48. 1933, pág. 1.430.

La noción de las sífilis retardadas, de las sífilis sin chancro, de las sífilis secundarias tardías, la frecuencia, precocidad y trascendencia de las lesiones meníngeas y viscerales en el período secundario; el papel que las infecciones asociadas y el biotropismo juegan; la noción de la sensibilización; los nuevos aspectos de las lesiones terciarias, las sífilis cuaternarias; las sífilis viejas latentes; las sífilis cuya evolución sale de los cuadros clásicos, atípica por sí, o deformada por la acción del tratamiento; la acción beneficiosa de las lesiones cutáneas sobre la evolución ulterior de la enfermedad; son capítulos todos que han renovado los conocimientos clásicos sobre la evolución de la sífilis y que el autor ha cuidado de exponer minuciosamente, haciendo resaltar su importancia doctrinal y práctica.

LEDO.

PEDIATRIA

La escrófula. Forma especial de la tuberculosis.—A. B. MARFAN.—«Le Nourrisson», pág. 338. Noviembre de 1933.

El autor, después de exponer lo que en otro tiempo fué el término escrofulosis, y si ha sido o no lógico retirarlo de la nomenclatura usual, cree que después las últimas adquisiciones en tuberculosis conducen a dar a la escrofulosis su puesto en la nomenclatura. En los tiempos en que se consideraban como diátesis principales el escrofulismo, el artrismo y el herpetismo, así como la sífilis que se distinguía por su contagiosidad, ya se estudió bien la escrofulosis con sus tres grupos, adenitis crónicas supurativas, las escrofulides de piel y mucosas y las caries óseas fungosas. Estudia cada uno de los grupos; en el primero señala cómo las adenopatías son casi siempre cervicales y en mayoría unilaterales, que puede evolucionar la adenopatía sola y aisladamente, y como otras veces se afecta un grupo ganglionar y fundidos los ganglios supuran abundantemente con duración de años o meses. En el segundo grupo señala el impétigo y el ectima escrofuloso; las escrofulides de la primera infancia que contienen los accesos fríos subcutáneos o goma escrofuloso que supura en abundancia; el liquen escrofuloso de los niños mayores; recuerda las rinitis ulcerosas vestibulares que dan una nariz abultada, así como los labios gruesos que darán tipismo a la facies escrofulosa; las queratitis flictenulares que dejan cicatrices sobre el limbo

HEPATORRADIL

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FÓRMULA: Principios solubles de hígados frescos. - Extracto de malta sometido a la acción de los rayos ultravioleta. - Iodo naciente (métodos BEAUDIN y COURTOT). - Arsénico. - Fósforo. - Calcio y jarabe de rábano perfeccionado. (VITAMINAS A, B, C, y D)

LABORATORIOS GRAIÑO

esclero-corneal, en fin otorreas y bronquitis. En el tercer grupo no se detiene a estudiar las lesiones osteoarticulares de todos conocidas, pero agrega que en las primeras edades de la vida esa osteitis ataca el cúbito, el calcáneo y el hueso malar. Avanzando la edad las lesiones escrofulosas son menores, pero si continuasen durante toda la infancia, sería porque comenzaron antes.

Siguiendo el estudio histórico, anota que después de los descubrimientos de Villemin y Koch, fueron viéndose cómo en efecto eran formas tuberculosas aquellas adenitis en las que encontraron bacilos, y dada la evolución lenta y relativamente benigna de las lesiones, creyeron que la virulencia del germen se hallaba allí atenuada. Asimismo emplazaron en el terreno de la tuberculosis las caries óseas y las artritis fungosas.

Mas no sucedió así con las lesiones ulcerosas de la piel y mucosas, y la queratitis flictenular, pero como se vió, eran producidas por estafilococos y estreptococos, pasaron al encasillado de las piodermis; y la queratitis dicha, no es sino una representación del impétigo en la conjuntiva. Así pues, en 1900, de aquella gran diátesis queda, que la forma ulcerosa de piel y mucosas de la cara, puede ser la puerta de entrada de bacilos tuberculosos que invadían el cuello en sus formaciones ganglionares. Sentado que las principales formas de la escrófula son en sí tuberculosas, el autor las califica de especiales, las cuales lesiones son compatibles con un buen estado general. Así como hace tiempo avanzó Marfán mismo que la curación de las escrófulas conferían inmunidad para la tuberculosis, vuelve a insistir en que la tuberculosis ganglionar del infante es la más inmunizante.

