

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
EMILIO CUADRADO.— <i>Tratamiento de las colecistitis</i>	481
JOSÉ MANUEL SANTIAGO.— <i>Aportación al estudio de la atelectasia pulmonar parcial</i>	497
DOCTOR SÁENZ DE LA CALZADA (I.).— <i>La cauterización en el tratamiento de las neuralgias faciales esenciales</i>	503
DOCTOR EDUARDO LEDO DUNIBE.— <i>El cáncer de la piel en nuestra región</i>	507
DR. B. DE M.— <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	513

REVISTA DE REVISTAS

<i>El tratamiento de las diarreas estivales en los niños de pecho</i> — A. Peter.....	517
--	-----

(Sigue)

Myoston

"Hemming"

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

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

Muestras e interesantes trabajos científicos al Representante en España:

GUILLERMO HOERNER, SUC. DE WALTER ROSENSTEIN

BARCELONA * APARTADO 712

<i>Investigaciones sobre la etiología de la escarlatina.</i> —Revilli U.....	517
<i>Los alérgenos de la habitación como causa de dermatosis crónicas y de micosis.</i> —Urbach E.....	518
<i>Fósforo y raquitismo. Papel de ion P2. O5. en la actividad antirraquítica de los compuestos inorgánicos del fósforo.</i> —Lecoq R. y Villette H.....	519
<i>Lipomatosis simétrica.</i> —Moreira da Fonseca J.....	519
<i>Sobre un nuevo espasmolítico, similar a la atropina.</i> —Dr. Klaus...	521
BIBLIOGRAFÍA, por Ledo.....	523
LIBROS RECIBIDOS.....	524

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA	{	Astenol	0,012	grs.
		Acido glicerosofórico	0,046	>
		Acido cacodílico	0,030	>
		Hierro asimilable	0,002	>
		Glicerosofato estricnico.	1¼	milig

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Tratamiento de la AEROFAGIA y de sus consecuencias:

Insomnios
Perturbaciones cardíacas
Perturbaciones nerviosas
Perturbaciones pulmonares

con los comprimidos de

aérophagyl

Posología: Un comprimido desleído en medio vaso de agua, en medio de las comidas. En caso de crisis, 2 comprimidos a la vez. Media dosis para niños.

La caja de 45 comprimidos: 6 pesetas

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.NA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

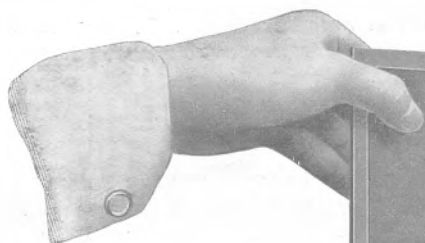
Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

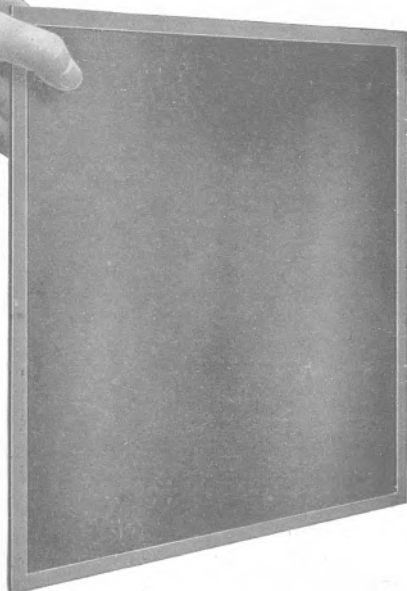
FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, NIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

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



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

Tratamiento de las colecistitis

por Emilio CUADRADO

La idea cada vez más arraigada de considerar a las colecistitis no como una afección localizada, sino como un desequilibrio general en cuya génesis actúan gran número de elementos infecciosos por un lado, nutritivos y endocrinos por otro, ha ensanchado considerablemente el campo sobre que es necesario actuar para conseguir una mejoría del enfermo, dando lugar a los diversos factores terapéuticos hoy empleados, de cuya agrupación coordinada según la indicación, podremos esperar un efecto más útil.

Pocas palabras dedicaremos a los accesos agudos que padecen muchos colecistíticos, pues en los cólicos hepáticos se sigue empleando la medicación analgésica, ya que el principal objetivo que tenemos que buscar es la sedación del dolor.

Para conseguirlo se aplicará calor en forma de paños húmedos, o de cataplasmas de harina de lino a las que podrán agregarse 15 o 20 gotas de láudano. Si no desaparecieran se dará opio y belladona por vía bucal si el estómago lo tolera, y en caso contrario, podrá ponerse un enema de 2 a 3 gramos de analgesina con 20 a 40 gotas de láudano en 150 centímetros cúbicos de agua hervida para retener, pudiéndose repetir si fuera necesario 3 o 4 horas después.

Cuando a pesar de estos medios no desaparezcan los dolores fuertes, se inyectará subcutáneamente un centigramo a uno y medio centigramos de morfina, que puede asociarse al sulfato de esparteína cinco centigramos cuando se teme un síncope; también puede inyectarse un centigramo de morfina con uno y medio miligramos de atropina.

Únicamente diremos a propósito de la morfina, que no deberá utilizarse más que cuando sea imprescindible, pues se han citado casos de muerte, atribuíbles, según Chiray y Pavel (11), a una acción inhibitoria sobre el hígado aumentando la insuficiencia hepática.

Terminada la crisis, seguirá el enfermo en reposo, empezará a tomar leche descremada, después caldos para llegar al régimen adecuado al tratamiento de la litiasis.

Fuera de las etapas agudas los colecistíticos tienen que someterse a un tratamiento que consta de diversas facetas. Al hablar de ellas empezaremos por el régimen.

Régimen.—El primer problema que surge ante todo colecistítico, en fase no aguda, es su alimentación, siendo su resolución de gran importancia, ya que un buen régimen, es seguramente uno de los elementos básicos en que se apoya todo tratamiento que tiende a modificar su estado local y general hacia la salud.

Los factores que con él intentaremos modificar son la pereza intestinal, regulando sus evacuaciones, las putrefacciones buscando su desaparición, disminuir el trabajo del hígado y aumentar sus reservas, procurando al mismo tiempo actuar sobre el estado dispéptico que generalmente va acompañando.

Desde Chauffard se conoce la existencia de la hipercolesterinemia en las colecistitis, atribuyéndola gran importancia patogénica, por lo cual este autor pensó disminuirla y con ello dificultar la producción de cálculos restringiéndola de la alimentación. Sin embargo Bennet no lo cree posible y Macnee sometiendo a enfermos a dietas muy rigurosas y variadas no ha conseguido que disminuya. Moynihan ha demostrado que la colesterinemia no es constante sino que aumentada al principio, cuando la afección pasa a la cronicidad, es sustituida por una hipercalcemia.

Fundándose en las ideas de Chauffard han sido suprimidos una serie de alimentos ricos en colessterina, entre los que se encuentran los huevos, sesos, hígado, que no son bien tolerados por los afectos de vesícula biliar; hoy no está perfectamente demostrado que sea por producir un aumento de colessterina en sangre; pero los hechos clínicos evidenciaron la necesidad de su supresión.

Otros alimentos que deberemos eliminar de todo régimen para estos enfermos son los que contienen gran cantidad de grasas; pues también los soportan mal. Estos no poseen mucha colessterina; pero Widal, Weil y Landau han visto que un régimen graso produce aumento de la lipemia, colessterinemia y lecitinemia. Por ello sólo se utilizarán en pequeña cantidad y a ser posible emulsionadas como las que contiene la leche después de descremada.

La relación del funcionamiento intestinal con la repetición de los accesos dolorosos agudos colecistíticos es extraordinaria. Prado Tagle (23) llama la atención sobre la existencia de un primer período al que denomina prelitíásico en el cual los síntomas generales provenientes de una intoxicación intestinal dominan, siendo rápidamente seguidos por inflamación vesicular, con una mayor intensidad de las molestias locales bajo la forma de cólicos hepáticos y dolores en el epigastrio. En este primer período la terapéutica deberá dirigirse principalmente sobre el intestino. Casi todos los colecistíticos son estreñidos, constituyendo su éstasis cecal posiblemente, según las modernas ideas de la colibacilemia, un elemento de gran importancia para la producción de las descargas colibacilares que actúan sobre la vesícula. Clínicamente tampoco cabe duda de que todo trastorno intestinal va seguido, la mayor parte de las veces, de un ataque agudo de colecistitis. Por todo ello se ve la importancia que tiene el modificar esa pereza intestinal casi siempre del tipo espástico, regularizando sus deposiciones y vigilando la aparición de cualquier trastorno.

El régimen se hará con hidratos de carbono, albúminas (que se toma-

rán en cantidad tres o cuatro veces menor que los hidrocarbonados para que los productos aromáticos sean neutralizados) y grasas en pequeña cantidad y emulsionadas. Se utilizarán bastantes vegetales, especialmente cereales, verduras, constituyendo mejor alimentación cuanto más grosera, si es necesario pan integral, fruta abundante, jugos de frutas y productos azucarados que permitan el aumento de reservas hepáticas. Se establecerá como terapéutica protectriz del hígado (Umber, 9) además de estos productos ricos en glucosa y levulosa la aplicación de insulina.

Las leguminosas, sobre todo los guisantes que contienen más colestearina, se tomarán con moderación. Los quesos fuertes y las bebidas alcohólicas se prohibirán para evitar las fermentaciones.

Algunos de estos enfermos adelgazan rápidamente, lo que debemos evitar, haciendo el régimen lo más amplio posible, y si fuera necesario se utilizará la aplicación de glicerofosfatos, cacodilato de sodio, etc. También deberá evitarse la tendencia a la obesidad que presentan otros. Las comidas serán frecuentes y pequeñas con objeto de que produzcan ligeras excitaciones vesiculares que dificulten el éstasis.

Además de este régimen, necesitan guardar una serie de precauciones de orden general y cuidados higiénicos. Inmediatamente después de una fase aguda el enfermo guardará reposo en cama que debe persistir hasta la desaparición de toda molestia, ya que la falta de esta regla es causa de la persistencia y multiplicidad con que los cólicos se suceden en corto espacio de tiempo. En general debe durar de 15 a 20 días, siendo al principio absoluto y más tarde con un mínimo de ejercicios que se irá ampliando hasta llegar a la vida normal. Durante este período se ha recomendado administrar suero glucosado por vía rectal. Si bien en líneas generales puede cifrarse su duración como más arriba hemos dicho, se comprende bien las variaciones que puede experimentar, debiendo fijarse el médico para hacerle entrar en el régimen de vida ordinaria en los síntomas objetivos y reflejos.

Deben hacerse ejercicios moderados, sobre todo marcha a pie, los largos viajes y sacudidas en tren y automóvil deben ser suprimidos así como los deportes violentos. La hidroterapia templada seguida de fricciones de alcohol dadas con guantes de crin por ejemplo, son muy recomendables ya que activan el funcionamiento de la piel, también son útiles los baños alcalinos, no debiendo por el contrario prolongarse la estancia a la orilla del mar. Si el enfermo es un ptósico se procurará corregirle por la importancia que tiene sobre el éstasis cecal que tan perjudicial es para estos enfermos, para ello no se utilizarán pelotas insufladas, sino una faja que el enfermo debe aprender a ponerse haciéndolo delante del médico, para tener la seguridad de que con ella podrá lograrse algún efecto.

La medicación colagoga.—Hace tiempo utilizada ha sufrido actualmente unas variaciones con los estudios de Chiray y Pavel, Ramond y

otros que la han conducido por caminos mucho más científicos, que hacen presumir un progreso considerable en el tratamiento de las afecciones que nos ocupan. Utilizando la prueba de Meltzer-Lyon y apoyándose al mismo tiempo en datos anatomo-fisiológicos y patológicos, Chiray y Pavel (11) han llegado a la conclusión de la independencia vesicular con respecto al hígado adoptando la concepción dualista del sistema hepato-vesicular, confirmada con la desigual acción de las sustancias llamadas colagogas, según su acción se ejerza sobre el hígado o la vesícula. Ramond, Borcesko y Zezani (24) que estudiaron la acción de estas sustancias con el método de Meltzer-Lyon, comprobaron que el aumento de bilis no era producido siempre de la misma manera pudiendo distinguirse tres acciones distintas: una sobre la vesícula biliar que daba lugar a la aparición de una bilis oscura por vaciamiento y expresión, otra sobre la secreción biliar del hígado, verdadera acción colagoga, y, en fin, una acción fluidificante. Los primeros corresponden a los colecistokinéticos, los segundos a los coleréticos y los últimos a los colofuidificantes.

