

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

- DR. SABINO RODRÍGUEZ BERCEUERO. — *El síndrome del ángulo ponto-cerebeloso*..... 377
- DRES. ANTONIO L. CIÉZAR GUERRERO Y GUILLERMO SUÁREZ CARBALLAL. — *Sistema linfático y tuberculosis*..... 391
- LUIS DE CASTRO GARCIA Y TEODOSIO MEDRANO. — *Estalagmonas urinarias en el embarazo*..... 401

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna

Estudio de la úlcera experimental y del papel de los aminoácidos en

(Sigue)

Eyacuación precoz

La causa frecuente
de la impotencia

se combate con

Tardospermin

Grageas y pomada

Muestras a
disposición

Guillermo Hoerner Apartado 712 - Barcelona

Dr. Georg Henning: Fabrica quim. y farm. Berlin-Tempelhof.



en su evolución (aplicación en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales).—Dr. Emilio Aron..... 411

Acción de la histidina en la angina pectoris 412

El catarro congestioso (granizoso) y la dispepsia jabonosa. — Doctor Mauricio Hepp..... 415

Pediatría, por Allué Horna.

Evolución y secuelas en la encefalitis epidémica en la infancia.— Doctor Ruggeri.. 414

Un caso esporádico de disóstosis cleidocraniana.—Nils Malmberg.. 414

Las dispepsias crónicas de la segunda infancia.—Doctor Lust..... 417

Policitemia en la infancia.—Doctor T Halbertsma..... 418

Otitis media aguda en el lactante.—C. Oreggia 418

Consideraciones sobre un caso de nefrosis lipoidica.—Doctor Vidal Jordana y March..... 419

Notas sobre la pneumonía lobular del lactante y del niño pequeño, tratada por la Optoquina.—Doctor Philip Leitner..... 420

(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
Dosis: cada 1 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.

LABORATORIO BENEYTO. Manuel Silvela, 7.-MADRID

Dirigirse para muestras y literatura al autor:

<i>Enfermedad de Hand-Schüller Christian.</i> —Doctora Deavez-Saltad...	422
<i>La infiltración esplenopneumónica en la infancia.</i> —Dr. Ed. Perche..	422
<i>Sobre un caso aún no descrito en la infancia, de tumor sarcomatoso de la pleura.</i> —Doctor Neuman.....	425
BIBLIOGRAFÍA.....	424
LIBROS RECIBIDOS.....	427
NOTICIAS.....	428

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
 { Acido glicerosfórico 0,046 >
 { Acido cacodílico 0,030 >
 { Hierro asimilable 0,002 >
 { Glicerosfato estrícnico 1/4 milig.

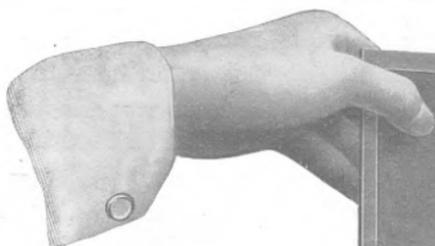
FOSFOVITÓGENO

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

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

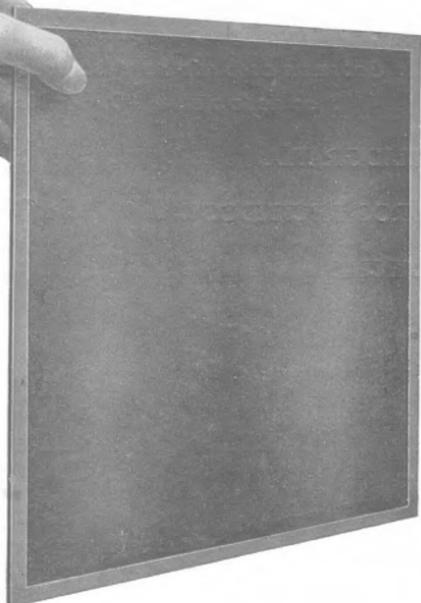
Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID



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

Peso: 800 gramos



POR FIN LLEGÓ
EL
ANTIDIFUSOR ECONÓMICO
PARA
RADIOSCOPIA
Y
RADIOGRAFIA

tan ansiado por los poseedores
de instalaciones roentgenológicas
modestas

Dimensiones: 35,5 por 43 cm.

Precio: Ptas. 725

FACILIDADES DE PAGO

REPRESENTANTES GENERALES PARA ESPAÑA:

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

CENTRAL: MADRID. FUENCARRAL, 43

BARCELONA, VALENCIA, SEVILLA, BILBAO, VIGO Y LISBOA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

POLICLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. — PROFESOR JEFE: DR. M. GAVILÁN

El síndrome del ángulo ponto-cerebeloso ⁽¹⁾

por el doctor Sabino RODRÍGUEZ BERCERUELO

Profesor ayudante de Clases prácticas

I

Al reanudarse las tareas escolares durante el curso que estamos viviendo, la Junta directiva de la Academia de Medicina de la Asociación Castellana de Fomento Cultural, se reunió para trazar un plan de labor a realizar por los señores médicos y alumnos académicos que contribuyese a la función científica que el resto de las Academias del mismo Centro han realizado.

Fué criterio de los elementos que integraban la constitución de aquella Junta, el de formular unas normas para la adjudicación de unos premios entre las cuales fueron las de designar como tema a tratar entre los señores aspirantes al premio uno cualquiera de actualidad con tal de que fuese de una gran amplitud hasta el punto que pudieran concurrir a él, lo mismo el médico, el cirujano que el especialista. Y en efecto, el tema que vamos a tratar abarca varias especialidades y puede adelantarse el éxito adquirido.

La Otolología, Oftalmología y la Neurología que forman, digámoslo así, una especie de «familia natural», no pueden desarrollar en condiciones de deficiente organización médico-social de una manera eficaz sus relacionadas actividades. Por eso y teniendo en cuenta las estrechísimas relaciones y numerosos cambios con sus vecinas inmediatas y con la medicina general, muchos genios de la medicina mundial pensaron aglutinarlas bajo una misma dirección, pensamiento llevado a cabo por el profesor Barré en 1923 que fundó en Estrasburgo la Sociedad de Oto-neuro-oculística, primera sociedad que bien pronto fué seguida por otras creadas en Marsella, París, Burdeos, etcétera, en Francia, y la de Roma, Bruselas, Bucarest, Moscú, etc., en otros países de Europa y teniéndose por breve plazo el que tarde el formarse la primera Sociedad de Oto-neuro-oculística española que será en Barcelona.

Actualmente está publicándose la revista de Oto-neuro-oculística que dirige el doctor Duverger y el doctor G. Camuyt, de Estrasburgo, que puede decirse que está consagrada mensualmente al estudio de temas que por la conexión de unos con otros y de todos entre sí son imposibles de ser tratados por separado y a buen seguro que las deficiencias serán menores

(1) Las figuras han sido obtenidas merced a la habilidad del médico ayudante de la Policlínica, don Pablo Mir.

cuando las asperezas de la intromisión en el campo de otra especialidad sean limadas por un estudio de conjunto de todo lo que abarcan estos hondos problemas.

II

Hemos visto en estos últimos años cuatro enfermos que por la multiplicidad de los síntomas, su compleja variación y su gran tendencia a la evolución progresiva lenta de las diferentes manifestaciones sintomáticas, necesitamos el concurso para su exploración detallada del neurólogo y del oculista, adquiriendo en todos ellos resultados de diferente y variada sintomatología, pero sin embargo siendo en los cuatro casos constante de carácter común por tanto, el dar claras y evidentes manifestaciones correspondientes al territorio del nervio auditivo, lo que probablemente influya para que los enfermos sean vistos por el otorrinolaringólogo en fecha anterior a la que lo hace el neurólogo que casi siempre les recibe enviados por aquél.

Los signos locales del territorio del VIII par que antes hicimos referencia sean como fuesen, suelen no llegar a lo suficiente para ponernos en la pista del proceso que aqueja el enfermo y solamente cuando aparecen fenómenos cerebelosos que nunca tardan, signos de hipertensión cerebral y accidentes consecutivos a la lesión de los pares VII, IX, X, XI, algunas veces de los V, VI y XII es cuando podemos asegurar lo mismo que el lector ahora comprender que de lo que se trata es del llamado síndrome del ángulo ponto-cerebeloso cuyo asiento es en la parte anterolateral del tronco del encéfalo a nivel del surco bulbo-protuberancial de donde emergen los nervios craneales anteriormente mencionados que se hallan limitados como sabemos, por el bulbo por abajo, por el cerebelo por fuera y por la protuberancia por arriba y adentro (fig. 1).

Sandifort en el año 1777 hace por primera vez descripción de este síndrome, pero hasta el año 1902 no es individualizado siendo deudores a Henneberg y Koch el estudio y clasificación «de foco» así como el distinguirle de las neuro-fibromatosis. Posteriormente y como puede verse por la bibliografía reseñada al final de esta aportación, han sido innumerables los trabajos aparecidos sobre el particular y de los que haremos especial referencia son los de Lannois y Durand en 1909, Henschen en 1910 y, sobre todo, las tesis doctorales de Martial en 1899, Berard en 1910 y la de Joseph Jumentié en 1911.

Aunque lo interesante del síndrome y sobre lo que influye el cuadro clínico es el asiento de la lesión y no su naturaleza, nosotros nos vamos a permitir indicar para una más completa exposición, las diferentes causas que pueden desencadenarle quedándonos claro está, con la más frecuente que según la mayor parte de los autores de acuerdo con Oppenheim y Henneberg, es la originada por un neurofibroma del acústico que suele ser de forma redondeada u ovoidea a veces abollado o mamelonado (fig. 2),

fácilmente enucleable cuando son bien limitados y encapselados. Su tamaño oscila entre el volumen de una cereza y una naranja. La consistencia es variable, a veces son duros o por el contrario blandos; presentan al corte el aspecto de un mosaico debido a la presencia de focos de hemorragia más

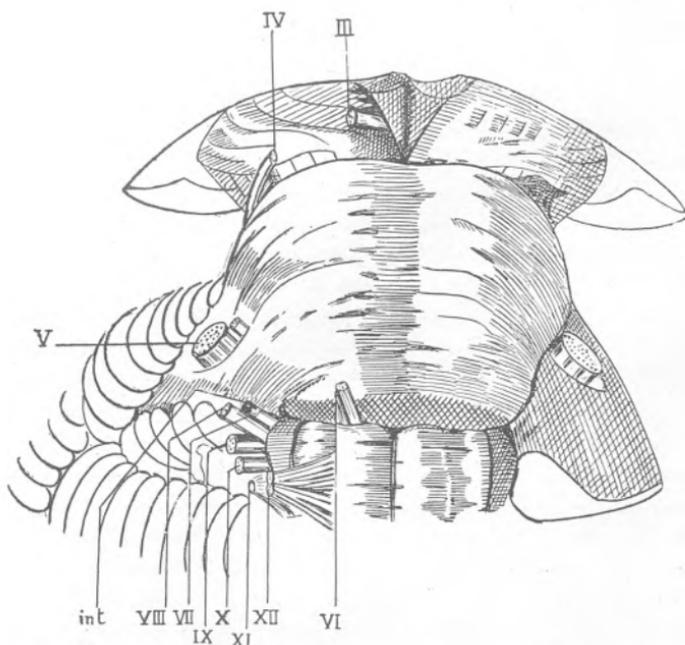


Fig. 1.^o—Región anatómica que demuestra la emergencia de los nervios craneales que participan del síndrome del ángulo ponto-cerebeloso.

o menos antiguos enquistados en la misma sustancia neoplásica, afecta de múltiples núcleos y numerosos haces (figs. 3 y 4).

Más raramente suelen originarse estos síndromes por tumores formados a expensas de la pared ósea o de la duramadre, tumores de los plexos coroides, colesteatomas, dilataciones aneurismáticas de procedencia del tronco basilar o de las arterias cerebelosas, etc., etc.

Muy escasamente son quistes, sarcomas, endoteliomas, gomas, etc., etc., del nervio acústico.

Alguna vez las meningitis serosas localizadas pueden simular el síndrome. Los tumores de cerebelo y protuberancia propagados a esta región, las neoplasias del resto de los nervios craneales que de allí emergen son los diferentes mecanismos de producción del síndrome del ángulo ponto-cerebeloso.

SINTOMAS.—Si nos atenemos a una clasificación general que sintetice todo lo dicho por la mayoría de los autores que han estudiado el sín-

drome del ángulo ponto-cerebeloso es preciso que describamos entre las manifestaciones sintomáticas: 1.º, trastornos dependientes del VIII par; 2.º, de los pares VII, X y XI; 3.º, signos cerebelosos; 4.º, trastornos de la motilidad y de la sensibilidad general; 5.º, manifestaciones del V, VI y XII pares craneales; 6.º, signos generales de hipertensión craneal y 7.º, modificaciones en el territorio del III y IV pares craneales.

Trastornos dependientes del VIII par.—Suelen ser en el 90 por 100 de los casos, las manifestaciones primitivas si se tiene en cuenta lo que dijimos al hablar que entre las causas eteológicas más frecuentes de producción del síndrome eran los neurofibromas del acústico.

El valor de este signo diremos según los tratadistas que, gracias a la precocidad de las perturbaciones de la audición y del equilibrio, puede descartarse relativamente temprano los tumores intraprotuberanciales e intracerebelosos que tanto parecido con él tienen.

Por estar compuesto el VIII par de dos nervios anatómica y funcionalmente distintos, es más variada la sintomatología del comienzo y así tenemos cómo por los fenómenos irritativos del ramo del coclear aqueja el enfermo zumbidos del oído correspondiente al lado de la lesión que no son más que ruidos subjetivos o sensaciones acústicas subjetivas que nada tienen que ver con los ruidos entóticos producidos por la otosclerosis, otitis media, etc., etc., y con los peritóticos que dan los aneurismas de la aorta, carótida y los enfermos hipertensos, etc., etc., cuya característica varía para cada enfermo.

Más tarde aparecen las manifestaciones paráliticas del coclear aunque algunos describen un breve plazo de hiperacusia unilateral que antecede al de parálisis caracterizado éste como sabemos por sordera, que en este caso es del tipo de las de percepción. Disminución y a veces pérdida de la audición que comienza insidiosamente como en todos los enfermos afectos de hipoacusias laberínticas que al igual que estas retrolaberínticas avanzan en forma lenta y progresiva generalmente.

El examen funcional del laberinto anterior revela siempre con las pruebas instrumentales un Weber lateralizado al lado sano, Schwabach muy acortado, Rinne positivo acortado. La transmisión ósea está acortada o suprimida. En un caso de Siebenmann «disminuyó en primer lugar la capacidad perceptiva casi exclusivamente para los tonos bajos, pero del mismo modo en su curso ulterior para todos los de la escala, de tal modo que en ambos oídos se siguió una limitación progresiva de la zona perceptiva de la escala tónica tanto desde el límite superior como en el inferior quedando por último una laguna, tal como llega a observarse en las enfermedades muy avanzadas del aparato receptor del sonido».

El ramo vestibular manifiesta sus primeros trastornos del equilibrio por la aparición del reflejo nistágmico acompañado como siempre de una sensación vertiginosa ya sea del propio cuerpo del enfermo o bien de las cosas que le rodean. Ahora bien, esta sensación vertiginosa va acompañada de náuseas,

vómitos y muchas veces de movimientos de cabeza, tronco y extremidades en una dirección determinada.

La afección del nervio vestibular será evidenciada además por el nistagmus espontáneo, el nistagmus provocado por rotación, calórico, por reacciones neumáticas y mecánicas, prueba eléctrica de Babinski, nistagmus

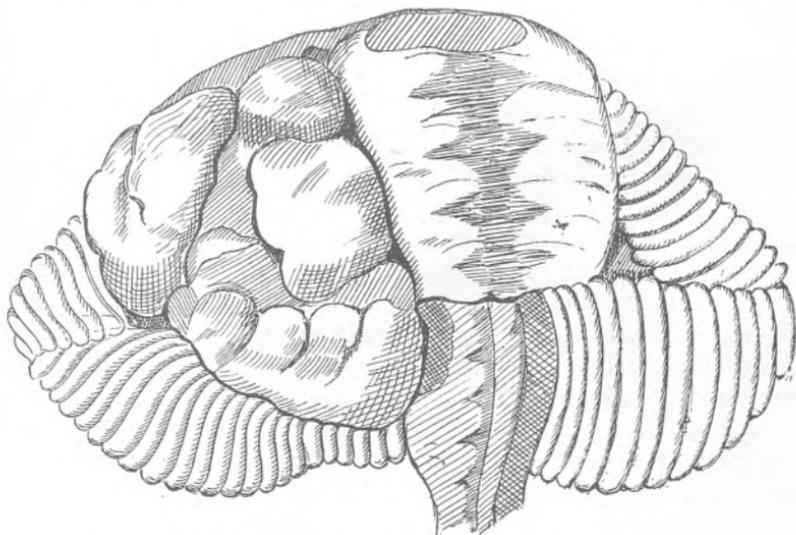


Fig. 2.º—Tumor del ángulo ponto-cerebeloso del lado derecho.

provocado por los movimientos bruscos y lentos de cabeza y por la exploración del equilibrio por medio de la prueba de Romberg, pruebas de Von Stein, Babinski, Weill, del índice de Barany, etc.

