

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
D. GARCÍA CABELLO Y A. ALLUÉ HORNA.— <i>Equinococosis</i>	595
MIGUEL SEBASTIÁN HERRADOR.— <i>El ácido láctico como factor acidósico</i>	611
NARCISO ALONSO F. CORTÉS.— <i>Dietética de enfermos renales</i>	619

REVISTA DE REVISTAS

Cirugía, por Allué Horna.

<i>Embolia gaseosa en un caso de herida de seno longitudinal superior</i> —H. O. Doench.....	625
<i>Efectos de gangliectomía lumbar sobre la reparación ósea.</i> —R. Zollinger.....	625
<i>Sobre la curación de una meningitis a estreptococos, consecutiva a una fractura de cráneo.</i> —Baset y Amaline....	624

(Sigue)

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogon Preparado orgánico terapéutico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

Teligán Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

Lipolysin Muy indicado en la **adiposidad**, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

Intestinol Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos**, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

Pituigan Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. Debilidad de las **contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.**

Myoston Extracto estandarizado de la musculatura, libre de albúmina. **Angina de pecho, esclerosis coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.**

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

Ginecología y Obstetricia, por Villegas.

<i>Los tricomonas vaginales después de una información.</i> —M. Rodecurt.....	625
<i>La velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos en el cáncer de los órganos genitales de la mujer.</i> —H. Keckeis.....	625
<i>Tratamiento de la dismenorrea por la resección del nervio presacro.</i> —Cotte.	626

Dermatología y Sifilografía, por E. Ledo.

<i>Pireto y quimioterapia asociadas en la sífilis primaria y secundaria. Estudio experimental y clínico.</i> —Ch. Richet (fils), Jean Dublineau y F Joly.....	629
<i>Aplicación de la fotografía infra-roja en Dermatología.</i> —Haxthausen.	630
<i>Consideraciones sobre la acción del ultravirus tuberculoso en la patogenia de las tuberculosis.</i> —R. de Blasio.....	631
<i>Antígenos sifilíticos y mecanismo de las reacciones serológicas (reacción de floculación, reacción de fijación).</i> —M. L. Chevrel-Bodin et M. Cormier.....	631
<i>Los eritemas interterapéuticos del noveno día.</i> —G. Milian....	632

(Sigue)

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K. Y Na.

SIN YODISMO

Dosificar a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Aparto 648 MADRID

Otorrinolaringología, por S. R. Berceruelo.

El síndrome conmocional tardío en los traumatismos cerrados.—
 Bremer, Copper, Higguel Martin..... 655
La amigdalectomía por el método de Taptas.—George Departant... 655
*El tratamiento de los flemones y abscesos periamigdalinos por la
 amigdalectomía como método de elección.*—Dr. J. Manuel Tato.. 655
*La curieterapia de los cánceres del esófago, su técnica y sus resul-
 tados.*—Dr. L. Ducuing..... 654

Pediatría, por Allué Horna.

La actividad cerebral del recién nacido.—Dr. Catel..... 655
*La teoría hormonal de la secreción láctea. A propósito de un
 caso de lactancia durante el embarazo.*—Dr. Fulconis 655
Un caso de poliartritis gonocócica en una niña de ocho meses.—
 Dres. Popavici Lupa y Steimberg..... 656

CONGRESOS..... 657
 BIBLIOGRAFÍA..... 658

En el número del pasado mes de Octubre apareció un interesante artículo titulado «Contractura de rodilla curada por intervención bucal»; un lamentable error hizo que no figurara correctamente el nombre de su autor, el reputado odontólogo leonés Dr. Isaac Sáenz de la Calzada. Nos apresuramos a rectificarlo sintiendo lo sucedido.

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

Injectable 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

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

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

FOSFOVITÓGENO

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

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

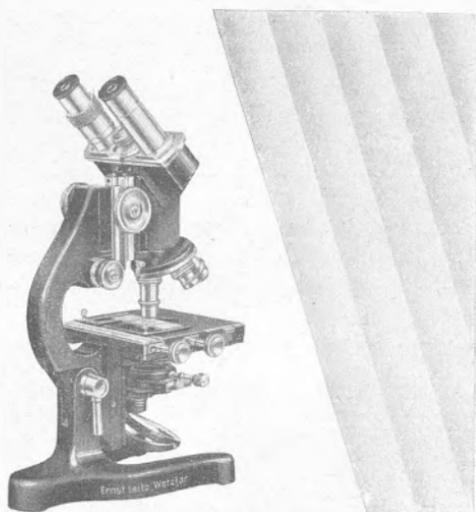
Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias
de las Casas E. LEITZ, de Wetzlar }
y F. M. LAUTENSCHLAGER } ALEMANIA



LEITZ
MICROSCOPIOS

Microscopio LEITZ
con tubo binocular de visión inclinada

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

REPRESENTANTE EN VALLADOLID:

BASILIO HOLGUERA

Don Juan Mambrilla, 6

LEITZ

MICROSCOPIOS
MICROTOMOS
POLARIMETROS
LUPAS BINOCULARES
PARA CULTIVOS
MICROFOTOGRAFÍA
ETC., ETC.

Instalación completa de
LABORATORIOS, CLÍNICAS
HOSPITALES Y CENTROS
DE ENSEÑANZA

Aparatos de fisiología
Aparatos eléctricos para medi-
da del Ph

MOBILIARIO CLÍNICO, INS-
TRUMENTAL QUIRÚRGICO

Catálogos y presupuestos gratis

ARTICULOS ORIGINALES

FACULTAD DE MEDICINA VALLADOLID

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DEL PROFESOR DOCTOR MORALES APARICIO

Equinococosis

(ESTUDIO Y COMENTARIO DE LOS CASOS REGISTRADOS EN NUESTRO DEPARTAMENTO)

por
D GARCÍA CABELLO, y A. ALLUÉ HORNA,
Ayudante de Clases prácticas Alumno interno provincial

I

Queriendo celebrar en nuestra Facultad de Medicina, años atrás, unas sesiones operatorias en honor del profesor Hildebrand, se le prepararon entre los casos a intervenir, un quiste hidatídico de hígado; después de una reducida incisión y ya en cavidad peritoneal, mostró su contento al ver que había hecho hallazgo del quiste. Se extrañó de cómo aquí se hacían grandes incisiones y amplias marsupializaciones u otras veces extracciones magníficas de la germinal.

No es que con lo que precede queramos hacer una crítica al sabio profesor, pero sí apuntar esta anécdota que sólo tiene explicación en la escasa cantidad de quistes hidatídicos que se observan en las clínicas del doctor Hildebrand.

Es Castilla, dentro de nuestro país, donde se observan más equinocosis distribuidas por la economía. En este sentido nos hablan Goyanes y Ribera, habiendo operado el primero ya en 1918, más de 150 casos de procedencia castellana; mas no en toda la península tiene un porcentaje semejante o al menos proporcionado esta entidad nosológica, ya que en Andalucía es raro encontrar un caso (Martínez García).

Es del dominio casi popular que esta afección se localiza preferentemente en el hígado; sabemos que por orden de frecuencia continúa en el pulmón, riñón, cerebro, otras vísceras y en los huesos. Hemos de hacer hincapié sobre estas localizaciones, ya que el enfermo que nos inspira llevar a cabo este mal hilvanado trabajo tiene un quiste hidatídico implantado en una costilla.

Así, pues, conocida la importancia y frecuencia en nuestras regiones de la equinocosis, pasaremos a reseñar la historia de este caso para continuar después un somero estudio sobre los demás presentados en las clínicas a que asistimos.

M. C., natural de Villafuerte de Esgueva (Valladolid), 42 años, profesión guarda de campo. Ingresó el 9 de Septiembre último. Antecedentes

personales: Registra una afección de comienzo brusco y doloroso que le inmovilizó la cadera derecha; al enfermo le dijeron que fué una coxalgia. Le enyesaron la región y curó, conservando hoy día una pequeña cojera. Esto en 1912. En 1922 notó una tumoración en región costal derecha a la altura de VII costilla, no dolorosa, del tamaño de un huevo de gallina; fué intervenido saliendo un líquido que no fué pus, según el enfermo. Drenaje,

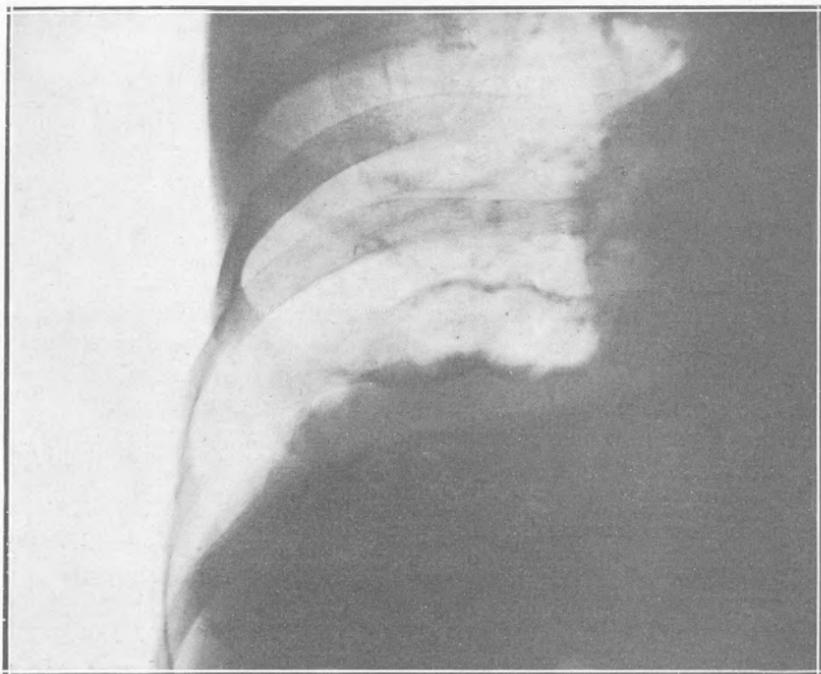


Fig. I

Radiografía núm. 1.650.—Enfermo núm. 23 de la Sala de San Vicente. Quiste hidatídico de costilla.
Se observa claramente la formación quística hacia el centro de la costilla.

infectándose la herida a los diez días, curando a los tres meses de intervenido. Proceso actual: mes y medio antes de ingresar nota una tumoración del tamaño de una avellana, indolora, localizada muy próxima a la del anterior proceso, que aumentó de tamaño ocasionando dolor intercostal por debajo de la misma. Aumenta el dolor después de una marcha a caballo, con opresión torácica tosquintosa y expectoración mucosa clara abundante. No hay fiebre. Estreñimiento habitual. Normalidad en el resto de aparatos y sistemas. Estado actual. Al ingresar, tumoración costal derecha, tamaño de un huevo de gallina y fluctuante. No hay rubefacción, dolor ni fiebre. Buen estado de nutrición. Curso. Día 10 de Septiembre se abre espontáneamente la tumoración dando salida a un líquido ligeramente purulento, con for-

maciones que resultaron ser vesículas hidatídicas, según aseguró el enfermero al mostrarle otras análogas más tarde. Curas asépticas y cicatrización en días sucesivos. Día 19. Intervención quirúrgica previo examen de la radiografía que ilustra estas páginas, que dió la impresión de cavidad fungosa en VII costilla. No se encuentran tejidos enfermos, ni pus; al tacto, sensación quística en costilla. No hay exéresis. Día 21. Al curarle se hallan en la boca de la fístula tres hidátides. Persistencia en días sucesivos de la fístula que mancha algo. Reacción de Cassoni (dos cruces), R. Weinberg (—). Eosinófilos, 3.

En el caso que nos ocupa casi no podemos pensar que se hiciera la contaminación en la infancia, como opina M. Gavei. Se lee que años antes de padecer la afección, comenzó a convivir en el monte con perros. Se puso de relieve el primer quiste por un crecimiento, y es de suponer que su asiento fuera en músculos anchos de la espalda. Una recidiva es frecuente por diversas causas, aun después de una correcta intervención, ya que si varios autores no aconsejan la previa punción del quiste para evitar siembras concomitantes, éstas pueden verificarse a través de las compresas protectoras; así, se encuentra recidivado a los 11 años. Es fácil darse cuenta de cómo en la actualidad se desarrolló en el mismo sitio, propagándose a costilla. Lo que salta a nuestra consideración es pensar si la costilla del enfermo se hallaba débil, algo indefensa o lesionada por otro proceso, encontrándose en disposición de dar asiento al quiste. Esto tendría relación con la afección probablemente fímica que el enfermo padeció en la articulación coxo-femoral derecha. El mismo examen radiográfico nos muestra la costilla con una cavidad tendente a la división y con reacciones periostíticas condensantes que pudiera derivarnos en este sentido. El quiste que acompaña al de costilla, por compresión quizá, produce el dolor que acusaba en todo el trayecto del correspondiente intercostal. Vemos abrirse espontáneamente la tumoración que se palpaba fluctuante y con temblor hidatídico, expulsando hidátides en cantidad, dato que no fué comunicado hasta después de intervenir al comprobar que eran iguales a las anteriormente expulsadas. Son pellejos de uva, dice el enfermo, que nos conducen al diagnóstico. La formación quística superficial es la que evoluciona sépticamente, curando por procedimientos simples, pero dejando un vestigio fistular. Se le practica entonces una Cassoni, que resulta claramente positiva, no así la Weinberg, acusándonos también una eosinofilia ligera. Hemos intentado dar a la historia un poco de fuerza con estos comentarios para entrar a estudiar la estadística que posee el departamento.

II

En los cinco años últimos en que comienza esta estadística, van registrados unos 40 casos, de los que se hallan completamente estudiados 38, que clasificaremos atendiendo a su localización. De ellos, 18 la tienen en el hí-

gado; 13, en el pulmón; 4, con diversas localizaciones en costilla, peritoneo, músculos de los canales vertebrales y riñón. Del resto, faltan datos.