Esta distinta manera de actuar es poseída en diverso grado según las sustancias, de lo que resulta la gran importancia que tiene el adecuado manejo de ellas según el efecto que nos sea preciso obtener. La leche descremada, la yema de huevo, el aceite de oliva, ácido oleico y el sulfato de magnesia son colecistokinéticos y muy poco fluidificantes. La glicerina, el salicilato de sodio, la aspirina son colagogos y colofuidificantes; no obstante no están conformes todos con la acción de estas sustancias siendo negadas para la aspirina y glicerina por Baltaceano y Nicolesco (1). Las sales biliares y el atofán tienen efectos coleréticos probados.

Estas sustancias pueden utilizarse por la boca o valiéndose de la sonda duodenal, pero siempre teniendo en cuenta que su acción permita una indicación sobre el caso patológico. Estas indicaciones han sido precisadas por Pavel y Chiray en una reciente publicación: Los colecistokinéticos se utilizarán en las infecciones vesiculares con o sin cálculo con tal que la vesícula no se encuentre en estado de hipersensibilidad y el canal cístico esté libre; también en los casos de atonía vesicular que produce un éstasis biliar. Los coleréticos deben ser empleados en todos los casos de hiperesesia vesicular provocados por la infección, ya que el drenaje producido es más suave y modifica el estado infectivo. Igualmente debe utilizarse cuando la infección alcanza a los conductos biliares. Solamente en algunas obstrucciones, cálculo pequeño, pueden usarse tanto los coleréticos como los colecistokinéticos; pero siempre con gran cautela, siendo una contraindicación absoluta para el empleo de los colescitokinéticos la exclusión vesicular especialmente por cálculo del cuello y del cístico pudiendo provocar su empleo, consecuencias muy desagradables como rotura de la vesícula.

A veces sucede que por poseer un gran tono el esfínter de Oddi no se abre después de la toma de un colerético y entonces los efectos de aumen-

to de la secreción biliar provocan una dilatación de los conductos traducida por algunas molestias. Para evitarlo puede utilizarse antes una comida o un colecistokinético que abra el esfínter.

El drenaje médico de las vías biliares que se fundamenta en la prueba de Meltzer-Lyon fué usado como terapéutica por V. Lyon que publicó el resultado de sus experiencias en 1923. Puede ser utilizado de dos maneras, drenaje continuo y drenaje intermitente. Empleado el primero por los americanos, aunque considerado como delicado, ha encontrado menos aceptación entre los franceses, atribuyendo Chiray su fracaso a que son sus enfermos menos pacientes o menos dóciles que los de América, o a que sus reacciones son más vivas. Se efectúa colocando la sonda duodenal y dejando salir la bilis todo el día y la noche, salvo la hora que sigue a la toma de alimentos, para evitar que pueda salir con ella. Se activará todas las mañanas instilando 75 cc. de sulfato de magnesia al 20 por 100, practicando después un lavado duodenal con 250 cc. de la solución de Ringer lentamente inyectada. Este lavado tiene por objeto en los casos de bilis séptica evitar la infección intestinal diluyendo los gérmenes e impidiendo su estancación. Damade (13) aconseja sifonar la solución de sulfato de magnesio, pues así es más fácil evitar la infección que diluyéndola.

V. Lyon preconiza este sondaje continuo en los casos de angiocolecistitis subaguda en los que cree da mejor resultado que ningún otro procedimiento. También en los cálculos enclavados en colédoco produciendo obstrucción, les considera muy útiles admitiendo sino la eliminación del cálculo lo cual es muy excepcional, por lo menos con bastante frecuencia su movilización, seguida de disminución de ictericia y mejoría de las condiciones en que pueden llegar a la intervención.

El drenaje intermitente es mucho más fácil de practicar pues es mejor tolerado por los enfermos. Para hacerlo se introducen 60 a 80 cc. de sulfato de magnesia al 30 por 100 seguidos de un sifonaje. A la media hora o tres cuartos nuevamente 40 o 50 cc. y si los sifonajes no han permitido extraer la mitad de la cantidad inyectada se le deja con esas instilaciones, pero en caso contrario podrá hacerse una nueva con 25 ó 30 cc. Vincent Lyon aconseja como en el continuo utilizar después de la introducción del sulfato de magnesia un lavado duodenal con solución de Ringer. También podrá dejarse el tubo durante una o dos horas después de la instilación y evacuar así la bilis hipersegregada.

Para Lyon todas las colecistitis agudas o crónicas litiasicas o no son susceptibles de ser tratadas con este drenaje, recomendándolo también en la atonía vesicular con espasmo de la ampolla de Vater. Chiray, que ha estudiado mucho este tratamiento, le recomienda sobre todo en la colecistitis crónica no litiasica y en los casos de retención vesicular por ptosis visceral generalizada, o por pericolecistitis. En la ponencia que con Pavel (9) ha llevado al Congreso de la litiasis biliar celebrado en Vichy, aun

creyendo que las litiasias obtienen menos beneficios, las considera útiles en casos de litiasis banal del colecisto, estando indicada sobre todo en aquellos en que la intervención quirúrgica está contraindicada; peor soportado en la litiasis infectada pueden obtenerse mejorías cuando no es posible la cirugía, y gracias a él, pueden vencer los enfermos fases muy críticas. En la litiasis del colédoco se empleará como tratamiento preoperatorio, mejorando o hasta desapareciendo la ictericia y con ella las condiciones de operabilidad. Chabrol coincide en que ha obtenido buenos resultados en las crónicas no calculosas mientras en las complicadas (ictericias crónicas, colecistitis habitadas) sus resultados no han sido satisfactorios. Por el contrario Bengolea y Velasco Suárez (2) creen que todas las ictericias debidas a colecistitis crónicas calculosas o no, mejoran con este tratamiento. Darné (13) ha visto que en los casos de colecistitis crónicas el drenaje intermitente va seguido de verdaderas descargas diarreicas y biliares con crisis de cólicos vesiculares que pueden durar algunas horas siendo más tarde seguidos de una neta mejoría con desaparición de las molestias del hipocondrio derecho, mejoría del apetito y desaparición de la ictericia. A veces se ha visto desaparecer un estado subfebril.

Estos drenajes se harán espaciados variablemente según los enfermos, semanal en unos, con mayores intervalos en otros, dependiendo del estado del individuo y de las reacciones que provoque. Entre ellos aconseja Chiray el empleo de cápsulas gelatinizadas de sulfato de magnesia de 0,50 gramos, una hora antes de las principales comidas.

Se ha intentado realizar la «antisepsia biliar» valiéndonos de la urotropina. Prado Tagle (23) niega que pueda cumplir ese papel ya que para ejercerlo, necesita desdoblarse en formol, lo que únicamente se efectúa en medio ácido, o llegar como urotropina a una concentración del medio por ciento (Manquat). Como la primera condición no se da, Hurst recomienda para cumplir la otra dar una cantidad mínima de diez gramos en 24 horas, alcalinizando la orina para evitar accidentes; pero esto según los trabajos realizados en la Clínica de Prado Tagle no es posible, pues es muy difícil alcanzar aquella concentración y aun lograda no permite la asepsización biliar por detención del desarrollo microbiano. Lo que con ella puede lograrse es una modificación del pH. en dirección a la alcalinidad que dificulta su desenvolvimiento. Abrami (9) en su ponencia al Congreso de la litiasis celebrado en Vichy, en vista del fracaso tanto de la antisepsia química con urotropina, salicilato de sodio, etc., como de la iónica o alcalinización del pH. que si en manos de Beckman ha dado algún buen resultado no ha podido conseguirse nada práctico, plantea el problema buscando una solución más realizable que la total supresión de gérmenes, transformando una infección en un parasitismo saprofito inofensivo y en este sentido cre que sí puede actuar la urotropina inyectada por vía intrave-

nosa, así como los derivados de la acridina, las sales de plata y las aguas termales, que deberán utilizarse en las colecistitis crónicas y subagudas.

Dentro de la terapéutica medicamentosa se puede hablar aún de un grupo de fármacos actualmente poco utilizados, aplicables a las colecistitis aplicadas. Nos referimos a la medicación litolítica; su objeto es disolver los cálculos «in vivo», de la misma manera que lo hacen «in vitro». Para ello se ha utilizado el ácido tímico a la dosis de 0,25 a 0,50 gramos al día; el «remedio de Durande» que comprende tres partes de éter sulfúrico y dos de esencia de trementina. No cabe duda que los cálculos introducidos en esta mezcla son disgregados y disueltos por lo menos en parte, pero eso no quiere decir que sea exacta la concepción teórica de atribuirles el mismo efecto en el organismo, pues hay que tener en cuenta que una vez dentro de él experimentan una gran dilución en sus humores. Gilbert, Carnot y otros que han obtenido algunos resultados buenos con ellos, les han atribuido más que a su acción disolvente a una posible acción evacuante.

Gran valor hay que conceder al «tratamiento hidrológico» que coadyuva con gran intensidad a la mejoría de muchos enfermos de colecistitis. Consideradas antes las aguas minerales como un elemento capaz de producir la evacuación del cálculo al que todos los trastornos se atribuían, con la natural evolución de estas ideas, se ha evolucionado también lo que se debe buscar con una cura hidrológica. Únicamente en muy pocos casos, cuando se trata de colecistitis calculosas en las que se tenga la seguridad de la pequeñez de las piedras, lo que es muy difícil de precisar aun ayudado de los medios auxiliares de colecistografía, se podrá intentar esa evacuación, pero de ningún modo se creará en la eliminación de cálculos mayores, donde no se logrará intentando forzar la eliminación biliar, más que la producción de crisis vesiculares la mayor parte de las veces, no acompañadas de éxito. Por lo tanto su papel está condicionalmente dirigido a llevar el colecisto a una mayor tolerancia y a actuar sobre las causas generales. La cantidad y calidad de las aguas tiene gran importancia pues no pueden aplicarse todas bajo un patrón general, sino que a diversos grados y tipos de colecistitis corresponden distintas aguas. Ciertos enfermos no deben someterse a ninguna cura hidrológica constituyendo contraindicaciones de la crenoterapia. Tales son las infecciones vesiculares que se traducen por fiebre, la frecuencia excesiva de las crisis dolorosas, sobre todo si son febriles, quedando después de ellas con la vesícula sensible, la oclusión del colédoco. Hay además otras causas que hallándose fuera de las vías biliares producen también un acontraindicación, así la arterio-esclerosis con tensión vascular alta 20 a 25 y los afectos de prostatitis.

Aguas sulfatadas.—Moutier (21) las ha estudiado recientemente observando su acción sobre las afecciones vesiculares. Para ello ha empleado las aguas de Saint-Are, isotónicas o algo hipotónicas, con una temperatura de 15°, comprobando que no es igual su efecto sea cualquiera la forma

de administración, recomendando por haber obtenido con ella mejores resultados, la tomo de 60 a 100 cc. un cuarto de hora antes de las tres comidas a la temperatura ambiente en verano y templada en invierno.

La acción de estas aguas no ha sido precisada igualmente por los diferentes autores que se han ocupado de ellas; pues mientras Neruno cree que disminuyen la secreción biliar y Ramond las niega todo efecto colágeno y colerético, Jaworsky las considera colágenas y Chiray colágenas y coleréticas. Moutier piensa que está suficientemente demostrado por experiencias clínicas y de laboratorio la acción intensificadora del sulfato de sosa sobre la secreción biliar acompañada de un aumento de productos biliares. Aparte de los efectos sobre la bilis, según los trabajos de Harfuder parecen tener un papel sobre la desaparición de los espasmos por relajación de las vías biliares, así como un efecto estimulante sobre el tono muscular por el anión sulfurilo. En el intestino ejercen una acción antiséptica a dosis no purgantes.

Las indicaciones de estas aguas son bastante amplias: colecistitis subaguda, trastornos de la motilidad vesicular (colecisto-atonía, ampulo-espasmo, periduodeno-colecistitis) aplicable útilmente también en los trastornos post-operatorios.

A estas aguas pertenecen en España Cestona, que es clorurado-sulfatado-sódica; su composición ha hecho que se considere como una contraindicación para los colecistíticos con trastorno secretor hiperclorhídrico, pero no puede tenerse como absoluta, ya que dependiendo la hiperclorhidria del proceso vesicular muchas veces mejora al hacerlo la causa. Guitiriz cuya fuente de San Juan es sulfurado-fluorurado-sódica es por el contrario muy aplicada para estos enfermos, pues desciende el exceso de acidez gástrica.

Las aguas bicarbonatadas que también se emplean tienen una acción sedante sobre el tractus digestivo, moderando la hiperestesia gástrica al mismo tiempo que mejora el funcionamiento del hígado, eleva el coeficiente azotúrico y disminuye la bilirrubinemia y colesterinemia. Su acción se traduce clínicamente por la desaparición de la subictericia, el retorno del hígado a sus dimensiones normales, regularidad de las digestiones y detención del adelgazamiento.