Lo mismo los trastornos de la audición que del equilibrio, no tardan en ser bilaterales aunque siempre predominan más del lado enfermo siendo relativamente frecuente según han observado Mills y Jumentié que haya una disociación entre los unos y los otros tanto del mismo lado de la lesión como del lado contrario.

Son debidos los trastornos del VIII par a la implantación en él del tumor como ya hemos repetido anteriormente, y también a la compresión directa del nervio que a veces lo disocia y envía una prolongación al conducto auditivo interno.

VII par.—Es de los nervios craneales, a excepción del anterior, el que más frecuentemente se afecta, siendo raro que se origine una parálisis completa con reacción de degeneración y todo el cuadro que no vamos ahora a describir. Lo frecuente es que las modificaciones del territorio a él encomendado revelen trastornos de la sensibilidad en la mitad anterior de la lengua, con hipoguesia y a veces pérdida total de la gustación en esa zona, influida, como sabemos, merced a la cuerda del tímpano. Ligera paresia más

exagerada en el territorio del facial inferior, no siendo infrecuente algunas modificaciones espasmódicas de los músculos por él inervados que interesan, sobre todo, al orbicular de los párpados y a los músculos de la boca.

IX par.—Las manifestaciones clínicas que revelan que se halla afectado el nervio glosio-faríngeo son, si se tiene en cuenta que es mixto el nervio, parálisis o paresias de los constrictores de la faringe, principalmente del superior, traducido en la clínica porque al explorar faringe en el enfermo y provocarle una náusea aparece en la pared posterior de aquélla un movimiento en cortina hacia el lado contrario de la lesión. Los trastornos de la sensibilidad del territorio de las amígdalas palatinas, que no merecen tanta importancia como los referidos a la pérdida del gusto en el territorio de los ramos terminales que el nervio hace al nivel y detrás de la V lingual, formando el plexo del tercio posterior de la lengua, merecen citarlos, siendo más demostrativos estos trastornos de gustación últimamente citados porque la hipogeusia y la agusia en este territorio es evidente.

X par.—Encuéntranse en los enfermos afectos del síndrome las manifestaciones de neumo-gástrico siguientes: 1.^a Paresias y parálisis de los constrictores faríngeos medio e inferior, traducido por cierta dificultad al tragar. 2.^a Paresias velopalatinas que originan al enfermo rinolalia abierta, expulsión de los líquidos por la nariz al deglutirles, dificultad a la pronunciación, etcétera. 3.^a Parálisis del músculo laríngeo crico-tiroideo. 4.^a Paresias y parálisis del recurrente del lado enfermo, que da una afonía total; a veces disnea, de tipo laríngeo, claro está, y una imagen laringoscópica caracterizada, además de por la inmovilidad de la cuerda vocal, una marcada aproximación hacia la línea media de éstas al espacio glótico. 5.^a Bradicardia al principio del síndrome, que, cuando ceden los fenómenos irritativos, se transforma en taquicardia.

El resto de los trastornos del nervio vago, que son aún mucho más variados que los reseñados anteriormente, ya que es un nervio de complicada fisiología, tardan más en presentarse por ser suplidos y únicamente cuando la lesión avanza aparecen crisis anginosas, trastornos respiratorios, molestias gástricas, fenómenos sudorales, etc., que indican todos ellos un estado calamitoso del enfermo.

XI par.—Por lo que se refirió a lo que la clínica demuestra cuando este nervio está interesado, merecen mención especial los trastornos paréticos y a veces paralíticos del territorio del externo cleido-mastoideo y del trapecio que se evidencian por una deformidad anatómica en el cuello y parte del hombro del lado afecto, con atrofia muscular y dificultad funcional a la rotación de cabeza. Los trastornos faríngeos y laríngeos que a este nervio corresponden son suplidos, cuando la lesión no está avanzada e interesa a otros nervios que influyen más en la motilidad faringolaríngea; de todos modos, la clínica revela ligeras hipokinesias laríngeas que apenas si dan una hipofonía de mediana intensidad.

Trastornos cerebelosos.—La aparición de síntomas cerebelosos que a veces ocurre a poco de las manifestaciones del VIII par y otras por el contrario son las primitivas manifestaciones del síndrome que bien merecen ponerse de manifiesto para un precoz diagnóstico, son variables notablemente de intensidad y solamente en contados casos o ya en estado avanzado de

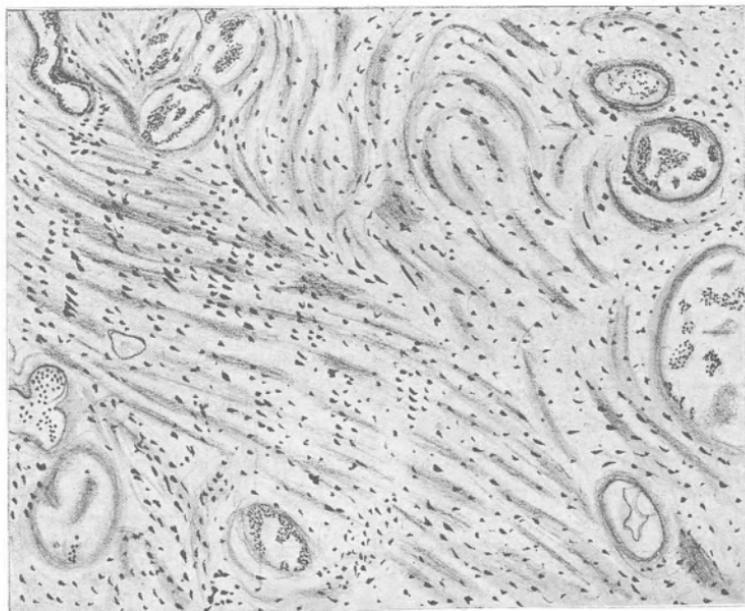


Fig. 3.ª—Copia de una microfotografía de glioma periférico del nervio acústico, a mucho aumento, según G. Roussy et L. Cornil.

la lesión pueden ser suficientes para obligar al enfermo a guardar cama, ante la imposibilidad de la marcha y la existencia de trastornos de la estancia de pie que son análogos a los comprobados en los tumores intra-cerebelosos.

Han sido muchos los autores que han perdido el tiempo en dar una exagerada importancia a las manifestaciones precoces del territorio del cerebelo en el síndrome del ángulo ponto-cerebeloso y han sido exageradas porque a pesar de ponerse de manifiesto en seguida, no nos van a aclarar nada que nos ponga sobre la pista del cuadro del síndrome del ángulo ponto-cerebeloso hasta que no aparezcan manifestaciones en el territorio de algún par craneal, manifestaciones en el territorio de la protuberancia, manifestaciones, en fin, de cualquiera de las zonas limítrofes, ya que sin esa variada sintomatología nada podemos saber y aventurado es hacer un diagnóstico.

Tampoco vamos a repasar toda la Patología cerebelosa, porque toda ella puede aparecer en el síndrome y únicamente hemos de decir que la dismetría, la asinergia, adiadoquinesia, braditeloquinesia, hipotonía y ca-telepsia, etc., etc., son las principales y quizá las más exageradas manifestaciones que del lado del tumor aparecen y cuando son bilaterales puede asegurarse, de conformidad con todos los autores, que son más intensos los trastornos del lado lesionado que del lado sano.

Los trastornos del lenguaje que algunos tanto les achacan a la participación del cerebelo, sólo tienen que ver con las lesiones de los nervios que en la motilidad de la lengua, velo de paladar y laringe influyen.

Trastornos de la motilidad y de la sensibilidad.—Son bastante frecuentes los trastornos de la motilidad del mismo lado de la lesión y más raramente del lado contrario. Consisten estos trastornos en manifestaciones paréticas e hipotónicas, que cuando son del lado contrario se explican por un aplastamiento del ángulo sano que choca con la resistencia ósea al ser rechazada la protuberancia por el tumor del segmento opuesto. Este mecanismo patogénico confirma una vez más el hecho, cuya importancia queremos recalcar, de la variabilidad de los síntomas de comienzo y evolución.

Jumentí describe un caso en el que predominaban, entre las manifestaciones de la motilidad, unas crisis de epilepsia jacksoniana de difícil interpretación y ligada, a su entender, a los fenómenos de hipertensión.

Entre los trastornos de la sensibilidad general, encuéntrase parestesias, hemihipoestesis homolaterales y hasta trastornos de la sensibilidad profunda.

V par.—La rama motriz no se encuentra interesada más que en contadísimos casos, según hemos confirmado por nuestra insignificante casuística y por toda la literatura repasada; sin embargo, es relativamente frecuente la manifestación neurálgica como consecutiva a los fenómenos de irritación de la rama sensitiva. La neuralgia del territorio del maxilar inferior es más frecuente que la de las otras ramas.

La anestesia dolorosa es rara, y cuando existe, Mills la achaca a la lesión al ganglio de Gasser; Sicard a la localización núcleo-radicular, opiniones no admitidas por A. Thomas y C. Vicent.

La hipoestesia, que a veces llega a la anestesia, se comprueba principalmente en la cara, en la mucosa bucal y la lengua.

Oppenheim, ha señalado la anestesia corneal y la considera como signo de gran utilidad para un precoz diagnóstico.

VI par.—La parálisis verdadera del motor ocular externo, rara vez existe. Es lo frecuente que la manifestación que depende del territorio de este par craneal quede reducida a fenómenos, a menudo bilaterales, de parestias que bien poco valor de localización tienen, si tenemos en cuenta, que eso mismo lo encontramos en casi todos los tumores cerebrales y hasta en casos de hipertensión cerebral simple.

XII par.—Lo característico de las manifestaciones correspondientes al

territorio del nervio hipogloso mayor que si tenemos en cuenta la opinión de la mayoría de los autores se encuentra afectado por el orden en que vamos reseñando la sintomatología del síndrome, son: trastornos hemiparéticos o hemiparalíticos de la lengua del lado afecto, que es revelada por

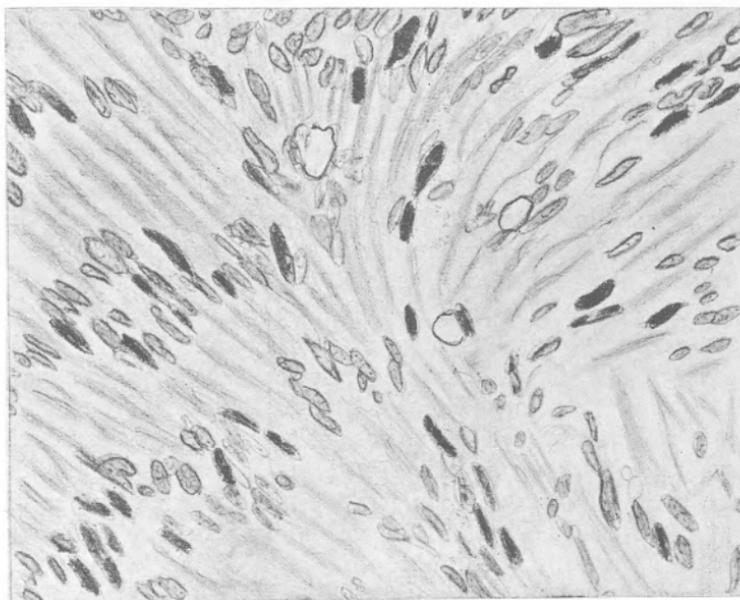


Fig. 4.ª—Copia de una microfotografía de glioma periférico del nervio acústico, según Roussy et L. Cornil.

la desviación hacia el lado sano dentro de la boca en dirección contraria, si se la propulsa hacia afuera, siendo manifiesta por palpación la atrofia correspondiente al lado de la lesión.

Signos generales de hipertensión.—No vamos a describir detalladamente los signos de hipertensión cerebral, porque no es ese el tema; únicamente esbozaremos los que más frecuentemente aparecen en el síndrome que nos ocupa.

La cefalea.—Que es precoz en su aparición y de intensidad variable, ha sido observada por Grainger, Stewart y Holm de una manera precoz, y la definen, casi siempre, con la característica de hemicránea del lado lesionado.

El éstasis papilar.—No tiene gran valor ya que puede presentarse tardíamente y hasta no aparecer.

Los vómitos.—Según Jumentíé, no son tan frecuentes como dicen otros autores. Achacándolos este autor como manifestaciones que coinciden con las crisis de cefalea y vértigo.

El sopor cerebral.—Aparece tardíamente.

Los trastornos mentales.—Son relativamente frecuentes sin gran valor diagnóstico y consistentes en un debilitamiento intelectual.

III y IV par.—Les citamos en último lugar a los fenómenos dependientes de estos dos pares craneales porque se afectan en contadísimos casos. Prodúcese los fenómenos consecutivos a una lesión en el territorio de estos nervios que casi siempre es por compresión del tumor de la región en ellos, por una miosis homolateral, midriasis y disminución de los reflejos oculares a la luz, en oftalmía unilateral y a veces bilateral.

Los movimientos asociados de los ojos raras veces están paralizados.

Diagnóstico diferencial.—Los datos actuales de la neuro-otología permiten un diagnóstico muy precoz de los síndromes del ángulo; este diagnóstico esta basado, esencialmente, en el examen del aparato cocleo-vestibular. En efecto: los signos laberínticos son los primeros que se acusan y por lo tanto, gracias a un examen profundo, el otólogo puede hacer un diagnóstico antes que aparezcan los otros síntomas neurológicos.

M. Aubry y R. Cause presentan dos casos clínicos que han publicado en «Les Annales D'oto-laryngologie» del mes de Mayo de 1931: El primero, hombre de treinta años, que se presentó a la consulta con ligera cofosis y trastornos poco acentuados de la equilibración. Del examen se pudo deducir: 1.º, ligera lesión del laberinto anterior y 2.º, lesión positivamente central del laberinto posterior; en efecto, los principales trastornos consistían en: nistagmus espontáneo horizontal izquierdo, desviación del índice izquierdo hacia afuera, abolición total en las tres pruebas del nistagmus rotatorio y abolición casi completa de la sensación vertiginosa provocada. Por todo ello, los autores diagnosticaron un síndrome del ángulo ponto-cerebeloso. En un segundo período aparecieron signos neurológicos caracterizados por: ligera lesión del facial derecho inferior (abolición del reflejo corneal derecho) y ligeros signos cerebelosos del lado derecho. La hipoexcitabilidad vestibular se transformó en inexcitabilidad total. La intervención (a los dos días de efectuada murió el enfermo en medio de fenómenos bulbares) demostró un gran tumor que comprimía el ángulo bulbo-ponto-cerebeloso.

El segundo caso era el de una señora que desde hacía cuatro años acusaba sordera progresiva del oído derecho y zumbidos en el oído izquierdo. Al principio, experimentó vértigos que se hicieron, pasado un año, más violentos y con caída, pero sin que ésta tuviera lugar en un sentido determinado; marcha difícil. En el examen se encontraba: sordera unilateral derecha de tipo laberíntico; de parte del aparato vestibular existía: nistagmus espontáneo horizontal izquierdo, nistagmus rotatorio y vertical; a la prueba calórica, el O. D. no varía; en cambio el O. I. da vértigos; desviación del índice y exageración del nistagmus rotatorio derecho. En la intervención encontraron un tumor de pequeñas dimensiones, a pesar de ello, dos días después traron un tumor de pequeñas dimensiones, a pesar de ello, dos días después la enferma fallece por edema agudo de pulmón, seguramente de origen bulbar.

Sin embargo, sobre el valor diagnóstico de los signos vestibulares hay que aclarar y hacer algunas reservas; en efecto, son signos vestibulares centrales que se aproximan a los otros signos vestibulares de las afecciones bulbo-protuberanciales y cerebelosas. El diagnóstico diferencial está basado en la asociación de una sordera laberíntica y de una inexcitabilidad vestibular del mismo lado; además, esta sordera y esta inexcitabilidad, deben ser, por lo menos, casi totales. Mas esta asociación es condición necesaria, pero no suficiente, para sentar un diagnóstico seguro; para esto es preciso, por lo menos, otra condición: presencia de trastornos vestibulares espontáneos; esto es, de un nistagmus espontáneo con la mirada derecha detrás de las lentes de 20 dioptrías; éste tiene mucho más valor si es hacia el lado enfermo, o si tiene una componente vertical. Por último, otro signo también muy importante es la imposibilidad de un nistagmus rotatorio del lado sano, cualquiera que sea la prueba empleada.