Lo que nos llama primeramente la atención, es la escasa diferencia que hay en el número de los casos hepáticos y pulmonares. Ya insistiremos sobre esto al reseñar las teorías del profesor Lozano, sobre localización. Pero desde luego ha contribuido el desarrollo de la exploración radiológica al mejor diagnóstico de los casos pulmonares diagnosticados antes con menos frecuencia. Igualmente ocurre con las recidivas en pulmón posteriores a la evacuación por vómica del quiste originario; la creencia de que la vómica curaba ha sido desterrada al demostrar que la germinal persistía en pulmón, dando origen a otro quiste que los Rayos X hacían visible. Hecha esta derivación, seguimos comentando la localización.

Desde luego el predominio es aún hepático, pero aumenta lentamente la hidatidosis en otros sitios raros. Poseemos casos como el peritoneal y el renal de poca frecuencia; el muscular algo más frecuente.

Aquí consignaremos la preferente implantación del equinococo en el cerebro de los niños, según aseguran autores argentinos, los cuales tratan tantos y tantos quistes, y aunque por razones de división interna de nuestro régimen hospitalario no veamos casos de esta naturaleza, se citan en Castilla por Suñer algunos, y siempre en enfermos de menos de 11 años. Claro es que salta a la vista y puede admitirse una apetencia especial en contraposición a la teoría mecánica de que los escolex en la infancia son más susceptibles de estiramientos para llegar hasta encéfalo. Devé, como Martínez García de Granada, opina que la infección equinocócica se adquiere en la infancia, y por ello son frecuentes los hallazgos de esta entidad antes de la pubertad; mas nada dicen de la especial apetencia por el encéfalo.

Con los honores que merece, mencionamos la teoría expuesta por el doctor Lozano en su nuevo libro *Estampas de Equinocosis*. En primer lugar, hace notar la superficialidad que toma en hígado condicionándola a las exigencias para la vida del parásito, pasando a exponer la apetencia del equinococo por determinados tejidos y vísceras en contraposición total, a la antigua teoría mecánica. Apoya tan plausible concepción en el aumento del diagnóstico de quistes de pulmón, como indicábamos antes, y dice que el día que se equiparen en las estadísticas los casos de hígado y pulmón, decaerá la teoría del hígado como filtro para el equinococo. Así, pues, el exacanto se detiene en el hígado en virtud de su apetencia por esta glándula, siguiendo el tropismo que cumple cada especie de larva en la naturaleza. Por eso hace notar el profesor Lozano que siempre colocan los progenitores al embrión donde encuentra más a mano sus condiciones de vida.

También sustenta este profesor la teoría de la superficialidad de implantación del equinococo, clasificando los quistes en *someros* y *hondos*; estos últimos, por no ser fácilmente abordables, pero tendiendo siempre a la superficialidad.

A nuestro modesto entender, esto no deja de ser más que una hipótesis

discutible como todas ellas. Verdaderamente las más de las veces se nos presentan en nuestra estadística casos de marsupialización más o menos laboriosa, pero juntos con estos tenemos alguno en que el hígado aparece completamente invadido de quistes, tanto centrales como superficiales; así se

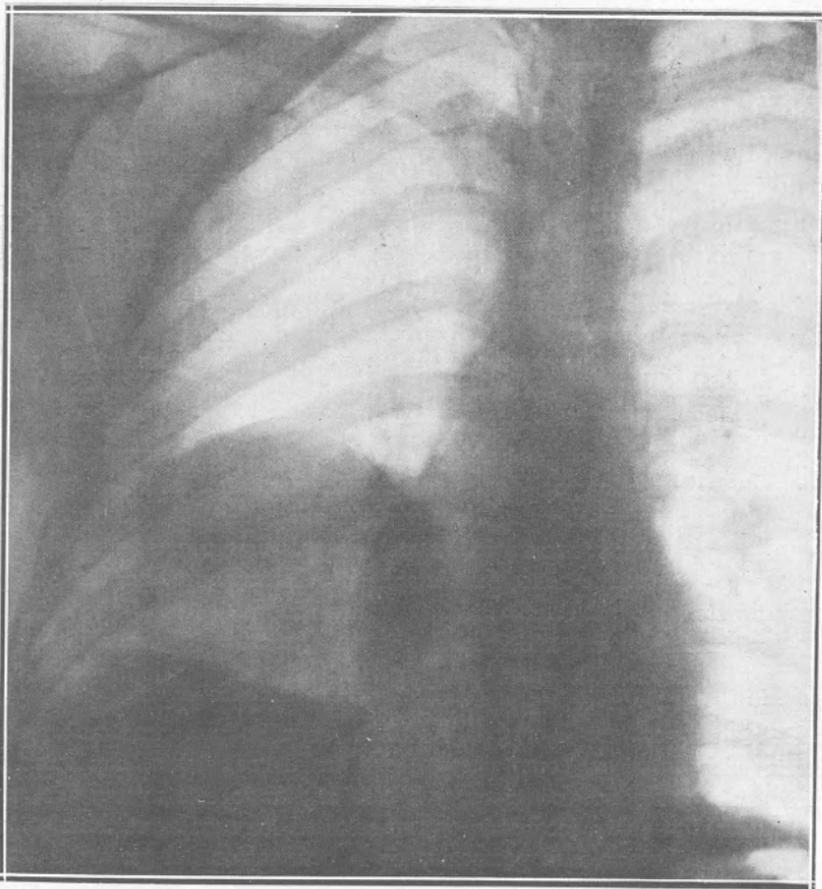


Fig. II

Radiografía núm. 380.—L. A.—Quiste hidatídico de base de pulmón derecho. Operado por marsupialización en un solo tiempo. Proyección antero-posterior.

presenta el caso del enfermo A. G., que en Marzo del 31 acude a la clínica con un cuadro pulmonar, con malestar, fiebre alta y después disnea, cuadro que cede y cambia a los 15 días, en que manifiesta fuerte pigmentación icterica, orina fuertemente pigmentada, heces albinas, fuerte tos y abundante expectoración amarillenta. Así ingresa después de haber perdido 20 kilos de peso. Por exploración física del enfermo se recoge una zona mate con

murmulo vesicular abolido entre las dos líneas axilares en pulmón izquierdo, con roncus y sibilancias en zonas limítrofes; en epigastrio se nota una manifiesta tumoración hacia hipocondrio izquierdo. Se practica una laparotomía supra-umbilical con punción en el enorme hígado, que aparece, dando salida a dos cc. de líquido, agua de roca; al intentar la extracción del mismo con trocar y aspirador eléctrico, fracasa. Sutura en masa. El enfermo se quita la cura el día de operado, y al siguiente, la temperatura asciende a 39,3; hay unas alternativas entre 38 y 36,5, y el enfermo, que tiene acentuados los fenómenos disneicos, fallece al octavo día de ser intervenido. El protocolo de autopsia nos demuestra en pulmón izquierdo pérdida de elasticidad y un quiste hidatídico supurado del tamaño de una mandarina; pleura fuertemente adherida. El contenido del quiste es de gran fetidez. En abdomen, herida operatoria en línea media supra-umbilical. Hepatomegalia. Diversos quistes en el lóbulo derecho del hígado, alguno del tamaño de una cabeza de feto; otros en lóbulo izquierdo; en cara inferior otro mayor que un huevo de gallina, que comprime vías biliares. Hechos cortes en el hígado, se encuentran tres grandes quistes; uno que aflora casi la cara superior, otro a la inferior, pero central y del tamaño de una cabeza de feto grande, y otro medio algo menor. Hepatitis. Había un análisis de esputos, coloración Ziehl, sin encontrar bacilos de Koch, ni cocos. Así, pues, esta superabundancia de quistes encontrados por todo el hígado, nos demuestra que los quistes viscerales profundos *viven* igualmente, y por eso la hipótesis dicha es algo ingenua a nuestro modesto modo de ver; claro que un caso solo no combate una teoría, pero puede ponerla en tela de juicio cuando no está avalada por pruebas patentes.

Registramos en la estadística, de este trabajo, casos en que es fácil suponer una penetración de escolex a través de otra vía que la digestiva; no digamos ya de los casos de hidatidosis pulmonar, sobre los cuales la escuela de Devá, seguida por Devv, de Australia, suponen una penetración aérea directa, sino de otros, como nuestro caso costal coexistente, con otros dos quistes subtegumentarios vecinos, y a otro registrado este mismo año, subtegumentario también, localizado en músculos de los canales vertebrales, con lo cual adquirimos la idea persuasiva de la penetración del germen a través de piel. Autores hay que comparan esta penetración a la de la anquilostoma que los mineros, por ejemplo, adquieren a pie desnudo en el fondo de los pozos. El escolex tiene sobrados ganchos para adherirse fuertemente y penetrar merced a las defensas de su cabeza. Sólo señalamos esto, en que coinciden autores japoneses y nacionales, pero sin darlo exagerado valor. Y para finalizar lo relativo a implantación, diremos la frecuencia de las recidivas observadas en varios casos que luego destacaremos. De los trece casos de pulmón que poseemos, ocho pertenecen a pulmón derecho y cinco a pulmón izquierdo, estando situados siempre en las bases y fácilmente abordables, a excepción de dos que se vaciaron por vómica, y que según comprobación radiológica se encontraban en el centro de la base visceral aproxima-

damente. Clasificando nuestra casuística con arreglo a la curabilidad de los quistes, tan solo se encuentra una defunción ya reseñada. De los 13 casos, 3 fueron supurados, 4 acompañados de vómica, y en 7 de ellos, se presentaron repetidas hemoptisis. Los 3 supurados evolucionan en unos meses; comienzan con molestias en ocasión de un enfriamiento, una mojadura, etcétera; algo más tarde se instala tos seca, que luego da expectoración blanquecina abundante; tiene molestias en el hipocondrio correspondiente y fiebre de más de 38. Hasta aquí iguales. Después, J. A., tiene una complicación neumónica que hace crisis, y días después comienza a expulsar al toser abundante pus. Este no sale al verificar una punción debido a su consistencia; presenta disnea de reposo, sigue la tos con expectoración y fiebre; al repetir una punción en quinto espacio intercostal derecho, línea axilar, se consigue extraer corta cantidad de pus claro, dando sensación de haber más, por lo que se interviene encontrando una gran cantidad de pus de aspecto gangrenoso, cremoso y fétido. En curas sucesivas, conservando drenaje, elimina trozos de membrana hidatídica; la enferma mejora, y dos meses después está curada. Otro caso es, J. R. V. Sigue con expectoración acompañada de vesículas hijas, hemoptisis repetidas y fiebre alta. Por signos físicos, macidez y disminución del murmullo vesicular en base derecha. Se le interviene con extracción de gruesos trozos de membrana y gran cantidad de pus. En curas sucesivas elimina trozos de germinal y vesículas, una de las cuales taponó al parecer la herida, que no mancha la cura durante 6 días. Tres meses después es dada de alta y aún tarda otro mes para estar curada. La tercera enferma, S. G., sigue con la misma sintomatología hasta presentar una vómica abundante que hace ceder en parte los síntomas; no habiendo dolor y sí macidez y abolición del murmullo en base izquierda; no hay fiebre ni disnea. Por toracentesis se comprueba la existencia de pus; por radiografía se ve una sombra de empiema en este lado. Se opera drenando ampliamente la cavidad pleural; el quiste vaciado por vómica se comprueba radiológicamente en vías de franca regresión. Cura a los 70 días de operada.

En estos tres casos podemos ver cómo por expulsión aérea ascendente del contenido quístico, se pusieron de manifiesto; uno de ellos sin muestras de septicidad, otro evidentemente séptico y otro acompañado de hemoptisis, coexistiendo uno con un empiema que creemos de pura coincidencia y que quizá mecánicamente facilitó el vaciado del quiste preexistente. Mencionamos con gran simpatía el término *hidatoptisis* lanzado por Devé, de París, ya que justifica la expulsión del contenido hidatídico por un procedimiento análogo al de la sangre en la hemoptisis. Con este síntoma tenemos cuatro enfermos con hidatoptisis claras y terminantes, habidas en unos después de iniciados los síntomas de intervención pleural, pero que en uno fué síntoma primordial, terminando en verdad con el proceso sin que por este caso aislado aseguremos que la hidatoptisis sea curativa. Poseemos el caso del enfermo F. A., con un quiste en pulmón derecho que manifestó antes de ingresar,

tres hidatoptisis cada tres días, curioso detalle de periodicidad en que influiría quizás el psiquismo del enfermo. Fué operado felizmente.

III

Comentando lo relativo al diagnóstico, según nuestro historial, vemos que se precisan varias series de datos: anamnésticos, clínicos y biológicos, para llegar a hacerle con suficientes garantías. En Castilla, en que la afección reviste carácter endémico, no es de extrañar, dada la relativa costumbre de ver esta clase de enfermos, que se diagnostiquen sencillamente con un buen interrogatorio, seguido de un examen clínico detenido. Por eso vemos a lo largo de nuestra estadística, sólo en una minoría ha sido preciso el auxilio de los exámenes biológicos cuyo valor comentaremos. Entre los datos anamnésticos se recogen aquellos de índole profesional (pastores, guardas de campo, curtidores, etc.); los de convivencia (familiares), de lugar, y otros que siguen las normas observadas por todos los autores. Hay también datos, de localización o generalización indeterminadas, como son el dolor, prurito, urticaria, etc.; otro, referible a órganos propios; tos, expectoración hemoptoica y aun expulsión de membranas y contenido (hidatoptisis) en los de pulmón; ictericia en los de hígado, con acolia subsiguiente explicable por compresión de vías biliares o rotura del quiste en las mismas, y expulsión de membrana por tubo digestivo. Además el interrogatorio nos revela la naturaleza y modo de presentarse: aguda o crónicamente.