Están indicadas sobre todo en individuos en que su sintomatología es fundamentalmente dispéptica intermitente, o los que padecen crisis dolorosas muy separadas así como los obesos o sedentarios. Chauffard ha aconsejado no enviar a esas aguas los enfermos que hayan tenido una cistitis que puede volver a aparecer en el transcurso de una cura alcalina.

A estas aguas corresponden en España Sobrón y Soportilla bicarbonatada-sódica de 20° muy indicada en los colecistíticos con hiperclorhidria. Marmolejo, bicarbonatada ferruginosa útil en los hiperclorhídricos con gran hiperestesia. Mondariz, parecida a la anterior que reporta grandes beneficios sobre todo si existe obesidad, diabetes o neuroartrismo. También alcalina

es Lanjarón, del tipo acidulo-carbónica, que posee varias fuentes de diversa mineralización, que va desde la Capuchina con trece gramos y medio, a la de San Vicente, oligometálica. Su aplicación debe realizarse con cuidado partiendo de las fuentes menos mineralizadas.

La acción bienhechora que producen las aguas es reforzada por el clima, el reposo así como por la mecanoterapia y otros tratamientos hidroterápicos (baños, duchas, etc.) y los baños de sol que mejoran la nutrición favoreciendo los cambios orgánicos.

El elemento más importante del «tratamiento fisioterápico» es la «diatermia». Aigmard en 1921 la utilizó, encontrando la desaparición de las reacciones vesiculares dolorosas generalmente antes de la sexta sesión, a veces después de la décima, comprobando su efecto descongestionante y analgésico. Aigmard mismo la aplicó en las reacciones vesiculares provocadas durante la cura de aguas de Vichy encontrando con ella una mayor tolerancia, que hacía posible la intensificación de la cura. Para actuar con la diatermia sobre la región vesicular se utilizará un electrodo metálico de 12×15 cm. sobre la parte anterior de la región y otro igual detrás, aplicados ambos sólidamente a la piel. La intensidad se irá elevando progresivamente hasta los 1.500 ó 2.000 miliamperios, durando las sesiones media hora.

En las colecistitis subagudas y crónicas influyen favorablemente; los espasmos vesiculares en los litíasicos recientes en período de crisis, son aliviados mediante la diatermia repetida dos veces por día. Muchas vesículas sensibles a la palpación que no pudieron modificarse con otros procedimientos lo han sido con éste. Las pericolecistitis en el tiempo en que las adherencias son aún laxas son susceptibles de disminuir. Por el contrario no se utilizarán en aquellos casos con colesterinemia alta y una hipertensión elevada con vesícula indolora a la palpación.

Ya Aimard con Rouzard publicó una estadística de más de 7.000 sesiones de diatermia abdominal durante la cura de Vichy, demostrando el gran interés que tenía la aplicación de este tratamiento durante la época balnearia. Más modernamente Bordier y G. Boisson (5) insisten en el uso conjuntamente de aguas y diatermia. Sus experiencias en Aix-en-Provence con aguas oligometálicas les han demostrado la gran ventaja de esa asociación comprobada más tarde para otras aguas. Como técnica recomiendan que después de haber bebido el enfermo un vaso de agua se eche, poniéndole un ancho electrodo delante y otro detrás; la corriente se eleva progresivamente hasta los 3.000 miliamperios. En cuanto aparece el sudor un segundo vaso, 20 minutos después un tercero y al cabo de media hora o tres cuartos una fricción seca.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.—Durante mucho tiempo han sostenido criterios contradictorios médicos y cirujanos sobre la operabilidad de la colecistitis, en la que los diversos puntos de vista de unos y otros im-

pidieron el desarrollo de la cirugía biliar dándole un mayor carácter de gravedad, ya que la conducta médica de espera, daba lugar a que los casos intervenidos lo fueran en un estado en que la operación aumentaba de mortalidad, al crear mayores dificultades técnicas y disminuir las resistencias, contrastando con el espíritu intervencionista de los cirujanos, que llegaron a compararla a la apendicitis, aconsejando la operación en cualquier momento que fuera diagnosticada. Hoy han llegado esos distintos criterios a coincidir en muchos puntos, dando lugar a la limitación de unas indicaciones bastantes precisas, basadas en la necesidad de no operar ni demasiado pronto ni hacerlo demasiado tarde.

Los casos de colecistitis agudas o las crisis de cólicos hepáticos, pueden constituir una indicación, en todo momento en que la intensidad de los dolores, muy grandes, que no calman con morfina, hace temer una intensa participación del peritoneo que nunca podremos precisar hasta donde va a llegar, pudiendo quizás ser seguidos de una perforación. La aparición de síntomas peritoneales intensos nos hará realizarla con toda urgencia; igualmente si encontramos una fiebre elevada indicándonos una supuración o una forma gangrenosa; constituyen la llamada indicación vital.

Las colecistitis crónicas con accesos de repetición son de indicación operatoria cuando su frecuencia da lugar a una vida de sacrificio, no siendo posible con el tratamiento médico llevarle a una mayor tolerancia de la vesícula. Estas intervenciones deben realizarse a tiempo o sea antes de que las complicaciones se agreguen al estado vesicular, produciéndose angiolitis que perturba el funcionamiento hepático y aumenta la infección, y adherencias peritoneales que agravan las dificultades técnicas, con la mayor duración de la operación y consiguiente peligro para el enfermo. El temor al morfínismo en los enfermos con ataques frecuentes, como indicación operatoria por sí misma, ha perdido mucho terreno, pues son numerosos los sucedáneos de la morfina menos perjudiciales. Por el contrario la hidropesía vesicular constituye una indicación precisa debiéndose intervenir prontamente, pues en estos casos la operación resulta bastante benigna.

La ictericia que se encuentra en muchos enfermos después de un cólico hepático no constituye por sí una indicación en aquellos casos en que su duración es pequeña, 6-8 días, pero cuando se trata de una obstrucción de colédoco es muy difícil que con tratamiento médico pueda lograrse la movilización del cálculo con expulsión en el intestino, de manera que constituirá un caso franco de la cirugía biliar. Ante este punto surge el problema de cuándo se deberá operar. Ha sido fijado con cifras por muchos autores; Chauffard dijo: «ni más ni menos de un mes», otros autores le han limitado de distinta manera, siendo el menor período de dos semanas. En este como en todos los problemas médicos no puede intentarse su resolución con fórmulas matemáticas, ya que los factores que en él intervienen no son nunca los mismos; para decidirnos nos fijaremos en el estado del paciente

realizando la operación sin precipitaciones cuando el diagnóstico esté asegurado y el enfermo en las mejores condiciones, realizando antes una preparación cuidadosa pues los sondajes duodenales podrán modificar la intoxicación del paciente. De ninguna manera debe esperarse a que aparezcan los síntomas graves; pues cuando se presenta la «hemorragia colémica» no sólo empeoran las condiciones de operabilidad sino que constituye una contraindicación. La aparición de escalofríos y fiebre séptica en los primeros días de una ictericia nos lleva a una indicación vital de la cirugía.

A todo colecistítico que va a operarse le debemos hacer un detenido estudio preoperatorio seguido de una cuidadosa preparación que mejore sus defensas en el acto operatorio. Bengolea y Velasco Suárez (2) aconsejan antes de intervenir a los ictericos una investigación muy completa, posible casi únicamente en el medio hospitalario: 1.º, Estudio de la función pigmentaria (sondaje duodenal, examen de materias fecales, orinas y sangre buscando presencia y cantidad de pigmentos); 2.º, Prueba de la función glucogénica (examen de orina y glucosuria alimenticia); 3.º, Investigación de sales biliares en orina y hemoconias en sangre; 4.º, Función proteopéptica (prueba de Widal); 5.º, Función sanguínea (tiempo de hemorragia, coagulación y resistencia globular); 6.º, Función proteica (concentración ureica en orina, amoniuria, aminoaciduria, coeficiente azotúrico, concentración ureica en la sangre). En los no ictericos no es necesario someterles a la totalidad de las pruebas funcionales, bastando un buen examen clínico y algunas de ellas generalmente la de la función sanguínea.

La preparación sucesiva tratará de corregir las deficiencias encontradas. Se le colocará en reposo, dándole una alimentación suficiente rica en feculentos y productos azucarados, jugos de frutas, introduciéndole al mismo tiempo insulina para movilizar y aumentar las reservas hepáticas. Se inyectará urotropina por vía intravenosa como desinfectante de las vías biliares y se aplicará calcio por vía intravenosa sobre todo en aquellos casos en que esté aumentado el tiempo de coagulación y de hemorragia, realizando si es necesario, su modificación con pequeñas transfusiones (Gosset).

La anestesia nunca se hará con cloroformo que es un veneno para el hígado, se utilizará el éter y en el caso de que la cifra de urea sea elevado será preferible hacerlo con raquídea alta y local.

La operación de elección parece ser la colecistectomía aconsejándose no ligar el cístico al ras del colédoco; pues puede producirse una estrechez de éste y a veces una fístula, ni dejar demasiado muñón que pueda permitir una nueva formación de vesícula. El drenaje del colédoco se hará cuando hay colangitis, dejando el peritoneal cuando haya peligro de hemorragia o infección, deberá retirarse pronto.

La colecistostomía que ha ocupado durante mucho tiempo un primer plano ha sido relegada a aquellos casos en que no puede hacerse la cole-

cistectomía, sea por mal estado del enfermo o por dificultades técnicas. Robinson y Camb (27) consideran que la colecistostomía da buenos resultados, mientras está puesto el drenaje; pues se alivia el éstasis y la congestión; pero al retirarle y cerrarse la fístula, vuelven los mismos elementos a producirse.

También se ha utilizado la intervención «en corto circuito» colecistogastrostomía, colecistoduodenostomía. Los cirujanos antes citados la aconsejan como la operación adecuada en casos de colangitis con vesícula biliar sana y cístico permeable, cuando la cabeza del páncreas se encuentra dura.

De las complicaciones post-operatorias son frecuentes las pulmonares, más en el invierno, apareciendo generalmente en los tres primeros días. Los vómitos que se producen en los hepáticos operados dando lugar a la dilatación gástrica, son atribuidos por Bengolea y Velasco Suárez a la insuficiencia hepática, observándose retención de urea; utilizan suero glucosado y tónicos cardíacos con lavados gástricos en cuanto los vómitos pasan de 24 horas.

Practicada la intervención y aunque se haya hecho la colecistectomía son muchos los enfermos que poco tiempo después o luego de un mayor período de bienestar, vuelven a sentir molestias del mismo tipo unas veces y distintas otras, variando mucho también su intensidad. Estas consecuencias de la colecistectomía han sido atribuidas a distintas causas: Gallart en su comunicación al Congreso de la litiasis biliar celebrado en Vichy, cree que los litiásicos colecistectomizados sufren: a) porque nuevos cálculos se forman en las vías biliares; b) porque además de su litiasis estaban afectos de otra lesión que pasó desapercibida; c) porque puede quedar una lesión orgánica coledociana o pancreática, caso muy excepcional; d) por una serie de motivos que nosotros ignoramos hasta el presente. Estas causas cree que hay que buscarlas fuera de un trastorno local no concediendo gran papel ni a las perivisceritis ni a las hepatitis secundarias. Donnet (15) concede gran importancia a la dilatación de los canales extrahepáticos y del muñón del cístico. En sus experimentos ha observado que a los 30 días empieza la dilatación de los extrahepáticos en el perro, la vesícula biliar no se reproduce, únicamente se produce ectasia del cístico, degeneradas las paredes se altera profundamente el mecanismo de la excreción biliar, dando por resultado un imperfecto metabolismo de las grasas y sustancias nitrogenadas. También ha encontrado que la flora microbiana intestinal sufre una exaltación. Estos hechos le han llevado a la conclusión de que la vesícula no debe extirparse más que si la función está profundamente alterada. Bengolea (2) les cree debidos muchas veces a causas locales: adherencias, insuficiencias colecistíticas, hepatitis o aumento de la constipación con mayor absorción de toxinas y micro-organismos. Girard (9) hace intervenir en su producción cuatro factores: hepático-humoral, infeccioso, mecánico y simpático.

La frecuencia con que se presentan las secuelas post-colecistectomía, trae consigo la necesidad de aplicar un tratamiento no sólo en el caso de que ellas se produzcan, sino como medio profiláctico que dificulte su aparición. Carro, en el Congreso de aparato digestivo que se celebró en Valencia (7) y más tarde en el de la litiasis que tuvo lugar en Vichy (8), ha insistido sobre este problema, subrayando la necesidad de que el cirujano inculque al enfermo la idea de que a pesar de operarse tendrá que seguir sometido a un régimen alimenticio y medicamentoso, naturalmente menos riguroso, acomodado a la mejoría sintomática de las molestias, considerando en este aspecto tan grande la responsabilidad del cirujano como la del médico que permite el paso del tiempo más oportuno para la intervención.