Los otros signos vestibulares tienen menos interés, pero si existen con los anteriores, sirven para confirmar el diagnóstico; tal es el caso de la abolición de la sensación vertiginosa provocada y de la desviación espontánea del índice.

Queremos hacer hincapié en la poca importancia de las aseveraciones que algunos autores han hecho respecto a los signos precoces del cerebelo como prueba diagnóstica, pronta, del síndrome, ya que un tumor intracerebeloso simula de hecho todas esas manifestaciones y nada, absolutamente nada, puede aclararnos el descubrimiento de esos signos más que en los casos en que a las manifestaciones aludidas se unan algunas de las descritas en la sintomatología.

El descarte, pues, de los tumores intracerebelosos, nos lo da la aparición de los fenómenos del VIII par, que se evidenciarán por las molestias subjetivas que afecten al nervio aquejadas por el enfermo y por el examen de ambos laberintos, más la aparición del resto de los fenómenos sindrómicos.

Lo mismo podemos decir en cuanto a las lesiones intraprotuberanciales, que tanto parecido tienen con el síndrome algunas veces. La aparición de fenómenos correspondientes a algunos de los pares craneales nos saca de dudas y puede asegurarse categóricamente que no se puede hablar de síndrome del ángulo ponto-cerebeloso mientras no haya un comienzo que afecte únicamente al VIII par o una aparición pronta de parte de la sintomatología que localice la lesión en ese punto.

Algunas veces ocurre que las lesiones de cerebelo son seguidas de manifestaciones protuberanciales, y esta conexión ya habla más en favor de una sintomatología de foco, pero nosotros, siguiendo a Oppenheim, no admitimos formación del síndrome mientras no haya manifestaciones del VIII par.

La casuística propia nos ha revelado, en los tres primeros casos observados, la rica y variada sintomatología que anteriormente hemos reseñado. Nada de particular han tenido ninguno de los tres casos aludidos, ni dificultad diagnóstica tampoco, porque cuando a nosotros han acudido era en un grado tan avanzado que el diagnóstico era fácil.

De todos modos, en todos los casos el VIII par estaba afectado: en dos de ellos, las lesiones eran bilaterales, tanto del aparato coclear como del aparato vestibular; en el tercero, la lesión era del lado izquierdo; sin embargo, las manifestaciones del VII, IX y XI par eran bilaterales.

Recientemente y con motivo de la última enferma, Luisa Olandía, de dieciocho años, vista en nuestra policlínica y afecta del síndrome, creímos, por la disociación de comienzo de la sintomatología del VIII par, que (apenas si daba ligera sordera unilateral, no aquejada por la enferma ni tampoco puesta de manifiesto por nosotros hasta instalados los trastornos vestibulares) era portadora de un síndrome de Guinoux (parálisis unilateral del trapecio y externo-cleido-mastoideo y hemiplejía laríngea), porque además, ella, iba a consultar su afonía y es que algunos otorrinolaringólogos ya señalan la equivocación, al principio, claro está, con todos esos síndromes de Avellis, Tapia, Jackson, Schmidt del capítulo de las parálisis laríngeas asociadas que tienen la causa, casi siempre, a nivel de agujero rasgado posterior y que nada tienen que ver con la rica y variada sintomatología del síndrome que nos afecta.

PRONOSTICO.—El pronóstico depende de la causa de producción del síndrome; pero siempre, ante la certeza de su existencia, debe desecharse toda idea de curación y únicamente, cuando se haya puesto de manifiesto ante la evolución sufrida, que las manifestaciones van aminorándose, es cuando puede hablarse de pronóstico menos malo; pero por desgracia eso es rarísimo, toda vez que las causas productoras no ceden a nada la casi totalidad de las veces, siendo lo más frecuente que la evolución sea progresiva, aunque variable, entre lenta y rápida, pero que en última cuenta, tanto en un caso como en el otro, conducen a la muerte por la aparición de fenómenos bulbares.

TRATAMIENTO.—Debe ensayarse antes del quirúrgico, según el criterio de la mayoría de los autores, el antisifilítico, y después de fracasar éste conviene practicar una craneotomía descompresiva parietal, para aliviar al enfermo de sus cefaleas, y únicamente cuando la causa sea una meningitis serosa localizada a la región ponto-cerebelosa, intervenir localmente, porque aun tratándose de tumores de fácil enucleación, en el resto de los casos con frecuencia debe abstenerse de una intervención porque es de esperar la muerte en la misma mesa de operaciones, como ha ocurrido en numerosos casos en que se ha ido en busca del tumor.

III

CONCLUSIONES

1.^a El síndrome del ángulo ponto-cerebeloso es producido, el 90 por 100 de los casos, por tumores que casi siempre son neurofibromas del acústico.

2.^a El 10 por 100 de los casos restantes de producción del síndrome es debido a procesos de los plexos coroideos, colesteatomas, lesiones de la pared ósea o de la duramadre, meningitis serosas localizadas, aneurismas del tronco basilar o de las arterias cerebelosas, etc., etc.

3.^a Las manifestaciones del VIII par son, en el 90 por 100 de los casos, las primitivas y solamente pueden valorarse como signos de precocidad de este síndrome los revelados por la exploración del aparato cocleo-vestibular.

4.^a Cuando las manifestaciones clínicas primitivas no corresponden al VIII par, no puede hablarse de síndrome del ángulo ponto-cerebeloso mientras no se afecten tres de las partes de fisiología diferente, que en ese punto anatómico concurren, y en este caso el síndrome es originado a posteriori.

5.^a La certeza de su existencia no se tiene hasta que a la hiperexcitabilidad del laberinto anterior y posterior seguida de fenómenos paráliticos, se unen alguna de las manifestaciones del territorio de los pares craneales de la región o de las porciones limítrofes.

6.^a El diagnóstico diferencial ha de hacerse principalmente con lesiones de oído interno y procesos a otro nivel del VIII par, de las partes limítrofes que afecten al nervio, con lesiones cerebelosas, protuberanciales y cuando sea originado por tumor han de descartarse los tumores intracerebelosos e intraprotuberanciales que tanto parecido con él, tienen.

7.^a La evolución es siempre lenta y progresiva.

8.^a El pronóstico depende de la causa, pero siempre es malo y conduce a la muerte en un porcentaje elevadísimo.

9.^a El tratamiento ha de ser antisifilítico y sintomático. Y en los casos de tumores, radium y radioterápico.

FERMENTOS LÁCTICOS

VIAN

Para combatir con éxito la diarrea infantil

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

DISPENSARIO DEL DISTRITO DE LA UNIVERSIDAD, MADRID

DIRECTOR: DR. CARLOS DÍEZ FERNÁNDEZ

Sistema linfático y tuberculosis

POR LOS DOCTORES

Antonio L. CIEZAR GUERRERO y Guillermo SUÁREZ CARBALLAL

El problema de verdad que encierra en sí la ley llamada de MARFAN, ha sido entre nosotros frecuente tema de discusión desde nuestros primeros estudios sobre la tisiología; con tal motivo, animados por esta inquietud comenzamos nuestras investigaciones, tratando de encontrar en la amplia casuística del Dispensario lo que haya de cierto en las palabras «los lúpicos y los escrofulosos se hacen refractarios a una nueva infección tuberculosa» con las que MARFAN sentó en 1886, la ley que más tarde había de llevar su nombre y que nos ha sido transmitida como uno de los fundamentos de la Patología tuberculosa.

I

Modernamente, merced a las teorías nuevas del comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto, ha sufrido la ley de MARFAN múltiples estudios e interpretaciones, algunos de ellos, principalmente los debidos a las escuelas francesas e italianas, han adquirido tal amplitud que bien merecen una breve descripción. Dichas interpretaciones han sido hechas en muy diverso sentido; así, desde la que representa la ley de MARFAN, hasta la que considera a la escrófula como una forma especial de tuberculosis, como cree por una parte SPIELER, al ver en la escrofulosis la forma de tuberculosis infantil que depende de la infección de los segmentos. También A. B. MARFAN, en un trabajo publicado en el presente año, define igualmente la escrófula como una forma de tuberculosis infantil caracterizada por tres grupos de afecciones: las escrofulídes, las adenitis crónicas tuberculosas y las osteitis, artritis y sinovitis crónicas de etiología bacilar, manifestaciones que tienen a su vez ciertas características; como el ser compatible con un estado general bueno y el curar con frecuencia inmunizando al organismo, el cual, por lo general, no presenta posteriormente signos de tuberculosis pulmonar.

Por otra parte la lectura reciente de un artículo de SOGLIA en que como verdad última dice: «El problema de la escrófula debe ser revisado» nos ha animado a exponer nuestra casuística que ya de antes habíamos logrado entresacar en la dilatada serie de enfermos del Dispensario.

Que la ley de MARFAN no es cierta en la totalidad de los casos, es

cosa que suponía hasta el mismo MARFAN. Entre otras estadísticas, la más reciente, la de SOGLIA, referente a 2.000 enfermos, muestra 128 casos en los cuales hubo manifestaciones ganglionares anteriores al desarrollo de la tuberculosis pulmonar; dando con esto una frecuencia de 6,10 por 100 de casos en los que la ley no se cumple; e incluso llega, en 37, a apreciar el desarrollo simultáneo de tuberculosis pulmonar y linfagitis cervicales: todo esto en contraposición manifiesta a lo que MARFAN sostenía: «Los lúpicos y escrofulosos que son tísicos son la excepción».

En un también reciente e importante trabajo, LAMOTTE, relata tres casos de tuberculosis pulmonar estabilizada en sujetos que con anterioridad, en la infancia, habían padecido adenitis tuberculosa. Las citas se podían multiplicar. Según él (LAMOTTE), el bacilo de Koch se debilita en su virulencia y poder ofensivo después de haber provocado una reacción ganglionar, aunque pueda más tarde emigrar a otro sitio cualquiera del organismo, que en aquel momento se haya hecho menos resistente a la infección tuberculosa.

Los asertos de LAMOTTE pueden tener una confirmación en los estudios anatómicos de MELVILLE-DUNLOP sobre la relación existente entre la tuberculosis ganglionar y la tuberculosis pulmonar; en los cuales afirma no ser raro el encontrar ambas localizaciones, no siendo obligado en tales casos la evolución benigna de la tuberculosis pulmonar, dando también una estadística de 19,10 por 100 de escrófulas seguidas de tuberculosis pulmonar. SOGLIA, como antes hemos dicho, encuentra un 16 por 100; MELVILLE, un 19 por 100; CAMPANI, un 24 por 100 en las tuberculosis fibrocásicas; SOURIGAN un 6 por 100 siendo la menos frecuente la de GASPAR que encuentra un 1 por 100.

Nuestras observaciones se refieren a los hallazgos logrados en 3.214 enfermos o presuntos enfermos de tuberculosis, todos ellos mayores de 12 años; dejando para compañeros nuestros de trabajo el estudio del mismo problema en la infancia, ya que la distribución de servicios nos impedía seguir y estudiar bien a los niños, y porque la distribución de edades en el Dispensario considera como adultos a todos aquellos mayores de dicha edad.

En esta serie de observaciones nosotros encontramos un porcentaje de 22,78 por 100 de sujetos, que habiendo padecido una escrófula—cuyo conocimiento obtenemos bien por anamnesis, bien por cicatrices, etc.—adquirieron más tarde una tuberculosis. Dicha cifra, como podemos apreciar, es muy semejante a la de MELVILLE y sobre todo a la antes citada de CAMPANI. Pero a pesar de esta cantidad de casos en contra, podemos adelantar la existencia de una mejor defensa a la infección tuberculosa en aquellos que han padecido escrófula.

Ninguno de los autores citados hace mención alguna de la influencia que pueda tener el sexo en la presentación de la escrófula; así es, que a

la vez que en las mujeres encontramos el 66,66 por 100 de todos los casos de escrófula, que más tarde han sido diagnosticados de tuberculosis pulmonar, se halla también en ellas un 68,85 por 100 de todas aquellas escrófulas en las que posteriormente no nos ha sido dado encontrar en el pulmón ninguna lesión tuberculosa. Cifras, que indican un predominio marcado, doble, de frecuencia de escrófula, con todas sus posibilidades evolutivas, en el sexo femenino y que muestran también la casi nula o escasa influencia del sexo en la evolución posterior de los casos que padecieron escrófula, no habiendo diferencias en cada sexo en los que más tarde vendrán o no a ser tuberculosos.

Sí la tiene, en cambio, para la mayor presencia de escrófulas dentro del sexo femenino, en el cual repetimos, alcanzan un valor de cerca del doble. No sabemos ni pretendemos explicar el porqué de este hecho, aunque fácil nos sería exponer aquí y de modo gratuito, factores endocrinos, de linfatismo, de distonia vegetativa, de constitución, etc., sin que ninguno de ellos tuviera una certeza absoluta; sin embargo, podríamos encontrar relación entre esta preferente localización femenina de la escrófula y alguna de las condiciones que para su presentación exige REDEKER. Este autor, además de los comunes factores de linfatismo e infección asociada, de pauperismo, alergia, etc., indica la importancia de ciertos estados de la fisiología femenina en la presentación de la escrófula; pubertad, menstruación, etc...; señala también el factor de afeminamiento corporal, como uno de los más frecuentes en el determinismo de la escrófula.

Lo que sí se encuentra, volvemos a repetir, es una mayor defensa en los que han tenido escrófula: nuestra experiencia demuestra un 2,76 por 100 de escrófula en aquellos que, portadores de una infección tuberculosa, no han padecido enfermedad tuberculosa y muestra en cambio 1,93 por 100 de escrofulosos que devinieron tuberculosos.

De la influencia de la edad, dado que nuestras investigaciones son sobre adultos, en los que hace ya tiempo pasó el período escrofuloso y en los que hay gran diversidad de épocas de comienzo, no podemos sacar conclusión alguna.

A continuación, hemos querido ampliar nuestra labor y estudiamos los datos referentes a las tuberculosis extratorácicas y observamos en primer lugar, dentro de los tuberculosos pulmonares una frecuencia mayor de ella (3,79 por 100) que de escrófulas (1,93 por 100), en las que a su vez es raro hallar otras manifestaciones extratorácicas tuberculosas, pues tan sólo el 6,42 por 100 de todas las tuberculosis extrapulmonares van precedidas de escrófula. Pudiera deducirse de esto último, que la inmunidad, por decir así, que la escrófula confiere al organismo es más efectiva, se hace más patente, en los órganos periféricos que en el pulmón.

Hemos de estudiar la relación que pueda existir entre las tuberculosis extrapulmonares y la tuberculosis pulmonar para tratar de relacionar aquélla

con la escrófula y ver la influencia que ambas—ya reunidas—puedan tener sobre la edad, presentación y evolución de una tuberculosis pulmonar. Ya AIDESBURGER tenía la impresión de que una tuberculosis extratorácica crónica protegía en cierto modo al pulmón de una posterior tuberculosis, opinión sostenida también por ROLIER, por WALLGREN, a propósito de los linfomas; por LIEBE en las lesiones óseas y articulares; por LEWANDOWSKY, etc., y analizando nosotros aquellas localizaciones periféricas padecidas por los sujetos tuberculosos objeto de nuestro estudio, observamos una mayor frecuencia, 65,12 por 100, de lesiones periféricas (mal de Pott, espina ventosa, fístula de ano, etc.) en la historia de los sujetos que más tarde no han contraído la tuberculosis pulmonar, y tan sólo el 34,87 por 100 en los que más tarde se hicieron tuberculosos.

Pone de manifiesto estas cifras, que si bien las opiniones de AIDESBURGER, LEWANDOWSKY, etc. son ciertas, lo son sólo de un modo relativo teniendo en cuenta que un tercio de nuestros casos de lesiones periféricas adquirieron más tarde una tuberculosis pulmonar: conviene recordar, sin embargo, que AIDESBURGER sólo decía «que una tuberculosis extratorácica protegía en **cierto modo** al pulmón». Veamos qué clases de lesiones anatomopatológicas serán más frecuentes en ese tercio de casos.