Resaltando estos datos, haremos constar algunos. Es casi de dominio vulgar que la hidatidosis hepática crece sin que el enfermo acuse el menor dolor; nuestros casos nos obligan a cambiar de modo de pensar a este respecto. Tenemos 18 casos, en los cuales la tumoración es siempre dolorosa, siendo este síntoma el que trae principalmente a los enfermos a consultar, y solamente en 5 casos es típicamente indolora la tumoración. A propósito del dolor, pensamos con Quenú, que no implica rotura o supuración del quiste, pues de nuestros 13 casos, tan sólo uno fué supurado, y creemos causa indirecta del mismo a la pleuritis de vecindad y a las perihepatitis, según evolucionen hacia arriba o hacia abajo; en algunos casos una compresión sólo sería la causa del dolor.

El signo hemoptisis merece atención, ya que todos los libros clásicos hacen notar la gran frecuencia con que se registra en la hidatidosis pulmonar; tanto, que clásicamente se hace a seguido el diagnóstico diferencial con fimia pulmonar. Tenemos 7 casos de hemoptisis, y observada cuidadosamente la coincidencia con la tuberculosis, no la encontramos, ni registramos tampoco casos de fimia posterior al tratamiento o curación pseudo-espontánea de la equinocosis; pero anotaremos las tres categorías que el profesor Escudero, de la Argentina, señala como concomitantes con el quiste hidatídico pulmonar y que son: tuberculosis y equinocosis pulmonar simultánea; tuberculosis desarrollada después del quiste y en el hueco de éste y tuberculosis que infecta el pulmón después de vaciado espontánea o qui-

rúrgicamente antes de cicatrizar la herida pulmonar. Advertimos que estas observaciones fueron hechas antes de las penúltimas adquisiciones sobre tuberculosis pulmonar, y prontamente nos salta a la vista, que sólo puede subsistir la primera división, puesto que se sabe que para que se manifiesten

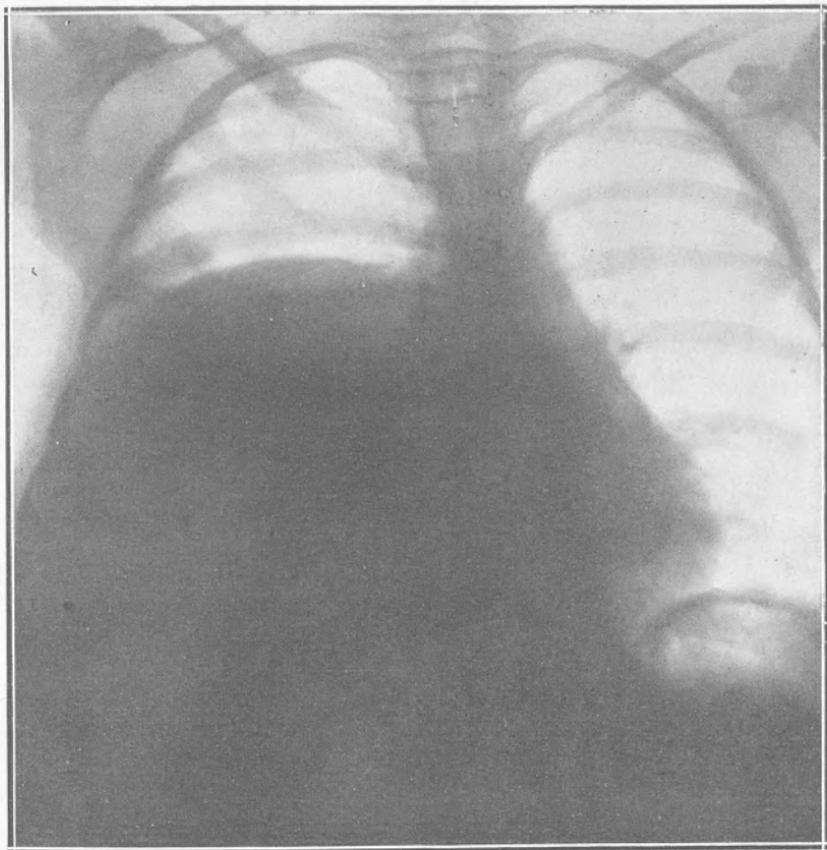


Fig. III

Radiografía núm. 1.985.—C. M.—Quiste hidatídico de hígado supurado que ocupa la parte superior de la viscera. El pulmón del mismo lado se encuentra fuertemente colapsado. Proyección antero-posterior.

unas lesiones tuberculosas en la edad del padecimiento del quiste (20 años por ejemplo), tuvo el enfermo que sufrir, según Rantke, un complejo primario en la primera edad. Era, pues, un tuberculoso en el cual el trauma operatorio origina una reactivación del proceso, consiguiéndose una siembra tuberculosa bronco-hematógena. En este caso, pueden ser debidas a las

hemoptisis, ya a una caverna preexistente o al quiste en sí, diferenciación en que tendremos en cuenta el estado de evolución de ambas lesiones.

Con los datos clínicos encontramos hepatomegalia, macidez, abolición del murmullo vesicular, estremecimiento hidatídico, estado de nutrición, juntamente con una serie de datos radiológicos, que ahora comentaremos, además de los datos añadidos de aparatos y sistemas.

De la hepatomegalia, que cuando no va acompañada de síntomas dolorosos, orienta claramente el diagnóstico, nos hacemos eco del concepto vertido meses atrás en esta misma Revista. Por lo demás, todos nuestros enfermos acusan decidida repugnancia por las grasas, los más tuvieron anorexia, alguno epistaxis y hemorragias gingivales; de los signos físicos, ya queda dicho, la tumoración en epigastrio o hipocondrio derecho, y si el quiste es central, la hepatomegalia que la frecuente coexistencia con quistes superficiales hace explicable. Jamás se ha notado en nuestros enfermos fluctuación evidente, aunque sí palpable estremecimiento hidatídico en la mayoría, indicando la opinión de White y Rolleston, de que dicho estremecimiento no es exclusivo de estos quistes, sino que se da en las colecciones sometidas a cierta presión (quistes de ovario, por ejemplo).

Los datos radiológicos son distintos, según pertenezcan a hígado o a pulmón; así tendremos, que radioscópicamente, una hidatidosis hepática no nos proporcionará mejores datos que los físicos comunes; aun en pulmón es difícil que una radioscopia sencilla nos convenza de la existencia o cicatriz de un quiste, ya que aquella puede pasar desapercibida, porque el grado de dureza de los rayos ha de ser escaso si queremos ver algo. Tendremos que recurrir a la radiografía, de las cuales adjuntamos varias muy demostrativas y que ayudan al diagnóstico diferencial con otras afecciones (tuberculosis, empiemas, abscesos, etc.). La técnica radiográfica de hígado ha ganado mucho últimamente con el empleo de sustancias opacas por el tejido propio del mismo, como son el thorio y tetrayodo, este último más usado en vías biliares. Apoyando estos exámenes radiológicos, tenemos registrado un caso procedente de una clínica médica; cursa con hemoptisis, presenta una sombra radiográfica en base pulmonar izquierda, no muy regular; Weinberg y Cassoni positivas, 4 eosinófilos y que ha engordado 19 kilos en este año. Se le interviene, hallándose la base indurada sin sensación quística; punciones blancas en varios sentidos, sacando la consecuencia de que aquello es un nódulo fibroso, tal vez cicatricial. El enfermo tiene expectoración hemoptoica en días sucesivos; el estado general es satisfactorio, y se le da de alta detenidamente explorado. Por radioscopia se observa en torno a lo que fué quiste hidatídico, algo que pueden ser focos tuberculosos, y que más tarde casi aseguramos se trata de lo que Devé llama en un artículo «L'échinococose secondaire bronchogène» (1), pseudotuberculosis equinocócicas de curación, que aparecen del sexto al treinta días, y son de tamaño

(1) Annales d'Anatomie Pathologique Medico-Chirurgicale.

submiliar o mayores, estando formados por gérmenes parasitarios bloqueados e inmóviles. El secuestro toxi-necrótico que forma el centro de estos gránulos, se eliminaría por vía bronquial.

Si el interrogatorio de la Clínica deja dudas o se prefiere una confirma-

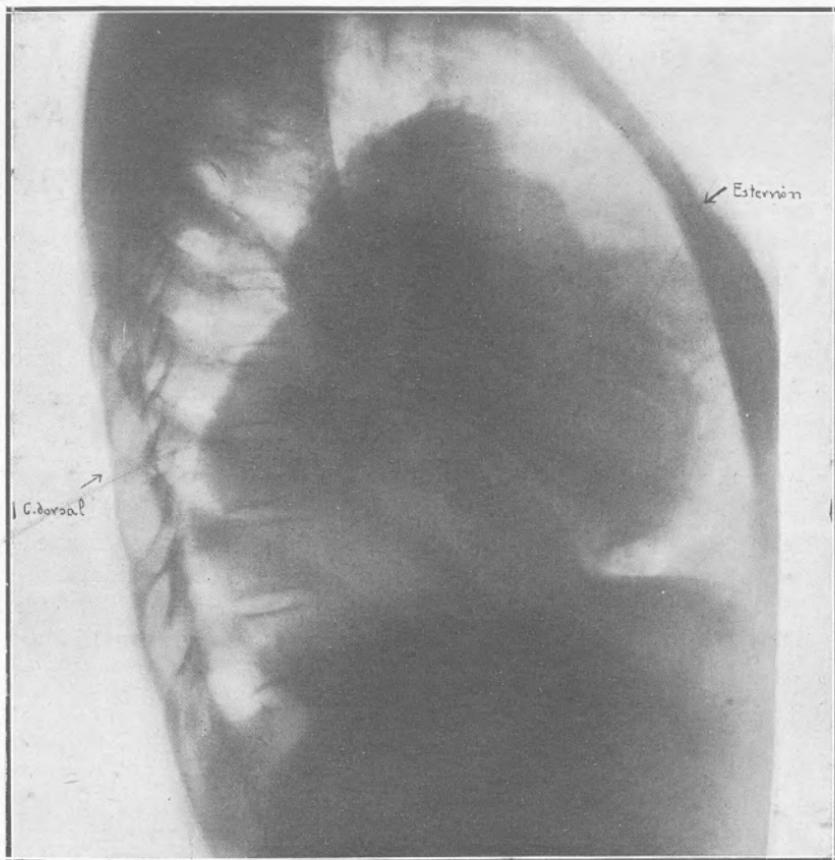


Fig. IV

Radiografía núm. 176.—E. L.—Quiste hidatídico de pulmón, bilobulado, que ocupa la parte externa del pulmón derecho. Proyección lateral.

mación diagnóstica, repetimos que en Castilla no es imprescindible, echaremos mano de los auxilios del Laboratorio. Este puede aplicar las reacciones de fijación de complemento (Weinberg), las de precipitorreacción (Fleig), de anafilaxia (Cassoni), eosinofilia, etc.

En cuanto a la Weinberg, la hemos experimentado en 9 sujetos, resultando en 7 positiva, lo que supone un tanto por ciento de 77, próximo al 80

que da Devv. La especificidad de esta reacción se discute como reacción de grupo. Diversos autores elevan el porcentaje a 95 en casos de rotura espontánea reciente del quiste o supuración, y aseguran la intensificación de la misma después del acto quirúrgico, persistiendo varios meses; esto pudiera servirnos para el diagnóstico de otros posibles quistes y para el pronóstico de la marcha de los operados.

La precipitorreacción, no usada en nuestros medios, y con poca experiencia de ella en Europa, según Fairley que la usó en Melbourne, es positiva en el 82 por 100 de los casos; según Devv, en el 65, no considerándola tan sensible como la Weinberg, pero sí más específica.

Hallamos practicada la intradermorreacción de Cassoni en 10 de nuestros casos; buena parte de los cuales han sido observados por nosotros.

La encontramos positiva en 8, que da un 80 por 100 positivos, muy cerca del de los italianos, y aun del mismo doctor Lozano. No en todos los casos se ha observado la reacción retardada a pesar de no ser los quistes supurados, condición precisa para muchos autores. Es una reacción tan demostrativa, que practicada frecuentemente habitúa a no usar habón de contraste, por llegar a ser innecesario. La practicamos en dorso de antebrazo izquierdo, prefiriendo esta región por comodidad, a otras que marcan algunos autores en brazo y sin que hasta ahora hayamos registrado inconvenientes.

Con respecto a la eosinofilia, participamos del criterio expuesto por V. Baena en esta misma Revista (Mayo 1932), en cuento a su valoración, pues sabemos que es un indicador parasitario de difícil individualización a veces, tanto más si se trata de niños. La tenemos practicada en 11 casos, coincidiendo una vez con el tope 4, superándole 5 veces, y por debajo de él 4. La cifra que más se destaca es la de trece eosinófilos, en un enfermo al que no se le realizaron los demás análisis.

Otro valor conceden Walsh y Barling al número de eosinófilos por cc., que fijan normal en 200; Fairley lo eleva a 300, y cita un caso excepcional de 11.300. Nosotros sobre esto no tenemos experiencia.

El tratamiento de los quistes hidatídicos varía, como se supone, según su implantación y condiciones propias. El ideal sería una exéresis completa y rápida, cosa lograda en los pediculados de hígado y de riñón, y en aquellos otros que por su tamaño son accesibles. El mismo de costilla que presentamos, aun realizando una costotomía, pudiera ser un ejemplo.

No se recomienda la punción del quiste ni aun con fines diagnósticos, porque puede ocasionar trastornos alérgicos de mayor intensidad, e incluso shock mortal; ni de unos ni otros por fortuna tenemos casos en nuestro Departamento. No obstante, estimamos en todo su valor las circunstancias que inclinan a tratar los quistes por punción, como en un caso descrito por el doctor Lozano, de un muchacho en que están contraindicadas la anestesia general y local. Igualmente parece impertinente el empleo de in-

yecciones intraquísticas parasitcidas, procedimiento por otra parte en desuso.

A lo largo de nuestro historial, que como se ve predominan los de hígado y pulmón, vemos empleada la marsupialización como procedimiento electivo, con resultados altamente favorables que se destacan en la casuística. Es tratamiento pesado por las curas cuidadosas y prolongadas postoperatorias, pero que obvia los inconvenientes de otras técnicas, cual el capitonaje de Delbet, o las seguidas en hígado por el argentino Posadas, y cuyo detalle describen todos los libros.