La cuti-reacción en los escrofulosos es muy intensa y la radiografía demuestra lesiones aún evolutivas, mas si es un escrofuloso antiguo, se verán pequeños focos calcificados.

Estas constataciones conducen al problema de las relaciones existentes entre las alteraciones cutáneo-mucosas y la tuberculosis, sobre las cuales se sustentan dos opiniones: La primera cree que estas alteraciones están producidas por los estrepto-estafilococos, y que al tener asiento en los escrofulosos, la piel de éstos reacciona más vivamente. La segunda opinión es la que admite las escrofulídes cutáneas y mucosas como variedades tuberculosas. A pesar de no haberse encontrado por 1896 el bacilo de Koch en estas lesiones, Darier las llamó tubercúlides y otros pensaban que eran producidas por bacilos muertos, o según otros, ya en 1913 pensaban que se debían a la llegada al sujeto en un estado de alergia, de bacilos tuberculosos. Claro es que el descubrimiento del virus filtrable, ya ha dado la solución, y éste puede ser evidenciado en estas lesiones.

Llegado a este punto, el autor define la escrófula como una forma muy especial de tuberculosis que se observa generalmente en la infancia. Al ser producidas las adenitis, etc., por el ultravirus o la forma granular, nos explicamos cómo no se podía determinar una tuberculosis tipo Villemin en el animal al inyectar productos escrofulosos y más difícil aún poner en evidencia el bacilo.

La inmunidad que tienen algunos sujetos, adquirida por herencia, será la que

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

obre en el sentido de que en esos sujetos se desarrollen las formas filtrables y no las bacilares. Algo análogo se observó en los niños vacunados por el B. C. G., mas el antor no llega a debatir si será debido a la misma vacuna o a un virus activo que habrá sobreinfectado al niño vacunado.

Dedica después un capítulo al diagnóstico de la escrófula de las adenitis sífilíticas del cuello.

Aumentar la resistencia de una parte e instituir el tratamiento local adecuado para las lesiones cutáneas y mucosas, así como ganglionares, son las indicaciones a seguir en el tratamiento de la escrófula: helioterapia, higiene, clima marítimo, carnes crudas; y si la piel está intacta, baño salino seguido de fricción estimulante. Aceite de hígado de bacalao y calcio como medicación general y después da una lista para el tratamiento dedicado a las lesiones de piel y mucosas.

Un caso de angioma cavernoso congénito de hígado.—ADALID y ESCARDO.—

«Arch. Argentinos de Ped.» Noviembre de 1932.

Una enferma de Centro Europa, primípara, el marido de la cual es sano, tiene seis hermanos y una hermana sanos. Da a luz un niño que pesa 3.020 gramos. La placenta grasosa pesa 500 gramos (sexta parte del peso fetal). Al día siguiente del nacimiento tiene el niño palidez y edema escrotal. Acceso de cianosis. Red venosa abdómino-torácica. Dos días después del acceso, la cianosis y la palidez se redoblan. Mucosas decoloradas como si el niño hubiera tenido grandes hemorragias. Edema de las bolsas y del pubis. Vientre distendido y mate en su mitad izquierda, donde se toca un tumor duro, irregular, ocupando todo el cuadrante superior derecho. Disnea y diarrea. Vista la gravedad extrema y sospechando una hemorragia interna, se interviene.

Hecha la anestesia clorofórmica se le practica una laparotomía supraumbilical; salida de sangre en abundancia, sin coágulos; hígado enorme liso y con timor violado del lóbulo izquierdo, sangrando mucho; drenaje y sutura. Muerte poco después.

Autopsia: Derrame al aproximado de 200 centímetros cúbicos de serosidad sanguínea. Tumor como una naranja mediana del lóbulo izquierdo, con abertura en su parte inferior dando coágulos, se continúa con el tejido hepático. En el microscopio, angioma cavernoso típico con cavidades llenas de sangre normal.

Encefalitis con neuritis óptica curable, aparecida a continuación de una vacunación antidiftérica.—PAPADATO (Odesa).—«Archiv. Med. des Enf.» Enero de 1934.