Girard en su ponencia al Congreso de Vichy sobre «Tratamiento médico hidrológico de las secuelas de la colecistectomía» establece la necesidad de dirigir el tratamiento sobre el fondo hepático-humoral, el estado infeccioso latente o supuesto, los trastornos de orden mecánico y sobre las reacciones dolorosas y nerviosas.

Al enfermo no se le dejará levantar sino después de algún tiempo, se le aplicarán sesiones de paños calientes en el epigastrio. El régimen será de pequeñas comidas, pobre en grasas, carnes, verduras, especias, utilizándose como medicación, medicamentos hepatobiliares, digestivos y analgésicos si son necesarios, reglas higiénicas, prácticas fisioterápicas y creoterapia.

A veces puede ser necesaria todavía una reintervención en aquellos casos en que recidivando los cólicos hepáticos, va seguido uno de ellos de una ictericia crónica. Rara vez se trata en estos casos de cálculo del colédoco sino lo más frecuente de pancreatitis inflamatorias, algunas veces de adherencias fibrosas, pericolédocas y en muy pocas ocasiones de coledocitis inflamatoria y estenosante (Charrier y Thalheimer). Con la coledocotomía seguida de drenaje del conducto se pueden obtener resultados definitivos.

La fístula biliar post-operatoria es una complicación muy grave con un tratamiento quirúrgico que da gran mortalidad y de resultados inseguros. Las adherencias en algunos casos pueden hacer necesaria la reintervención; pero se deberá esperar bastante pues puede mejorar y hay que tener en cuenta la posibilidad de que aparezcan más después de reoperar.

Para terminar vamos a citar dentro del tratamiento quirúrgico de la litiasis el propuesto por Tzovaru (30) últimamente, fundado en una nueva idea sobre su patogenia. Según este autor la hipercolesterinemia, uno de los factores que crean la litiasis, es debida a un desarrollo excesivo de la cortical de las suprarrenales. Para hacerla desaparecer cree posible la supresión de la corteza suprarrenal, por irradiación o por ablación, de una de las glándulas, considerándola indicada después de una operación sobre

las vías biliares por cálculo voluminoso. No conocemos nuevos trabajos que nos indiquen el valor que puede concederse a este procedimiento, ahora en completa iniciación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—BALTACEANO et G. NICOLESCO.—*Recherches expérimentales sur les cholagogues*.—Arch. mal. app. dig. et de la nut. Febrero, 1931.
- 2.—BENGOLEA.—*Le traitement de la lithiase biliaire au point de vue chirurgical*. Arch. mal. app. dig. Diciembre, 1927.
- 3.—BENGOLEA et VELASCO SUAREZ.—*Consideration médicales et chirurgicales sur les affections de la vésicule et des vois biliaires*. Arch. mal. app. dig. Noviembre, 1928.
- 4.—BINET.—*Les typhlo-cholécystites chroniques et leur traitement hydromineral*. Comunicación a la Sociedad de Hidrología de Paris. 7 Febrero, 1927.
- 5.—BORDIER.—*Diathermie et diathermoterapie*.
- 6.—BORDIER and BOISON.—*Combined methods of treatment: Waters and Dya-thermy*. Archives of medical Hidrologie. Mayo, 1932.
- 7.—CARRO.—*Resultados lejanos de la colecistectomía*. Comunicación al Congreso de aparato digestivo de Valencia. Marzo, 1931.
- 8.—CARRO.—*Surveillance médicale des cholécystectomises*. Congreso litiasis biliar. Vichy, 1932.
- 9.—*Ponencias y comunicaciones al Congreso de la litiasis biliar*. Vichy, 1932.
- 10.—CORACHAN.—*Las operaciones de derivación interna de la bilis*. «Revista Médica de Barcelona», núm. 25. 1926.
- 11.—CHIRAY et PAVEL.—*La conception dualiste de l'appareil hépato-vésiculaire*. «Paris Medical». 8 Marzo 1930.
- 12.—CHIRAY PAVEL y J. MARIE.—*Pathogenie et traitement de la cholécystite chronique non lithiasique*. «La presse médical». 13 Octubre 1926.
- 13.—DAMADE.—*Etudes sur le tubage duodenal*. 1926.
- 14.—DESGEORGES.—*Lithiase biliaire et colibacillose*. Arch. app. dig. Noviembre, 1929.
- 15.—DONNET.—*Patología de las secuelas de la colecistectomía*. «Presse Medical». 28 Septiembre 1932.
- 16.—HAMANT-DROUET.—*Cholécystite aigüe avec ictère prolonge, drainage médical des vois biliaires*. Guérison. Arch. mal. app. dig. Mayo, 1930.
- 17.—EINHORN.—*Quelques exemples de la guérison spontanée de la lithiase vesiculaire et de la nécessité des interventions chirurgicales complementatres*. Arch. app. dig. Mayo, 1926.
- 18.—FALLON.—*Cholécystectomye*. Archives of Surgery. Abril, 1929.
- 19.—FOWLER.—*Analysis of operatively demonstrated lesions of the gall bladder and bile duets from the stand fpoint of early diagnosis*. «Long. Island Med. Journ.» Agosto, 1921.
- 20.—JAMIN DE CHATELGUYON.—*Le traitement médical des cholécystectomies*. «Lyon Medical». 8 Abril, 1928.
- 21.—MOUTIER.—*Traitement des etats vesiculaires douloureux par les eaux sulfatées sodiques faibles*. Arch. des mal. app. dig. Julio, 1930.
- 22.—PELAEZ.—*Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar*. «Medicina Ibera». 15 Agosto 1931.
- 23.—PRADO TAGLE.—*Lithiase biliaire*. Arch. app. dig. Mayo, 1928.
- 24.—RAMOND, BORCESCO et ZIZINE.—*Etude des quelques cholagogues par la methode de Wetzler-Lyon*. «Bulletin de la Société med. des hop. de Paris». 31 Julio 1925.
- 25.—RIBAS y RIBAS.—*Tratamiento quirúrgico de las colecistitis*. «Revista Española de Medicina y Cirugia». Enero, 1921 y Enero, 1923.
- 26.—RIBAS y RIBAS.—*Resultados tardíos de la colecistectomía por litiasis biliar*. «Medicina Ibera». 16 Julio 1927.
- 27.—ROBINSON and CAM.—*Schor circuit operations in the treatment of cholécystitis*. «The lancet» 29 Marzo 1930.
- 28.—RODRIGUEZ PINILLA.—*Hidrología*.

29.—ROGER.—*Traité de médecine*. Tomo XV, 1928.

30.—TZOVARU.—*Note sur une nouvelle orientation dans la therapeutique pathogenique de la lithiase biliaire*. Arch. app. dig. Junio, 1931.

31.—URBANI.—*Le recidive dell ecoliche hepatiche*. «Il policlinico», 3 Septiembre 1928.

32.—WALTON.—*An address on some modern aspects of cholecystitis and cholelithiasis*. «The Lancet», 15 Febrero 1930.



Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
Y HERIDAS DIFERENCIAS 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)

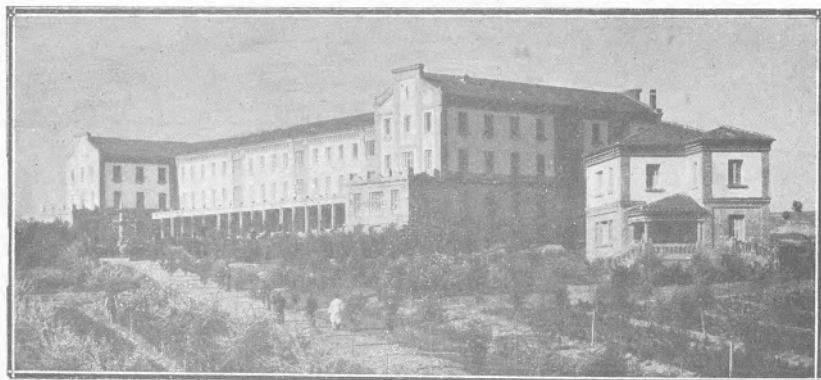
Imprenta Castellana

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

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

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

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

PALENCIA

CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA DE SEVILLA

PROFESOR: DOCTOR J. ANDREU URRÁ

Aportación al estudio de la atelectasia pulmonar parcial

por José Manuel SANTIANO

Médico interno

Nos proponemos en estas breves líneas, hacer resaltar algunos pequeños datos que nos llevan al diagnóstico diferencial entre procesos tan distantes como son aquellas sombras radiográficas de extensión a uno o dos lóbulos pulmonares y correspondientes unas veces a paquipleuritis consecutivas a anteriores derrames en la cavidad de la serosa pleural, a infiltraciones pulmonares de diversa etiología, tales como pneumonías que cursan atípicamente y de resolución lenta, de origen tuberculoso; atelectasis, etc., etc., y que en la película radiográfica aparecen a primera vista con límites más o menos correctos, oscuras, de extensión variable y difíciles de interpretar en muchas ocasiones.

Es ya conocido de todos, la sintomatología que acompaña al llamado por Pasteur en 1870, «colapso masivo agudo atelectásico de pulmón», disnea súbita, cianosis bien manifiesta, taquicardia, dolor intenso en el hemitórax afecto, expectoración mucosa; por exploración física y radiológica retracción grande de los espacios intercostales, escasa movilidad respiratoria de dicho hemitórax, matidez absoluta, desaparición del murmullo vesicular o disminución muy acentuada del mismo, vibraciones vocales aumentadas, broncofonía, inmovilidad del hemidiafragma correspondiente y elevación del mismo, los órganos del mediastino desviados y como aspirados hacia el lado afectado, incluso la tráquea, sigue esta lateralidad. A todo este conjunto de síntomas se le asocia, según Jacobeus, unas presiones intrapleurales, comprobadas manométricamente de -20 a -30 y conocido con el nombre de signo del autor.

A parte de estos casos de presentación súbita, aguda, existen otros muchos, quizás más abundantes de lo que anteriormente se suponía que comienzan solapadamente, sí dan alguna sintomatología, pero nunca alarmante, y en último extremo, algún otro que pasa desapercibido y sólo radiológicamente o al instalar un pneumo se llega al diagnóstico.

Entre las causas ocasionales, también bien estudiadas en la actualidad, hácese un grupo con aquellas que parten de la periferia del bronquio, broncoestenosis exógenas, como las debidas a un saco aneurismático aórtico,

neoplaxia del mediastino o pulmonares, adenopatías traqueobronquiales, próximas zonas de parenquima pulmonar infiltrado, etc., entre las causas endógenas, carcinomas bronquiales, cuerpos extraños que fueron deglutidos, pasando a las vías respiratorias y consiguieron llegar a un bronquio, después de hemoptisis o en las diseminaciones ocurridas por vías broncógenas que formaron tapones obturadores, otras son referidas a tapones mucosos formados por la secreción abundante de las paredes bronquiales. Otros reconocen una etiología refleja, como las presentadas en las intervenciones quirúrgicas de abdomen, recto; heridas de tórax por armas de fuego, parálisis diafragmáticas post diftéricas, poliomielitis, etc.

Hemos tenido ocasión de observar el siguiente caso:

HISTORIA CLINICA

Enferma, María M. de Galorza, 15 años; en un establecimiento benéfico desde los 4 años.

Antecedentes familiares.—Su madre, fallecida en la época de su ingreso en dicho Centro. Su padre y un hermano más pequeño, en buen estado de salud.

Antecedentes personales.—Sarampión de pequeña, no menstrúa, no es propensa a padecer catarros.

Enfermedad actual.—Al principio de Octubre del año 33, empezó a sentir frecuentes cefalalgias, náuseas y vómitos, éstos principalmente después de la comida de la noche, anorexia, tristeza; algunos días después fiebre vespertina, tos seca y pérdida de peso, siguiendo con estos síntomas hasta el día en que la vemos, 19 de Diciembre del 33.

Lo que come le sienta bien, deposiciones normales, sólo dos o tres días estreñida y ligeras molestias abdominales, orina bien, ligera disnea de esfuerzo.

Exploración.—Buen estado de nutrición, piel y mucosas bien coloreadas. Boca, faringe y cuello, nada patológico.

Aparato respiratorio: Movilidad respiratoria disminuída en hemitórax izquierdo. Submatidez en vértice izquierdo ambos planos y ligera submatidez en el resto del plano posterior de este hemitórax. Estertores húmedos abundantes en esta región apical. Soplo bronquial en esta zona, típicamente anfórico en fosas supra e infraclaviculares, algunos rones pleurales. Disminución grande del murmullo vesicular en zonas correspondientes al lóbulo inferior del mismo pulmón. Vibraciones vocales aumentadas en todo él.