IV

Para finalizar este trabajo, y a modo de cierre, reseñamos brevemente la historia de unos casos raros por su localización.

Entre ellos tenemos uno, encontrado inesperadamente, en peritoneo:

E. S., de 20 años de edad; entre los antecedentes no hay ninguno de excepcional importancia. Tres años antes de acudir a la consulta, notó ciertos dolores localizados en fosa ilíaca derecha, que se irradiaba en la región lumbar; le duraban unas horas, yendo acompañados de escalofríos y fiebre; sin vómitos. Se repite este ataque hasta 3 veces, ya con náuseas y algún vómito, y es ingresada con el siguiente estado actual: nada anormal a la inspección; regular estado de nutrición; palpación superficial de abdomen normal; a la profunda leve dolor difuso en toda la fosa ilíaca derecha; no hay plastrón ni defensa muscular.

Aparatos y sistemas en perfecto estado. Se la opera verificando la apendicectomía; al incidir peritoneo se encuentran adheridas a epiplón diversas tumoraciones de consistencia quística del tamaño de un huevo de gallina la mayor, y de número aproximado a 15; se ligan los pedículos respectivos y se extirpan examinándoles convenientemente, resultando ser quistes hidatídicos. Se da de alta a la enferma a los 10 días perfectamente curada; se la vigila de vez en cuando para seguir la evolución de su equinocosis.

Tenemos, pues, un caso indagnosticado por completo; una historia claramente apendicular que se interviene y llega la sorpresa. Hemos de manifestar que no son muchos los casos de hidatidosis peritoneal que se han registrado, y de hidatidosis múltiple son los menos, señalando un caso el profesor Heydeman de Gotinga, de un gran quiste peritoneal libre, cuyo diagnóstico diferencial con un quiste de ovario fué en extremo laborioso. ¿Puede ser primaria esta equinocosis? Según la nueva concepción de Lozano puede serlo, por una especial apetencia de la larva, máxime cuando la enferma no padeció antes ningún quiste hepático, por ejemplo. A nosotros se nos ocurre que la condición de haber tenido un quiste hidatídico de hígado que se hubiera roto y hubiera originado una siembra peritoneal de escolex, no es suficiente para la explicación de esta equinocosis peritoneal, apoyándolo en la ausencia de hidatidosis post-laparotómicas que invariablemente se producirían a pesar de la protección con gasas, que jamás es per-

fecta. Por ello creemos primitiva dicha hidatidosis peritoneal. Respecto a lo que dicen ciertos autores de que el trauma operatorio sea suficiente irritación para paralizar el crecimiento de los quistes que indudablemente que-

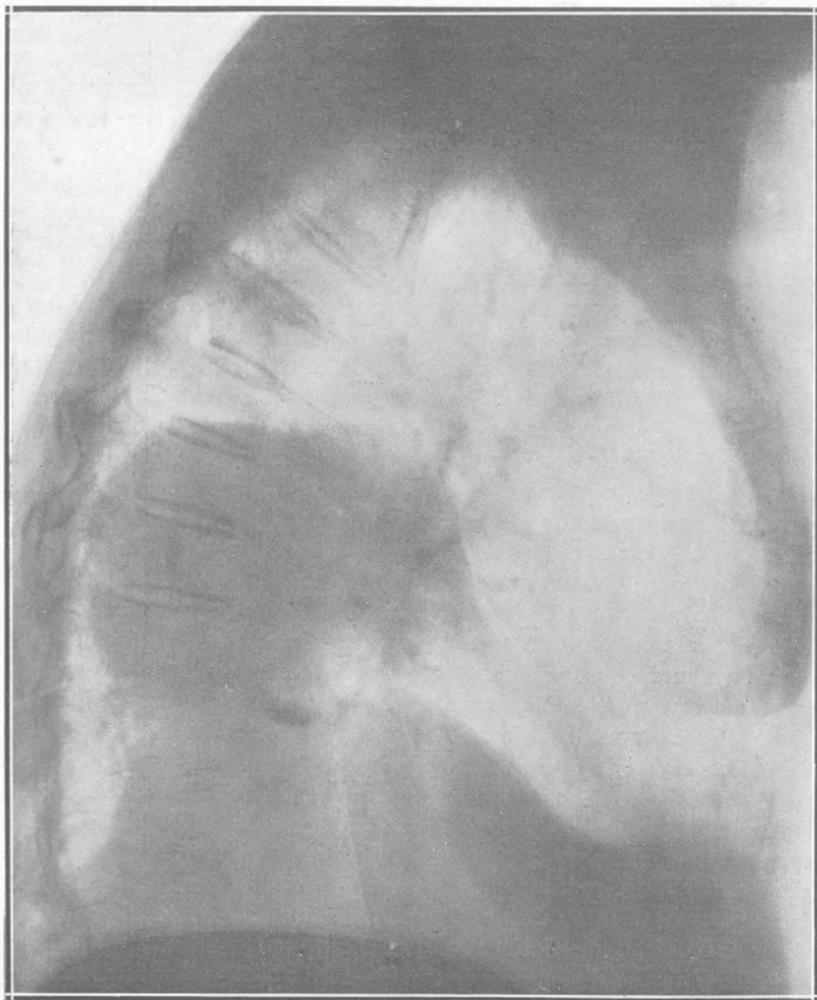


Fig. V

Radiografía núm. 258.—F. R.—Quiste hidatídico de pulmón derecho, cara posterior externa.
Se marsupializó y curó. Proyección lateral.

dan en peritoneo, o para matarlos, digámoslo así, en nuestro caso se ha abierto un paréntesis de medio año tan sólo de curación; la enferma la vemos cada poco tiempo, y en su día comunicaremos sobre esta presente curación traumática.

Otro caso es el de A. N., de 25 años, que ingresa el 21 de Abril de 1933. Antecedentes sin importancia. Hace 8 meses notó una tumoración del tamaño de una nuez, en región dorsolumbar derecha a nivel de los canales vertebrales, sin dolor ni síntoma alguno que indique inflamación; buen estado general, sin fiebre. Sin ninguna molestia pero aumentando el tamaño de la tumoración ingresa para ser intervenida. Se le hace una Cassoni que da tres cruces. Se le practica la marsupialización del quiste, y es dada de alta 20 días después, curándose a los 2 meses de intervenida.

El último caso es el L. de la R., de 37 años. Su historia comienza tres años antes de acudir a nuestra clínica, con dolores en punto renal derecho, que se propagan hacia genitales externos y que se calman mediante aplicaciones de calor. Cuatro días después de notar este cuadro, nota unos agudos dolores al orinar y expulsa unas vesiculitas transparentes que se rompían espontáneamente al salir por el meato. Estos síntomas le duraron dos meses, continuando después bien, hasta otro ataque en Marzo del año que acude a la consulta; entonces no expulsa vesículas, y tratado con diuréticos, mejora. Al venir a consultar en Noviembre, tan sólo se le nota una ligera tumoración renal derecha. Se le hace una incisión en la cápsula renal dejando drenaje, por el cual fluye en días sucesivos un líquido purulento claro. Cura un mes después. Algo enmascarado nuestro caso, se halla el tipismo con que describe Marion los quistes hidatídicos de riñón; pero hemos de hacer notar que concomitante con éste hay un padecimiento gonocócico antiguo, al cual pueden deberse buena parte de los trastornos que hay. Que nuestro enfermo padeció un quiste hidatídico es indudable, dada la aparición de hidátides por vías urinarias, y todos los urólogos están de acuerdo, en que es éste quizá el único gran medio de diagnóstico de dichos quistes, ya que practicar las reacciones biológicas en un enfermo que sólo acusa dolor renal no es corriente y menos en nuestro departamento, donde jamás se hacen sistemáticamente.

Siguiendo a Devé, y en lo que él llama hidatoptisis, para la evacuación por vía natural de los quistes pulmonares, nosotros damos el término *hidatiduria* para la evacuación natural espontánea del quiste hidatídico renal. El que un quiste hidatídico se abra en vías naturales, no quiere decir que haya una complicación, ya que nuestro caso, entre ellos, curó con ella, restando tan sólo la capsulitis tratada quirúrgicamente. Como datos estadísticos citaremos que Nicaise, en el libro de urología de Marion, edición francesa 1930, registra solamente 474 casos en el mundo.

Phosphorrenal Robert**Reconstituyente****Granular, elixir e inyectable**

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 SERVICIO DE PATOLOGÍA GENERAL

CATEDRÁTICO DIRECTOR: DR. JOSÉ CASAS

El ácido láctico como factor acidósico

por el doctor Miguel SEBASTIÁN HERRADOR

Profesor ayudante de Clases prácticas

Es un hecho comprobado que en gran número de perturbaciones circulatorias, por no decir en todas, se producen concomitantemente variaciones en la reacción actual de los medios orgánicos; esta desviación, orientada casi siempre hacia la vertiente ácida, es lo que ha determinado la creación, al lado de los hasta aquí admitidos, de un nuevo tipo de acidosis, que ha recibido de Dautrebande la denominación de «acidosis circulatoria».

Al decir del propio Dautrebande y sus seguidores, muy principalmente los de lengua francesa, este tipo de acidosis sería de los más intrincados en punto a Patogenia.

De un lado tomarían parte en ella el cambio de gases en la respiración externa (ventilación defectuosa, escaso aporte de oxígeno, etc.), acidosis gaseosa, y del otro, el acumulo de sustancias ácidas no volátiles, muy principalmente el ácido láctico, en sangre y linfa, acumulo en el que no dejarían de influir el defectuoso funcionar de los restantes emunctorios. Trataríase, por tanto, de una acidosis mixta de indudable complejidad.

¿Es indiscutible la participación del ácido láctico en la producción de tal acidosis? ¿En qué grado la condiciona y hasta qué punto guarda con ella relación o paralelismo? Tales problemas han ocupado nuestra atención durante algún tiempo, en el curso de unas investigaciones sobre insuficiencia circulatoria, y a ellos trata de responder la presente contribución.

Para ninguna de ambas cuestiones existe unanimidad de criterio entre los diversos investigadores. Ya Eppinger sostenía que en los cardíacos descompensados aun en estado de reposo existe acidez sanguínea franca, que puede llegar a ser enorme en ocasiones (bruscas agravaciones, fases preagónicas, etc.), pero que no obstante esto pueden observarse también curvas en unión del carbónico (reserva alcalina) normales, incluso en casos de graves descompensaciones circulatorias.

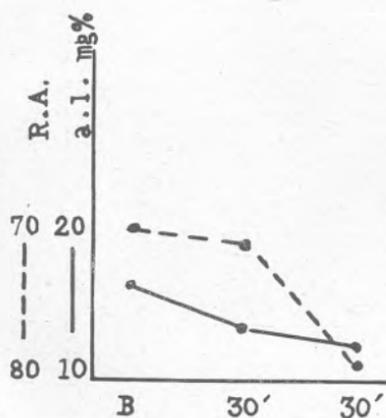
Sin retroceder, tanto el año último, Erna Lewin, al intentar en una rápida recopilación comparar las cifras dadas por los autores precedentes (Eppinger, Peters y Barr Siebeck, etc.), concluye por reconocerlas diversas y no comparables. No tienen mayor precisión sus propias conclusiones. Erna Lewin investigó en diversos estados funcionales circulatorios, practicando en cada uno de ellos múltiples dosificaciones. De su conjunto dedujo que no basta una sola dosificación por enfermo para sentar conclusiones; pudo de-

mostrar, no obstante, la existencia de una relación entre la reserva alcalina y el estado funcional de la circulación en cada momento, disminuyendo la reserva cuando empeoraba la circulación y viceversa. Por excepción en los enfermos muy graves, no pudo observar alteración de la cifra correspondiente a la reserva, o si acaso, la halló modificada en sentido opuesto a lo indicado.

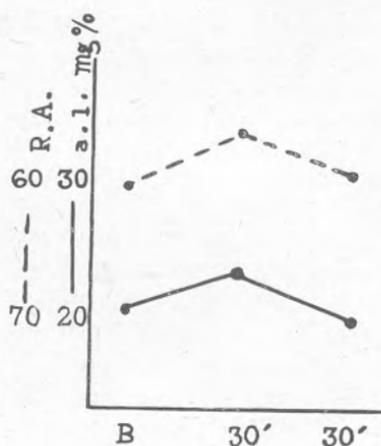
En el orden puramente experimental, a Fuss y Derra les fué dable observar, en el curso de sus investigaciones sobre la narcosis en los perros, que existe un influjo indudable de la lactacidemia sanguínea sobre la reserva alcalina, pero sin que en modo alguno llegué a ofrecer el aspecto de proporcionalidad obligada.

Nuestras investigaciones han sido encaminadas preferentemente a esclarecer la paridad entre las posibles variaciones de ambos factores: lactacidemia y reserva alcalina, tomada esta última como patrón, hasta cierto punto fidedigno, de la reacción actual de la sangre. Para la dosificación del ácido láctico se ha empleado el proceder volumétrico derivado del primitivo de Fürth y Charnass, y para obtener las cifras de reserva alcalina el clásico método de Van Slyke. Comprenden 15 sujetos de experiencia, de ellos, 5 testigos y 10 enfermos de aparato circulatorio, y tanto en unos como en otros, han tenido lugar durante el desarrollo de reacciones al esfuerzo o de pruebas con adrenalina.