El estudio de las encefalitis infantiles, llevado a cabo en estos últimos años intensamente, está muy lejos aún de dar la impresión de encauzarnos hacia un conocimiento claro del problema.

El estudio del caso siguiente motiva el trabajo:

Niña de 8 años, que después (día siguiente) de una vacunación antidiftérica, presenta una ceguera casi total. Por el examen de fondo de ojo, se constata una neuritis óptica aguda. Por parte del sistema nervioso se observaban tan sólo una ligera paresia de origen central en el nervio facial y algunas sacudidas mioclónicas peribucuales. En los dos meses que está en el departamento acusa una evolución poco accidentada que acaba en la curación. Durante este período la enfermita está apática, la mímica poco expresiva y la emotividad insuficiente. El examen de líquido céfaloraquídeo varias veces hecho, demuestra la atenuación de los fenómenos inflamato-

rios. El estado de fondo de ojo también mejora. Después de centrifugado el L. C. R., da a la observación y contaje 70 por 100 de linfocitos, 24 por 100 polinucleares, 6 por 100 de grandes monocitos.

El autor cree se trata de una encefalitis producida a continuación de la vacuna antidiftérica y provocada por este fenómeno considerado como tóxico o alérgico. Casos como éste se encuentran diversos y producidos tras variadas vacunaciones, incluso tetánica, tífica. El mecanismo de aparición de las lesiones nerviosas en todos estos grupos de vacunación, no sería el mismo. El dato capital es el aumento de estos accidentes en estos últimos años, claro que sólo es explicable por el aumento del número de vacunaciones. Además hay que darse cuenta que atravesamos un período en el cual el sistema nervioso central presenta una aptitud particular a dar reacciones inflamatorias. En el caso motivo de la comunicación, la historia es parecida a la de la encefalitis epidémica. Así pues, la vacunación antidiftérica ha sido el agente provocador que ha desencadenado las posibilidades patógenas del virus encefalítico. Por fin hace hincapié en que la vacuna provocadora, como es la diftérica, puede no contener virus y que ha activado la infección latente preexistente.

ALLUÉ HORNA



Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

PROKLIMAN

MARCA



"CIBA"



Frascos de 40 comprimidos

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

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

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGON, 285

BARCELONA

APARTADO 744



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRANO
FORMULA

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

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

NOTICIAS

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

Programa de los actos que se celebrarán para conmemorar el XXV aniversario de su fundación

JUEVES 17 DE MAYO

A las once de la mañana: Sesión inaugural con el siguiente orden:

- 1.º Discurso del Presidente de la Academia, doctor don Julio Bejarano.
- 2.º Memoria de Secretaría conmemorativa de la labor llevada a cabo por la Academia, doctor don José F. de la Portilla.
- 3.º Discurso del profesor Pautrier, de Estrasburgo.
- 4.º Discurso del profesor Gougerot, de París.
- 5.º Discurso del profesor Ehlers, de Copenhague.

A las seis de la tarde: Lectura y discusión de la ponencia relativa a «Resultados de la Roentgenterapia en las dermatosis». Ponente: doctor Antonio Piga.

VIERNES 18 DE MAYO

A las diez de la mañana: Lectura y discusión de la ponencia relativa a «Resultados de la paludización en el tratamiento de la neurosífilis». Ponente: doctor Rodríguez Arias, de Barcelona.

A las seis de la tarde: Lectura y discusión de la ponencia relativa a «Proyecto de Organización de la enseñanza; ejercicio e Instituciones sanitarias dermosifiliográficas en España».

Votación del lugar en donde haya de celebrarse el próximo Congreso anual de Dermatólogos españoles.

A las nueve y media de la noche: Banquete general que tendrá lugar en el Hotel Ritz (precio del cubierto, 25 pesetas).

Todos los actos científicos se verificarán en la Academia Nacional de Medicina, Arrieta, 10.

SABADO 19 DE MAYO

Tendrá lugar la Asamblea de la Unión Internacional contra el peligro venéreo, a la que no pueden asistir sino los Ponentes y Delegados oficiales de las distintas naciones.

La Secretaría General de la Unión se ha servido invitar, con carácter excepcional, a estos actos, a todos los miembros de la Junta directiva de la Academia.

Para las adhesiones al banquete, dirigirse al doctor don Miguel Forns, Augusto Figueroa, 35.