No creemos tener inconveniente en unir a ellos, todos aquellos casos de escrófula que más tarde se hicieron tuberculosos. Y aclarando la cuestión diremos: hemos observado más arriba, una mejor resistencia en los escrofulosos para la tuberculosis pulmonar; e igualmente hemos visto que en el 65,12 por 100 de las tuberculosis extratorácicas sobrevenía después una tuberculosis pulmonar, y reuniendo unos y otros casos de sujetos que adquieren la tuberculosis pulmonar veamos ahora qué características anatomopatológicas presentan, por si encontramos en ellas preferentemente formas de resistencias con arreglo a las concepciones de MARFAN, AIDESBURGER, ROLIER, LEWANDOWSKY, WALLGREN, etc., etc., y hallamos:

1.º Destructivos	10,89 por 100
2.º Productivos	6,72 »
3.º Cirróticos	4,76 »
4.º y tan sólo el 2,56 por 100 en los exudados infiltrados	

Estos porcentajes, escalonados con frecuencia dentro de cada forma anatómica, de existencia por 100 de escrófulas, muy bien nos valdrían para invocar una cierta inmunidad o mejor defensa a la tuberculosis, si no nos encontrásemos con que los destructivos, forma no la más benigna, es donde más existen.

Tendríamos entonces que admitir, como hacen algunos, PAGEL, HÜBSCHMANN, a la caverna, como un proceso de curación: el organismo pretende defenderse de la agresión, eliminar lo muerto, tanto más cuanto

mayor es la reacción focal alérgica, razón por la cual en las neumonías son las cavidades gigantes y habría tanto más granulación inespecífica cuanto mayores fueren las condiciones de inmunidad local. Sería entonces un proceso de curación similar del pretendido por BAGEL en las granulias, a propósito de la formación de los tubérculos, que representan la curación de la lesión pero no la del enfermo...

A pesar de esto vemos una menor frecuencia en los procesos de franca tendencia evolutiva, infiltrativos-exudativos, y una mayor en aquellos de índole constructiva, de evolución no tan rápida, productivos y cirróticos.

En la evolución posterior de los sujetos, antiguos escrofulosos y en la actualidad tuberculosos pulmonares, encontramos según el sexo diversa tendencia evolutiva: así mientras que aquellos de índole productiva no muestran marcada diferencia entre ambos sexos, sí lo muestran los de tendencia destructiva, en los que las mujeres están representadas por un 63,63 por 100. A su vez en los cirróticos, el mayor porcentaje, el 66,66 por 100, corresponde a los hombres, ocurriendo igual con los exudativos-infiltrativos en los que el 71,42 por 100 de los casos son hombres.

II

Frecuencia y localización de las adenitis.—En el total de nuestros casos hallamos sobre este tema las siguientes particularidades:

1.º La localización y distribución cervical de las adenitis de etiología específica, en los enfermos que han padecido de escrófula, es, según nuestra experiencia, de 74,68 por 100, cifra superada por CORNET que encuentra un 95 por 100 de linfagitis cervicales.

2.º En los que más tarde se han hecho tuberculosos, encontramos una cifra mayor que en aquellos también escrofulosos, pero que no terminan siendo tuberculosos: 94,44 por 100 en los primeros y 68,85 por 100 en los segundos.

3.º Marcada influencia del sexo, que como en su presentación, corresponde también a las mujeres mayor cantidad de casos de adenitis (64,70 por 100) que contrajeron más tarde tuberculosis. A su vez, de un modo idéntico a lo que ocurría con la presencia en global de la escrófula: también es mayor el número de mujeres, en los casos que habiendo tenido manifestaciones ganglionares no se hacen tuberculosas (64,28 por 100).

4.º La edad, influye en la tendencia a hallar menor cantidad de ganglios a medida que avanzan los años; pudiendo presentar las siguientes cifras:

No tuberculosos:	De 12 a 26 años,	57,14	por 100.	De 26 a 60 años,	42,85	por 100
Tuberculosos:	»	»	»	56,25	»	»
					»	»
					»	»
					43,75	»

5.º Encontramos sólo en muy pocos casos ganglios en la vejez.

Este hecho tan sorprendente de la preferente señalada localización cervical, no tuvo para los demás estudios ninguna trascendencia, hasta que las nuevas teorías del comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto, basadas en él, y las discusiones sobre la ya casi eterna cuestión del comienzo endógeno o exógeno de dichas tuberculosis, lo destacaron, lo creyeron digno de interés y aprovechable.

Los estudios de GHON y su escuela, las investigaciones de LUBAR-SCHS, BAUMGARTEN, RABINOWICH, etc., poniendo de manifiesto que focos calcificados podían albergar en ellos bacilos virulentos por largo tiempo, vino a dar más interés a esta predominante localización cervical de los ganglios y a orientar nuevas experiencias. SIEGEN ha descrito un caso de infección endógena a partir de viejos focos calcificados hiliares, en los que existían bacilos tuberculosos frescos. Por otra parte, no es posible, salvo en los rarísimos casos de reinfección en el sentido de SCHUR-MANN, considerar los procesos tuberculosos que se suceden en el mismo individuo como aislados entre sí, por largos que estos intervalos sean.

Los mantenedores del origen exógeno de la T. P. del adulto (ASCHOF-PHUL, ANDERS, etc.), encuentran en estos hechos, un verdadero obstáculo a pesar de la nueva teoría de REDEKER, tratando de conjugarlos por medio de la alergia. (La superinfección actuaría sólo activando gérmenes y lesiones ya existentes).

La ley de LENSEY de homolateralidad de la lesión pulmonar y el asiento de las adenopatías, ha sido confirmada por CAMPANI que encuentra esta coexistencia en el 83 por 100 en apoyo cierto, claro está, para el comienzo endógeno por difusión de la tuberculosis según la teoría de este autor. Nosotros encontramos en nuestros casos una coincidencia en 16, con una frecuencia sobre el total de 87,22, cifra incluso superior a la de CAMPANI.

Localización de las lesiones T. P. precisando el lado en los casos que han padecido de escrófula:

Lado derecho	Bilaterales	Lado izquierdo
9	7	2

Localización precisando el lado en las escrófulas que más tarde se han hecho T.:

Lado derecho	Bilaterales	Lado izquierdo
8	6	4

En las T. desarrolladas podemos, como es sabido, siempre dentro de una gran amplitud de criterio y con los errores que supone el juzgar a posteriori, buscando datos de historia, de radiografía, etc., de un modo más o menos cierto aventurar una posible patogenia del caso. Esto hemos hecho en todas nuestras escrófulas seguidas de tuberculosis, y en ellas hemos podido, a nuestro juicio, afirmar la patogenia hemática en tres o sea

en el 16,66 por 100; no nos aventuramos a hacer distinciones dentro de las otras dos posibles patogenias en el gran sobrante de casos, 83,33, dado lo incierto de ello y que en la mayor parte de las veces es imposible de un modo absoluto. Lo que sí decimos es el gran margen de acción que para ambas queda una vez excluida la T. hemática.

Llevados no ya de lo que en un principio se pensaba, es decir, a la inmunidad más o menos cierta, llegamos de deducción en deducción, si no a explicar la resistencia absoluta, a pretender, en juego de teorías—por ninguna de las cuales nos decidimos—buscar el origen de la tuberculosis desde el punto de la vía linfática.

Las conocidas experiencias de SERGENT y GASPAS inyectando en ganglios y en el tejido celular del cuello, a caviás, con lipiodol o tinta china, y observando por medio de radiografías seriadas y luego por necropsia su paso a través de la cadena linfática descendente hacia el pulmón, parece mostrar y querer hacer evidentes las opiniones de CAMPANI. Este autor, como hemos dicho, encuentra 83 por 100—y nosotros 87,22 por 100—de los que habiendo padecido escrófula y padeciendo ahora tuberculosis tienen ganglios en el mismo lado de la lesión pulmonar. Según él, los bacilos en lenta progresión a través de la cadena linfática invadirían la cúpula pulmonar pasando al pulmón, sin necesidad de la existencia previa de adherencias y con sólo los estímulos de la aspiración; contribuiría más a hacer explicable la difusión linfática hacia pulmón, la facilitaría, la existencia del llamado ganglio de WOOD, que infartado y con bacilos contractaría con la cúpula pulmonar en los movimientos respiratorios.

Recientemente COSTANTINI, SOGLIA, CONTI, han repetido y ampliado estos experimentos y demostrado la existencia de la vía linfática en el desarrollo de la T. P. valiéndose de caviás en los que entre otras experiencias ocluyeron toda vía canicular, logrando que los gérmenes de localización hilar irrumpieran en parenquima por la vía linfática, atraídos quizá, según la explicación de REDELLI, por la presión negativa que los movimientos respiratorios producen en el vacío pleural (1); teniendo entonces que admitir como ciertas las experiencias anatómicas de CULOTTA sobre la circulación linfática y su posible retroceso por los movimientos de la respiración, en sentido contrario a la de la corriente aquella en la que se encuentran.

BERNARD y COSTANTINI exponen idéntica explicación para sus respectivas formas de tuberculosis: T. ganglio-pulmonar de COSTANTINI y forma intercleidohiliar de L. BERNARD. La existencia de una mayor cantidad de ganglios pulmonares en el lado derecho y su mayor relación

(1) Castelli, con el toraconeumógrafo de Baglioni, ha demostrado una mayor distensión inspirativa a nivel del primero y segundo espacio intercostal anterior, sitio donde es más frecuente la localización del infiltrado precoz, forma de comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto.

con la pleura de este lado originaría, según SUCHKNIKOF, una mayor frecuencia de pleuritis en el lado derecho que podría explicar también, según COSTANTINI, el comienzo de la lobitis de BERNARD hablando también en su apoyo, el íntimo contacto, en este lado, con el lóbulo de la vena ázigos, que en esta región da múltiples ramas al lóbulo superior derecho.

Estos hechos servirían para explicar entonces la vía cervico-pulmonar como punto de apoyo para el comienzo de la T. P. del adulto. Serían entonces según CAMPANI, las localizaciones ganglionares a modo de grandes complejos primarios extratorácicos cuya puerta de entrada, de anidamiento del germen, sería diversa: tonsilas, fauces, etc., teniendo siempre su ganglio correspondiente. Para CAMPANI esta superficialidad, su íntimo contacto con la piel, órgano de gran poder inmunizante sería lo que produciría una atenuación en la virulencia de los bacilos y que cuando en su regresión den lugar a una tuberculosis pulmonar, sea ésta más benigna, más lenta en su desarrollo.

La existencia de tal hecho anatómico podría, según otra no menos sugestiva teoría, la de NICOLL, explicarnos la menor virulencia de la T. en los escrofulosos: según este autor la resistencia del individuo está en razón directa de la extensión del complejo primario y de su tamaño...

Y expondremos para finalizar las vías linfáticas y sus mantenedores:

Vía linfática	}	Cervico-apical (Campani).
		Hilio-central (Costantini).

Comienzo a partir de la adenopatía hiliar según COSTANTINI.

T. hiliar.....	}	Linfoadenítica.
		Hiliar simple.
		Linfoadenítica hiliar hiperplástica caseosa.
		Ganglio-pulmonar e interlobar.

La primera forma sería la reinfección, las demás derivadas de ella.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERS: *Ueber der Lokalisationsgesetz des phthisischen Reinfekts*. «Verh. dtssch path. Ges», 1929. S. 186.
- BERNARD: *Les debuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire*, 1932.
- CAMPANI y BALLI: *La tubercolosi cervico-apicale in confronto alla tubercolosi ilo centrale*. «Riv. Pat. e Clin. della Tub.», 1931, núm. 10.
- CAMPANI y BALLI: *Gangli linfatici del collo e tubercolosi polmonare*. «Riv. di Rad. e ficic. medica», 1931.
- CASTELLI: *I movimenti respiratori degli spazi intercostali anteriori*. «Riv. Pat. e Clin. della Tub.», 1932, núm. 10.
- COSTANTINI: *La tubercolosi dell'ilo polmonare negri adulti*. «Riv. Pat. e Clin. della Tub.», 1929, núm. 5.
- COSTANTINI: *Il concetto di lobite nella patologia e nella clinica della tubercolosi polmonare*. «Abruzzo medico», 1933, núm. 2.

COSTANTINI: *Sull'origine ilare dell'infiltrato precoce*. «Riv. Pat. della Tub.», 1931, núm. 3.

COSTANTINI, SOGLIA y CONTI: *Sulle vie di diffusione delle polveri inerti lungo le vie respiratorie*. «Riv. Pat. e Clin. della Tub.», 1933, núm. 2.

CULOTTA: *Circolazione linfatica e infezione tuberculosa*. «La Cut. Med. Mod.», 1932, núm. 12.

FISHBERG: *Pulmonary tuberculosis*, 1922.

LAMOTTE: *La loi de Marfan, au point de vue de la tuberculose pulmonaire est elle exacte?* «Jour de Med. Bordeaux», 1929, núm. 17.

MARFAN: «Archives générales de médecine», 1886.

MARFAN (A. B.): *La scrofule forme speciale de la tuberculose*. «Paris Medical», núm. 5, Febrero 1934.

MELVILLE-DUNLOP: *The relation between glandular and pulmonary tuberculosis*. «Edinburg Med. Jour.», 1930, núm. 3.

NEUMANN: *Clinica della tuberculose negli adulti*, 1932.

NICOL: *Kritische über Reinfektion bei Tuberculose*. «Beitr. Klin. Tbk.», 1928, vol. 68, f. I.

REDAELLI: *Sul meccanismo di azione delle cure chirurgiche nella tuberculosi pulmonare*. «Relación. Congr. Int. de la Tub.», Oslo 1930.

SERGEANT: *Tuberculisatión pulmonaire par propagation linphatique cervicale et mediatinale*. «Paris Medical», 1930.

SERGEANT et GASPARD: *La pénétration et propagation de la tuberculose par les voies linphatiques cervicales*. «La Presse Med.», 1932, núm. 102.

SIEGEN: *Untersuchungen über den primären tuberkulösen Komplex unter besondere Berücksichtigung der Reinfektion der Lungen*. «Brauers Beitr.», 1925.

SOGLIA: *Sui rapporti tra adenopatie cervicali e tuberculose polmonare*. «Riv. d. pat. e clin. d. tbs.», 1933, núm. 6.

WALLGREN: *Upsala Lakareforenings*, 1918, núm. 23.

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 desmorfinización.

Comprimidos

Gotas

Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

¿POR QUÉ NO CONVIENE

LA LECITINA POR VÍA ORAL?

Porque cuando se suministra la lecitina por vía oral se utilizan únicamente sus propiedades nutritivas, mientras que cuando se quiere obtener aquella acción reconstituyente y hematógena que desde hace años ha sido universalmente reconocido ser peculiar de la BIOPIASTINA SERONO, es preciso administrarla por inyecciones para sustraerla a la acción de los fermentos digestivos que la disocian y privan de sus propiedades biológicas.

FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

SERVICIO DE PATOLOGÍA GENERAL.—PROFESOR: DR. JOSÉ CASAS

Estalagmonas urinarias en el embarazo

por

Luis de CASTRO GARCÍA

y

Teodosio MEDRANO

Alumno interno numerario

Alumno interno agregado

En un trabajo anterior titulado «Estalagmonas urinarias en la tuberculosis pulmonar, en colaboración con el doctor Julio Martínez, hacíamos notar que las cifras de tensión superficial en orina, son más elevadas en mujeres que en hombres, que estas cifras descienden en estado de enfermedad y sensiblemente lo mismo en el hombre que en la mujer, que en la tuberculosis pulmonar el descenso es más marcado que en las demás enfermedades por regla general, como excepción encontramos un descenso más marcado de T. S. en la cirrosis hepática.

Sacamos la conclusión de que no existe relación entre el descenso de tensión superficial en la orina y la velocidad de sedimentación en discordancia de las hipótesis de Bechhold, Reiner y Sehemenski, que después de los trabajos de Oetingen que comprobó la disminución de tensión superficial en el plasma de los sujetos con V. S. alta, suponían, que en este plasma podían existir sustancias alohemáticas, productos de la desintegración incompleta de las albúminas corporales a las cuales achacaban el descenso de la velocidad de sedimentación.

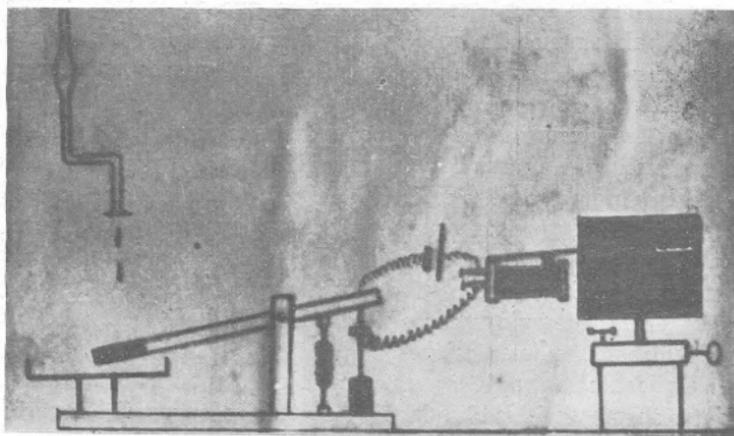
Las estalagmonas hepáticas serían eliminadas por la orina, acarreado en ésta por su presencia la disminución de tensión superficial, que se podía poner de manifiesto por la determinación estalagmométrica.