Los siguientes cuadros y esquemas expresan los resultados obtenidos:



Graf. 1



Graf. 2

CUADRO NÚM. 1

REACCIONES AL ESFUERZO

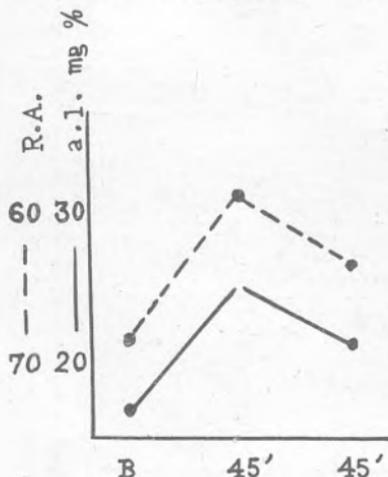
Nombres	Edad	Sexo	DIAGNÓSTICO	Estado circulatorio	LACTACIDEMIA			R. A.			
					B.	30'	30'	B.	30'	30'	
					T. H.	15	f.	Sana.....			
P. G.	72	f.	Hipertensa y esclerosa.....	Compens Ins. relat. Ins. relat	16,42	15,95	12,57	70	71	79	
T. V.	57	m.	Miocarditis sifilítica.....		20,02	29,92	20,92	60	49	57	
L. H.	58	m.	Miocarditis esclerosa.....		25,42	15,95	16,42	52	62	54	
CIFRAS MEDIAS.....					23,17	30,25	26,65	70	60	67	Graf. 2
					22,87	24,70	21,35	60	57	50	

CUADRO NÚM. 2

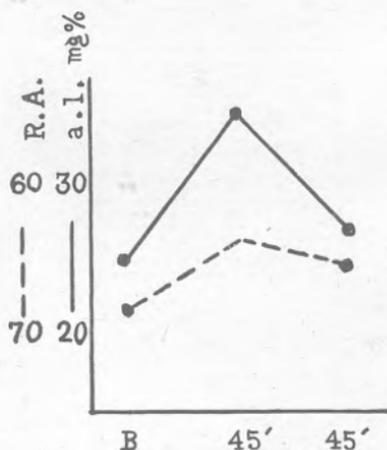
PRUEBAS CON ADRENALINA

Nombres	Edad	Sexo	DIAGNÓSTICO	Estado circulatorio	LACTACIDEMIA			R. A.			
					B.	30'	30'	B.	30'	30'	
					S. C.	19	f.	Sana.....			
D. R.	55	f.	Tuberculosis pulmonar.....	Compens. , , Ins. relat. , , Ins. absol.	17,77	25,20	22,27	68	59	66	
I. A.	49	m.	Tabes dorsal.....		18,45	28,12	11,92	66	61	65	
J. P.	20	m.	Síndrome hipotalámico.....		25,87	36,00	30,15	70	65	68	
CIFRAS MEDIAS.....					31,03	42,97	40,20	66	65	61	
L. G.	15	f.	Arritmia extrasíst.....		25,11	35,69	27,42	68	64	65	Graf. 4
A. M.	48	m.	Enf. de Ayerza-Arrillaga.....	Compens.	26,77	31,72	21,60	65	60	64	
E. M.	21	m.	Doble lesión mitral, ins. aor.....	,	11,70	23,40	16,87	67	64	59	
A. C.	21	m.	Insuficiencia mitral.....	,	18,45	24,30	16,20	79	71	79	
F. F.	54	m.	Miocarditis callosa.....	Ins. relat.	25,20	42,75	23,10	58	51	60	
M. G.	55	m.	Este. mitral. Neoplasia gas.....	,	27,22	33,87	28,12	68	61	65	
A. C.	21	m.	Insuficiencia mitral.....	,	24,46	27,75	29,55	88	76	64	
CIFRAS MEDIAS.....					30,82	37,80	41,62	65	61	59	
					23,51	31,65	25,29	70	63	65	

Salta a la vista inmediatamente la carencia de una relación cuantitativa exacta, de una verdadera proporcionalidad entre las cifras de lactacidemia basal y las de reserva alcalina en idénticas circunstancias. Compárense, por ejemplo, los enfermos T. V., L. G. y M. G., que con cifras de lactacidemia tan semejantes (25,42, 26,77 y 24,46) muestran completa divergencia en sus valores de R. A. (52, 63 y 88 respectivamente), o bien si se prefiere las cifras casi idénticas de R. A. (67 y 68) halladas en los sujetos A. M. y



Graf. 3



Graf. 4

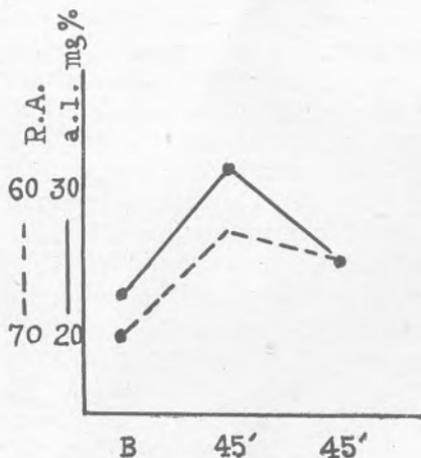
F. F., que corresponden a valores de lactacidemia tan dispares como 11,70 y 27,22. No existe, por tanto, paridad estricta en cuanto a cifras absolutas.

Tampoco, y en esto coincidimos con E. Lewin, existe completa analogía entre grado de compensación circulatoria y valor de la R. A. Al lado de sujetos compensados con una R. A. de 60 (P. G.) figuran otros de igual estado circulatorio y reservas de 79 (E. M.) y 67 (A. M.) Compárense asimismo las cifras de los insuficientes relativos T. V. (52), L. H. (70), F. F. (68) y surgirá de nuevo la divergencia.

Otra cosa sucede ya en lo que respecta a su comportamiento durante las pruebas funcionales, expresada de manera expresiva en las gráficas correspondientes. Tanto en las relativas a los testigos, como en las correspondientes a los sujetos enfermos, se observa un paralelismo completo, mejor quizás una relación simplemente, ya que las cifras discurren en sentido opuesto, entre las variaciones de uno y otro factor. Y obsérvese que para nada influye la distinta naturaleza de la prueba que engendra la variación en las cifras, ni tampoco la diferencia de intervalos en que se realizan las tomas de sangre, diferencia, claro es, nacida de la misma diversidad de las pruebas.

Las gráficas que pudiéramos llamar más regulares, son la número 3, correspondiente al testigo sano S. C., la número 4, relativa a los testigos en-

fermos (cifras medias), y la número 5, que expresa los valores medios obtenidos en 7 enfermos circulatorios; todas ellas corresponden a pruebas realizadas con adrenalina.



Graf. 5

La gráfica número 1, relativa a un testigo sano durante una reacción al esfuerzo, ofrece interés singular por mostrar cómo se guarda el paralelismo entre ambas suertes de valores aun con reacción divergente de todas las demás. Su explicación, dentro de nuestros conocimientos actuales, es posible si admitimos que en el individuo sano el moderado esfuerzo realizado es capaz de producir una hiperventilación pulmonar, y con ella un consumo de O. excesivo en relación con el que se precisa para la combustión del ácido láctico formado; de aquí que, incluso, se quemé más del que se produce, y se tienda a la alcalosis.

Un caso semejante de paralelismo en el curso de una reacción inversa, paradójica quizás por tratarse ahora de un insuficiente circulatorio, hallamos en el enfermo T. V.

En la gráfica número 2, asimismo relativa a pruebas al esfuerzo, y convincente también en lo que respecta a la marcha coordinada de ambas cifras, vuélvese ya al tipo habitual y lógico.

De lo que antecede, podemos, pues, concluir afirmativamente sobre el influjo indudable, en cierto modo incluso cuantitativo, del ácido láctico en las variaciones de la reacción actual del medio sanguíneo, expresada por la cifra de reserva alcalina.

Naturalmente esta intervención supone un mecanismo fisiopatológico, que en opinión de los más de los autores no es otro que el habitual a los procesos tampón y demás mecanismos compensadores de la estabilidad fisicoquímica del organismo. Los mismos autores antes citados podrán servirnos

para su exposición. Para Eppinger, por ejemplo, una vez que en el organismo sano el ácido láctico, producido en exceso accidentalmente, no puede ser transformado con arreglo al proceso habitual, intervienen los mecanismos reguladores del Ph orgánico. Primeramente las sales tampón, carbonatos y bicarbonatos en primera línea, que muchas veces son por sí solas suficientes para conjurar la acidosis en puerta. Intervienen luego las proteínas (hemoglobina en particular) y proteinatos, que dan lugar a la siguiente transformación:

Proteinato sódico + ácido láctico \longrightarrow lactato sódico + proteína
y solamente luego, pasadas ya las circunstancias apremiantes y en un relativo reposo, se verifica la transformación inversa:

Proteína + lactato sódico \longrightarrow proteinato sódico + ácido láctico y glucógeno.

Finalmente, los restantes iones móviles pueden sufrir una remoción y tomar parte en la empresa

Simultáneamente con estos factores, propiamente metabólicos o intrínsecos al medio interno, intervienen otros calificados ya de extrínsecos por su menor intimidad con el proceso, pero de acción no menos eficaz. Tales son, en breve esbozo, hígado, riñón y pulmón, gracias a sus funciones transformadora y eliminadora respectivamente.

De la suficiencia o insuficiencia de tales factores, en su lucha con el exceso de ácido láctico, resultará la compensación o no compensación de la acidosis que siempre se inicia, y dada la coyuntura podría ser registrada de modo visible por el laboratorio.

Finalmente, en el individuo insuficiente, las excesivas cantidades de ácido láctico que se producen y tienden al acumulo, requieren una intervención cada vez mayor de los mecanismos tampón de la economía, exigencia progresivamente creciente a medida que avanza la descompensación; esto hace que llegue un momento en que no solamente existe alteración cuantitativa del estado tampón, sino también cualitativa, una verdadera disfunción. Sobrevienen entonces otra suerte de modificaciones, cambios en la velocidad de la sangre y en su cantidad (recuérdense los conceptos de v. Bergmann y Wollheim sobre la plus y minusdecompensation), alteraciones en las albúminas, en los mecanismos osmóticos, etc.; en una palabra, una suma de exigencias aumentadas por parte de la periferia que necesariamente complícan y agravan la función circulatoria, ya de suyo tan precaria. Hácese apreciable en este momento el tan conocido círculo vicioso. El fracaso cardíaco influye en el territorio periférico, y éste, a su vez, repercute perjudicialmente en el motor central.

De modo análogo E. Lewin, al tratar de explicar las variaciones de la R. A. que ella observa, cita las siguientes posibilidades: alteraciones por parte del metabolismo muscular, formación de edemas, lesiones concomitantes de hígado, pulmón y riñón. Adjudica mayor valor a unos u otros factores, según los casos; mas en suma, coincide esencialmente con los conceptos vertidos por Eppinger.

RESUMEN

De las experiencias practicadas en una serie de 15 individuos, cabe deducir la intervención manifiesta del ácido láctico en la producción de las llamadas acidosis circulatorias, hasta el punto que indudablemente le corresponde el primer lugar entre los ácidos no volátiles en orden a la citada participación. Las alteraciones de concentración, aumento o disminución, provocan una modificación correlativa, ya que no estrictamente proporcional, en la reacción actual de la sangre (reserva alcalina).

BIBLIOGRAFIA

- Ambard et Schmid.—«La reserve alcaline». París, 1928.
 Barr.—«Proc. Soc. exper. Biol. and Med.» 1922 - 19.
 Eppinger, Kisch und Schwartz.—«Das Versagen des Kreislauf». Berlín 1927.
 Fuss und Derra.—«Zeit. f. d. gesam. Experim. Medic.» 1932 - 83 - 807 y 84 - 518.
 Lewin, E.—«Deutch. Arch. f. Klin. Medic.» 1931 - 171 - 224.
 Sebastián M.—«La Medicina Ibera». 1932 - 780 - 533.
 Siebeck.—«Klinische Wochenschrift». 1929 - 46.

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

CIBALGINA

“CIBA”

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

INDICADA

en

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

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

Curas de desmorfización.

Comprimidos Gotas Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

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

Dietética de enfermos renales

por Narciso ALONSO FERNÁNDEZ CORTÉS

Oficial sanitario. Ayudante de Clases prácticas de la asignatura de Patología médica
en la Universidad de Valladolid

En páginas de la REVISTA CLINICA CASTELLANA, anuncié en artículo nuestro la posibilidad de obtener una leche declorurada y prácticamente desprovista de proteínas, poseyendo, no obstante, un gran poder termógeno. En efecto, así es. Su utilidad es manifiesta en las infecciones de vías urinarias; sus efectos suaves y seguros, porque sobre basarse en principios de fisiología, se hallan sancionados ya por la práctica.

No se trata aquí de fustigar al riñón con medicamentos ajenos al fisiologismo normal de la vida orgánica, ni de inyecciones fundadas sobre vanas teorías; tampoco de acudir a los pretendidos antisépticos de vías urinarias, capaces en ocasiones de originar graves perturbaciones renales que se añaden a las infectivas, no. Se trata de proporcionar al enfermo un alimento que reduzca al mínimo la intoxicación, y que deje a los riñones en un estado de reposo compatible con la reparación de sus lesiones. Se trata de reducir hasta hacer casi imposible, la pululación de gérmenes en vías urinarias.

La preparación de dicho producto es fácil, aunque su consecución haya presentado algunas dificultades. Daremos aquí un procedimiento asequible a los farmacéuticos de muchas localidades, pues esto es lo que pretendemos actualmente, ya que sería innecesario exponer aquí un procedimiento industrial de conservación.

Consiste, sencillamente, en centrifugar la leche repetidas veces, sustituyendo desde la segunda centrifugación el lactoplasma por agua pura. A la quinta o sexta centrifugación, la crema obtenida se halla exenta de cloruros y contiene sólo infinitesimales cantidades de caseína. Basta diluir esta crema en cantidad conveniente de agua, y añadir después lactosa y sacarosa en cantidad conveniente.

Desde luego, son necesarias escrupulosas condiciones de técnica. El agua puede ser destilada y esterilizada, pero es preferible que sea pura, de sierra, *con pocas sales* y se filtre. Para centrifugar la leche se empleará una desnatadora, calentando la leche y el agua que sustituye al lactoplasma a unos 55°. La limpieza del aparato se hará escrupulosamente con agua hirviendo, como es de rigor.

Para la filtración del agua conviene un filtro rápido de amianto (filtro Eka).