Hemitórax derecho: Nada patológico por exploración y sí un murmullo vesicular vicariante.

Aparato circulatorio: Matidez cardioaórtica normal. Refuerzo de tonos en punta.

Abdomen: No hay dolor en ningún punto.

Manthoux: positivo fuerte. Bacilos de Koch negativos en tres exámenes. Leucocitosis con linfocitosis. Curva térmica entre 37 y 38°.

Se le hace una placa radiográfica número 1, donde apreciamos una gran infiltración que ocupa todo el lóbulo superior izquierdo y una sombra densa en el resto del pulmón; órganos del mediastino atraídos hacia este lado, el borde a la derecha del esternón completamente rectilíneo y tráquea

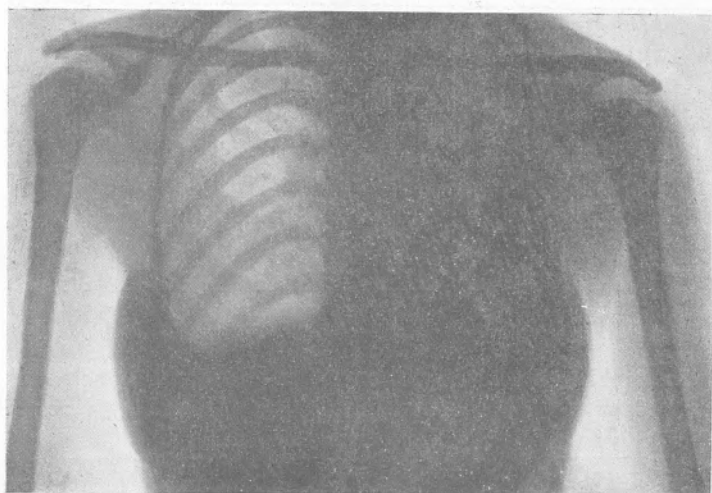


Fig. 1

igualmente desviada a la izquierda: en radioscopia notamos una inmovilidad del hemidiafragma izquierdo.

Con los datos que anteceden, pensamos se trataba de una tuberculosis cavitada del lóbulo superior y que la sombra radiológica correspondería a una paquipleuritis, restos quizás de un anterior derrame en la serosa y que explicase la desviación del contenido mediastínico por adherencias, así como la elevación del hemidiafragma.

Tratándose de una forma de evolución reciente, el encontrarse cavitada y por tanto con gran posibilidad de diseminaciones de cualquier tipo que hacían prever un pronóstico muy serio, nos decidimos a intentar un colapso pulmonar por medio del pneumotórax, encontrándonos con la sorpresa, ya prevista por mi maestro el doctor Andreu, que hizo el diagnóstico de atelectasia una vez examinada la primera radio, de unas presiones iniciales intrapleurales, comprobadas en el manómetro del aparato del pneumotórax de -7 -11 y después de la insuflación de 300 centímetros cúbicos de aire, de -4 -8, demostrando una cavidad de las serosas libre y por tanto un buen colapso pulmonar. Efectuada una segunda placa número 2, presentó colocación del mediastino en su sitio, un colapso mediano y sólo correspon-

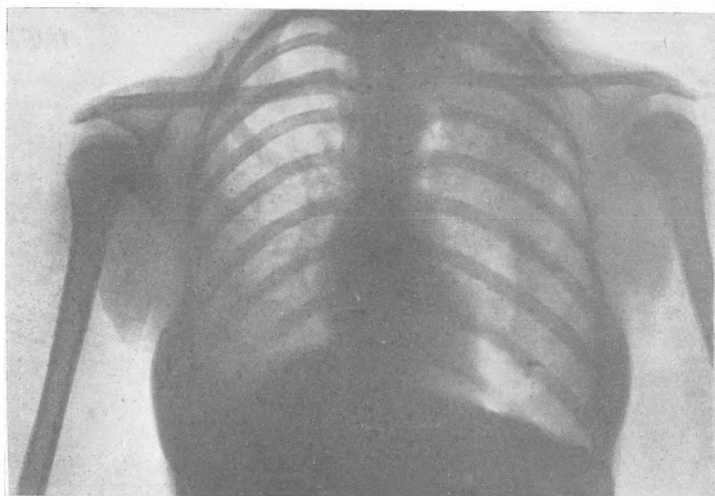


Fig. II

diente a la sombra vista en la primera radio, abundantes adherencias en la zona infiltrada y la base del pulmón separada del diafragma describiendo

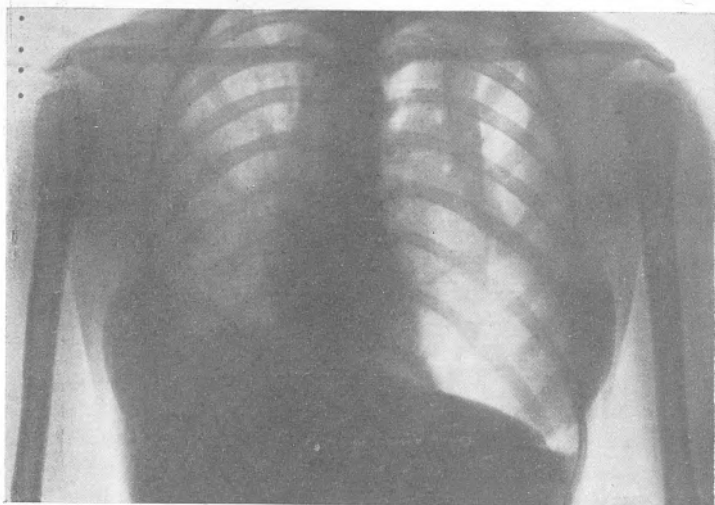


Fig. III

una línea curva de concavidad inferior, verdadero molde del músculo diafragma.

En un segundo pneumo obtenemos unas presiones iniciales de -14 -21 e

inyectamos 500 centímetros cúbicos en las insuflaciones siguientes, presiones altamente negativas de -22, -29, -30 (signo de Jacobeus) y las finales siempre negativas.

Se prosigue el pneumo, mejorando la enferma subjetivamente, aumentando el peso, disminuye la tos, no expectora, buen apetito, por auscultación persisten los síntomas de auscultación, no fué posible despegar las adherencias del lóbulo superior, no ha presentado nunca bacilos de Koch en el esputo; posteriormente hubo necesidad de abandonar el pneumo, instaurándose un tratamiento con sales de oro.

CONCLUSIONES

1.^a Son muchos los casos de atelectasia pulmonar parcial que nos quedan por diagnosticar debido a la falta de sintomatología subjetiva y objetiva que presentan los enfermos.

2.^a El valor diagnóstico de una investigación radiológica donde podamos comprobar inmovilidad del hemidiafragma del lado afecto, desviación de los órganos del mediastino y la punción intrapleurales sistemática de todo caso dudoso, obteniendo en estos casos presiones grandemente negativas de -20 a -30 o más.

3.^a La conveniencia de no desechar la práctica del pneumotórax en enfermos que por el tipo de sus lesiones creamos indicado éste ante un clisé radiográfico que haga presumir la existencia de adherencias, sin antes comprobar la presión intrapleurales.



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

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, angiolocolitis (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

La cauterización en el tratamiento de las neuralgias faciales esenciales

por el doctor SÁENZ DE LA CALZADA, (I).—(León)

Ya en el año 1927 y con motivo del XI Congreso Dental Español, nos ocupamos en una comunicación que allí llevamos, de esta terrible dolencia, señalando las ventajas de su tratamiento por el galvano-cauterio.

Recordamos que aquella comunicación dió lugar a ensayos con resultados diversos, en algunos núcleos de la profesión, e incluso sirvió de materia a un luminoso artículo de una de las figuras nacionales de la Odontología.

Hoy, después de siete años, volvemos sobre el mismo tema, siguiendo con las mismas convicciones que entonces expusimos, e insistimos nuevamente, porque aún seguimos viendo en las literaturas médica y odontológica, las más complicadas intervenciones, peligrosas algunas veces, incluso para la vida del enfermo, ideadas para el tratamiento de esta temible dolencia, desechando o ignorando el simple procedimiento eficaz que a continuación exponemos. Racional con arreglo a la etiología periférica que nosotros suponemos a la neuralgia facial esencial y de resultados satisfactorios, que además contrastan con los inciertos de cuantas intervenciones han sido preconizadas para la curación de la prosopalgia.

Empezaremos por decir que no admitimos que en las neuralgias esenciales de Sicard exista lesión alguna en los troncos ni ramas del trigémino. No admitimos, pues, la lesión o espina irritativa que radique sobre troncos nerviosos o sobre núcleo sensitivo.

Para nosotros, la causa es periférica, pensando en una estructura particularísima de las terminaciones nerviosas, o de la mucosa, o de ambas a la vez, responsables de las manifestaciones dolorosas que constituyen esta entidad nosológica.

En favor del origen periférico tenemos, que la zona algógena es siempre menor que la de distribución nerviosa terminal del tronco que corresponde a la región dolorosa (canino, primer molar, ángulo formado por ambos maxilares).

Por otra parte, si no fuera periférico su origen, no sería posible en ningún caso obtener resultados positivos con este tratamiento.

Admitiendo el origen periférico exclusivo de la neuralgia facial esencial, el tratamiento ha de ser también, en justa lógica, periférico.

Consideramos improcedente la complicada cirugía del ganglio de Gasser, tan abundante en secuelas (queratitis atróficas, meningitis) y la tachamos de amoral en la mayoría de los casos.

Las alcoholizaciones altas de los troncos nerviosos, e incluso las periféricas, y la que pudiéramos llamar clásica, a nivel de la espina de Spix, para

las neuralgias de la tercera rama, las consideramos como tratamiento de excepción.

Es cierto que se obtienen muchas veces resultados positivos con estos procedimientos neurolíticos. Cuando así sucede, es que el total de las terminaciones nerviosas productoras de la algia, dependen del tronco atacado en el tratamiento; no siempre ocurre esto, y de ahí los fracasos.

Pero repito, aun cuando se obtienen éxitos, son procedimientos a los que no hace falta llegar de primera intención; es cortar demasiado por lo sano, inutilizando un nervio que no había necesidad, con todos los inconvenientes y ulteriores molestias para el paciente, exponiéndose además a originar, por acción tóxica o traumática de la intervención, una verdadera neuritis que antes no existía, pudiendo convertirse en una lesión nerviosa que pudiéramos decir de tipo ascendente, capaz incluso de determinar esas alteraciones del ganglio de Gasser de que frecuentemente se habla.

Es preciso ante todo, hacer un diagnóstico diferencial con las simples odontologías por pulpitis o periodontitis. Hemos visto confundirlas y de aquí la importancia enorme que nosotros concedemos a la radiografía, antes de empezar tratamiento alguno.

Ténganse asimismo presentes otros síndromes dolorosos bucales (simpatalgias (frecuentes), neuralgias glosofaríngeas (raras), etc.).

Hay que considerar que el dolor se inicia en un solo punto y no en todo el territorio donde se extinguen los filetes sensitivos de los nervios maxilares. Que este punto o zona (que no corresponde a los clásicos puntos de Valleix) no es siempre el mismo, advirtiéndose por lo general al nivel de la fosa canina, primer molar y circunstancialmente detrás del cordal superior.

El procedimiento aconsejado por nosotros es la cauterización actual aplicada de la siguiente manera: Tras la avulsión previa de raíces y piezas dentarias inútiles que haya en la zona correspondiente, y después de administrar al paciente una dosis alta de cualquiera de los analgésicos del comercio, al objeto de aminorar en lo posible las molestias de la intervención, tomamos el galvano y practicamos una serie de cauterizaciones punteadas, no sólo en la zona en que inicia el dolor accesional, sino extendiéndonos a todo el lado correspondiente.

Cuando se trata del maxilar superior, cauterizamos también en la parte vestibular hasta el repliegue que forma la mucosa del carrillo con la encía, todo el borde gingival donde no haya piezas dentarias y la mitad del paladar correspondiente.

Aplicamos unos doscientos puntos aproximadamente, procurando dejar bien cauterizada toda la región.

En la mandíbula, el procedimiento es equivalente.

Si el paciente es muy sensible, ya que durante el tratamiento sobrevienen accesos dolorosos, lo hacemos en dos sesiones.

A continuación tocamos la parte quemada con una solución de cloro-

formo yodado al 1 por 16, permitiéndonos asegurar al paciente que no volverá, al menos en mucho tiempo, a tener más dolores.

El alivio se inicia inmediatamente, y la completa curación se hace a los dos o tres días.

Por lo general, con una sola aplicación se cura la enfermedad de una manera definitiva. Sin embargo hemos tenido casos de recidivas, entre los cinco meses y tres años.

Estas recidivas las explicamos porque la mucosa, o terminaciones nerviosas originarias del dolor, recobran su peculiar estado anterior.