Pudieron demostrar estos autores esta disminución en la orina de la T. S. en algunos de los estados que cursan con aumento de la V. S. como en el embarazo, tumores malignos, inyecciones de metales coloidales, etc. Como nosotros no pudiéramos demostrar la relación directa entre la T. S. y la V. S. en la tuberculosis, desechábamos dicha teoría de estalagmonas para explicar el descenso rápido de los hematíes dando por lo tanto más valor en la explicación del mecanismo a las hipótesis de Fahraeus, Linzemmeier y Höber que admiten que en los plasmas de los sujetos con V. S. acelerada existen sustancias de carga eléctrica positiva, capaces de ser absorbidas en la superficie de los hematíes, que disminuyendo de esta manera su carga negativa, se repelen con menos fuerza, aglutinándose y precipitándose más rápidamente; y a las elaboradas por Starling y Oetingen que suponen, y lo demuestran para algunos, que en los plasmas de sujetos con alta V. S. está aumentada la labilidad de las albuminas, quizá por aumen-

to de la fracción globulínica y que esta labilidad justificaría el aumento de la V. S. por un mecanismo semejante al invocado anteriormente. Hipótesis sugestivas a las cuales damos razón por no poderse explicar el mecanismo de eritro-sedimentación de otra manera, y a las cuales puede presentárseles la objeción de que se han estudiado una serie de reacciones, llamadas de labilidad, que no siempre van de acuerdo con la velocidad de sedimentación.

Se puede observar por desgracia que para la explicación de este mecanismo, estamos todavía en el terreno de la hipótesis, y que hay necesidad de buscar otros factores, que sumando su acción a los anteriores o bien sólo por sí mismos proporcionen una explicación completa del fenómeno.

Estas consideraciones nos llevaron a comprobar el acuerdo entre la T. S. de la orina y la V. S. en las embarazadas, por no estar autorizados



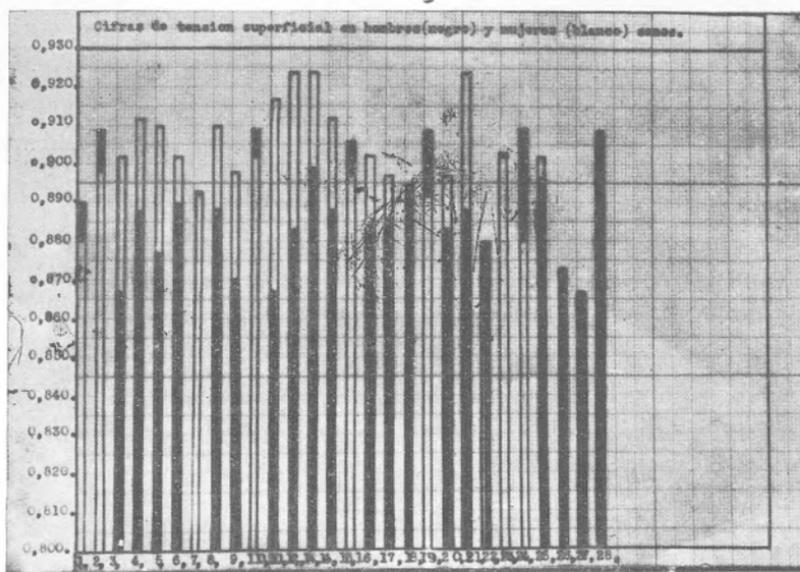
para creer que el aumento de V. S., sea debido a la presencia en el plasma de productos proteínicos incompletamente degradados. Poníamos de manifiesto que nos extrañaba el que hasta la fecha, no se llevara a la práctica con más frecuencia la determinación de la T. S. en orina que nos puede aportar datos interesantes para explicar el mecanismo antes indicado.

Empleamos el estalagmómetro de Traube que es el más corrientemente empleado y del que disponíamos en el Laboratorio; que al empezar a manejarlo con el fin de adiestrarnos en su técnica, pronto nos dimos cuenta de lo penoso que resultaba la cuenta de gotas que echa en un gran número de casos, primero por el factor subjetivo y segundo por lo fatigoso de prestar atención a la caída de gotas durante 10 minutos que aproximadamente es lo que tarda en vaciarse el aparato, y nos sugirió el empleo de un método

gráfico, y al efecto construimos el sencillo aparato, que llamamos estalagmógrafo, que puede verse en el esquema, con todas las ventajas a que nos referíamos en el trabajo anterior.

Aportamos, lo mismo que anteriormente, algunas de las gráficas obtenidas para que pueda juzgarse de este proceder cómodo, exacto y seguro con el cual descartamos el empleo de la escala auxiliar del estalagmómetro, que no deja de ser engorroso, alentando, por la seguridad, el que sea digno de un uso más general del que disfruta actualmente.

Las determinaciones de tensión superficial se hicieron primero en 25 mujeres sanas y 28 hombres sanos, sacando la conclusión de que son más



elevadas las cifras en mujeres que en hombres, tal como puede apreciarse en la gráfica adjunta similar a la que publicamos anteriormente.

Las cifras de T. S. en mujeres normales nos sirven para compararlas con las obtenidas en embarazadas de diferentes meses y púerperas en las cuales también se hizo la determinación, unas, doce horas después del parto y hasta tres meses después, y al mismo tiempo la velocidad de sedimentación.

Pudimos comprobar en esta ocasión que, efectivamente, hay una relación entre la T. S. y la V. S. en el embarazo, tal como dejaron sentado los trabajos ya citados de Bechhold, Reiner y Schemenski, por lo cual creemos que en este caso, y exactamente pudiera ocurrir igual en las neoplasias malignas y en los sujetos inyectados con metales coloidales, etc., puede explicarse el mecanismo de la eritro-sedimentación por la teoría de

las estalagmonas, pero sumado a otros factores desconocidos por desgracia todavía, o bien éstos por sí mismos, siendo la disminución de T. S. un factor concomitante, pero sin ninguna relación con la V. S. como ocurre en el caso de la tuberculosis pulmonar, aunque nos inclinamos a causas múltiples por ser un proceso inespecífico.

También pudiera ocurrir que la V. S. aumentada en los tuberculosos pudiera ser debida a la presencia de estalagmonas en la sangre, que den una disminución de tensión superficial en el plasma, como demostró Oettingen, pero por circunstancias que no nos explicamos por ahora, no se pongan de manifiesto en la orina, y claro es no podemos comprobar dicha relación.

Al comprobar una disminución grande de la T. S. en las embarazadas, disminución que volvía a cifras próximas a lo normal en el puerperio, siendo las cifras obtenidas en las embarazadas menores que las de los tuberculosos, nos atrevemos a considerar dicha disminución, que como puede verse en los cuadros adjuntos, comienza en los primeros meses del embarazo, como dato de diagnóstico precoz de embarazo.

CUADRO NÚM. 1

Nombre	S A L A	T. S.	V. S.	Embarazo
C. E.	San Ramón	0,761	48	2 meses
A. P.	»	0,780	45	»
—	»	0,775	44	»
R. S.	»	0,760	39	»
—	»	0,755	82	»
L. G.	»	0,745	75	»
—	Higiene	0,759	63	»
J. Ll.	»	0,755	41	»
H. R.	»	0,760	44	3 meses
J. Ll.	»	0,761	51	»
—	San Ramón	0,758	38	»
L. S.	»	0,757	70	»
R. V.	»	0,755	65	»
—	»	0,757	46	»
M. V.	»	0,786	44	4 meses
H. I.	»	0,780	39	»
N. J.	Higiene	0,780	41	»
J. M.	»	0,774	60	»
C. C.	San Ramón	0,749	73	5 meses
—	»	0,753	60	»
R. R.	»	0,754	55	»
S. L.	Higiene	0,755	47	»
E. R.	San Antonio	0,792	33	6 meses
—	»	0,758	82	»
F. S.	San Ramón	0,763	98	7 meses
C. F.	»	0,797	36	»
—	»	0,780	51	»
L. R.	»	0,780	60	»
M. H.	»	0,769	52	8 meses
—	San Antonio	0,763	61	»

**Un tónico estomacal
y excitante eficaz del apetito**



GOTAS BIDALÍ

(Hacen recobrar el apetito desde las primeras tomas)

INDICACIONES:

Especialmente en la inapetencia.

En la convalecencia de las enfermedades infecciosas: tuberculosis, etc., etc.

En el hipofuncionalismo gástrico e intestinal: digestiones difíciles, etc., etc.

Y en todos los estados de depresión orgánica que van acompañados de pérdida de apetito: anemia, neurastenia, etc



Muestras y Literaturas:

**LABORATORIO LEVEL, S. A.
Córcega, 318 - BARCELONA**

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA



**TONICO
CARDIACO**



LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente¹ general para España: **J. M.^a BALASCH**

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

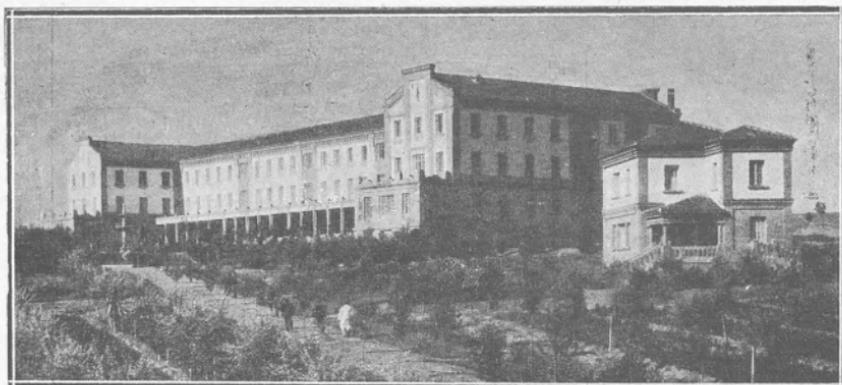
Imprenta Castellana

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

Servicio médico permanente. Gabinetes de especialidades (radiología, oftalmología, odontología, etc.). Laboratorio. Tratamientos modernos de las psicosis. Malariaoterapia. Terapéutica 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

Nombre	SALA	T. S.	V. S.	Embarazo
M. G.	San Ramón	0,750	64	9 meses
A. R.	»	0,780	35	»
T. R.	»	0,784	62	»
M. G.	»	0,732	44	10 meses
—	»	0,729	46	»
—	»	0,745	35	»

CUADRO NÚMERO 2

Nombre	SALA	T. S.	V. S.	Puérperas
G. E.	San Antonio	0,821	26	12 horas
R. P.	»	0,789	92	1 días
C. G.	San Ramón	0,821	31	»
J. P.	»	0,895	18	2 »
V. F.	»	0,827	23	6 »
J. M.	»	0,902	6	7 »
T. A.	San Antonio	0,829	18	»
M. E.	»	0,799	32	9 »
T. P.	San Ramón	0,832	28	10 »
L. E.	Consulta	0,815	24	»
L. G.	San Antonio	0,813	12	12 »
J. D.	San Ramón	0,830	22	15 »
S. S.	San Antonio	0,808	41	18 »
C. P.	»	0,947	11	Mes y medio
H. V.	Consulta	0,875	22	2 meses
J. C.	San Antonio	0,823	14	3 »

CASOS CON AFECCIONES GINECOLÓGICAS

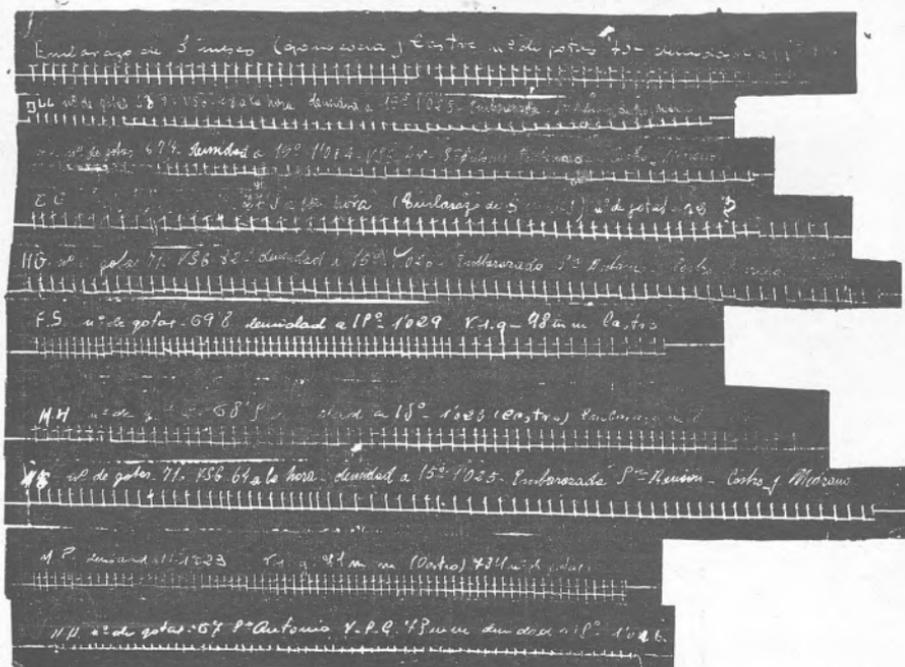
Nombre	SALA	T. S.	V. S.	DIAGNÓSTICO
A. G.	San Antonio	0,839	12	Metrorragias post-aborto de 3 meses
F. R.	»	0,852	14	Metritis
F. C.	»	0,834	15	Anexitis gonocócica
L. C.	»	0,813	22	Vulvitis
—	»	0,703	110	Corioepitelioma

El doctor don Isidoro de la Villa, que tan amablemente nos cedió sus enfermas de su servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Provincial de Valladolid para nuestras investigaciones y al cual dedico este trabajo, nos mandó tres enfermas, para que dilucidásemos si se trataba, en un caso, de supuesto embarazo, de un fibroma, y en los otros dos de supuestos fibro-

mas uterinos, de embarazos enmascarados; la disminución de T. S. en el primero fué manifiesta, y se pudo comprobar a «posteriori» que se trataba de un embarazo; sin embargo, en los otros dos la disminución no era tan sensible, y este dato unido a los que sagazmente el doctor Villa pudo ver clínicamente, le indujeron la intervención, con la que se comprobó su naturaleza fibromiomatosa.

También hicimos determinaciones en enfermas con diversas afecciones ginecológicas, no pudiendo comprobar una disminución tan evidente como

GRÁFICAS EMBARAZOS



- 1.^a: 3 meses. — 2.^a: 2 meses. — 3.^a: 4 meses. — 4.^a: 5 meses.
 5.^a: 6 meses. — 6.^a: 7 meses. — 7.^a: 8 meses. — 8.^a: 9 meses.
 9.^a: 10 meses. — 10.^a: Corioepitelioma.

en el embarazo, a no ser un caso, cuya gráfica reproducimos, de corioepitelioma que dió una cifra de 0'703 más baja que ninguna de las obtenidas con embarazadas.

También tenemos que agradecer al doctor Félix Domingo Calvo, que nos proporcionó material de su servicio de higiene antivenérea del cual es jefe en el distrito Sanitario de Valladolid.

Reduciendo a términos medios el resultado de nuestras experiencias, resulta:

Embarazos	MEDIAS			V. S.	T. S.
	V. S.	T. S.			
			Puérperas.	V. S.	T. S.
			Media total. . . .	25,9	0,839
2 meses	54,5	0,760	Afecciones ginecológicas. . .	V. S.	T. S.
3 »	52,3	0,758	Media total. . . .	34,6	0,808
4 »	46,0	0,780	(Sin contar el caso del corioepite- lioma) es la		
5 »	58,7	0,753		V. S.	T. S.
6 »	67,5	0,775	Media.	15,6	0,834
7 »	61,2	0,780			
8 »	56,5	0,766			
9 »	47,0	0,770			
10 »	41,6	0,735			
Media total . . .	53,9	0,764			

Como puede apreciarse, las cifras aisladas, en la generalidad, van de acuerdo la V. S. y la T. S. En el embarazo, coincidiendo con cifras bajas de T. S., se dan también V. S. aumentadas.