La técnica puede sintetizarse como sigue:

Partamos, por ejemplo, de 10 litros de leche, que calentaremos a 55°, centrifugando luego para recoger la crema, que se diluirá en 10 litros de agua filtrada y a 55°. Esta crema ya, una vez lavada, se mezclará a 10 litros de agua, centrifugando nuevamente con la desnatadora. Repetiremos

el lavado cinco veces. A la crema así obtenida, se la añaden finalmente 5 litros de agua pura que lleven en solución 300 gramos de lactosa y 640 de sacarosa. La emulsión presenta un aspecto análogo al de la leche, y su sabor es agradable. La emulsión es bastante estable, pues aunque tiende a sobrenadar la grasa por su menor densidad, fácilmente se mezcla por agitación y tarda bastantes horas en subir la grasa, que en ningún caso llega a formar nata. Dicha leche se conserva bien durante 10 o 15 días en la nevera.

El litro de leche así preparada posee una energía termógena de 1.200 calorías. La dosis de litro y medio proporciona la cantidad de calor suficiente para la existencia de un hombre encamado durante 24 horas.

Poseemos un método para conservar la leche durante un período prácticamente indefinido, pero está fuera del alcance de los medios de que puede disponer un farmacéutico, ya que requiere la existencia de un laboratorio especializado. Este producto, de conservación indefinida, está registrado con el nombre de Dieturemiol. Es de justicia asociar en el presente artículo el nombre de Antonio Bonald Martínez, de ilustre abolengo farmacéutico español, que ha colaborado a la plena realización del objetivo.

Valladolid, 29 de Agosto de 1933.

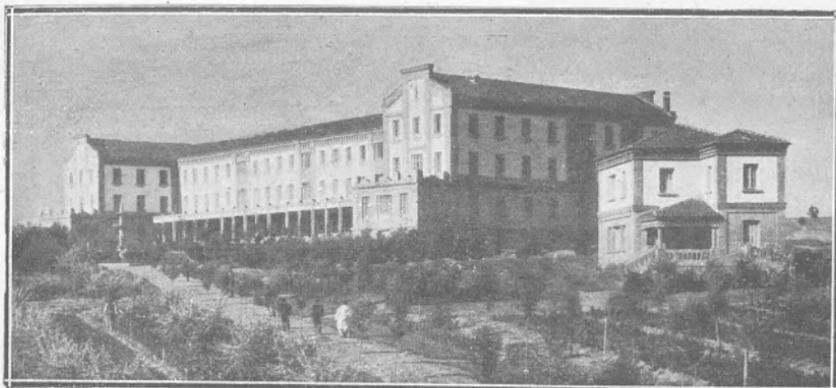
Imprenta Castellana

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

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

Didan una demostración de cualquier trabajo.

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



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.),

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

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

P A L E N C I A

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

**INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS**

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

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

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

Un nuevo producto *Schering*

NEOTROPINA

Indicado especialmente en el tratamiento de la blenorragia.

Proporciona buenos resultados en los casos de pielitis y cistitis rebeldes a otros tratamientos.

Preparado colorante para el tratamiento de las infecciones del aparato genitourinario

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479 - Madrid

Apartado 1030 - Barcelona



Asociación Digitalina-Uabaína

DIGIBAÏNE

Reemplaza con éxito la digital y digitalina

Requeñas dosis: 15 gotas diarias

Dosis medianas: 30 gotas diarias

LABORATORIOS DEGLAUDE
PARIS

Medicamentos cardíacos especializados
ESPAMOSEDINE, DIGIBAÏNE, &

Agente general para España:

J. M. BALASCH, FARMACÉUTICO

Avenida 14 de Abril, 440 -:- BARCELONA

CIRUGÍA

Embolia gaseosa en un caso de herida de seno longitudinal superior.—H. O. DOENCH (Bielefeld).—«Zentralblatt für Chirurgie». Marzo 1933.

Se trata, desde luego, de una complicación excepcional de los traumatismos de cráneo.

Es un niño de 11 años, con un traumatismo en la región occipital que radiológicamente resulta ser una fractura de bóveda con hundimiento de fragmentos; hubo gran hemorragia. La facies del enfermo tomó rápidamente un aspecto de acentuada palidez. Se interviene rápidamente, y en el momento de tratar de elevar el fragmento más hundido, se reproduce la hemorragia con graves caracteres; se vé que proviene de seno longitudinal herido en una extensión de tres centímetros. Se hace un taponamiento provisional, y en vista de que es imposible una sutura del seno, se decide ligar aisladamente los dos extremos del seno, para lo cual se liga el cabo frontal (periférico) y para ligar el cabo occipital (central) se tiene que prolongar la incisión y la trepanación. En este tiempo se levanta el taponamiento y se percibe claramente el soplo característico de la entrada de aire por un conducto vascular abierto y se ven burbujas de gas borbotear en la sangre; colapso inmediato. Se ausculta ruido de remolino en el corazón. El enfermo no se reanima a pesar de los esfuerzos llevados a cabo.

Efectos de gangliectomia lumbar sobre la reparación ósea.—R. ZOLLINGER (Boston).—«The American Journal of Surgery». Abril 1933.

Después de una revista somera publicada sobre simpatectomía periarterial y la gangliectomía lumbar y sus efectos en la regeneración ósea en las fracturas, Zollinger expone el resultado de sus hallazgos experimentales. Practica sus experimentos en animales en los cuales provoca fracturas y lleva a cabo osteotomías en diversos tramos del peroné; ha observado por otra parte la inyección de sustancias opacas por vía sanguínea en nueve perros y al final da las conclusiones siguientes: La gangliectomia lumbar llevada a cabo en uno o en varios ganglios, acelera la ósea regeneración en 15 casos sobre 17. En dos casos la regeneración fué más acentuada en el lado opuesto, al cual se llevó a cabo la operación. Fué esta reparación más rápida en las fracturas situadas en el tercio superior del peroné que en el tercio inferior. La resección del último ganglio lumbar parece tan eficaz como la resección de otros grupos ganglionares de la misma región. En los animales en los cuales se hizo arteriogra-

HEPATORRADIL
Reconstituyente
para verano e invierno

fía, se comprobó que el aporte sanguíneo estaba sin aumentar después de la gangliectomía. El autor no piensa que los casos sean tan demostrativos como para aplicarlos a la clínica humana.

Sobre la curación de una meningitis a estreptococos, consecutiva a una fractura de cráneo.—BASET y AMALINE (París).—«Boullétins et Memoires de la Société Nationale de Chirurgie». Febrero 1933.

En una herida que posee un enfermo y que está en la región parieto-occipital propagada a base, se registran en el enfermo al cuarto día síntomas claros de meningitis con una elevación de temperatura a 39°. Se le hace una punción lumbar y se obtiene un líquido fuertemente purulento y además algo hemorrágico, cuyo cultivo demuestra la presencia de abundante cantidad de estreptococos, y a continuación de esta punción mejora algo el enfermo durante las cuarenta y ocho horas siguientes. Al séptimo día de nuevo la temperatura asciende a 39'8, nueva punción lumbar e inyección de 15 centímetros de suero antiestreptocócico del Instituto Pasteur por vía intrarraquídea; inyección intravenosa de 30 c. c. del mismo suero. En días sucesivos mejora el enfermo inyectándosele aún todavía 20 c. c. del suero repetido. Rápidamente los síntomas desaparecen; el día 14 de la enfermedad, el líquido raquídeo que se le extrae es claro y completamente aséptico, curación completa del enfermo.

ALLUÉ HORNA.

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
"HERIDAS DEFACIOSAS DE LA CÓRNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Los tricomonas vaginales después de una información.—M. RODECURT.—«Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie», tomo CII, núm. 1, 20 Mayo 1933.

Rodecut se ha dirigido a 907 ginecólogos con la intención de recoger datos de todos ellos sobre la importancia que pudieran tener los tricomonas vaginales en la etiología de las vulvo-vaginitis.

El número de respuestas ha sido de 143; de las cuales, 33 ginecólogos dicen que no tienen experiencia alguna de las colpitis por tricomonas; 29, consideran los tricomonas como constantes en la colpitis y vulvitis con leucorrea; 32, creen que se trata de un germen saprofito que se encuentra en las vaginas muy contaminadas. El autor se cree en el deber de quitar la razón a aquellos ginecólogos que niegan el papel de los tricomonas como agente productor de las vulvo-vaginitis. Y pone de relieve, en su trabajo, que estos parásitos se encuentran muy raramente, además que no se encuentran solamente en la vagina, sino también en el cuello, uretra, vulva, glándulas Skenel y de Bartholino y en el recto. Quien no tenga presente esto, dice, se arriesga en aplicar una terapéutica donde los resultados no tienen que ser nada halagüeños.

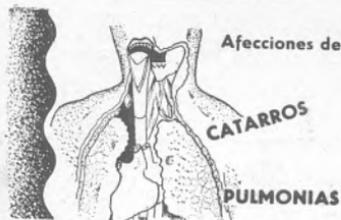
En primer lugar cree el autor que no se practica bastante la profilaxis, en segundo lugar la terapéutica debe de ser prolongada después de desaparecidos de los frotis los parásitos.

El medicamento empleado por el autor es el yatren 105; cuando dicho medicamento va acompañado de efectos secundarios, cosa que ocurre muy rara vez, prescribe óvulos de glicerina y gelatina con un 10 por 100 de yatren o también de ácido salicílico.

Además una higiene corporal es indispensable para el éxito del tratamiento.

La velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos en el cáncer de los órganos genitales de la mujer.—H. KECKEIS.—«Medizinische Klinik», tomo XXVIII, número 34.

El autor ha estudiado la velocidad de sedimentación en 132 casos de mujeres afectas de cáncer de los órganos genitales, y dice que cuando es utilizada de una manera corriente y asociada al hemograma da resultados clínicos dignos de ser tenidos en cuenta. Ya advierte, que carece de valor importante para el diagnóstico precoz del cáncer; pero después de operadas las enfermas, cuando no hay recidivas, la sedimentación queda constante en el curso de comprobaciones seriadas.



Afecciones de las vías respiratorias

CATARROS

PULMONIAS

HEPATOBRON

PECTORAL FORTIFICANTE

DEL

DR GRAIÑO

Tratamiento de la dismenorrea por la resección del nervio presacro (resultados lejanos).—COTTE. «Lyon Med.», tomo CXLIX, pág. 29, 1932.

Es muy sabido el prestigio que entre los ginecólogos tiene esta operación, pero frecuentemente se publican los resultados inmediatos; y por eso Cotte ha querido referirse exclusivamente a los resultados de operadas durante el curso de 1924-25 o sea hace más de seis años.

El autor en su trabajo empieza haciendo dos grandes grupos. Incluyendo en el primero las intervenciones practicadas por dismenorrea esencial (sin ningún proceso orgánico a nivel del aparato genital) y en un segundo grupo la resección del presacro ayudada de intervenciones complementarias sobre los anejos.

En 13 casos de intervención por dismenorrea esencial los resultados han continuado excelentes hasta el momento de este trabajo, salvo un caso en que ha sido el éxito incompleto.

Respecto a las enfermas que han precisado operaciones complementarias, dice el autor que no pueden éstas dejar de ser tenidas en cuenta para apreciar los resultados; pero es preciso decir, no exagerar y quererlas atribuir todo el éxito.

Una apendicectomía, una ligamentopexia, una extirpación de anejos, no pueden curar del todo una dismenorrea.

Resume después los hechos de dos series de 20 enfermas revistadas al cabo de 5 años, en las que la operación ha sido seguida siempre de éxito, salvo en uno en que los fenómenos dolorosos no desaparecieron del todo. Es pues una proporción de éxitos que se obtienen con pocos métodos.

VILLEGAS.

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

ELIXIR "RECA"

Clorhidropésico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

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



ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

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

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteíoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteíoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

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

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Pireto y quimioterapia asociadas en la sífilis primaria y secundaria. Estudio experimental y clínico.—CH. RICHET (fils), JEAN DUBLINEAU y F. JOLY.—«La Presse Médicale», núm. 85. 25 Octubre 1933.

Estando al orden del día el estudio de la piretoterapia en la sífilis, bien empleada sola, bien asociada a la quimioterapia, los autores, que ya han contribuido a este estudio con dos trabajos anteriores, exponen en forma de breve revista general, algunos hechos observados en el curso de sus investigaciones.

Después de una corta mención histórica, en la que una vez más se pone de manifiesto que no hay nada nuevo bajo el sol; que desde hace siglos, al parecer, se empleaba en el Japón y en Java, la balneación caliente, como remedio empírico de la sífilis, y más recientemente, en nuestros países existían las salas de estufas en las que se encerraban a los enfermos, que así se beneficiaban de esta propiedad del calor puesta hoy en la vanguardia de la terapéutica antisifilítica, y que se logra obtener mediante inyecciones piretógenas, inoculaciones varias, ondas cortas que elevan la temperatura central y también por balneación. En el terreno experimental había que determinar lo que se entiende por curación de la sífilis. Esta debe ser clínica, bacteriológica, humoral y sobre todo biológica, posibilidad de conferir al animal de experiencia un nuevo chancro (Kolle) y reinoculación en serie a animales nuevos, de los ganglios del animal supuesto curado, con resultado negativo (Levaditi), teniendo siempre presente la posibilidad de que la sífilis del conejo pueda ser inaparente, por lo que estas experiencias deben realizarse en serie.

Los autores estudian la acción del calor «in vitro», sobre el treponema, concluyendo que la permanencia durante una media hora o algo más a 41°, suprimía toda virulencia.

«In vivo», las experiencias de Weichbrodt y Jahnel, de Schamberg y Ruler, etc., parecían demostrar que el calor a condición de ser suficientemente elevado y prolongado, puede curar en gran número de casos la sífilis del conejo. Los autores han procurado elevar la temperatura rectal del conejo, de 41°,4 a 42°,45 durante 15 a 20 minutos. De cinco conejos, sólo tres han curado. Por lo tanto, una elevación térmica moderada no cura seguramente la sífilis experimental del conejo.