Tenemos noticia de que alguno de los compañeros que han ensayado este procedimiento no han obtenido resultados positivos.

Ahora nos preguntamos nosotros: ¿Han hecho bien el tratamiento, es decir, sin regateo de puntos de cauterio?

¿Es, o no, esencial la neuralgia que han tratado? En este caso no hay que extrañarse del fracaso.

Lo mismo ocurre si previamente se han empleado otros tratamientos, porque en este caso, si se han usado las inyecciones neurolíticas, o la neurectomía por arrancamiento, pueden producir, como hemos dicho, verdaderas neuritis originarias del dolor, es decir, auténticas neuralgias secundarias, que en un principio no existían, y que requieren otra terapéutica.

Para resumir, insistiremos sobre la conveniencia de la cauterización profusa, tal como hemos indicado, capaz de curar esta tan terrible dolencia, ya que no existe dolor que pueda ser comparado a la neuralgia facial. Al mismo tiempo el profesional logra verse libre de la pesadilla que constituyen estos enfermos.



FERMENTOS LÁCTICOS

VIAN

Para combatir con éxito la diarrea infantil

LACTO-LEVEL

Los bacilos lácticos contenidos en el cultivo vegetal **LACTO-LEVEL**, atraviesan el estómago sin dejarse modificar por el jugo gástrico, llegando vivos y en plena actividad al intestino, donde procrean inmediatamente.

Unión de dos bacterias aínas y complementarias: **BACILLUS BULGARICUS** de MASSOL y **GRIGORIOF** y el **BACILLUS LACTICUS** de PASTEUR

Presentado en:

Solución
Gotas
Ampollas

MUESTRAS Y LITERATURAS:

LABORATORIO LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BRACELONA

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA

TONICO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

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

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

El cáncer de la piel en nuestra región ^(*)

por el doctor Eduardo LEDO DUNIBE

Entre los temas que puede abordar un dermatólogo, ante un público compuesto en su mayoría de médicos generales, se me antoja que ninguno es más importante que el elegido.

El cáncer cutáneo marca su trágica realidad en nuestra Región, de modo tan señalado, que en la enumeración por orden de frecuencia de la mortalidad por cáncer, nuestras provincias ocupan puestos, desgraciadamente de primera línea.

Rompe la marcha Valladolid, que ocupa el primer lugar de la enumeración con 1 por 1.000 de la mortalidad. Después de Barcelona y Madrid, grandes focos de atracción de los desvalidos de la Península entera, por sus grandes centros hospitalarios, vienen Burgos y Palencia, en el 4.º y 5.º lugar respectivamente; Salamanca y Soria con Avila, ocupan los puestos 7.º, 8.º y 9.º. Más retrasadas aparecen Segovia, Logroño y Zamora; que correlativamente van del 15.º al 17.º puesto y para vuestra suerte, León aparece con el número 24 de esta siniestra lista.

Esto en cuanto al cáncer en general considerado como factor de mortalidad.

Si analizamos las cifras que nos suministran las publicaciones oficiales del Ministerio del Trabajo, nos vemos sorprendidos por la no correspondencia del índice de mortalidad del cáncer en general, cuando se le compara con el índice de mortalidad del cáncer de piel. Salamanca da un 4,56 por 100.000 habitantes y ocupa el sexto lugar de la mortalidad por esta causa. Luego siguen a distancia Avila, Soria y Segovia (18.º, 21.º y 23.º lugar), Palencia (26.º), Zamora (28.º), León ocupa el puesto 29 con un 2,78 por 100.000 habitantes, Valladolid pasa al 35 lugar con 2,51 y cierra la lista Burgos con el lugar 43 y un 2,09 por 100.000 habitantes.

Ante datos tan dispares no es fácil sacar conclusiones.

No nos ha parecido acertado estudiar o pretender estudiar la frecuencia del cáncer de la piel en las estadísticas de mortalidad. La mortalidad por el cáncer de la piel, aunque en las estadísticas oficiales ocupa el cuarto lugar, no nos parece refleje de modo fiel la morbilidad. Veamos por qué.

Un porcentaje elevado de cánceres de la piel no matan más que al cabo de muchos años de evolución. Frecuentemente el enfermo, aun no tratado convenientemente, muere de cualquier otra cosa o se muere de viejo. Muchos cánceres de la piel son operados o irradiados, y curan. Muchos cánceres de labios bien operados, curan. Y aun algunos, pocos ciertamente,

(*) Extracto de la conferencia pronunciada en el Ateneo Médico, de León, el día 7 de Julio de 1934.

que recidivaron, son reducidos a silencio por una nueva y acertada intervención.

Para estudiar la frecuencia del cáncer de la piel en nuestra región castellano-leonesa, disponíamos de los copiosos archivos de nuestro padre. Pero en ellos por consideraciones que no son del caso, mal podíamos pretender estudiar la repartición geográfica y residencia efectiva de muchos enfermos (a su consulta pública, municipal, del Hospital de Santa María de Esgueva, acudían centenares de enfermos que para beneficiarse de su tratamiento, ocultaban su residencia fingiendo vivir en la ciudad).

Desde el momento en que utilizara este material, falseaba los resultados ya de por sí de difícil interpretación de las cifras estadísticas. Por ello preferimos utilizar las cifras más reducidas y aun así abundantes de nuestra práctica personal privada.

Con ellas hemos compuesto una serie de cuadros que tienen por objeto mostrar de manera ostensible las características del cáncer cutáneo mucoso en nuestra Región.

De cada 100 enfermos cutáneos y sifilíticos (los venéreos han sido excluidos de nuestra práctica ordinaria) encontramos el cáncer en la proporción de 1,48.

De 148 casos observados, 30 correspondían a la ciudad y 118 al campo. De aquellos: 18 eran hombres y 12 mujeres. De los enfermos procedentes del campo: 61 hombres, contra 57 mujeres. En resumen vimos 79 hombres y 69 mujeres. Las cifras que les reparte por provincias tiene un valor muy restringido; son el reflejo de la concurrencia de enfermos de la región. Más interesantes son los cuadros que les reparte por edad y sexo. Para abreviar, reuniéndoles en tres grandes grupos, vemos que hasta los 40 años figuran 6 casos. De los 41 a los 60, el número se eleva a 70 y llega a 72, considerando los que pasan de los 60 años.

En el cuadro III, se expone la topografía del cáncer cutáneo mucoso y es digno de hacerse notar que de 148 cánceres cutáneos mucosos, 130 estaban localizados en la cara, 40 de ellos en la nariz, 13 en la mejilla, 12 en el labio inferior y 5 en el superior, 12 en la región malar, 12 en la comisura interna del ojo, etc.

Al comentar los cuadros debe hacerse notar que la proporción de enfermos de la ciudad y el campo está en la relación de 1 a 4. Sobre 1.000 fichas tomadas al azar, vemos que la proporción entre los enfermos de la ciudad y del campo es aún mayor (en globo). Tenemos el convencimiento de que nuestras cifras, sobre el valor limitado de ser reflejo de una práctica privada, no dan la proporción exacta, ni siquiera aproximada de lo que es el cáncer de piel en Castilla.

Quien haya recorrido los pueblos castellanos con la atención dirigida en este sentido, puede asegurar que en todos ellos hay varios cancerosos de piel que no se inquietan en lo más mínimo por una «buba que les salió hace

años, recubierta por una costra que a veces se desprende al lavarse o al roce y da algo de sangre...» No creo que las cifras oficiales que reflejan mortalidad, ni las nuestras de morbilidad sean exactas, ni siquiera demasiado aproximadas.

En la repartición por sexos coinciden nuestros cuadros con los oficiales y en el cuadro que agrupo los enfermos por la edad, vemos que como se ha hecho notar, en la aparición precoz del cáncer, tiene la mujer triste privilegio y con 2 casos de cáncer antes de los treinta años se afirma en nuestra estadística.

El estudio de la repartición del cáncer, la frecuencia proporcional en los núcleos urbanos y en el campo, encierra para nosotros el mayor interés, ya que en ella hemos de fundamentar una de las condiciones etiológicas invocadas con frecuencia y que aquí adquiere extraordinario relieve; el papel de la luz. La acción del sol se podría invocar en 96 de entre los 148 enfermos estudiados.

La acción del sol, aislada o coincidente con antecedentes locales o generales que pudieran justificar la aparición del cáncer. Es impresionante el que aparte los campesinos, de entre los 30 enfermos de la ciudad, 10 sean o propietarios en el campo, obreros (ferrocarril, albañiles, pintores) o militares con activa vida colonial y de entre las 12 mujeres de la ciudad, cuatro presentaban lesiones de degeneración senil de la piel, una había vivido en Canarias, Puerto Rico, Cuba y Marruecos. El antecedente hereditario se puso en evidencia en 19 casos y a este particular es curiosa la historia por nosotros comunicada a la Academia Española de una familia en la que el cáncer cutáneo se presentó en 11 individuos repartidos entre cinco generaciones. Toda prudencia es poca para enjuiciar el papel de la sífilis en la aparición del cáncer. Es evidente la coincidencia en 16 casos y en ellos el factor irritativo tenía a nuestros ojos un papel de primera categoría. Había algo más que la sífilis. La existencia anterior de nevis congénitos, verrugas, etcétera, se notó en 13 casos y casi siempre consecutivamente a traumatismos, más o menos «terapéuticos». Sobre cicatrices antiguas. Después de un traumatismo reciente, sobre una región aparentemente sana, se consigna en 8 casos.

De lo anterior se desprende que del concepto de las lesiones precancerosas, del papel de las irritaciones, de la multiplicidad de las lesiones, del factor sífilis y del factor más atenuado de la herencia, se deducen las reglas que han de orientar una profilaxis eficaz. En nuestro país ha de concederse al sol un puesto predominante entre las causas etiológicas invocadas.

De la precocidad del diagnóstico y de la acción terapéutica más completamente realizada, dimana el tratamiento científico del cáncer. El cáncer de la piel oportunamente diagnosticado y tratado convenientemente, cura casi siempre.

A nosotros los dermatólogos, en nuestro papel en la lucha contra el

cáncer, nos incumbe, no agitar el espectro de las cifras de mortalidad creando una psicosis colectiva y fomentando fobias en los deprimidos y en los angustiados, sino, demostrar que aunque no siempre nos es fácil prevenir contra el cáncer de la piel y de las mucosas, podemos dominarle cuando a tiempo se le diagnostica.

Ante una lesión sospechosa, por muy banal que sea su aspecto, es necesario hacer prontamente el diagnóstico clínico, completarle con el estudio histológico en breve plazo y ahorrando los traumatismos y las irritaciones inútiles, mejor aún perjudiciales siempre, tratarla de modo completo, todo en el plazo más breve posible.

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
L
E
Z

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

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

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

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

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

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

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

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

Schering



Urotropina Schering

El producto original de pureza absoluta

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

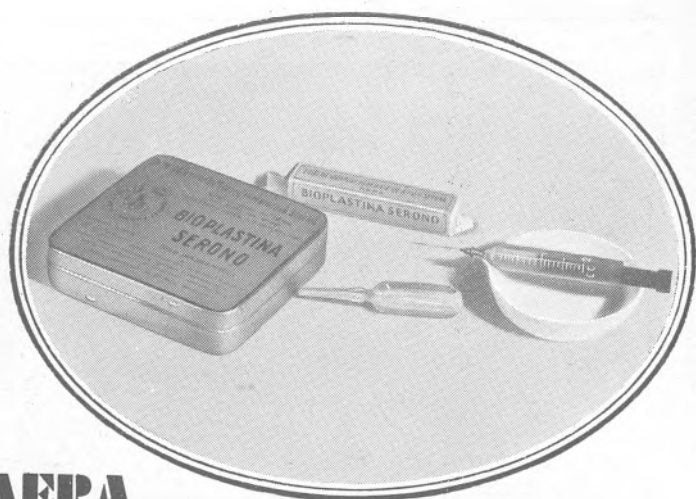
DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECTINAS

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



Sesiones clínicas del Instituto Rubio

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR BERTRAN.—**Sinusitis frontal.**—Se trata de una enferma que vino echando pus por la nariz y que tenía una cicatriz en el párpado superior, por la cual salía algo de exudado; en la nariz tenía el meato medio lleno de pus; con un estilete llegamos hasta el seno frontal que estaba también enfermo, siendo éste el motivo por el que no se curaba nunca esta enferma; tenía también una lesión en el mastoide.

Se le intervino con anestesia general, encontrando un seno amplio, lleno de fungosidades muy extensas, haciéndosele la operación más radical que se hace en estos casos, drenando ampliamente y dejando puesto un drenaje, que se quitará en cuanto esté curada la enferma.