Del resultado de estas experiencias podemos sacar las siguientes conclusiones:

- 1.^a En el embarazo las cifras de tensión superficial en orina son más bajas que en la tuberculosis (referencia del trabajo anterior).
- 2.^a Hay una relación inversa evidente entre la V. S. y la T. S. conforme los trabajos de Bechhold, Reiner, Schemenski y Oetingen.
- 3.^a La determinación de tensión superficial en orina de embarazadas, si es baja la cifra obtenida alrededor de 0,764, es un dato de diagnóstico.
- 4.^a En los primeros meses del embarazo, puede ser un signo de diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

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

HEPATORRADIL

PODEROSO

RECONSTITUYENTE

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

LABORATORIOS GRAÏNO



A base de plantas
de la *India*
se ha obtenido con el
NORMACOL
un regulador de la
función intestinal de
acción verdaderamente
fisiológica.



ENVASE ORIGINAL:
Caja con 150 gr.
gránulos grageados



PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.
Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

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, cardio-
patías, neumonías, etcétera, etcétera

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

MEDICINA INTERNA

Estudio de la úlcera experimental y del papel de los aminoácidos en su evolución (aplicación en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales).—DOCTOR EMILIO ARON.

El autor describe los métodos empleados para provocar la formación de úlceras experimentales en los perros, para demostrar que la úlcera es una lesión por deficiencia, debida a la ausencia de elementos proteicos indispensables para la vida. Consiguió con inyecciones de 2,5 centímetros cúbicos de una mezcla de triptófano e histidina, impedir la formación de una úlcera que había comenzado en la parte inferior del íleon, por desviación de las secreciones duodenales.

Estos ensayos demostraron que, entre todas las materias proteicas vitales, que no se pueden sintetizar en el organismo, solamente la histidina puede impedir la formación de una úlcera de esta naturaleza. Al contrario, en las heridas experimentales (ablación de una parte de la mucosa gástrica) el único preparado capaz de acelerar la cicatrización fué el triptófano.

En los casos de úlceras, la histidina disminuye en mayor o menor proporción la acidez del estómago. Al contrario, los aminoácidos ensayados no tuvieron acción sobre las secreciones gástricas de las personas que no presenten úlcera del tracto gastrointestinal.

Durante el tratamiento con histidina y triptófano, los enfermos recibieron una alimentación rica, sin tener en consideración el régimen apropiado.

La mayor parte de los enfermos recibieron 20 inyecciones de 5 centímetros cúbicos de la mezcla, a la dosis de 1 por día. Además de las cinco historias mencionadas en su trabajo anterior, el autor describe tres nuevos casos.

A dos enfermos se les trató por inyecciones de solución de triptófano al 2 por 100 y a otros siete solamente con inyecciones de histidina, solución al 4 por 100.

Los síntomas clínicos consecutivos a las inyecciones de histidina y triptófano, se manifestaron por la buena tolerancia, casi inmediata de la alimentación ordinaria. Los vómitos, mareos, etc., desaparecen rápida y definitivamente. Según el parecer del autor, este tratamiento de las úlceras gastroduodenales, ya quedaría justificado por la mejoría conseguida.

Los dolores desaparecieron para no volver, según la observación de estos enfermos, durante varios meses. En los casos de úlceras recientes, los dolores desaparecieron después de dos o tres inyecciones. En casos de úlceras antiguas callosas, o bien de úlceras duodenales, hay que llegar a la sexta o séptima inyección para que desaparezcan.

El estado general, mejora. Un fuerte aumento del apetito y una mejor digestión, provocan un aumento rápido de peso, observándose diferencias de 2 a 7 kilos durante el tratamiento. Esta mejoría tan rápida del estado general, podría servir de base para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades del tracto gastrointestinal.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

Las hemorragias del intestino cesan rápidamente. En un paciente se pudo evitar la operación prevista de una úlcera con repetidas hemorragias, desapareciendo éstas después de la tercera inyección.

La influencia sobre la acidez estomacal no está tan clara, pero el contenido del estómago se vacía más rápidamente mejorando los espasmos, la hiperquinesia y la hipersecreción.

Hay que ser prudente en la interpretación de las radiografías. En los casos de úlcera reciente, los nichos desaparecen durante el tratamiento con Hemostra, lo que no indica con seguridad el resultado de la cura. Las úlceras callosas quedan visibles, a pesar de la mejoría clínica.

Administrando el triptófano solo, no se consiguió una disminución notable de los dolores. El paciente, tratado únicamente con el triptófano, no ha ganado apetito y se enflaqueció durante la cura. No se pudo evitar la formación de una segunda úlcera, mientras que con las inyecciones de histidina siempre se obtuvo una mejoría.

En las mismas proporciones, la solución de histidina al 4 por 100 (Larostidina «Roche»), inyectada sola, tiene una acción mayor a la mezcla de los dos aminoácidos vitales. Una cura de 20 inyecciones de 5 centímetros cúbicos de solución al 4 por 100 de histidina (Larostidina «Roche») siempre da resultados clínicos durables.

Las inyecciones de histidina, así como también las de la mezcla de estos dos aminoácidos, siempre fueron bien toleradas. El autor aconseja las inyecciones por vía hipodérmica.

Acción de la histidina en la angina pectoris.—«Journal des praticiens», núm. 6, páginas 86-88. 1934.

En un trabajo anterior, expusieron los autores sus observaciones referentes a la acción favorable del empleo de la Hemostra «Roche» (solución de triptófano e histidina) en la angina de pecho.

En la presente publicación se trata del empleo de Larostidina «Roche» en la misma afección, describiendo cuatro historias clínicas. Los enfermos presentaban accesos anginosos muy dolorosos y repetidos varias veces al día. Se les inyectó diariamente medio centímetro cúbico de Larostidina subcutáneamente en el muslo y fué fácil su terapéutica.

La primera enferma padecía angina de pecho de naturaleza desconocida. Al principio le dieron dos series de 30 inyecciones de triptófano e histidina pasando la crisis. Al recidivar emplearon la Larostidina «Roche». Desde la primera inyección se pudo apreciar la mejoría y después de la tercera reaparecieron raramente los accesos y solamente con ocasión de mayor esfuerzo (subiendo escaleras, etc.). Al propio tiempo disminuye la disnea y la presión arterial baja de 17/11 a 14/9.

En el segundo enfermo, la angina de pecho era consecutiva a trastornos cardioaórticos. Desde hacía un año tenía dolores fulgurantes precordiales que se extendían hasta el epigastrio y brazo derecho acompañados de sensación de angustia. Los accesos duraban unos 5 minutos y con frecuencia en algunas ocasiones se prolongaban

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

hasta una hora. Al principio eran poco frecuentes, pero al iniciarse el tratamiento se reproducían diariamente. Desaparecieron las crisis dolorosas desde la primera inyección de Larostidina. La disnea persistió durante 10 días, para desaparecer después. En dos semanas bajó la presión sanguínea de 20/9 a 15/7.5. El pulso irregular al principio, después se hizo más lento y regularizado.

En el tercer caso, el enfermo padecía angina pectoris, de origen nervioso. Desde la primera inyección de Larostidina desaparecieron los accesos y al propio tiempo el enfermo se encontraba más tranquilo y menos fatigado.

Del mismo modo se consiguió la mejoría del cuarto caso.

Los autores se preguntan si se puede atribuir en los trastornos del corazón la acción de los preparados opoterápicos a su contenido en histidina. Así lo indican las observaciones clínicas mientras que los ensayos farmacológicos y fisiológicos no son tan concluyentes.

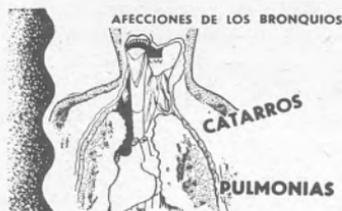
El catarro congestioso (granizoso) y la dispepsia jabonosa.—DOCTOR DON MAURICIO HEPP, antiguo interno de los Hospitales de París.

Semejante a cierta diosa de la antigüedad, que apareció completamente armada del cerebro de su creador, la nueva afección llamada por Porgés «catarro congestioso (granizoso) o dispepsia jabonosa», revela completamente los trabajos de su autor desde 1929 hasta 1933.

Este catarro congestioso se caracteriza después de un período de prueba (comida) por el aumento del jabón en las células de consistencia normal y por una hipermotilidad de la congestión que se traduce por la flatulencia y una actividad anormal del intestino congestionado.

Este catarro congestioso está acompañado con frecuencia de colelitiasis o de colangiopatía y de apendicitis, porque la mucosa llega a ser más permeable respecto a las bacterias. En los enfermos atacados de colelitiasis y que no han presentado nunca síntomas de estreñimiento, se puede afirmar casi siempre la existencia de un catarro congestioso. Los hechos de este género explican los cólicos vesiculares que después sobrevienen en gastro-antero-anastomosa. Los cólicos vesiculares acompañados de irradiación en el costado izquierdo, reflejan asimismo la existencia de un catarro congestioso, según los últimos trabajos de Porgés. Aun ciertas anemias hipocrómicas, pueden igualmente ser la consecuencia de un catarro congestioso más o menos latente.

En estos enfermos, se halla en las células de los cristales, jabón, así como agujas de ácido graso y a veces aún gotitas de grasa que se debe considerar como una ente-



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

Sulfaguyacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálsamo de tulú en equivalencias aa.	50 —
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 —
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus.	10 —
Hepatorradil C S. para	f50 —

Jarabe agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.

ritis acompañada de una aceleración del tránsito en el colon. Hay que reservar por otra parte el nombre de dispepsia jabonosa a esa diarrea en la que no hay fermentación ni putrefacción importante. En caso análogo, los jabones representan al agente que produce la diarrea.

Se puede hacer desaparecer este síntoma de una forma rápida, si junto a los carbonatos de cal se consume pan negro y patatas. Se modifica también el quimismo del caecum, haciendo aparecer jabones cálcicos. Así cesan los efectos irritantes de los jabones solubles en el colon. Un tratamiento análogo es útil en las dispepsias por putrefacción.

Sin embargo, operando así, es evidente que no se puede remediar más que a un síntoma ocasional. Si se desea instituir una terapéutica casual verdaderamente curativa, se debe atacar a la insuficiencia hepática, puesto que condiciona la abundancia de grasas y de burbujas de jabones que irritan el intestino congestioso. Y para devolver a la bilis su aflujo normal en el intestino y para restituirle su papel indispensable a la digestión de grasas, es conveniente dirigirse a un colagogo que respete la neutralización del medio intestinal. Es por esta doble razón que habiendo empleado la Gostro-Sodine sulfatada, hemos obtenido resultados constantes. Gracias a este medicamento bien conocido, muy manejable, cuya pureza de componentes y gusto agradable facilitan su empleo a la dosis de media cucharada de café en un vaso de agua, obramos a la vez sobre la dispepsia jabonosa y sobre los fenómenos de coleditiasis y de la colangiopatía que la acompañan.

PEDIATRIA

Evolución y secuelas en la encefalitis epidémica en la infancia.—DOCTOR RUGGERI.

«La Medicina Italiana». Noviembre, 1933.

Esta interesante monografía está basada en 62 observaciones, y está ilustrada con ocho fotografías en el texto. Las numerosas perturbaciones resultantes de la encefalitis epidémica, se pueden agrupar en cuatro departamentos.

I. Las hiperquinesias en la encefalitis de los niños son mucho más frecuentes y mucho más graves que en la de los adultos. Las miocronias son corrientes, sobre todo en el período que sigue al agudo; son generalmente transitorias. La bradikinesia, contrariamente a la opinión de ciertos autores, se encuentra también en la encefalitis infantil, aunque más raramente. Igualmente raros son los movimientos atetósicos, los cuales son la mayor parte de las veces unilaterales. Los movimientos coreicos, muy frecuentes en el período agudo y en la fase sucesiva, se pueden prolongar o sobrevenir al período tardío de la enfermedad. La epilepsia, a juzgar por las observaciones de otros italianos, juega papel más frecuente entre las complicaciones de las formas infantiles que en las del adulto (alrededor del 10 por 100 de sus estadísticas). En general sobreviene en el período tardío de la afección. Los espasmos y distonias no presentan nada de particular.

II. Los trastornos respiratorios son más frecuentes en los niños afectos de encefalitis epidémica, que en los adultos. En cuanto a los trastornos vasomotores y secretores, no difieren. Muy frecuentes son los trastornos de la temperatura y del sueño (sonambulismo frecuente). La excitación psicomotriz nocturna es casi característica de las formas infantiles. La diabetes insípida ha sido encontrada bastante a menudo y sobre todo la poliuria transitoria. Trastornos tróficos frecuentes (artropatías bas-

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

Aceite hígado de bacalao Egabro, fosforado, aromatizado y dulcísimo. Única preparación mundial de tales caracteres. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica.

Halitol: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima. Otitis, baños, heridas infectadas, etc. Infalible siempre.

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

Eficaz e inocuo tratamiento



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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

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

tante repetidas en el período agudo). En este segundo grupo se encasillan, pues, los trastornos generales.

III. El síndrome parkinsoniano es muy frecuente, más en los niños que en el adulto; es necesario hacer notar el largo intervalo que separa la enfermedad aguda de su secuela crónica. Los trastornos de la palabra (bradifasia, etc.), no son jamás frecuentes. Lo mismo las parexias, especialmente las de facial inferior.

IV. Se han observado numerosa cantidad de trastornos psíquicos: déficit intelectual, atención voluntaria o sugerida muy debilitada, más que la memoria; sin embargo se pueden observar casos de amnesia y de desorientación. Extremada variabilidad del carácter (sentimientos alterados, caprichos, manía, depresión). Otras veces son las perversiones afectivas y voluntarias de una relevante gravedad que conducen a actos delictivos, o al suicidio y las psicosis vecinas de la demencia precoz.

De todo esto resulta que la encefalitis epidémica en los niños es de un pronóstico lo menos tan sombrío como en el adulto, sobre todo si se tiene cuenta de los accidentes tardíos.

Un caso esporádico de disostosis cleidocraniana.—NILS MALMBERG.—«Acta Paediatrica», vol. XII. 18 Marzo 1932.

El primer caso descrito bajo el nombre de disostosis cleido-craniana fué descrito en 1871 por Schenthauer, aportando piezas anatómicas; la primera descripción clínica pertenece a P. Marie, dieciseis años después. Había encontrado en cuatro casos la hipoplasia o la aplasia de las clavículas, un aumento del diámetro transversal del cráneo, un retardo en la osificación de las fontanelas con factor hereditario, de donde se le acompañó con el apellido de hereditaria. Es necesario añadir los trastornos del desarrollo de los dientes y del paladar. Después Fitchet estudia en 1929 sus 120 casos y antes Hultkrantzen, en 1918, dice cómo la afección puede persistir hasta la tercera generación de una familia, y cómo a la vez puede haber casos esporádicos sin transmisión alguna. Vogel (Arch. f. Kind. 1926), en un niño de siete años, ha visto la ausencia de parte central de las clavículas, bilateral por tanto, sin lesiones craneales notables, lesiones parecidas en una hermana, la madre y dos de sus hermanos, Klinke y Palke, aportan dos casos de enfermitas de cuatro y tres años no pertenecientes a la misma familia y con lesiones parecidas a las de sus progenitores. En los dos casos había la combinación típica de aplasia completa de la clavícula y de lesiones craneanas (en uno de estos casos un cordón duro y flexible reemplazaba a las clavículas, pero escapaba a la observación a los rayos X). La calcemia era de 11 miligramos, 8 y 12 miligramos, 1 por 100 gramos, y el fósforo 2 miligramos, 9 y 3 miligramos. Fitchet dice, que en dos de sus casos el calcio y el fósforo sanguíneo eran normales. Se deben señalar aún los casos de Leri, Liévre, Mulder y Paterson, los cuales tienen casos como el que observó este último; un niño de 11 años y medio con ausencia congénita de las clavículas, anomalías craneales, espina bífida, de la primera vértebra lumbar, coxa vara y malformaciones de manos y pies.

Después de todo esto vemos que se trata de una afección, o más bien malforma-

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

ción congénita, afectando preferentemente el cráneo y las clavículas. La forma corriente es una combinación de estas alteraciones. Mas raramente se encuentran los síntomas craneanos. ¿Las anomalías claviculares, pueden presentarse solas? La afección puede ser hereditaria y familiar, produciéndose en una o dos generaciones, o también esporádicamente. No hay diferencia en cuanto al sexo.

Respecto al cráneo, es un retardo o una ausencia de osificación: persistencia de las fontanelas, retraso de desarrollo del esqueleto facial, paladar ojival, trastornos dentarios. Las clavículas pueden faltar en parte o en totalidad. Otras anomalías concomitantes: deformidad torácica, incurvación vertebral, pelvis plana, genu valgum, pie plano, espina bifida, etc.

El caso de estudio es de una niña de tres años y medio, que tenía otros dos hermanos mayores normales. Padres sanos; la madre tiene frente olímpica; no hay otras anomalías óseas en la familia. Dentición buena. Durante el embarazo, la madre tuvo una gripe grave; vómitos matutinos el primer mes. Peso de la niña al nacimiento, 2.300 gramos. Lactancia nueve meses; primer diente al 4.º mes, marcha al 18.º. Coqueluche a los dos años; cierre tardío de la gran fontanela; se ha hablado de raquitismo.

Estado actual: Noviembre 1930: Talla pequeña no hay mixe'dema, inteligencia normal. Peso 13 kilos y medio, talla 0,90 metros. Marcha lenta, vientre hacia adelante, pronunciada lordosis. Ausencia completa de clavículas. Las paletillas pueden ser puestas en contacto una con otra. Circunferencia de la cabeza, 0,50 metros; diámetro anteroposterior, 18,6 centímetros; transverso, 14,5 centímetros. Frente alta y abombada que domina la cara que parece pequeña. Paladar ojival. Incisivos medios procidentes. Fontanela aún no cerrada. Caso típico.

Las dispepsias crónicas de la segunda infancia.—DOCTOR LUST, de «L'Escalpel».

Extracto tomado de «Arch. Med. des Enfants.» Mayo 1934.

Las dispepsias crónicas de los niños mayores son frecuentes, pero a menudo poco conocidas o desdenadas por los métodos, en los cuales la atención es absorbida por los trastornos nutritivos del lactante. Los síntomas son vagos y se prestan a interpretaciones diversas. A menudo, y así lo ha hecho notar Taillens, los niños dispépticos son considerados como tuberculosos latentes. Después de nuestro colega de Lausana, convenimos en que a muchos dispépticos se les envía al hospital como tuberculosos. Por entonces las digestiones son difíciles, la lengua está cargada y los vómitos se pre-

TOSFERINA

SANOFERINA en ampollas de 5 c. c.

Precio: 5 pesetas; por correo 5,50

Muestras y literatura: Farmacia de su autor

A. MARTÍN MATEO

Santiago, 41 - VALLADOLID - Tel 1844.

sentan a veces. A este cuadro es preciso añadir la constipación y las heces fétidas, con alternativas entre diarrea y constipación. Por fin puede haber dolor epigástrico.

Las causas de estos estados dispépticos, son varias: alimentación defectuosa, abuso de la leche, abuso de los farináceos y sobre todo del pan, abuso del azúcar, de las grasas y de los huevos, sobrecarga digestiva, sobrecarga física e intelectual, rino-farinitis, malos dientes, trastornos gástricos, insuficiencia hepática. A estas causas, puestas de manifiesto por el doctor belga, nosotros añadiremos la apendicitis crónica y la enterocolitis que la acompañan o la preceden.

Policitemia en la infancia.—DOCTOR T. HALBERTSMA.—«Am. J. of Dis. of Children». Dic. 1933. Tomado de «Arch. de Med. des Enfants».

El autor aporta un caso raro de policitemia en la infancia, en un enfermito de seis años que presenta un cráneo en torre; es delgado, y aunque juega al fútbol, termina el día sin fatigarse. Los ojos inyectados de sangre; tenía la cara y las manos muy rojas y a veces azuladas; a menudo tiene sudores de cabeza. Cuando tenía dos años y medio ya notaron los padres que tenía la cara más roja que los demás niños; no están seguros si sería igual desde el nacimiento. Después la rubicundez aumenta. Por el tiempo caluroso las manos y la cara se enrojecen, mientras que por el tiempo frío permanecen más azuladas. El niño jamás se privó de correr y jugar como los otros, siendo capaz de análogos ejercicios que los demás. Padeció sarampión, coqueluche y una enterocolitis. Padres sanos; el padre padeció disenteria en la India; otro hermano sano; no hay casos parecidos en la familia. Peso ligero, 16 kilos; talla normal, 1,07 metros. Llama la atención el rubor exagerado de la cara, así como el de las manos, mientras que los labios y el paladar conservan un tinte de púrpura que contrasta con el color semejante al del vino de Burdeos que tiene la cara. El tronco, los brazos y las piernas, son también más rojos que de ordinario, a la vez que las venas están abultadas por todas partes, en especial por el tronco. Las manos ya son cianóticas; los dedos no están aumentados de volumen. La inyección sanguínea que presentan los ojos y que hace pensar en una conjuntivitis, es debida a la estasia de los vasos de la conjuntiva vulvar. En el pliegue del codo las venas se señalan bien (cosa no frecuente a esta edad), lo que facilita la sangría y punción. Cuando se le retiraron 200 gramos de sangre, la inyección de los ojos cedió durante unas semanas.

Otras anomalías: un cráneo en torre (diámetro fronto-occipital de 16 centímetros, bitemporal de 12,5, biparietal de 13,5; circunferencia de 48,5); un hipospadis y los dedos meñiques incurvados como en el mongolismo. Pirquet positiva. Presión arterial 10,5-8. Hígado poco aumentado; esplenomegalia. Nada en la orina y nada en corazón.

El examen de sangre dió lo siguiente: hemoglobina, 136 por 100; hematíes, 8.400.000; leucocitos, 6.060. ¿Es una enfermedad de Vaquez? El autor se inclina y duda hacia el diagnóstico de una cianosis congénita, o de una tuberculosis del bazo. Más tarde ha continuado la observación y él admite la policitemia.

Otitis media aguda en el lactante.—C. OREGGIA.—Montevideo, 1933.

En este trabajo basado en 147 casos tomados del Hospital del doctor Visca, el autor, otorinolaringólogo del Hospital, trata completamente la cuestión de las otitis medias agudas del lactante. Este autor distingue las otitis medias del Hospital, de las de la clientela particular. La otitis independiente, cerrada, dolorosa, siempre activa y productora de manifestaciones locales, es más frecuente fuera del Hospital y

merece el nombre de «otitis activa primitiva» por caracterizar su aparición, síndrome ruidoso de un cuadro patológico que se declara. Se encuentra un tímpano rojo, tenso, con trompa impermeable. Tendencia a la perforación espontánea y a la complicación local. El cuadro clínico se resume en calor y fiebre, con las variaciones sintomáticas en consonancia con las variaciones constitucionales del individuo.

En el Hospital, por el contrario, no es raro ver comenzar una enfermedad por el síndrome otítico, insertado en el cuadro general del lactante. Es la «otitis secundaria» unas veces activa y otras inactiva, no dominando la sintomatología. Los tímpanos no son rojos, más infiltrados que tensos, con trompa permeable; supuración espontánea ausente o tardía; complicaciones raras; no dolor. Lo que predomina es la fiebre con las manifestaciones gastrointestinales o nutritivas, sin hablar de los trastornos respiratorios, urinarios, hepáticos. Por sus caracteres locales y generales, estas otitis son análogas a las formas latentes. Estas formas son graves por la tendencia a la difusión y por la tendencia a la generalización de los fenómenos infecciosos. Las otitis secundarias son a veces bilaterales; se acompañan de rino-faringitis. Los factores locales y generales intervienen: catarro de las primeras vías, trastornos nutritivos y gastro-intestinales, hospitalismo (?), reinfecciones, edad, estaciones frías y húmedas, etc.

Esto es el fondo del trabajo, pero hace su estudio en el siguiente orden: Estudio clínico del material del servicio de lactantes del Hospital, consulta externa de la ciudad, formas y caracteres especiales, estudio detallado de todos los factores que intervienen, etc.; estudios gráficos de ciertas observaciones clínicas, resumen de las observaciones y bibliografías.

Consideraciones sobre un caso de nefrosis lipóidica.—VIDAL JORDANA y MARCH.—
«Anales de Pediatría». Barcelona. Enero, 1934.

Tras unas consideraciones del alcance del término nefrosis y aceptando la definición que de ella dan Volhard y Fahr, y de analizar las nuevas consideraciones terapéuticas que los nuevos métodos de diagnóstico facilitan, pasan a estudiar la historia del enfermo, motivo del trabajo, y que dividen en dos partes: una mientras se le consideró como un nefrítico, y otra cuando los análisis diversos les orientaron en el diagnóstico de nefrosis lipóidica, que por fin le asignaron.

Se trata de un niño de cuatro años, que como antecedente hereditario, su madre fué diabética; el niño se desarrolló normalmente, y como todo antecedente, se registra una otitis media que duró dos meses. En un principio se aprecia edema palpebral, que pronto se generaliza e intensifica. Tratamiento lacto-vegetal y nefrina. Aumentan sin embargo los edemas, llegando a la anasarca y presentando ascitis e hidrotórax. Pesa 19 kilos. A los quince días ceden los edemas y presenta fiebre irregular de 35 a 38°. Tras una bronquitis padecida en Noviembre, reaparecen los edemas y se encuentra aumentada la albúmina en la orina. Por Enero se le notan aún edemas y por punción pleural se obtienen tres centímetros de líquido claro; ahora el régimen es de leche declorurada. Por esta época se hacen cargo del enfermo los autores y en el primer análisis de orina se encuentran 7 por mil de albúmina. Presenta anasarca y temperatura febril. El 7 de Febrero, anuria, que por baños y aplicaciones calientes desaparece. Prueba de la eliminación del yoduro potásico: a las 46 horas aún se elimina, por lo tanto es normal. Se empieza a administrar tiroidina XXX gotas (30). Urea en sangre, 0,15 por mil, cuerpos birrefringentes en orina. La eliminación de lactosa, normal. Prueba de la fenilsulfoneftaleína: eliminación normal. Comienza la

desaparición de los edemas y diversas pruebas demuestran la clara disminución de la albúmina en orina, inversión de la fórmula serina-globulina, aumento de la viscosidad y disminución de la presión osmocoloidea. Así pues se comprende el origen extrarrenal de los edemas. En Marzo disminuyen francamente los edemas y un Mantoux al 1 por mil, es francamente positivo. Régimen rico en proteínas. En Abril mejora, desaparecen los edemas y la sintomatología, y es dado de alta.

En el tiempo en que no fué preparado el enfermo para diversas pruebas, tuvo una alimentación rica en proteínas: carne, pescado, huevos, y tomando extractos tiroideos.

Consideran, pues, los autores, que los edemas se deben en este caso a un desequilibrio lípido-proteídico, cosa que ocurre en las nefrosis principalmente. El antecedente infeccioso que se requiere en toda nefritis, aquí no existe y si la otitis hace pensar en él véase que fué muy leve y que además algunos autores consideran asimismo un factor infeccioso que influye en la producción de las nefrosis. Por ningún sitio encontramos aquí la retención de urea en sangre, ni los aumentos de presión arterial, y sin embargo vemos una plena capacidad funcional renal: los edemas de desequilibrio lipoproteico, se presentan también en los individuos con régimen pobre en nitrogenados; algo semejante es el edema de los lactantes con carencia proteínica. Establecen a continuación el diagnóstico entre esta afección y la amilosis renal, por la prueba del Rojo Congo. Otro dato es la aparición y desaparición de los edemas, principalmente el cambio de alimentación. La velocidad de sedimentación aumentada. El tratamiento antes designado, les da motivo a los autores para extenderse en consideraciones etiopatogénicas y sobre todo sobre la etiología endocrina de esta afección, y los estudios sobre ella hechos por la escuela de Marañón. Después hablan de las disfunciones hepáticas anotadas por Appert, y terminan el trabajo comentando el pronóstico que a la larga y evolutivo hacia la nefritis, tienen estos enfermos.

El artículo tiene una extensa bibliografía y una fotografía.

Notas sobre la pneumonía lobular del lactante y del niño pequeño, tratada por la

Optoquina.—DOCTOR PHILIP LEITNER.—«Jahrbuch für Kinderheilkunde».

Mayo, 1932.

Las pneumonías son unas de las primeras causas de la mortalidad infantil. La terapéutica aplicada hasta ahora, tan sólo fué sintomática. El agente patógeno más rante la guerra se pudo comprobar que la optoquina era específica para el tratamiento de la pneumonía por pneumococo. In vitro la optoquina mata los pneumococos a una solución del 1 por 300.000 y asimismo de 1 por 1.000.000. Se ha dado el clorhidrato de optoquina en los adultos a la dosis de 0,25 gramos, seis a ocho veces al día y durante cuatro o cinco, pero esta técnica expone a complicaciones ópticas y oculares, y es reemplazada por la optoquina básica; la sal clorhídrica fué relegada para el uso externo o local. En el comercio se encuentran pastillas chocolatadas destinadas

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

a la terapéutica infantil (0,15 gramos) de tannato de optoquina, correspondiendo a 0,05 de optoquina básica.

El autor emplea dosis desde los tres años para el tratamiento de las pneumonías, y da la optoquina en forma de supositorios retenidos por espacio de diez o quince minutos. Habitualmente se manifiesta la acción lo más tarde hacia el segundo día en que la fiebre decrece gradualmente. Sobre 45 enfermos tratados, uno solo murió (2,2 de mortalidad); el enfermo que tenía 8 meses, padecía una pneumonía lobar derecha y antes de ser diagnosticada su afección se le trató mal un trastorno nutritivo y ahora presentaba una intolerancia para los supositorios, debido a los medicamentos antes administrados. De todos los enfermos observados, en tres se produjeron otitis medias; en dos, empiema ligero y una pericarditis purulenta; este último enfermo, de seis años, con pneumonía lobar izquierda, ingresó en su sexto día de enfermedad y se le hicieron tres lavados de pericardio con optoquina, que bastaron para curarle.

Edad de los niños observados:

De 0 a 12 meses	12
De 1 a 2 años	12
De 2 a 6 años	16
Por encima de esta edad	5

Desde 1918 a 1919, en Freiburg, se había empleado frecuentemente la optoquina para el tratamiento de las pneumonías lobares, pero como la dosis era muy elevada, se sucedieron los accidentes, tales como amaurosis, que cedía por medio de punciones lumbares y aplicación de sueros.

Szenti, que ha empleado mucho la optoquina, no ha podido encontrar accidentes; la intoxicación depende de dosis muy fuertes. Antes del empleo de la optoquina se encontraron en sus estadísticas, 27 muertos, en 75 pneumonías. En los cinco últimos años se ha obtenido un cien por cien de curaciones en los 44 casos tratados.

Dosis empleadas:

Hasta 12 meses	0,2 gramos por dosis
Hasta 3 o 4 años	0,3 gramos por dosis

El primer día, cinco dosis; el segundo, tres.

La optoquina es expulsada por los riñones; así pues, antes de administrarse se hará un examen funcional de este aparato. El empleo de la optoquina «per os» exige dieta láctea. El autor emplea preferentemente supositorios a las dosis siguientes:

Lactantes	2 a 3 centigramos	3 a 4 veces al día
De 1 a 2 años	3 a 4	» 3 a 4 » »
De 2 a 5 años	4 a 5	» 3 a 4 » »
Después de 5 años	5 a 10	» 3 a 4 » »

Pero se emplean tabletas chocolatadas tres o cuatro veces por día, dieta láctea indispensable; esta posología está más bien indicada para los niños de mayor edad.

Enfermedad de Hand-Schüler Christian.—DOCTORA DEEVER-SALTAD.—Tesis 1933.

Arch. Med. des Enfants.

Esta tesis, inspirada por Lesné, tiene por título: Xantomatosis craniohipofisaria reticuloendoteliosa y aporta las dos primeras observaciones francesas recogidas por el sabio doctor del Hospital Trousseau. Este síndrome es casi exclusivo en los niños. Tiene puntos de conexión con los síndromes de Niemann-Pick, de E. Gancher y probablemente de Tay-Sachs. Es un proceso xantomatoso difuso, al cual sucedería una lesión hipófisotuberiana. Se trata de un trastorno del metabolismo del colesterol y de una hiperplasia del tejido reticuloendotelial, provocado probablemente por una infección o traumatismo. No se puede saber aún si la hiperplasia del S. R. E. es responsable del aumento de colesterol, o si la hipercolesterinemia, irritando las células reticuloendoteliales, desencadena la hiperplasia. Si la hipercolesterinemia es primitiva, el síndrome de Hand-Schüler Christian, hace parte de las xantomatosis. Si por el contrario la hiperplasia del S. R. E. es la causa inicial, el síndrome entra ya en la categoría de las reticuloendoteliosis. Hipótesis fundada en la existencia de casos de xantomatosis donde la colesterinemia es normal, y numerosos casos de colesterinemia sin xantomatosis.

Existen casos de curación espontánea, pero a veces la enfermedad no tratada termina por muerte después de una evolución de cuatro años, muerte que se produce por anemia aguda y caquexia.

Cuando los enfermos pasan la edad de la pubertad, pueden curar. El tratamiento más eficaz es la radioterapia sobre las lesiones óseas, asociadas a las tomas de extractos de lóbulo posterior de hipófisis; dichas tomas serán nasales.

La infiltración esplenopneumónica en la infancia.—DOCTOR ED. PERCHE.—Tesis de Lyon, 1933.

Esta tesis llevada a cabo bajo los auspicios de Pehu, contiene 15 observaciones y 10 radiografías. Demuestra que la infiltración esplenopneumónica tuberculosa es más frecuente en los niños (entre tres y siete años sobre todo) que en los adultos. Signos torácicos unilaterales, macidez, respiración disminuida, escasos o nulos estertores, a veces soplo y síndrome pseudopleurítico. Punción blanca lo más a menudo. Cutirreacción de Pirquet, positiva. No suele haber bacilos de Koch en los esputos. Estado general, bueno. Cuando la enfermedad evoluciona bajo el aspecto de tifo-bacilosis, los signos torácicos pueden faltar. Examen radiológico muy importante: Opacidad homogénea, yendo del hilio a la periferia, con forma lobar o triangular, en banda transversal pericisura u ocupando casi todo el hemitórax. Esta infiltración es duradera (varios meses o varios años). Las pneumonías, aún las prolongadas, no suelen durar más que semanas. Curación clínica habitual, confirmada por la radiografía. Pero es preciso reconocerla como una otra forma de tuberculosis. Lesiones mal conocidas a causa de la rareza de las autopsias. Se trata probablemente de un proceso pneumónico o de una esplenización al rededor o de vecindad de un foco tuberculoso. J. Grancher, fué el primero en describir la esplenopneumonía que lleva su nombre. Algún tiempo después de él, en 1921, Mlle. Eliasberg y Neuland, bajo el nombre de epituberculosis, han reencontrado la enfermedad que, gracias a la radiología, Pehu y Perche han podido estudiar de cerca y los cuales la denominan «infiltración esplenopneumónica tuberculosa».

Sobre un caso aún no descrito en la infancia, de tumor sarcomatoso de la pleura.—
NEUMAN.—Archf. für Kinderheilkunde. Enero, 1933.

Niño de dos años y nueve meses, los padres gozan de buena salud. Desde hace tres semanas el niño está acatarrado, tose, tiene fiebre y está decaído. Anorexia. Pérdida de peso. Las orinas son poco abundantes, las heces normales. Durante los tres últimos días el estado se agrava, el niño está agitado, la temperatura sube, la disnea se intensifica. El médico piensa en un empiema y practica una punción exploradora, que da por resultado un líquido sanguinolento. El niño ingresa en el Hospital y nos encontramos con un enfermito pálido, disneico, cianótico, que pesa 11 kilos y medio, y de talla de 93 centímetros. Tiraje epigástrico, espacios intercostales izquierdos más anchos que los derechos; a la percusión, macidez en toda la extensión del pulmón derecho y en el vértice solamente respiración bronquial. La macidez del corazón desborda el esternón por el lado derecho en 2 centímetros o 3; el hígado y el bazo rebasan el borde costal correspondiente. Signos de raquitismo antiguo completan el cuadro. El examen de sangre nos muestra: 68 por 100 de hemoglobina, 4.700.000 hemáties, 17.250 leucocitos (28 por 100 de linfocitos, no eosinófilos, 0,5 por 100 de basófilos y 5,5 por 100 de mononucleares). La cuti es negativa. Análisis de orina que no denota nada anormal. Una nueva punción de tórax aporta una pequeña cantidad de líquido sanguinolento y también blanquecino. El examen microscópico informa que está constituido por células fusiformes (tumoraes, probablemente de origen óseo o perióstico). La radio muestra el desplazamiento del corazón y del mediastino a la derecha. Se hace el diagnóstico probable de un tumor maligno de tórax.

Los días siguientes las temperaturas se mantienen entre 36,5 y 38,5, la tos se acentúa. Al cuarto día de su ingreso en el hospital, el enfermito no puede respirar, sufre apnea que le retiene siempre en cama, la cianosis aumenta, así como el volumen de la parte izquierda del tórax, el corazón se debilita. Muere el 15 de Abril, cinco días después de su ingreso. En la autopsia se encuentra un corazón exangüe, dilatación de la aorta ascendente, el pulmón derecho hiperemiado y a trozos atelectásico, los bronquios congestionados, el pulmón izquierdo colapsado. El pulmón que lo comprime no está adherido a la pleura pulmonar, pero se deja fácilmente despegar de la pleura parietal. En el microscopio se comprueba que se trata de un sarcoma de grandes células, en sitios necrosados; hemorragias por placas. Sarcoma de la pleura izquierda. No tiene metástasis. A tiempo, se le hubiera podido operar.

ALLUÉ HORNA

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL

Extracto de VALERIANA: Extracto de BELLADONA: LUMINAL. (En grageas, de 4 a 12 diarias.)

Extracto OVARICO total. (TIPO)

DEL DOCTOR GRAÑO

BIBLIOGRAFIA

PROFESOR RAFAEL ARGÜELLES.—Manual de Patología Quirúrgica para médicos y estudiantes.—Tomo III. Editorial Científico-Médica. Barcelona.

En pocos meses, el profesor Argüelles ha dado a la estampa los tres tomos que constituyen su obra, ya elogiada en estas páginas por la pluma de un ilustre compañero.

Como se indica en el prólogo, pretende este «Manual de Patología Quirúrgica», resumir en forma clara aquellos conocimientos necesarios al médico.

No es tarea fácil, dado el enorme impulso de la Cirugía en estos últimos años, condensar en tres volúmenes de corta extensión, todo su contenido, aun haciendo tabla rasa de lo que no es esencial.

Un libro de esta naturaleza responde, desde luego, a una necesidad, que desde hace tiempo se deja sentir. No hay libros españoles modernos, destinados especialmente al estudiante y al médico práctico. Llevamos largos años sin otra literatura de este género que los libros traducidos, principalmente del francés, libros que, en unos casos, en las sucesivas ediciones, apenas se han renovado, poniéndose al día, lo que para el estudiante es absolutamente necesario, pues debe conocer el estado actual de la ciencia.

Otras obras han aumentado, en continuas ediciones de tal modo su caudal, que dejan de ser libros adecuados al estudiante.

De aquí que la idea que ha presidido la redacción de esta obra ha sido la de escribir una Patología Quirúrgica moderna, donde se resuman los conocimientos actuales y sin dejar los fundamentos de la cirugía clásica se atienda a las nuevas tendencias de los grandes centros quirúrgicos y a las aportaciones de los cirujanos españoles. Un libro español, pues hora es de que se comience a intensificar la producción del libro nacional para lo que, por fortuna, contamos ya con elementos valiosos.

* * *

En este tercer volumen, el doctor Argüelles trata con igual competencia que lo fueron las materias de los dos primeros tomos, de las afecciones quirúrgicas del cuello, tórax, abdomen y órganos genitourinarios.

Se estudian en la primera parte las afecciones congénitas del cuello, traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades quirúrgicas del tiroides, de las paratiroides y timo. Viene después el estudio de las afecciones del esófago, de la mama, de las paredes del tórax y de los órganos intratorácicos, precedido de un capítulo de fisiopatología. Ampliamente se estudia el tratamiento quirúrgico de las pleuresías, de la tuberculosis pulmonar, de los abscesos de pulmón y bronquiectasias, de las heridas del corazón pericarditis, afecciones del mediastino.

En el abdomen se estudian primero las afecciones quirúrgicas de las paredes, luego las del peritoneo, dedicando gran atención a la fisiopatología peritoneal y al estudio de las peritonitis.

Las afecciones de los órganos digestivos son consideradas con un criterio quirúrgico, dando gran importancia a los cuadros agudos, como la apendicitis, la oclusión intestinal, la perforación de estómago.

La parte dedicada al aparato urinario, comienza en la exploración clínica, funcional y radiológica. En el estudio de las afecciones se sigue el mismo método: congénitas, traumáticas, inflamatorias, tumorales, procurando siempre la mayor claridad en la exposición, ayudándose de gran número de láminas radiográficas y dibujos.

Completa la obra el estudio de las afecciones de los órganos genitales masculinos.

Al final de cada capítulo va una nota bibliográfica, en la que se han escogido los trabajos fundamentales, con los que el lector podrá orientarse rápidamente.

Con verdadera satisfacción registramos aquí la notable obra del docto catedrático de nuestra Facultad de Medicina, felicitándonos por ser nuestro, quien así enaltece en la cátedra primero, en el libro después, la cirugía española.

PROFESOR J. BAUER (de Viena).—**Patología constitucional. Influencia de la predisposición en las enfermedades internas.**—Traducida de la última edición alemana, revisada y anotada por el profesor Oliver Pascual. Editorial Científico Médica. Barcelona.

Es excepcional acontecimiento en nuestra bibliografía médica, la aparición de este libro, en el cual se asocian los nombres ilustres del profesor Bauer, de Viena, y del doctor Oliver Pascual, catedrático de Patología médica de nuestro país.

En el estudio de las enfermedades y los numerosos estados de perturbaciones funcionales, y en todo lo que significa desviación de la normalidad, se encuentra el práctico, en cada instante, con escollos, variaciones, reacciones al parecer anormales e imprevistas, debido todo ello al «factor individual», y esta variabilidad individual, esta manera de reaccionar, propia de cada organismo, a los agentes patógenos, constituye «una nueva ciencia», de «un valor» práctico «considerable e indispensable su conocimiento a todos los médicos de todas las especialidades».

De aquí que en todos los países, desde hace algunos años, ha vuelto a ocupar un lugar prominente el estudio del factor constitucional y su papel en la génesis de las enfermedades.

En esta «nueva orientación de la Medicina es obra cumbre», debida a labor intensa y crítica, síntesis clara de todo lo que hasta hoy se conoce, la que ofrecemos al público médico, del profesor Bauer, «Patología Constitucional».

Esta obra no es una sencilla y corriente descripción de las enfermedades como

se encuentra en todos los tratados de Patología especial, aun en los más recientes y acreditados, sino un acertado intento de aplicar a cada sujeto enfermo, todos los medios que conduzcan a la «individualización de su enfermedad». Este libro es el resumen de un inmenso número de trabajos realizados, en su mayor parte en la Europa central (el índice bibliográfico consta de más de 65.000 citas), donde la Medicina ha adquirido esta moderna orientación, pues en el resto del mundo ha sido menos intensamente cultivado este género de trabajos. Todas las nuevas aportaciones con que han contribuido un sinnúmero de estudios sobre la herencia, practicados en estos veinte últimos años, están resumidos magistralmente por el profesor Bauer en esta obra. Con la lectura de la cual, «todo médico encontrará aumentado el caudal de sus conocimientos», y lo que es más importante, «verá ampliado el concepto que tenga de todas las enfermedades, comprenderá mejor la patogenia de cada una de ellas, y por ende se verá capacitado para tratarlas con más destreza y con más abundancia de recursos terapéuticos». La mayor parte de los síntomas y signos de las enfermedades, vistos bajo la luz de esta nueva orientación de la Medicina, serán mejor comprendidos por el clínico, y éste podrá hacer su juicio diagnóstico con mayor claridad y perfección. Es realmente asombroso el caudal de conocimientos que el autor ha llegado a reunir en esta obra, tanto, que entre la no muy numerosa bibliografía que actualmente existe orientada de este modo, ninguna obra expresa mejor esta orientación ni es más útil en la práctica que la «Patología Constitucional», de Bauer. El ilustre profesor de Patología médica, doctor E. Oliver Pascual, ha traducido, con un rigor y un cuidado excepcionales en esta clase de trabajos, la obra del eminente profesor de Viena, y capacitado como pocos para ello, ha enriquecido con numerosas notas la obra original, de tal modo, que los más importantes trabajos aparecidos en este campo de la Medicina, desde la publicación de la obra hasta la fecha, han sido escrupulosamente analizados.



DE ACTUALIDAD MEDICA
PARA EL REUMATISMO LOS

POLIANCILATO

PINA

100 Na K 10
18 Ca

mañana

LIBROS RECIBIDOS

- D. ROUTIER et P. THIROLOIX.**—*L'arythmie complete.*—«La Pratique Médicale Illustree». Un volumen en octavo, de 50 páginas, con 13 figuras en el texto y 2 láminas, 20 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.
- MARIANO R. CASTEX et LUIS E. ONTANEDA.**—*La ponction cisternale (ponction sous-occipitale).*—«La Pratique Médicale Illustree». Un volumen en octavo, de 70 páginas, con 17 figuras en negro en el texto y 5 láminas en colores, 35 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.
- GEORGES PORTMANN.**—*Nouvelles consultations Oto-rhino-laryngologiques du praticien.*—Segunda edición, totalmente reformada. Un volumen en dieciseisavo, de 364 páginas, con 30 figuras en el texto, 35 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.
- R.-J. WEISSENBACH et G. BASCH.**—*Les traitements de la syphilis.*—«Collection des Actualités de Médecine Pratique». Un volumen en dieciseisavo, de 150 páginas, 18 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.
- G. JEANNENEY et MARC ROSSET.**—*Formulaire gynecologique du praticien.*—Segunda edición revisada, corregida y aumentada. Un volumen en octavo, de 220 páginas, con 29 figuras en el texto, 30 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.
- M. LOEPER y CH. MICHEL.**—*Formulario práctico de Terapéutica y Farmacología.*—(Antiguo formulario de Dujardin, Yvon y Gilbert Michel). Trigésima segunda edición española corregida por el doctor Angel Ortega Diez. Un volumen de más de un millar de páginas en octavo, Casa Editorial Bailly-Bailliere, S. A. Núñez de Balboa, 21. Apartado, 56. Madrid, 1934.
- PROFESOR I. COSTERO y colaboradores.**—*Trabajos del Laboratorio de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad de Valladolid.*—Cursos de 1931-32 y 1932-33.
- DOCTOR B. SANCHEZ CUENCA.**—*Polinosis (asma de heno).*—Estudio botánico y clínico del problema. Prólogo del profesor Jiménez Díaz. Un volumen de 232 páginas en cuarto, con numerosos grabados. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1934.
- PROFESOR F. DE QUERVAIN.**—*Tratado de diagnóstico quirúrgico.*—Segunda edición. Un volumen de 796 páginas con 283 grabados en negro y 6 láminas en color. Editorial Labor. Barcelona-Madrid-Buenos Aires, 1934.

Anunciaremos dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares, o la índole de la obra lo requiere.

Tous le ouvrages dont nous recevrons un exemplaire seront annoncés deux fois dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised twice in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

NOTICIAS

Le comité exécutif de l'Organisation Internationale de la Lutte contre le Trachome tint à Paris, le 14 mai 1934, une séance à laquelle assistèrent parmi les membres du comité: MM. Emile de Grósz, président, F. Wibaut, secrétaire général, A. F. MacCallan, M. Marquez, Morax, Park Lewis, Szymansky viceprésidents; Brandés, de Lapersonne, Van der Hoeve, ainsi que M. Wagenmann, Maziny bey et MM. Trantas, Marin Amat, Carris et Churchill.

Le président fit l'éloge du professeur Angelucci décédé. Le secrétaire général donna lecture de son rapport d'où il appert que la situation financière de l'Organisation est modeste, en ce sens qu'elle dispose de 1500 florins hollandais environ. La source principale de recettes est la subvention américaine. Le comité exécutif accordera une bourse à un savant désireux de s'occuper de l'étiologie du trachome dans un laboratoire de pays trachomateux. Une commission composée de MM. Morax, MacCallan et Wibaut fut déléguée à cet effet.

A la séance qui aura lieu à Budapest au printemps de 1935 sera traitée à fond la question de la prophylaxie du trachome: des rapporteurs furent élus en la personne de MM. Myashita (Japon), MacCallan (Grande-Bretagne), Zachert (Pologne), Tewfik (Egypte) et Jitta (Hollande).

L'organisation contre le trachome tint également, le 14 mai 1934, en commun avec, l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité, une séance que présidèrent MM. de Lapersonne (Paris) et Emile de Grósz (Budapest). Le thème principal en fut le trachome des colonies et des parties méridionales de l'Europe. Les rapporteurs étaient: Maziny bey (le Caire) et MM. Maggiore (Gènes), Lasnet (Algérie), Trantas (Athènes), Wibaut (Amsterdam) et Cuenod (Tunis). En outre M. Morax fit une conférence sur le rôle du gonocoque dans la zone tropicale.



Phosphorrenal Robert
Reconstituente

Granular, elixir e inyectable

Valladolid: Imp. Castellana. Montero Calvo, 17. Teléfonos 2238 y 2239