Para apreciar las ventajas de la asociación piretoterapia-quimioterapia, usaron dosis curativas inferiores a la mínima biológica (15 mgr. por kg. de animal). Dosis de 7 a 9 mgrs., en manos de los autores se mostraron incapaces de procurar la curación biológica. Estas dosis son las que han empleado en cuatro conejos inmediatamente antes de someterles a una elevación de temperatura por baño caliente. La temperatura rectal se elevó en un caso a 41°,5 y en tres casos a 42°,45 durante 17 a 22 minutos. En los cuatro casos obtuvieron la curación.

Al llevar a la clínica humana estas experiencias, los autores han usado para provocar la hipertermia el propidón, electrargol, vacuna T. A. B., la leche, vacuna antigonocócica en las glándulas de Skeen y más frecuentemente la vacuna Dmelcos

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

a dosis progresivas. Han provocado la elevación térmica el mismo día cuando inyectaban neosalvarsán, dos o tres días después de la inyección usando el bismuto. Ambos medicamentos fueron usados a las dosis habituales.

La acción de la Dmelcos fué bastante regular, logrando temperaturas generalmente alrededor de los 40° (hipertermia sobre los 39°, con una suma total de unas 25 horas, para el conjunto del tratamiento).

Treinta y siete casos de sífilis reciente (5 primaria y 32 secundaria) fueron tratados, logrando los siguientes resultados inmediatos: epidermización de los chancros y desaparición de la roseola en plazos semejantes a los habituales, tal vez acortados para las roseolas. Más sensibles se mostraron las adenopatías satélites, de evolución tan difícil a estimar. La sifilides cedieron prontamente y los tres casos que mencionan son dignos de tal mención.

La observación semanal de la curva serológica mostró la acción que sobre ella ejerce la asociación piritoterapia-quimioterapia y las dosis de medicamento usadas en esta asociación, no son capaces de ordinario de negar las reacciones.

Aunque el tiempo transcurrido no es suficiente, consignan la situación actual de 19 enfermos (entre los 37 tratados) que han podido seguir. En primer lugar figura un grupo de ocho enfermos que sólo sufrieron una serie P-Q. 2 fueron examinados al cabo de un mes, 2 después de 2 meses y uno a los 4 meses. Sin ningún signo clínico ninguno, 4 presentaban serología negativa y uno B-W subpositivo. 2 fueron vistos a los 6 meses, uno de ellos normal desde el punto de vista clínico y serológico. Otro, mujer que no reaccionó francamente a la Dmelcos con un aborto sospechoso y B-W positivo. Otro a los 14 meses sin nada clínico ni humoral.

11 enfermos sufrieron tratamientos ulteriores durante 10 a 20 meses solamente quimioterápicos. Sólo uno presentó serología positiva durante algunos meses.

La piritoterapia, pues, aumenta la actividad del tratamiento. Antes de modificar lo que una experiencia adquirida sobre millones de casos, como es la actual terapéutica de la sífilis, es preciso ser prudentes, teniendo en cuenta tan sólo lo que los hechos clínicos apuntados arriba parecen probar sobre la beneficiosa acción de la piritoterapia sola, o más seguramente asociada a quimioterapia, sobre la curación de la sífilis.

Aplicación de la fotografía infra-roja en Dermatología.—HAXTHAUSEN.—«Dermatologische Wochenschrift», t. XCVII, núm. 35, 2 Septiembre 1933.

Placas fotográficas sensibilizadas por procedimiento especial, son capaces de impresionarse bajo la acción de los rayos rojos de la parte visible del espectro y los vecinos de honda más corta ultrarrojos o calóricos. Basándose en esta propiedad de las placas especiales y eliminando mediante filtros adecuados adaptados al objetivo los rayos de diferente longitud de onda, pueden obtenerse fotografías excelentes incluso con cielo nuboso, ya que los rayos rojos y ultrarrojos no sufren tanto la acción de la atmósfera como las radiaciones que son esenciales en la fotografía usual.

Compara el autor la piel a las nubes. Como ellas absorbe, filtra, destruyendo una gran proporción de los rayos que la atraviesan. Utilizando lon infrarrojos la posibilidad de fotografiar en profundidad, sería ciertamente mayor ya que las radiaciones empleadas serían menos absorbidas por el filtro que es la piel y en ciertas afecciones cutáneas se podrían fotografiar las lesiones situadas en las capas profundas del tegumento y en el tejido celular subcutáneo.

Haxthausen ha utilizado las nuevas técnicas. Mediante placas especiales para infrarrojos (Ilford-Selo, fabricantes) y objetivos con los filtros adecuados, utilizando como fuente luminosa la lámpara de Finsen-Reyn y la Nitra-phot, que son las que suministran radiaciones ricas en las longitudes de onda necesarias y sus resultados son ciertamente interesantes.

Las lesiones pigmentarias superficiales, las placas psoriásicas y los elementos de lesiones sifilíticas secundarias, no son capaces de impresionar las placas.

Examinando lesiones más profundas, lesiones lúpicas vulgares, por ejemplo, las placas acusan detalles no perceptibles en las placas ordinarias. Las nudosidades subcutáneas encontrarían en esta técnica un campo de estudio muy interesante.

Muy interesante sería también el estudio de la red vascular venosa subcutánea en sus ramificaciones y anastomosis, todo ello invisible en la fotografía usual. Las fotografías que ilustran el trabajo, dan idea de lo que es capaz este método y hacen concebir en él la esperanza de un auxiliar efficacísimo para el mejor conocimiento de la circulación de un miembro varicoso, poniendo de manifiesto las dilataciones, estancamientos, los islotes venosos, imágenes no visibles de otra manera.

Consideraciones sobre la acción del ultravirus tuberculoso en la patogenia de las tuberculosis.—R. DE BLASIO.—«II Dermosifiliógrafo», número 5. página 257, Mayo 1933.

Según las ideas de Ravaut y de Valtis, al lado de las manifestaciones cutáneas propiamente llamadas tuberculosas (lupus vulgar, tuberculosis verrugosa) debidas a la acción directa del bacilo de Koch localizado y colonizando en la piel, existen otras lesiones debidas a las formas no bacilares, ultravirus acarreado por la sangre.

Con el deseo de comprobar estas ideas, el autor ha emprendido una serie de investigaciones (inoculaciones por pases sucesivos, cultivos, etc.) que le llevan a admitir que las tuberculides derivan de un foco tuberculoso en actividad manifiesta o en latencia, del que procederían los ultravirus que la sangre llevaría hasta la piel, en donde las defensas naturales podían destruirlo (curaciones espontáneas) o no. Las recidivas serían explicables por nuevas descargas.

Según se desprende de la casuística del autor, en la mayor parte de los enfermos afectos de tuberculides, pudo demostrar algún foco tuberculoso activo o latente notablemente ganglionar y de modo especial traqueo-bronquial.

Antígenos sifilíticos y mecanismo de las reacciones serológicas (reacción de floculación, reacción de fijación).—M. L. CHEVREL-BODIN et M. CORMIER.—«Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie», t. IV, núm. 9. Septiembre 1933, página 834.

Por las publicaciones precedentes, los autores esperan haber demostrado la identidad de naturaleza de todas las reacciones actualmente utilizadas para el estudio serológico de la sífilis. Creen asimismo haber dado la prueba de que la reacción de fijación de Bordet-Wassermann y las diversas reacciones de floculación descansan

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

sobre un fenómeno único y esencial de precipitación coloidal. Esta precipitación da nacimiento en los medios utilizados a una alteración de importancia muy variable, que puede ponerse de manifiesto directamente por medio del ultra-microscopio, del microscopio, de un aparato nefelométrico, a simple vista, o, indirectamente, por medio de un sistema hemolítico.

Los autores consideran que los fenómenos de precipitación coloidal que constituyen la esencia de las reacciones serológicas actuales de la sífilis, son fenómenos físicos debidos a las variaciones de las cargas eléctricas en los complejos empleados como antígenos. Esta hipótesis, necesita ser comprobada por medios de precisión que no están al alcance de los autores. Las observaciones microscópicas que han realizado, la comprobación de variaciones de la tensión superficial de los sueros y de los antígenos o emulsiones antigénicas, permiten considerarla como la explicación más verosímil del fenómeno de la floculación. Aclara considerablemente el problema de la concentración electrolítica de los antígenos, mostrando como esta concentración a una proporción determinada es necesaria por las condiciones particulares de las «cargas» de los sueros sifilíticos.

Presentando la floculación como el resultado del desequilibrio que en las emulsiones antigénicas ocasionan las «cargas» propias del suero, abren horizontes a nuevas investigaciones que podrán establecer en sentir de los autores, la simplicidad de un hecho biológico que las circunstancias y la multiplicidad de reacciones actuales, han rodeado hasta el día de un cierto misterio.

Los eritemas interterapéuticos del noveno día.—G. MILIAN.—«Bulletin de l'Académie de Médecine», 3.^a serie, t. CIX, núm. 20. 23 Mayo 1933, pág. 704.

Los arsenicales, los barbitúricos, las sales de oro, etc., por vía bucal o por vía parenteral, pueden producir erupciones no tóxicas.

Las primeras que fueron identificadas, eran de carácter morbiliforme, iban acompañadas de un pequeño brote febril que duraba unas 48 horas y se acompañaban de adenopatía: clínicamente semejaban a la rubeola.

El 914, produce con más frecuencia eritemas escarlatiniformes, con fiebre elevada que dura tres a cuatro días. La continuación del tratamiento, puede, en los días que siguen, determinar nuevamente a cada inyección, brotes más atenuados del exantema y brote febril. Frecuentemente se acompañan de angina y hasta se han visto contagios de escarlatina producirse en consecuencia, lo que explicaría las series de casos en un mismo medio, que antes se atribuían erróneamente a lotes de medicamento mal preparados.

Es más frecuente que sea una escarlatina nueva en pacientes en vía de inmunización espontánea en medio epidémico, que no reactivación de una escarlatina antigua.

Considera también la existencia de eritemas polimorfos que describe minuciosamente.

La aparición de estas erupciones no debe impedir se continúe el tratamiento, si bien debe hacerse esto con ciertas precauciones.

LEDO.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

OTORRINOLARINGOLOGIA

El síndrome conmocional tardío en los traumatismos cerrados.—BREMER, COPPER, HIGGUET MARTIN.—«Revue d'Oto-Neuro-Oftal.» M. 1932.

Los trastornos de oído son debidos en estos casos según los autores a las lesiones destructivas que por hemorragia a nivel de los elementos nerviosos de las vías acústicas se forman y cuya restitución no se origina a veces hasta pasados dos años.

Los síntomas otológicos objetivos son: lesiones banales del tímpano, exudado sanguíneo en oído medio, dilatación de los pequeños vasos de la membrana en su parte alta (síntoma de Müller).

El examen funcional del coclear revela una hipoacusia, un descenso de la percepción ósea y del límite inferior. Las pruebas vestibulares resultan muy discordantes; la exploración instrumental provoca o aumenta la cefalea, determinando a veces crisis epilépticas o epileptiformes; existe a veces una hipo-excitabilidad. Los síntomas subjetivos son: zumbidos de oído, vértigos acompañados de náuseas, vómitos, sudores fríos, etc., etc.

Hay además síntomas oftalmológicos, astenia retiniana, campo visual estrechado, ambliopía e hipertensión retiniana.

La amigdalectomía por el método de Taptas.—GEORGE DEPARTANT.—«Presse Médicale», París, 15 Julio 1933, núm. 56.

Taptas considera a la amígdala como enucleable en su totalidad; fundado en eso ha construido su pinza de tal manera que coge la amígdala, la aprisiona sin cortarla ya que no es cortante, y al tirar, la hace salir entera porque cede por el plano de clavaje situado entre amígdala y faringe. El autor del trabajo describe el instrumental y se muestra partidario de este procedimiento porque su aplicación garantiza la prevención de una hemorragia y de una infección ulterior.

El tratamiento de los flemones y abscesos periagminalinos por la amigdalectomía como método de elección.—DOCTOR JUAN MANUEL TATO.—«Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología». Año XXIV, (1933). núm. 5. Mayo.

Después de hacer un recorrido bibliográfico sobre todos los predecesores y sostenedores actuales del método, entre los que se encuentran Chassaignac, Winker, Kilian, Borghesan, Holligner, Barnes, Canuyt, Basavilbao y otros, pasa el autor a estudiar la amigdalectomía como indicación operatoria ocasional, en vista de la importancia de la incisión ante los casos complicados de flemón y absceso periamigdalino.

Es partidario el autor en estos casos de acuerdo con Mathe de una anestesia



Amenorreas
Menorragias
Dismenorréas

VAGOTONIL

Ovario Luminat y Compuestos

troncular del glosofaríngeo y de los palatinos; para lo primero, hinca la aguja fina a nivel del borde anterior de la apófisis mastoides en dirección hacia arriba adelante y adentro en una profundidad de cuatro o cinco centímetros hasta el cóndilo del occipital, entonces se dirige la aguja un poco más adelante e inyecta la solución anestésica. Para la anestesia de los palatinos, preconiza el autor la técnica de Portman y Leduc de anestesiar sistemáticamente a su salida por los conductos palatinos.

En cuanto a la técnica de amigdalectomía prefiere el autor la disección seguida de asa. Los resultados son satisfactorios hasta el punto de sentar las siguientes conclusiones:

Los resultados han sido sencillamente excelentes. Nos ha permitido el método preconizado, ajustándonos al desideratum que planteábamos al comienzo de nuestra exposición: Curar el absceso en forma segura y rápida, evitando las recaídas y ulteriores recidivas, al par que complicaciones achacables al tal proceder, que, por el contrario, ha evitado su aparición y se ha mostrado eficaz en las que he relatado en las correspondientes historias clínicas.

Permite además acortar la duración de la afección operando precozmente.

Con 29 notas bibliográficas y 28 historias clínicas de casuística propia.

La curieterapia de los cánceres del esófago, su técnica y sus resultados.—DOCTOR L. DUCUING.—«Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie», número 4, año 1933.