DOCTOR VALLS MARIN.—Esta enferma tenía un absceso de párpado superior con dislocación del ojo y fué al doctor Leoz, quien la dijo que había que abrirle el absceso; se le abrió, vaciándole la cavidad que estaba llena de pus, marchándose curada a su casa, volviendo ahora de nuevo.

Lo más probable es que el absceso que tuvo fuese debido a la sinusitis frontal que se le ha operado ahora y que por lo tanto quedará ya curada definitivamente.

DOCTOR BERITENS (hijo).—**Estenosis pilórica.**—Es un enfermo que hace cuatro o cinco años empezó con dolor del estómago a raíz de un accidente en el que el volante de una máquina le zarandó durante un rato.

Estos dolores en el principio eran ligeros y a la media hora de haber comido; pero paulatinamente fueron aumentando las molestias y el dolor, que se hizo más intenso y que se reproducía a las dos horas de la ingestión de alimentos.

En esta situación vino hace dos años y el doctor Pallarés que le vió, le recomendó la intervención.

No se decidió el paciente y los dolores continuaron en aumento, siendo ya casi constantes y terriblemente intensos. El enfermo no refiere ningún accidente de los llamados «abdomen agudo».

Ultimamente vomitaba todo lo que ingería. En esta situación se presentó el otro día en la consulta.

El análisis de jugo gástrico da una cifra de 2 de acidez total.

La radiografía muestra una estenosis pilórica. Al intervenir con intención de hacer una gastroenterostomía, encontramos lo siguiente: un estómago grande que al intentar volcarlo, vimos que estaba adherido en el centro de su cara posterior al meso, por la cicatriz del tamaño de una

moneda de dos pesetas, de una úlcera antigua. Liberada esta adherencia encontramos otras dos cicatrices, con sus correspondientes pegaduras en la curvadura menor y otra en píloro que producía la estenosis que antes decimos. Estas tres úlceras de píloro y curvadura menor eran también perforantes, pero más pequeñas que la primera. Todas ellas eran perforantes y rodeadas de un tejido fibroso durísimo.

Se hizo una resección llevándose toda la curvadura menor y píloro y siguiendo después la técnica del Billroth. ¿Nos puede decir algo el doctor Yagüe de esta propensión a perforarse todas las úlceras que este enfermo tenía?

DOCTOR YAGÜE.—Es este un caso muy curioso por varios aspectos. Es indudable que en esto de las úlceras hay algo personal anatómico; ya sabemos que es frecuente ver familias de hiperclorhídricos y de anaclorhídricos, lo que ya nos demuestra que hay algo anatómico constitucional en esto, y esta condición anatómica permite la aparición del proceso, pero hay también condiciones funcionales, pues la pared gástrica reacciona sobre los alimentos, no respondiendo siempre de la misma manera a todos los alimentos, existiendo una especie de adaptación a lo que se ha ingerido, siendo diferente la secreción del estómago en unos casos y en otros.

Este enfermo ha tenido dos suertes, una que se ha defendido muy bien de su enfermedad, pues su estómago ha conservado su motilidad, y otra suerte, que las gastritis ulcerosas que ha tenido, se han producido lentamente y todas las perforaciones se han hecho cubiertas evitando la difusión del contenido gástrico en la cavidad abdominal, que es como sabemos el mayor peligro.

Todas ellas son cubiertas porque no se trata de una úlcera aislada, sino de una gastritis ulcerosa, de un estómago inflamado. No logramos sin embargo con la operación quitar al individuo su condición anatómica, por lo que hay que advertirle de la necesidad de que siga un régimen, ya que con la operación no ha desaparecido el peligro por completo. También hay que hacerle análisis de jugo gástrico, porque si queda anaclorhídrico no le servirán para nada los alcalinos; debe además tomar alimentos blandos no irritantes y embadurnar su estómago con algo, por ejemplo, con bismuto que parece ser lo más útil en estos casos.

DOCTOR VALLS MARIN.—**Deformidad de tibia.**—Es una enferma que tenía gran deformidad de tibia, que no se aprecia bien por la radiografía. Hace unos dos años, padeció un proceso séptico de este hueso, que ha dado como resultado el quedar con una incurvación parecida a las que vemos en el raquitismo.

Se le hicieron a la enferma advertencias sobre los riesgos y contratiempos que podía traerle la operación, pero a pesar de todo la aceptó, pues dijo que no quería salir a la calle con esta deformidad.

Se le hizo una osteotomía de caña, de base externa en tibia y una osteotomía del peroné a distinta altura. No se le hizo la cuña en el sitio de máxima curva por ser muy alto, sino un poco más bajo.

La operación tiene pocas dificultades técnicas. Empezamos la cuña con la sierra, terminando con el escoplo, porque era un hueso muy duro; una vez hecha la parte ósea, hicimos las suturas evitando una interposición muscular, mientras los ayudantes procuran no variar la posición de la pierna.

El resultado obtenido ha sido excelente. El vendaje de escayola se le sostiene hasta que el callo asegure la función de la pierna.

DOCTOR YAGÜE.—Interviene para preguntar la terapéutica preventiva que se puede hacer en estos casos.

DOCTOR VALLS MARIN.—La terapéutica preventiva es útil en los casos de raquitismo, ya que si se inician podemos, con vitaminas, sales de cal y sol, luchar para su desaparición. Se usa también con éxito el colocar unas férulas rígidas, que se sujetan con vendas de crepé y que corrigen la deformidad durante la noche. Pero estos casos que podíamos llamar patológicos, no tienen tratamiento preventivo.

DR. B. DE M.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

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

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

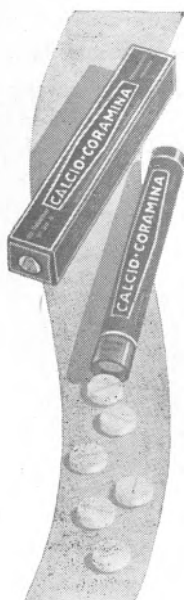
ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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. Infallible siempre.

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)



Nuevo

ANALÉPTICO Y EXPECTORANTE

CALCIO - CORAMINA

"CIBA"

Tratamiento oral de

Bronquitis - Catarros - Neumonías
Enfisema - Edemas pulmonares
Abscesos del pulmón
etc. etc.

Tubos de 20 comprimidos a 0,4 gr.
Acción expectorante reforzada y estimulante de
la circulación y de la función respiratoria.

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
ARAGÓN, 285 - BARCELONA - APARTADO 744



Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

REVISTA DE REVISTAS

A. PETER.—**El tratamiento de las diarreas estivales en los niños de pecho.**—«Schweiz. Med. Wochenschr.», 1929, año 59, núm. 27, pág. 707 (resumen del autor).

Como lo demuestra el caso aquí descrito, depende la curación de las diarreas estivales graves en los niños de pecho de factores no muy bien definidos.

Se trata de una niña nacida sana y con parto normal el 1.º de Julio, pesando 3.620 gramos. Debido a causas externas, la madre no pudo lactar a la niña sino durante unas tres semanas. Se dió entonces una mezcla de $\frac{1}{3}$ parte de leche y $\frac{2}{3}$ partes de papilla de cebada o de avena.

El 2 de Agosto me llamaron para ver a la niña por causa de una diarrea incoercible. Desde hacía seis días se habían producido deyecciones cada vez más viscosas. La niña lloraba continuamente y adelgazaba. El examen de la niña, que ya parecía una viejecita, demostró que se trataba de una diarrea estival muy grave.

Le puse a dieta durante un día (manzanilla con sacarina) y luego, durante varios días, le di Larosan (medio paquetito de Larosan, $\frac{1}{3}$ litro de leche, $\frac{2}{3}$ litro de papilla de cebada; 150 gramos para cada toma, cinco veces al día). Sorprendido me quedé del éxito obtenido con este medicamento. En pocos días la niña empezó a engordar, a tener buenos colores y a gozar de turgor. Había desaparecido, pues, el dolor y dormía entre las comidas. La madre rendida, pudo así descansar. Al cabo de dos semanas, la madre me enseñó con orgullo su niña, ya sana y muy viva; nadie hubiera dicho que poco antes había estado a la muerte. A pesar de que la niña se encontraba completamente restablecida, se siguió dándole Larosan.

Este caso no lo hubiera publicado, de no haber obtenido otra curación rápida con Larosan en un niño de nueve meses con costra de leche. Claro es que también di importancia al tratamiento local. Como con una mezcla de $\frac{1}{2}$ litro de leche y $\frac{1}{2}$ litro de papilla se produjo un empeoramiento y síntomas de anorexia, alimenté al niño con Larosan y logré de este modo hacer desaparecer en dos semanas su afección cutánea.

Investigaciones sobre la etiología de la escarlatina.—REVELLI U. «Giornale di Bacteriologia e Immunologia». Septiembre, 1933.

De las mucosidades bucales de los escarlatinosos, en los primeros días de la enfermedad, se cultiva un estreptococo que netamente prepondera sobre la flora microbica total del material en examen. También de la sangre de los escarlatinosos se cultivan con frecuencia estreptococos.

Del mucus filtrado por bujía y sembrado en medios de cultivo oportuno, se pueden obtener estreptococos y, más fácilmente, se los obtiene si se inyectan conejos con el filtrado. En éstos, la inyección del filtrado produce una enfermedad que se manifiesta tras un período de incubación de 5-8 días y consiste en un rápido enfamecimiento del animal, pérdida de pelo y eritema cutáneo, con éxito generalmente, mortal. De la sangre de esos conejos y a veces también de las lesiones cutáneas, se cultiva el estreptococo.

Los estreptococos cultivados de la secreción faríngea y los obtenidos de la san-

gre y piel de los conejos inyectados con dicha secreción filtrada, presentan los mismos caracteres, que son los siguientes:

- a) Cultivabilidad in vitro y desarrollo también a temperaturas bajas (8-10°).
- b) Larga vitalidad in vitro (2-3 meses y más).
- c) Notable poder patógeno para el conejo, en el cual, en pequeñas dosis y por vía hipodérmica producen la misma sintomatología morbosa que el filtrado del mucus oral de los escarlatinosos. Inoculados por vía venosa, resultan altamente patógenos y producen la muerte del conejo en breves días, sin, empero, la sintomatología morbosa a cargo de la piel.
- d) Filtrabilidad, que a veces también la presentan los cultivos, pero que casi constantemente la presentan las secreciones buco-faríngeas. Estas, inoculadas al conejo, lo enferman con la misma sintomatología que los cultivos de estreptococo.
- e) Aglutinabilidad por el suero de los enfermos de escarlatina, como también por el suero de los conejos inoculados con filtrado de mucosidades nasofaríngeas de escarlatinosos.
- f) Provocación del fenómeno de extinción de Schultz-Carlton, lo mismo con los filtrados del cultivo del estreptococo que con los del mucus naso-faríngeo.

Opina el autor, que la escarlatina sea una enfermedad íntimamente relacionada con el ciclo vital de un especial estreptococo, ciclo que presenta una fase no cultivable, invisible, filtrante y tal vez obligada in vivo.

Naturalmente, que como el estreptococo es con frecuencia un microbio de «sortie», especialmente en el conejo, es necesaria suma prudencia en las conclusiones.

Los alérgenos de la habitación como causa de dermatosis crónicas y de micosis.—

URBACH E.—«Mund. med. Woch.» Tomo LXXX, núm. 6. 10 de Febrero 1933.

Para muchas dermatosis crónicas, prurigo, liquen, urticaria, eczema crónico, etc., se admite una relación de interdependencia con sustancias alérgicas de la habitación, especialmente con el moho.

El autor, con el fin de demostrar la realidad de tal etiología, ha imaginado un «test» de la habitación, que se ejecuta de la manera siguiente: el sujeto pasará sus noches fuera de casa y no usará su cama en las horas del día y esto durante tres días consecutivos. Naturalmente, habrán sido eliminadas, por un estudio previo, las causas de origen alimenticio o la sensibilización por alérgenos exógenos, como son emanaciones animales, pelos, flores, vestidos, etc.

Si el «test» resultara positivo—es decir, si el enfermo mejorara—, se hará la prueba inversa. Establecido que la dolencia está ligada con la habitación, se procederá a investigar, eliminando uno a uno los componentes del test, cuál de ellos deba incriminarse. Se procederá entonces, a alejar el alérgeno responsable de la dermatosis o a hacer cambiar de cama o de habitación al enfermo.

HEPATORRADIL

FORMULA: 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)

PODEROSO
RECONSTITUYENTE

LABORATORIOS GRAIÑO

Fósforo y raquitismo. Papel de ion P2. 05 en la actividad antirraquítica de los compuestos inorgánicos del fósforo.—LECOQ R. y VILLETE H.—«Journal de Pharmacie et de Chimie». Año 125, núm. 5, Septiembre de 1933.