Debido a las relaciones estrechas del esófago con los órganos periesofágicos, existen grandes dificultades en este tratamiento del cáncer esofágico que por la radiosensibilidad particular de las células normales del epitelio, se pueden destruir los órganos vecinos al cáncer si se aplica la dosis cancericida.

A pesar de eso, el éxito de este tratamiento según el autor, es muy superior al obtenido por ningún otro medio, sobre todo por la cirugía.

El radium se puede aplicar por endocurieterapia transcutánea y por telecurieterapia. La primera se aplica directamente sobre la parte cancerosa sin ningún plano de interposición, pero sólo puede hacerse en casos de pequeños tumores que dejen espacio dentro del esófago. La telecurieterapia por el contrario, se aplica en casos de grandes neoplásicos que incluso invaden a veces los órganos periesofágicos, ya que permite una irradiación total y homogénea de la región.

S. R. BERCELUO.

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

PEDIATRÍA

La actividad cerebral del recién nacido.—DOCTOR CATEL.—«Deutsche Medizinische Vochenschrift». Junio de 1932.

El estudio de las reacciones del recién nacido, enseña los caracteres que le aproximan a los organismos inferiores. Poco a poco el desenvolvimiento de los centros nerviosos superiores, hará desaparecer un sinnúmero de reflejos en él existentes. El autor examina sucesivamente los caracteres nerviosos del recién nacido. Anatómicamente desenvolvimiento incompleto del sistema nervioso central presentando una deficiencia del poder moderador e inhibidor. La comparación con las destrucciones experimentales parciales llevadas a cabo en los animales, permiten interpretar los fenómenos observados. Es así que los reflejos observados en el recién nacido y que son especiales, pueden ser comparados con ciertas manifestaciones de animales descerebrados.

La persistencia más o menos rara del reflejo de la preensión (reflejo del puño cerrado sobre un objeto) testimoniaría el desenvolvimiento del cortex cerebral de un modo insuficiente. La reaparición de este reflejo en un niño de más edad podría ser interpretado como un resultado de una inhibición funcional cerebral patológica. En lo que concierne a las expresiones de la mímica, su aparición precoz debe ser interpretada a los dones de la filogenia. Algunos entre ellos corresponden a las expresiones del adulto, sucediendo a las sensaciones de orden cortical y realizada por vía refleja. Así la molestia del niño al cual se le hace chupar una sustancia amarga, la mímica dolorosa, el grito. Por el contrario risa y sonrisa son de aparición más tardía.

La hiperexcitabilidad nerviosa periférica de los recién nacidos, puede correr parejas con la sensibilidad térmica excesiva. Por fin el estudio de los reflejos oculares y los de la evolución de la motilidad, completan el trabajo.

En conclusión, el niño aparece en el nacimiento como un ser dotado de una vía refleja (palidal) según la expresión de Föster. Es por tanto desprovisto de defensa propia y no debe en verdad, ser considerado más que como una dependencia fisiológica del organismo materno.

La teoría hormónica de la secreción láctea. A propósito de un caso de lactancia durante el embarazo.—DOCTOR FULCONIS (Argelia).—«Le Nourrisson».

El 2 de Julio de 1932, entró en la Maternidad de Argelia una europea de 25 años y en su segunda gestación. Está en su séptimo mes de embarazo que se presenta con una evolución normal. Se encuentra algo extrañada por el volumen de sus senos y relata que desde hace quince días presenta una secreción láctea tan abundante como la de la época de amamantar. Aquí el autor recuerda otra mujer que comenzó a segregar leche hacia la misma época (seis meses). El estado general de la enferma en estudio es excelente, se halla normalmente constituida y no tiene antecedentes notables. Menarquía a los 14 años y siempre fué bien reglada. Casada hace tres años. Un análisis cuidadoso revela que la leche no difiere en nada de la de púerperas corrientes. Desde entonces hasta el parto la enferma ha lactado cuatro niños que la ha enviado la Asistencia Pública y todos ellos ganaron de peso.

El 6 de Septiembre de 1932 dió a luz un niño. La lactancia se ha mantenido y hasta parece haber aumentado. Su hijo engorda notablemente y no ha tenido ningún trastorno nutritivo. A los cinco meses de dar a luz se mantiene la secreción.

El autor hace hincapié con su artículo en demostrar que la salida del feto y de los anejos no es necesaria para que se establezca la secreción láctea y que es la placenta, según Halban, la que determinaría el desarrollo de la glándula mamaria, pero que no influye en nada su expulsión para el aumento de secreción de leche. Falconi se opone por tanto a la teoría de la acción de la autólisis de la glándula mamaria, que según Starling y Claypon, sería inhibida durante el embarazo por el huevo que produciría una hormona susceptible de actuar sobre la secreción láctea. Va en favor de la influencia de los elementos maternos sobre la evolución gravídica de la glándula mamaria y afirma la hipótesis de una glándula miometral, que como han establecido Ancel y Bauin en el animal, estaría encargada del fenómeno de la secreción láctea y cuya existencia en la mujer ha sido demostrada por Keiffer.

Un caso de poliartritis gonocócica en una niña de ocho meses.—DOCTORES POPOVICI LUPA y STEIMBERG (Bucarest).—«Le Nourrisson», Octubre 1933.

Las afecciones genitales gonocócicas de la primera edad, son bastante frecuentes, no así las afecciones articulares con una etiología blenorragica. En apoyo de las primeras aportan los autores las estadísticas de Holt, Kimbal y Finckelstein en las que se encuentran algunos lactantes. El niño más pequeño de los tratados por los autores contaba seis meses. Refiriéndose a los segundos, relatan un caso de Canine en una niña de tres semanas cuyas manifestaciones articulares eran metástasis de una rinitis gonocócica (oftalmia y vaginitis ausentes) y cuya curación fué con vacuna específica.

Cooperman da un cuadro en el cual coexistente con una manifestación vaginal, eritema tóxico generalizado seguido de localizaciones articulares múltiples, y en los cuales hay casos de curación espontánea a pesar de su grave pronóstico, y como tratamiento aconseja el incidir ampliamente y vaciar quirúrgicamente ya que este autor tuvo fracasos con la vacuna específica.

El caso que motiva el trabajo es una niña de 8 meses y de 7.100 gramos de peso, con lactancia materna y presentada a la consulta el 4 de Octubre de 1932, porque tiene un flujo purulento vaginal acompañado de fiebre y de tumuración dolorosa en la articulación tarso-metatarsiana de los dos lados y en la metacarpo-falángica del lado izquierdo. La piel que recubre las articulaciones está roja y caliente, y presenta impotencia funcional marcada. En la extensión del producto vaginal se ven gonococos extracelulares. Una radiografía demuestra ensanchamiento del primer metatarsio izquierdo debido a un proceso de periostitis aguda. Se la trata inmediatamente con permanganato potásico en solución débil como lavado local y un tratamiento general de stok-vacuna gonocócica inyectada cada segundo día progresivamente; el tratamiento dura 24 días, las inyecciones son soportadas sin gran reacción general ni local, la mejoría se nota desde el décimo día (5.^a inyección) con una desaparición de los fenómenos del pie derecho; a los 15 días de los dos pies y el día 21 la desaparición de los trastornos en la articulación de la mano. El estado general se ha conservado bueno, a excepción de una ligera pérdida de peso, pues tuvo un trastorno nutritivo secundario.

Es pues un caso digno de consideración por la edad de la enfermita, por el carácter casi pioséptico de la infección contrastando con el buen estado general, y en fin, por el buen resultado obtenido por la vacunación específica.

ALLUÉ HORNA.

CONGRESOS

1.º Congreso Internacional de lucha científica contra el Cáncer

Del 25 al 30 del pasado Octubre se celebró en Madrid este Congreso, que reunió, en los salones del Círculo de Bellas Artes, a numerosos y eminentes clínicos e investigadores, representantes de más de cuarenta naciones de las cinco partes del mundo.

Los miembros nacionales que formaban parte de la Comisión organizadora, fueron los doctores Cardenal, Presidente; Torre-Blanco, Secretario general; Bejarano y Pittaluga.

Se destacaron por sus aportaciones Lasnitzki, Keysser y Holfelder, de Alemania; el primero, con su ponencia **Cultivo «In vitro» de células cancerosas**, y el segundo y tercero, con otras sobre **«Electrocirugía en el cáncer y Rontgenoterapia del cáncer del tubo digestivo**. El Profesor Fichera, de Italia, con otra, muy notable, sobre **Quimioterapia del cáncer**. El doctor Guédes, de Lisboa, sobre **Posibilidades de la radiografía en el diagnóstico del cáncer**. El doctor Grant, de Inglaterra, sobre **Tumores del sistema nervioso**.

El doctor Eguiagaray (de León), que expuso **Un caso de cáncer de brea** y García de Hoyos, **Un ensayo quimioterápico del cáncer gástrico**, basado en una experiencia clínica de sesenta casos.

El Profesor Pittaluga leyó un trabajo sobre la organización de la higiene anticancerosa en la Sociedad de las Naciones.

Mención especial merecen las notabilísimas y curiosas exposiciones del doctor Rodríguez López, de Santa Cruz de Tenerife, y del profesor Rofo, de Buenos Aires. El primero presentó una copiosa colección de plantas y semillas sometidas a la radiación y en diferentes fases, que enriquecían su original ponencia sobre **La roentgenoterapia a dosis fraccionadas en el tratamiento del cáncer, fundamentada en la reacción biológica de las semillas secas y germinadas a los Rayos X**.

El profesor Rofo presentaba una serie interesantísima de microfotografías, piezas anatómicas y gráficos estadísticos, hechos, todos estos trabajos, en el Instituto Nacional Argentino Anticanceroso, del que es director. Además representó una sesión cinematográfica, poniendo de relieve las dependencias, organización de servicios, secciones de trabajos especiales de laboratorio, estadística, partes clínica y experimental, etcétera del citado centro anticanceroso, y que pusieron de manifiesto su perfecto funcionamiento y su gran eficacia.

Aparte la organización de la parte recreativa, que siempre suele resultar bien en estos congresos, la característica principal fué la precipitación con que se llevaron a cabo las sesiones científicas por ser escaso el tiempo de que se disponía, dado el crecido número de comunicaciones, y que motivó se eliminasen muchas y se limitase notablemente el tiempo para exponer las que quedaron, a las que hubo de darse la forma de intervenciones orales muy breves, lo cual hizo que muchas de ellas no pudiesen llevar al ánimo de los congresistas la importancia de los trabajos. Por esta causa apenas si pudo ser escuchado del Río Hortega en una ponencia de gran valor científico sobre **Tumores del cerebro**, y por otras, más lamentables, nos vimos privados del concurso de tan destacadas autoridades, en las materias que fueron objeto de estudio en este Congreso, como los doctores Goyanes, Piga, los Rateras y algunos otros.

BIBLIOGRAFIA

LECENE (Profesor de la Facultad de Medicina y Cirujano de los Hospitales de París).—**Manual de Medicina operatoria.**—3.^a edición. Un tomo de 329 páginas ilustrado con 321 grabados intercalados en el texto. Biblioteca del Doctorado de Medicina, publicada bajo la dirección de P. Canot y L. Fournier. Salvat editores, S. A. 41-49, calle de Mallorca. Barcelona, 1933.

La casa Salvat ha lanzado la 3.^a edición de este pequeño, gran libro, firmemente acreditado en anteriores ediciones, indispensable para practicar la cirugía cadavérica clásica. Mantiene su didáctica división en tres partes. Dedicla la primera, de cerca de un centenar de páginas, a la práctica de las ligaduras de las arterias principales. La segunda, unas doscientas páginas, al estudio ordenado de las amputaciones y desarticulaciones de los miembros. La tercera, está dedicada a las resecciones más importantes de los huesos de todo sistema. Está ilustrado con profusión de grabados perfectos y muy demostrativos de las actitudes más convenientes que debe emplear el cirujano en cada caso.

El libro excelentemente impreso, llena a satisfacción los propósitos de su autor al decir en el Proemio: «Los futuros médicos ensayando ligaduras y desarticulaciones, habrán vuelto a aprender su anatomía topográfica y habrán adquirido además cierta destreza manual. Para los futuros cirujanos que deberán repetir cien veces esos ejercicios elementales, esas escalas, según una feliz expresión del profesor Segond, esta medicina operatoria clásica, convencional, será un ejercicio de los más útiles y aún indispensable, como preparación para la ejecución ulterior de las verdaderas operaciones en el vivo. ¿Quiere esto decir que se llegue a ser «cirujano» operando mucho sobre el cadáver? De ninguna manera, y pienso, por el contrario, que «todo lo que constituye la cirugía propiamente dicha, no puede aprenderse realmente más que viendo operar primero en el vivo, después ayudando mucho a operar, y finalmente, operando uno mismo». «Nadie está más convencido que yo de esta verdad, y sin embargo, persisto en creer que los ejercicios cadavéricos de la medicina operatoria clásica, por convencional que sea, no dejan de ser por eso la base y el punto de partida de una educación quirúrgica verdaderamente completa.»

L. GARCÍA CABELLO

ASOCIACIÓN DE ESCRITORES MÉDICOS

Esta Asociación ha creado dos premios de 300 pesetas cada uno, que se otorgan al mejor trabajo o artículo social-profesional y con exclusión por tanto de los doctrinales o científicos, que se hayan publicado en la prensa diaria o médica desde el 31 de Octubre de 1932 al 31 de Octubre de 1933.

Podrán tomar parte en este Concurso todos los miembros numerarios y corresponsales de esta Asociación.

El Jurado que ha de fallar dicho Concurso, estará constituido por los doctores Núñez Grimaldos, García Triviño, José M.^a Llopis, Navarro Blasco y Barrio de Medina.

Los que deseen tomar parte en este Concurso, deberán dirigir sus trabajos hasta el 30 de Noviembre del corriente año, al domicilio del Secretario del Jurado, doctor Barrio de Medina. Barquillo, 10, Madrid.