Conclusiones:

1.—El ion P2. 05, tal cual se le encuentra metido en el fosfato de sodio, es prácticamente desprovisto de acción curativa sobre el raquitismo de la rata blanca, experimentalmente provocado por medio de una ración carente de vitamina antirraquítica y conteniendo un gran exceso de calcio en relación con el fósforo.

2.—En vez del ion P2. 05 resulta dotado de propiedades antirraquíticas indiscutibles, pero en relación con el número de moléculas de agua que ha fijado y que entra en la constitución de las sales estudiadas. Para producir efectos idénticos, es necesario agregar a 100 partes de régimen raquitígeno Randoïn-Lecoq, 0,100 P bajo la forma de ortofosfato disódico, 0,200 P bajo la forma de pirofosfato y 0,300 P bajo la forma de metafosfato de sodio.

3.—La actividad antirraquítica de los ortofosfatos monosódico y disódico, resulta muy comparable a la de los ortofosfatos mono y bipotásico, si se tiene en cuenta la proporción de fósforo aportado por esas diferentes sustancias; la actividad de las sales mono y biamónicas parece ser, en igualdad de condiciones, algo inferior.

4.—Como las propiedades calcificantes de los ortofosfatos va en disminución desde la sal monosódica a la trisódica, desde la monopotásica a la bipotásica y de la monoamónica a la biamónica, nosotros creemos definitivamente establecida la eficacia de las sales ortofosfóricas, en relación con el número de funciones ácidas libres que contienen.

5.—Es preciso agregar 20 unidades internacionales de vitamina D a 100 gramos de régimen raquitígeno Randoïn-Lecoq para otorgar a la ración, en las condiciones habituales de experimentación, una acción antirraquítica satisfactoria. La eficacia de un derivado fosfórico puede expresarse en unidades internacionales antirraquíticas y referirse sea a un gramo de sustancia, sea a un peso determinado de fósforo.

Lipomatosis simétrica.—MOREIRA da FONSECA J.—«Brazil Médico». Marzo 18 de 1933.

Conclusiones:

1.—La lipomatosis simétrica, puede ser generalizada o localizada (cervical y toraco-abdominal).

2.—La adenolipomatosis con predominio cervical o síndrome de Laumoïs-Besau-de, a pesar de su predilección por aquellos sitios en que abundan los ganglios linfáticos, debe perder el prefijo adeno, reservándolo solamente para los pocos casos en que tiene un origen ganglionar.

3.—Los tumores de la lipomatosis simétrica son simétricos, difusos, redondeados u ovales, del volumen del huevo de una gallina al de una naranja, indoloros, blan-

Phosphorrenal Robert

Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

dos, movibles, no adherentes a la piel y de crecimiento progresivo más o menos rápido.

4.—En la lipomatosis simétrica generalizada, los tumores se distribuyen en la región cervical, toraco-abdominal y dorso lumbar en los primeros segmentos de los brazos y de las piernas, siendo menos corriente que alcancen al segundo.

5.—En las formas con localización cervical, los lipomas forman un espeso collar tomando la extremidad cefálica en una pirámide truncada de base inferior; en la toraco-abdominal se observa una pseudoginecomastia y en el abdomen hacen prominencia cuatro grandes tumores adiposos separados entre sí por un doble surco en cruz cuyo punto intersección tiene lugar en la cicatriz umbilical.

6.—Existe una variedad en la que Roch denomina lipomatosis discreta, en la que los lipomas son múltiples de 10 a 50 circunscritos, indoloros, localizados en los antebrazos, en la cintura con simetría perfecta. Se observa perfectamente en el sexo masculino (en la infancia y adolescencia). Su evolución es lenta y algunas veces regresiva.

7.—La lipomatosis simétrica, predomina mucho más en el hombre que en la mujer, que aparece generalmente en el período menopáusico.

8.—Su etiología es poco conocida, no pudiendo conocerse su carácter hereditario.

9.—Respecto a la patogenia, tampoco se ha declarado definitivamente. El origen ganglionar que sealan Laumois y Bensalde no se puede aceptar exceptuado para un reducido número de casos en los cuales los tumores muestran preferencia para las regiones en que abundan los ganglios linfáticos.

La teoría cutánea de Unna y Grasch tampoco es aceptable; la conjetura sobre la interferencia del sistema nervioso central o periférico, excepción hecha de la de la vida vegetativa, no resiste a la crítica; la hipótesis que se basa en las glándulas de secreción interna, parece ser más aceptable en su relación a la hipófisis, pero el hipofuncionamiento de su lóbulo posterior cuya influencia en el metabolismo de la obesidad está fuera de duda, además de cierto grado de hipogenitalismo y tal vez hipotiroidismo. El papel del sistema simpático es sin duda importante en la lipomatosis simétrica que puede ser etiquetada con un síndrome endocrinosimpático.

10.—En el tratamiento médico es preferible la opoterapia hipofisaria, después la genital y finalmente la tiroide. El tratamiento quirúrgico solamente se debe aconsejar cuando los lipomas son dolorosos y por motivo estético. El acto quirúrgico es delicado, más no peligroso, aunque los lipomas determinen profusas hemorragias.

ALLUÉ HORNA

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

PSORICALIOL
PIÑA

EN EL PSORIASIS Y

MANCHA QUE LIMPIA

mojanur

DOCTOR KLAUS.—Sobre un nuevo espasmolítico, similar a la atropina.

El autor empleó durante varios meses el Syntropan en el Hospital Municipal. El preparado es interesante farmacológicamente por obrar al mismo tiempo sobre las terminaciones nerviosas del parasimpático, como la atropina, y sobre la musculatura, como la papaverina. La práctica ha demostrado que la papaverina y los otros medios de acción muscular, no son bastante activos para combatir los estados espasmódicos de los órganos de la musculatura lisa. Por otra parte, al emplear atropina o preparados de belladona, se producen los conocidos efectos secundarios: midriasis, modificaciones de la circulación, disminución de la salivación.

Para tener una idea bien clara de la acción del nuevo preparado Syntropan, se ha fijado más en los casos en los que la acción pudiera ser comparada con seguridad completa, que en el número de los mismos. La acción sobre el intestino es fácil de comprobar. En numerosos casos de estreñimiento espasmódico, úlcus duodenal y ventricular, así como de gastritis, se administró tres veces al día un comprimido de 0,02 gramos Syntropan. En casos de dolores agudos se inyectó un centímetro cúbico correspondiendo a 0,01 gramos de Syntropan, volviendo a repetir la inyección después de media hora en los casos más graves. El resultado de la medicación pudo ser observado haciendo la defecación fisiológica. También se atenuaron los dolores desde el primer día media hora a tres cuartos de hora después de la inyección. En casos muy rebeldes se dieron dos comprimidos tres veces al día.

Aún con estas dosis no se produjeron acciones secundarias, tanto en la administración por vía oral como en la parenteral se comprobaron diferencias individuales en la intensidad y la duración del efecto sedante. El autor atribuye esta desigualdad a la acidificación del jugo gástrico.

Otro grupo de ensayos fueron los en que se emplearon el Syntropan como espasmolítico en enfermedades de las vías urinarias y del hígado. En estos casos hay que fiarse de las indicaciones subjetivas de los pacientes. Para llegar a una conclusión más objetiva, el Syntropan fué reemplazado a veces por otros preparados, sin advertírsele a los enfermos. Con la misma dosificación más arriba indicada se administraron comprimidos o bien inyecciones durante los dolores, consiguiendo así una interrupción de los dolores de 4-5 horas. Se trataron casos de litiasis, colecistitis, coledolitiasis y nefrolitiasis.

El autor describe de modo muy completo los efectos particularmente favorables del Syntropan en un caso de endoarteritis obliterante. Se trataba de un paciente habiendo sufrido lues y nicotismo más tarde; después de un tratamiento terapéutico

ELIXIR "RECA" Clorhidropésico.**Producto del Laboratorio Cántabro****Santander.**

se produjo momificación del dedo pulgar del pie derecho y crisis de dolores vasculares sumamente dolorosas, tratadas con todos los medios físicos y los más poderosos medicamentos. La enfermedad vascular se pudo dominar y las crisis dolorosas solamente se pudieron aliviar con la administración de morfina y de derivados. Se suprimieron después todas las otras medicaciones, administrando diariamente tres veces 1-2 comprimidos de Syntropan, o en caso de necesidad una inyección subcutánea de 1-2 ampollas. Inmediatamente se aliviaron los fuertes dolores del paciente. Se puede atribuir sin duda al Syntropan esta mejoría, pues interrumpido el tratamiento, el enfermo empeora.

Teniendo en cuenta estos ensayos, el autor opina sobre el nuevo espasmolítico diciendo:

«En los casos observados, el Syntropan ha dado buenos resultados. Su acción antiespasmódica la hemos probado en el canal gastrointestinal, las vías urinarias en el hígado y en el sistema vascular. Su largo campo de indicaciones, su intensidad de acción es superior en muchos casos a la de los espasmolíticos conocidos, y además por carecer de toda acción secundaria innecesaria le colocan en una posición de preferencia sobre los medicamentos espasmolíticos y antidolorosos».



Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

BIBLIOGRAFIA

La punción cisternal (punción sub-occipital).—MARIANO R. CASTEX y LUIS E. ONTANEDA.—Un volumen en octavo, de 70 páginas, con 17 figuras en negro y 5 láminas en color fuera de texto. Doint et Cie. Editores. París. («La Pratique Médicale Illustrée»).

Los autores exponen en esta bella monografía el resultado de largas investigaciones anatómicas y fisiológicas, y su práctica personal extensa de un sello da originalidad a la obra, mostrando las ventajas y los inconvenientes de la punción cisternal con las diversas técnicas y con la suya personal, que da con precisión, mediante muy sencillo instrumental, una seguridad absoluta en la determinación de la profundidad de la «cisterna magna» y en todo momento de la posición de la punta de la aguja, a condición es claro, de atenerse estrictamente a las reglas dictadas por los autores.

Su magnífica estadística demuestran alcanzaron los objetivos propuestos, y este rico material les sirve para estudiar desde el punto de vista fisiológico, diagnóstico y terapéutico, la punción, anotando sus efectos sobre el organismo y las indicaciones de esta indispensable intervención.

La obrita analizada, publicada primero en la Argentina, ha sido correctamente traducida por el doctor Gaullieur-l'Hardy.

Los tratamientos de la sífilis.—R. I. WEISSENBACH y G. BASCH.—Un volumen en dieciseisavo de 150 páginas. G. Doin et Cie, Editores. París.

Obrita interesante para el médico no especializado, y que le orientará sobre la conducta a seguir para tratar correctamente la sífilis cutánea, mucosa y visceral.

Estudia los medicamentos más activos, dando detalles para su manejo (posología, indicaciones, contraindicaciones, inconvenientes y accidentes) en los diversos periodos de la sífilis y en sus múltiples localizaciones.

Bien escrita, interesante y puesta al día, no podrá sin embargo reemplazar a juicio del especialista en aquellos casos en que la infección en sus primeras semanas, debe de ser curada y no solo «blanqueada», que es lo que tantas veces se hace por desgracia.

Engañado estaría quien pretendiera hacer un tratamiento curativo sin auxiliarse de los métodos auxiliares de laboratorios, por los que puede seguirse con bastante seguridad la evolución de la infección sifilítica.

Si quiere lucharse eficazmente contra la sífilis, hay que enseñar a los médicos generales a diagnosticarla en sus comienzos y nadie podrá acusar de parciales a los especialistas que reclaman para sí su tratamiento no siempre fácil de realizar.

LEDO.

CEREGUMIL
Alimento completo vegetariano

Representante para Valladolid-Palencia y sus provincias: Don Arsenio Candelas, Teresa Gil, 25, 1.º—Valladolid

LIBROS RECIBIDOS

- D. ROUTIER et P. THIROLOIX.**—L'arytmie complete.—«La Pratique Médicale Illustrée». 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 Illustrée». 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.
- F. MONTERDE y J. LOPEZ-BRENES.**—Estudio electrocardiográfico de las enfermedades del corazón.—Un volumen de 439 páginas, con 192 grabados en el texto. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1934.
- OTTO NAEGELI.**—Tratado de Hematología Clínica. Traducción de la 5.^a edición alemana, por el profesor doctor F. Rof Carballo, con un prefacio del profesor G. Pittaluga.—Un volumen de 764 páginas, con 104 figuras en su mayor parte en color. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1934.
- PROFESOR HERMAN MATTI,** del Kinfernsptal de Berna.—Fracturas y su tratamiento.—Traducción de la segunda edición alemana por el doctor E. Jaumandreu y el doctor F. Jimeno Vidal. 1.000 páginas y 1.000 figuras en color y negras, con dos láminas en colores. Editorial Labor. Año 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 les ouvrages dont nous recevons 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.

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO): Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONALUPINAL. (En grasas, de 4 a 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO