

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
DOCTOR VICENTE GONZÁLEZ CALVO.— <i>Aortitis abdominal</i>	625
P. SERRANO PIQUERAS.— <i>Nuevas orientaciones en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin debidas a la radioterapia</i>	635

COMENTARIOS RURALES

<i>La Ley de Bases coordinación sanitaria</i> , por LORENZO SÁEZ.	645
--	-----

REVISTA DE REVISTAS

Neurología y Psiquiatría, por J. M.^a Villacián.

<i>Sobre la etiología del síndrome narcoléptico de Gélinau</i> .—E. Wenderowic.....	649
<i>Psicosis asociadas con enfermedades somáticas que alteran la estructura corporal</i> .—Laureta Bender.....	649

(Sigue)

Myoston

Henning¹¹

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

Cirugía.

La digital en las insuficiencias cardiacas traumáticas. Shock traumático primitivo y secundario - Doctor Juan Salas González... .. 651

Otorrinolaringología, por S. R. Berceruelo.

Supuración del macizo petroso. - Doctor A. M. Fowler... .. 655

El síndrome vestibulo-espinal de Barre, o el síndrome de desequilibrio puro. - Doctor Antonio Subirana Oller... .. 653

Un caso de parálisis de las cuerdas vocales (parálisis de los dilatadores) en una enferma tuberculosa tratada por la sanocrisina. - Doctor Juan B. Santaña 656

Medicina interna, por M. Bañuelos.

Das mannliche Sexualhormon «Enarmon» und seine klinischen Anwendungen. - Ryuta Usui, Masao Ito, Yoichi Fujioka, Cho Nagai und T. Kon..... 657

Asma y tuberculosis. - Carranza.. 657

Allergic Death. George L. Waldbot M. D. Detroit... 657

Tendencia múltiple a espasmos y sus relaciones con la alergia. - Profesor Von Hoessling. 658

(Sigue)

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPسيا, COREA

MI/TERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.YNA.

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, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

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

	<u>Páginas</u>
<i>Intoxicaciones arsenicales en el territorio del viñedo.</i> —Reunión de la Sociedad Médica de Friburg.....	658
<i>El ferrocianuro de sodio como prueba clínica de capacidad glomerular.</i> —Stieglitz y Kuight.....	661
<i>El tratamiento de la erisipela con la Terpiquina.</i> Schaaf.....	662
<i>Carditis aguda latente reumática comprobada en autopsia.</i> —Fronk-Hawking.....	662
<i>Fiebre de Haverhill. Eritema epidémico artrítico.</i> —Place y Sutton..	662
ÍNDICES DE 1934.....	665

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
 { Acido glicerosofórico 0,046 >
 { Acido cacodílico 0,030 >
 { Hierro asimilable 0,002 >
 { Glicerosofato estrénico. 114 milig.

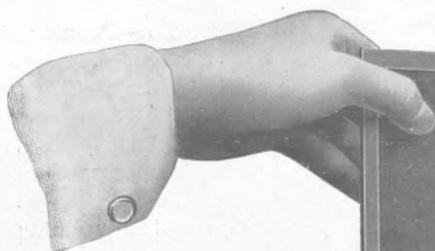
FOSFOVITÓGENO

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

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

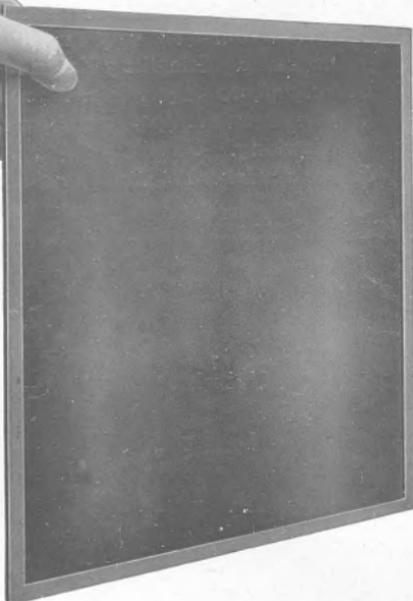
Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID



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

Peso: 800 gramos



POR FIN LLEGÓ
EL
ANTIDIFUSOR ECONÓMICO
PARA
RADIOSCOPIA
Y
RADIOGRAFIA

tan ansiado por los poseedores de instalaciones roentgenológicas modestas

Dimensiones: 35,5 por 43 cm.

Precio: Ptas. 725

FACILIDADES DE PAGO

REPRESENTANTES GENERALES PARA ESPAÑA:

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

CENTRAL: MADRID. FUENCARRAL, 43

BARCELONA, VALENCIA, SEVILLA, BILBAO, VIGO Y LISBOA

Aortitis abdominal

por el doctor VICENTE GONZÁLEZ CALVO

El efecto inflamatorio de la aorta en sus diferentes segmentos perfectamente conocido desde el punto de vista anatomopatológico no lo es tanto en el aspecto clínico cuando nos referimos singularmente al sector de la aorta abdominal. La aortitis sigmoidea, suprasigmoidea del cayado y tramo toraco descendente, se exterioriza por fenómenos funcionales y signos físicos que no se prestan a equívoco, corroborados por bien evidentes detalles que proporciona la radiología.

Todo lo contrario acontece en la denominada aortitis caudal, para la que en síntesis podemos anticipar no existe fenómeno patognomónico alguno subjetivo ni objetivo; es menester escrutar entre inúmeros síntomas propios de muchos procesos abdominales, que erróneamente se refieren a ellos, para deducir su correspondencia con la inflamación de la aorta distal.

No hay proceso patológico más propicio a la confusión con cuadros similares, dijo ha tiempo Potain, pronunciándose con analogía Teissier y más próximamente Loeper, Gouraud, Laubry, Mougeot y Walsser, que han estudiado la aortitis posterior, y Gutmann y Routier que han precisado las características de la aortitis abdominal atenuada; en Austria y Alemania suscriben iguales puntos de vista que los autores franceses, Ortner Nothnagel y Pal, primordialmente, en interesantes publicaciones.

Nosotros hemos dedicado preferente atención al estudio de la aortitis caudal, y nuestra casuística de seis años—aunque modesta—, cuarenta y tres casos bien definidos, es lo suficientemente amplia para que nos permita colegir interesantes conclusiones acerca del estudio correlativo entre lo que se considera sistemático en el cuadro clínico y etiología de la aortitis abdominal y lo recogido del examen de nuestras observaciones.

Sucintamente enumeraremos las alteraciones funcionales y detalles de exploración propios de estos enfermos; dolores, disturbios gastrointestinales y manifestaciones reflejas, constituyen el conjunto subjetivo de la aortitis caudal. No obstante, en circunstancias, aparecer los dolores con las características de tenues, de evolución sorda, ya intermitentes e constantes que, partiendo de las inmediaciones de región umbilical, se extienden tanto en sentido ascendente como descendente y transversal, el dolor pungitivo de constricción, desenvuelto con excepcional intensidad y rapidez, constituye la manifestación más elocuente de la aortitis abdominal; este angor abdominal cuyo detalle fenomenológico fué señalado fundamentalmente por Huchard, Baccelli y Pal, puede exteriorizarse en virtud de un esfuerzo o mediante otra circunstancia coadyuvante—emotividad, período digestivo después de copiosa comida, etcétera—.

Se inicia unas veces en epigastrio con irradiación hacia hipocondrio derecho, zona precordial y del miembro superior izquierdo y otras en las proximidades de ombligo, propagándose a fosas ilíacas y extremidades inferiores; violento, angustioso, con sensación de acentuada presión, se acompaña de eructos y vómitos en el primer caso y pronunciando meteorismo en el segundo, siempre con palidez acentuada y sudoración, prolongándose el acceso variablemente de unos minutos hasta dos-tres horas, acabando siempre con brusquedad.

Danielópulo ha concretado el mecanismo de condicionamiento del angor abdominal; estima que en plena digestión o merced al esfuerzo, el tractus gastrointestinal precisa un aflujo de sangre que no pueden suministrar las arterias enfermas; deriva de ello una discordancia entre el trabajo del tubo digestivo incrementado y un déficit de irrigación en la musculatura de estos órganos; a los productos de la fatiga, debidos a la contracción gastrointestinal, estimulan las terminaciones nerviosas, y a través de la vía del esplácnico producen un reflejo presor por vasoconstricción abdominal que a su vez aumenta la isquemia del tramo digestivo. Resulta, pues, un desequilibrio nervioso entre el trabajo del órgano y su irrigación sanguínea; el reflejo presor por la elevación de la tensión vascular, dificulta el funcionamiento del micardio, agravado por las lesiones coronarianas, tan frecuentes en estos casos, que justifican las irradiaciones retroesternales del acceso de angor caudal y el que a veces termine por la muerte.

Las perturbaciones reflejas que se suman en la crisis algida, afectan a los aparatos circulatorio, respiratorio y sistema nervioso, traduciéndose respectivamente por palpitations, latidos epigástricos variables, disnea angustiosa, tos seca, vértigos, lipotimias a las que se suman, bien que excepcionalmente, crisis convulsivas, en sujetos predispuestos.

Los signos físicos nos proporcionan interesantes elementos de juicio para orientar el diagnóstico.

Dentro de las variadas actitudes que el enfermo de aortitis caudal puede adoptar, la de decúbito supino y semi erguido es la más frecuente; la cara expresa intenso sufrimiento. Se perciben a la inspección latidos aórticos en región epigástrica, corroborados por palpación que precisa delimitarse en todas sus características, puesto que en los sujetos de hábito a lo Stiler o en los afectos de aortismo por neurosis, hipertensión, etc., la aorta se hace también accesible a la palpación.

Se muestra ensanchada, incurvada, con concavidad derecha, casi siempre, móvil, que permite su perfecto desplazamiento, y dolorosa al extremo de que la presión más tenue resulta insufrible para el paciente en el momento de la crisis y fuera de ella, un poco enérgica o sostenida, puede desencadenarla o las perturbaciones que a distancia la acompañan.

El escuchar un soplo sistólico sin comprimir excesivamente el estetócopo, tiene inestimable valor; el doble soplo sistólico y diastólico debe suscitar la posibilidad de que a la aortitis se sume aneurisma.

El examen radiológico, de tanto interés en el reconocimiento de la aortitis torácica, apenas tiene importancia para la abdominal; el hecho de conservar, previo pneumoperitoneo o insuflación gástrica el ensanchamiento de la aorta a la izquierda de la columna vertebral, no es constante si a la aortitis no se suma aneurisma; intencionadamente no hacemos alusión a otros modernos procedimientos radiológicos propugnados por la escuela portuguesa, que no hemos utilizado en nuestras investigaciones; no obstante esto, se nos antojan poco prácticos y de técnica un tanto arriesgada.

A un signo indirecto preconizado por Teissier, se le concede mucha importancia, como dato de corroboración diagnóstica, el aumento de la tensión en la pedia dos o tres centímetros en relación a la humeral.

Con los aparatos de Pachon, Riva-Rocci, Vaquez-Laubry, Erkameter, es preferible investigarla en el territorio de las tibiales en su sector terminal, colocando el manguito por encima de los maléolos; aunque no siempre, un aumento de dos-tres centímetros respectivamente a lo recogido en la humeral y una reducción del índice oscilométrico, denotado en el Pachon, permite ratificar el diagnóstico.

El cuadro clínico de la aortitis caudal, someramente expuesto, permite colegir que si los signos físicos se muestran con características más definidas y constantes, en lo subjetivo por el contrario, predomina lo arbitrario e irregular, de lo que derivan multitud de formas clínicas en relación con la sintomatología prevalente, que de no esclarecerse con precisión, conducen a lamentables errores de diagnóstico.

No hemos de describirlas, sino tan solo subrayar el interés de las más frecuentes; la forma gástrica, con los dolores violentos, ritmados con la ingestión de alimentos—ya inmediatos o tardíos—se presta a confusión con la úlcera de estómago, diferenciándose por la falta de periodicidad en los dolores que no calman los alcalinos, y el hecho de que aun más que las comidas, los esfuerzos físicos contribuyen a su producción; igualmente podemos referirnos a las formas anterálgicas, que evocan muchos procesos dolorosos—crisis de los enfermos con colopatía mucomembranosa, las reflejas propias de los tabéticos, la modalidad dolorosa, del *ulcus duodenal* y de la llamada oclusión intestinal.

Haríamos excesivamente prolongado el comentario del diagnóstico si nos propusiésemos establecer una diferenciación con todos aquellos procesos abdominales o lejanos a vientre, susceptibles de confusión con la aortitis caudal; sería unas veces el cólico hepático o el nefrítico o el de plomo; en otras, el cáncer de la pared posterior de estómago o el de cuerpo de páncreas, o la pancreatitis aguda hemorrágica o las crisis dolorosas de los *addisonianos*, plantearían al clínico no minúsculas dificultades.

No obstante esto, los distintos síndromes y enfermedades a que hemos aludido, ofrecen rasgos personales bien delimitados y a su vez la aortitis caudal posee los suyos, ya expuestos.

Una vez aquilatado el diagnóstico de aortitis caudal, es preciso concre-

tar su causa, que nos permita el adecuado tratamiento etiológico; las infecciones agudas—gripe, reumatismo poliarticular agudo, fiebre tifoidea, et cetera—intervienen excepcionalmente, en oposición a las infecciones crónicas, sífilis, con más frecuencia, y en circunstancias tuberculosis, que con un grupo de intoxicaciones—saturnismo, gota, uremia—constituyen las constelaciones causales más interesantes.

Gutmann y Routier han subrayado la importancia de determinados procesos abdominales, colopatía mucomembranosa, pericolecistitis, peritiflitis, afectos anexiales y en general las perivisceritis como causa muy frecuente de la aortitis abdominal.

Nuestro estudio clínico se basa en cuarenta y tres observaciones, recogidas con todo el detalle posible y un control evolutivo bastante completo en la mayoría de ellas.

Hay un evidente predominio en mujeres con respecto a hombres, precisamente lo contrario de lo que es norma en la aortitis torácica, esencialmente masculina; esto lo relacionamos con la escasísima importancia que tiene la sífilis en el determinismo de la aortitis caudal en oposición a la extraordinaria frecuencia de otras enfermedades, especialmente fiebre tifoidea y también infecciones agudas y crónicas de intestino, vías biliares y anexos, que condicionarían una infección parietal, utilizando la comunicación linfática, hasta localizarse en tejido celular periaórtico y ganglios adyacentes.

De esta suerte y dado lo mucho que se prodigan estos procesos en la mujer, podemos perfectamente explicarnos su frecuencia mayor que en el hombre, tributario más bien de la localización torácica, de etiología fundamentalmente luética.

De nuestras treinta y cuatro observaciones en mujeres, encontramos aquellos antecedentes en veintiséis, cifra alta por consiguiente, y entre ellas abundaban las de origen genital, con el detalle curioso de que nos fueron enviadas, en su mayoría, por el ginecólogo «que no se explicaba la prolongación de las molestias», una vez tratado y modificado el proceso local correspondiente.

Si bien Teissier y más tarde Gutmann y Routier, sugirieron los primeros, esta relación de dependencia de proceso inflamatorio de vientre y aortitis caudal, no se ha insistido a posteriori lo suficiente, y por ello nos permitimos significar la importancia de este hecho, que evitaría errores de diagnóstico e incluso de actuación terapéutica.

Se ha hecho tributaria la aortitis abdominal de individuos viejos, coexistiendo generalmente con aterosclerosis torácica; sin embargo Seitz y Simmtzky, en casuística muy bien controlada, previo examen anatomopatológico, deducen un predominio esencialmente juvenil, aportando casos desenvueltos en los primeros años de la existencia.

De nuestras observaciones, la más precoz contaba treinta y tres años, y la de desarrollo más tardío sesenta y uno, pero en todos los demás casos ha sido evidente la frecuencia entre treinta y cinco y cuarenta y cinco años.

Hemos indicado al referirnos al cuadro clínico de la aortitis caudal, que en unas circunstancias los síntomas eran tumultuosos y violentos—angor abdominal de Huchard y Pal—y en otros más insidiosos y de curso larvado (abdomen crónico); en nuestros casos prevalecieron los de evolución tórpida y sólo en tres pudimos constatar la fenomenología aguda, y en uno muy interesante, columbramos se asociase a una pancreatitis aguda hemorrágica (de la que fué intervenido), dado que dos crisis precedentes, no lejanas, retrospectivamente consideradas, correspondían al episodio agudo de la aortitis caudal.

En las restantes observaciones el cuadro clínico se nos ofreció de evolución crónica, con una sintomatología prefrentemente digestiva; una de ellas con historia tan definitiva de dolores de horario sistemático más bien tardío, calmado con ingestión de alimentos, de períodos breves con dilatadas épocas de bienestar, hemorragias, etc., nos inclinó hacia el ulcus gástrico; el no responder a la terapéutica estatuída, nos suscitó la posibilidad de una aortitis abdominal, plenamente confirmada.

Por otros autores se han publicado casos de confusión con neoplasia de estómago, en virtud de la coexistencia de anorexia, molestias vagas a seguida de las comidas, vómitos, intenso enflaquecimiento, etc., cuadro que encubría por entero una aortitis caudal.

Formas con molestias superponibles a las propias de la gastroenteroposis, recogimos doce, con sintomatología larvada de vesícula biliar, siete; en los restantes el cuadro se nos ofrecía nada preciso; dolores abdominales, eso sí, provocados muchas veces e intensificados siempre merced al esfuerzo, rebeldes a toda terapéutica que no fuese reposo y medicación sedante; muchos nos referían crisis de desfallecimiento con eretismo vascular, sobre todo abdominal y sudor, que se repetía varias veces en el día, sin que se sumase franca reacción dolorosa.

A la vista de manifestaciones clínicas tan proteiformes, se impone establecer la consiguiente diferenciación diagnóstica, ante cualquier proceso de localización abdominal, con respecto a la aortitis caudal, aportando los detalles de examen objetivo, que nos permitan todas las seguridades.

Investigados sistemáticamente, los hemos recogido, con una gran constancia, a excepción del aumento de tensión en el territorio de la tibial, que no comprobamos sino en seis observaciones.

Con una gran precisión concurren en todos ellos el dolor intenso a lo largo del trayecto de la aorta abdominal, con ensanchamiento y movilidad excesiva del vaso.

Estos signos físicos imprimen características más decisivas al proceso y permiten su diferenciación, con cuantos otros son capaces de semejarlo, a excepción del aneurisma de la propia aorta abdominal, que aunque de significado diagnóstico y pronóstico distinto, en muchas ocasiones es muy semejante en los detalles del cuadro clínico.

El aneurisma de la aorta abdominal es lesión más rara que la aortitis de la misma localización, menos frecuente que el aneurisma del cayado, pero más que el de la aorta descendente.

La sintomatología es mucho más silenciosa, puesto que en el abdomen las vísceras escapan más fácilmente a la comprensión que en torax, dada la disposición anatómica; las crisis de dolores violentos propias de los enfermos con aortitis abdominal, son las mismas que en los aneurismáticos, si bien en éstos suelen topografiarse más que en región prevertebral, en la lumbar con propagación a extremidades inferiores; en los intervalos de los episodios dolorosos, la sintomatología es proteíniforme, en relación con el lugar de la comprensión; ya perturbaciones gastrointestinales, manifestaciones de claudicación intermitente de las extremidades o edema que a veces alcanza inusitada intensidad, etc.

El examen físico denota un tumor generalmente redondeado, situado en epigastrio, más a la izquierda que a derecha de la línea media, profundo, móvil transversalmente pero no en sentido vertical; es asiento de latidos sincrónicos a los del pulso radial y expansión, no comprobable nunca en la aortitis sin ectasia; este interesante signo diferencial puede faltar cuando las paredes del vaso son espesas o adherentes o cuando la cavidad está llena de coágulos; por ello algunos autores de la experiencia de Massary, no prescinden en estos casos del diagnóstico de aneurisma, sino ante el resultado negativo del examen radiológico; pero convengamos que a veces este examen ofrece sumas dificultades, puesto que la opacidad vertebral y la de las vísceras abdominales, ocultan la sombra de la aorta abdominal; este vaso en condiciones fisiológicas no es visible, y para que el aneurisma lo sea, requiere insuflar aire en estómago y colon, hacer pneumoperitoneo y colocar al sujeto en decúbito lateral, utilizando para los rayos una incidencia horizontal; deben combinarse la radioscopia y radiografía, ya que si ésta delimita con más nitidez los contornos de la bolsa, la radioscopia, evidenciando los movimientos de expansión del tumor, proporciona una imagen más viva.

Con estos proceder bien recogidos y adecuadamente interpretados, encontramos un medio de diferenciación marcada de la aortitis con respecto al aneurisma.

De las complicaciones que caben en la evolución de la aortitis abdominal, aneurisma, ruptura de la aorta, con muerte súbita o rápida acompañada de síntomas propios de la obstrucción intestinal, embolias capaces de obliterar las arterias mesentéricas, lo que condiciona enterorragias de acusada intensidad o en las ilíacas dando lugar a paraplejía, sólo contamos en nuestra estadística la trombosis, que en una observación determinó un síndrome de claudicación intermitente, con incapacidad motora en las extremidades inferiores, conduciendo rápidamente a la gangrena.

¿Cómo tratar la aortitis abdominal? Nuestra conducta ha sido la siguiente:

Durante la crisis: Reposo completo en cama; aplicaciones húmedas

calientes sobre abdomen. Tres, cuatro gotas de nitrito de amilo o en su sustitución, solución alcohólica de trititina al uno por ciento o nitrito sódico.

En accesos no excesivamente intensos, una poción con bromuro amónico e infusión de valeriana o kelatox, han sido suficientes. En dos observaciones utilizamos con éxito la clásica poción de Vaquez con teobromina, cafeína, benzoato sódico, jarabe de éter y agua.

Subsiguientemente al acceso curas intervaladas de angloxil o acecolina (sin exceder de diez centigramos).

Diatermia, con excelente resultado en las aortitis condicionadas o por afectos viscerales, combinada con la actinoterapia ultravioleta.

Más lejanamente a la crisis, como verdadera terapéutica de fondo, una vez eliminada la sífilis, que en ninguna de nuestras observaciones pudimos comprobar clínica ni biológicamente, que nos hubiese obligado a planear el consiguiente tratamiento específico, aconsejamos:

Régimen mixto, pero con predominio de hidratos de carbono.

Por períodos de tres semanas, alternamos gotas de peptona iodada y preparaciones a base de silicato sódico en unos; en otros, derivados de acción semejante (telatutem, aylicil, lipiodol en cápsulas o inyección intramuscular). También extractos pancreáticos desinsulinizados o de músculos, otras veces.

Como tratamiento sintomático, medicación sedante (valeriana, passiflora, beleño), tónicos cardíacos centrales y periféricos y un régimen de vida moderado en todos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHARD.—«Rev. gen. de Clin. et de Therap.», 44. 17-23. Jun. 11, 1930.
 BETCHOV P.-HILL-TESSIER.—«Arch. Med. Coeur», 18, 137-141. Marz. 1925.
 GUTMAN et D. ROUTIER.—«Press. Med.», 33. 20-22. Jun. 1995.
 HATZIEGANU.—«Bull. Med. Soc. Med. Hop. Paris». 52. 1.155-1.157. Jul 1928.
 MUSANTE.—«Gaz. d. Orp.», 52. 201-206. Deb. 15, 1931.
 RAMOND (L.).—«Press. Med.», pág. 1.631. 14 Dic. 1931.
 RAMOND (L.).—«Pris Med.», 1. 33-46. Jun. 10, 1931.
 RAMOND et WEIL.—«Le Conc. Med.», núm. 30-26. pág. 2.343. Jul. 1931.
 NOVOA SANTOS.—«Zentralb. f. inu. Med.», 51-594-596. Agost. 9, 1930.
 THEODORESCO et DANIEL.—«Arch. d. Mal. du Coeur», 22. 172-175. Marz. 1929.
 VALAT.—«Soc. de Med. de Tolous.», Febr. 1930.
 VAZQUEZ-DONZELOT.—«Paris Med.», 2 Jul. 1927.
 MARAÑON G.—«El problema de las Aortitis. «Jornadas Med.», Madrid, 1927.
 WEIL O.—«Brux. Med.», 11. 380-389. Debr. 1931.
 WEIL O.—«Archiv. d. Med. de l'apar. digest.», 21. 261-264. Debr. 1931.
 SAUBRY-MONGEOT-WALSSER.—«Les sindrom. d'aort. post. «Gast. Doin», 1925.

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO); Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUTINAL. (En gotas, de 4 a 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO



Contra la Gripe
ARCANOL
Schering

TUBOS DE 10 TABL.

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

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

Nuevas orientaciones en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin debidas a la radioterapia

por P. SERRANO PIQUERAS

Médico y exalumno interno del departamento de Electro-Radiología en la Facultad de Medicina de Valladolid

Aun a sabiendas de que este asunto que por hoy nos ocupa está en plena evolución, y de que se trata de una cuestión muy compleja, sin embargo nosotros empezamos este trabajo con nuestro mayor entusiasmo y buena fe, a fin de recordar a médicos, y sobre todo a los estudiantes de Medicina, las ideas de más palpitante actualidad, junto a los enormes progresos que en estos últimos tiempos han alcanzado tanto las escuelas italianas, así como las francesas y belgas sobre la radioterapia como tratamiento completo y de elección en el granuloma maligno. Antes de entrar de lleno en nuestro objeto, creemos necesario pasar ligera revista a los puntos de apoyo principales, sobre los cuales ha gravitado el peso de estas investigaciones para después seguir con la exposición de las diversas técnicas empleadas, y por último enumerar los nuevos procedimientos debidos, así como sus efectos, al inyectar en el organismo algunas sustancias radio-activas o de gases con *emanación*.

La granulomatosis maligna se manifiesta generalmente por odenopatías periféricas, así como también profundas, frecuentemente voluminosas, por infiltraciones más o menos considerables y profundas y por último por invasiones viscerales. Se trata, pues, de irradiar grandes volúmenes de tejidos de manera homogénea, buscando la destrucción de tejidos o elementos patológicos. La técnica que mejor ha permitido conseguir este objeto, es sin duda alguna la roentgenterapia penetrante o radioterapia profunda, en efecto, gracias a la penetración de las radiaciones, a la distancia focal y a los *fuegos cruzados*, han permitido una repartición volumétrica de las dosis en la unidad de tiempo que tiende y se acerca hacia el ideal.

La superioridad absoluta de la radioterapia profunda no es cuestión de acción específica de las radioaciones de longitud de onda muy corta; pues la radioterapia superficial y la radioterapia semi-penetrante obran más bien electivamente sobre los tejidos granulomatosos. Pero fácil nos será comprender que a pesar de la acción electiva de las radiaciones superficiales por los tejidos granulomatosos, tendremos que desecharlos cuando, como siempre ocurre, los enfermos granulomatosos tengan lesiones en la profundidad.

El tejido granulomatoso es muy radio-sensible: la dosis eficaz a *profundidad* no ha de ser, por esto, obligatoriamente muy elevada (por ejemplo, mucho más pequeña que las dosis empleadas en la terapéutica de los cánceres); esta feliz coincidencia nos permite irradiar grandes volúmenes de

tejidos sin hacer correr grandes riesgos al estado general y a los tegumentos, a condición de observar, bien entendido, ciertas reglas de distribución de las dosis en la unidad de tiempo. La directriz a seguir en el tratamiento de esta enfermedad consistirá en evitar la aplicación violenta o forzada en un corto tiempo, persiguiendo la total destrucción de las células granulomatosas.

Con el empleo de unas buenas técnicas y la aplicación de estos principios o ideas generales, varios radioterapeutas, Gilbert, Babointz y otros, han obtenido excelentes resultados, tanto es así, que los profundos y precoces residuos tan frecuentes en otros tiempos, cuando los ganglios periféricos habían desaparecido a consecuencia de aplicaciones de radioterapia superficial o semi-penetrante, han llegado a ser después del empleo racional o metódico de la roentgenterapia profunda cada vez más raros.

La tele-curiterapia y *a fortiori*; es natural, la curiterapia superficial, a causa de las pequeñas distancias empleadas, no consiguen más que en casos excepcionales, realizar la repartición homogénea de las dosis en todo el volumen de los tejidos enfermos; estos métodos, por tanto, no tienen más que algunas indicaciones bastante escasas, por ejemplo, enfermos que no se les pueda trasladar a una clínica radioterápica, otros incorrectamente tratados, o con lesiones cutáneas que no nos permiten otras nuevas aplicaciones, dirigidas por el verdadero camino de los Rayos Roentgen.

ROENTGENTERAPIA.—No podemos dar aquí, por ser muchos y muy extensos, más que un resumen de algunas de las técnicas más empleadas y propuestas por especialistas de relevante personalidad radioterapéutica, entendiéndose que no vamos a enumerar todos desde el comienzo en que empezó a hablarse del tratamiento radioterápico de esta enfermedad (año 1903), sino desde el año 1920, es decir, desde que empezó el empleo de la radioterapia profunda y la oposición de procedimientos de medida más exactos y seguros.

Los primeros ensayos de roentgenterapia profunda no se vieron coronados por el éxito; algunos autores, después de emplear esta técnica, volvieron por prudencia o por desaliento a la radioterapia semipenetrante, limitándose a seguir tan sólo con tratamientos paliativos. He aquí, a juicio nuestro, la razón: hacia el año 1920, cuando aparecieron los aparatos más perfeccionados y más potentes, a la vez que las ampollas de catodo incandescente, Coolidge soportando tensiones extraordinariamente altas, se aplicó sin consideración alguna a la granulomatosis maligna, métodos que comenzaban a hacer sus pruebas en el tratamiento de los tumores malignos, fracasos que eran atribuidos en esta época a la radio-resistencia creciente, provocada por el fraccionamiento de las dosis y su distribución en la unidad de tiempo; varios maestros de radiología proclamaron la necesidad de tratar los tumores malignos en una sola sesión; es decir, propinar una enorme dosis *celulicida*, que era administrada tan sólo en el transcurso de algunas horas consecutivas a toda la región enferma; Este método brutal aplicado a la ligera en la granulomatosis maligna, dió resultados francamente desastrosos que sorprendieron a muchos radiólogos que la practicaban; aunque en realidad

estos resultados no eran debidos a la radioterapia profunda, sino a la errónea distribución en la unidad de tiempo de la dosis administrada. En efecto, en el año 1923, radiólogos de tal prestigio como Chaoul y Lange, publicaban hechos innegables de brillante resultado debidos por entero a la radioterapia profunda a condición de fraccionar juiciosa y debidamente la dosis con relación al tiempo. Chaoul y Lange contaban en su publicación con doce casos que habían sido favorablemente modificados por una radioterapia penetrante administrada con dulzura: es decir, filtración de 0,5 milímetros de cobre, muy grandes campos de irradiación, pequeñas dosis, correspondiendo en la profundidad al 10 por 100 del eritemadosis cutáneo por sesión, distribuidos en varias sesiones para llegar a una dosis total en profundidad de 70 por 100 de la dosis eritema. Por entonces, mientras que otros radiólogos buscaban obtener resultados permanentes por un solo tratamiento, Chaoul y Lange repetían su tratamiento tres meses después, que volvían a repetir pasado un año *a título profiláctico*.

Schreiner y Mattick, en el año 1924, preconizaban en la roentgenerapia profunda los grandes campos de irradiación, el tratamiento de todos los focos diagnosticados y de todas las regiones sospechosas; sin embargo, en la mayoría de los casos, estos autores instituyen un tratamiento de ataque distribuido en dos o tres días consecutivos, en el curso de los cuales es aplicada toda la dosis.

Aubertin, Theyer-Rozat y Robert-Levy utilizaban la radioterapia profunda; ellos también, en un tiempo relativamente corto, dan las primeras sesiones de dicho tratamiento de ataque (de 1.500 a 2.000 r.) reservándose el irradiar a continuación en sesiones más espaciadas este tratamiento de consolidación; en fin, hacen un tratamiento preliminar de entrenamiento. En el año 1931, el profesor Dresser, estudiando el tratamiento de las regiones óseas, da dosis muy fraccionadas de radioterapia profunda. Asimismo, él hace constar que no teme, yendo prudentemente y fraccionando, subir hasta dosis elevadas; cita un caso de destrucción del occipital en el que aplicó con franco éxito 1.200 r. internacionales sobre el tumor. Sin embargo, para ajustarnos lo más posible a nuestro propósito, citemos también a Desjardins, que publicó un trabajo en 1927 referente a nuestro objeto, y en el que se muestra partidario decidido de la radioterapia semipenetrante para los casos más leves, reservando para la radioterapia profunda y el radium, los casos más graves o que presentan un cierto grado de radio-resistencia; recomienda igualmente con interés verificar las aplicaciones sobre amplios campos, aun en silencio sintomático, y como regla general recomienda irradiar sistemáticamente en todos los casos, el medistino y la región paravertebral, de la cual sus cadenas linfáticas son muy frecuentemente invadidas por el proceso de la enfermedad.

De un lado la clínica, de otro las autopsias y sus numerosas observaciones, hacen surgir en el espíritu de sus autores la concepción más justa de que «las lesiones están siempre más extendidas que se las había diagnos-

ticado»; es por tanto, por lo que hoy día se tiende a dar la mayor ampliación posible a estos campos de irradiación, para tratar de homogenizar en los volúmenes de tejidos profundos, la dosis administrada.

Voorheve, de la Haya, en el año 1925, en un estudio muy importante que a este particular hace, con una casuística personal de diecinueve enfermos, tratados por radioterapia profunda, en dosis fraccionadas, administradas por grandes campos de irradiación que en todos los casos excedían en mucho, hecho muy importante, a las lesiones diagnosticadas; y con un estudio muy completo y total de sus casos sentó los siguientes principios:

1.º El tejido granulomatoso debe absorber una dosis suficiente para su destrucción, que llama *intensidad*.

2.º El tratamiento debe estar en razón directa a la extensión que haya alcanzado la enfermedad, *extensión*.

3.º Qué es preciso, y hay que estar en guardia, para reanudar el tratamiento en el momento en que aparezca o se sospeche una nueva recidiva, es decir, lo que llama *reincidencia*. Este autor llama la atención para que sobre la observación clínica y minuciosa gire la conducta a seguir en el tratamiento.

Poco tiempo antes de Voorheve, y sin haberse comunicado con él, en 1925, F. Sluya, de Bruselas, llega a las mismas conclusiones, y en el Congreso de la A. F. A. S. del año 1925, leyó una Memoria en la que los resultados obtenidos eran mejores que los del autor holandés. Se muestra contrariado por la radioterapia semipenetrante, que le había costado algunos ruidosos fracasos, con dosis fraccionadas, etc., etc., siendo, por el contrario, de la misma opinión de Gilbert, de Génova, el cual, desde el año 1922, venía trabajando exclusivamente con la radioterapia penetrante, y que siempre ha recomendado este autor extender las aplicaciones hasta regiones completamente indemnes, pero que como hemos dicho anteriormente, casi siempre suelen estar también afectos de esta enfermedad generalizada, como lo ha demostrado muchas veces la necropsia y la aparición súbita y tardía de síntomas locales; que aun teniendo en cuenta el estado general y controlando la sangre, por reiterados análisis, llegamos a la conclusión de que las irradiaciones no deben ser repetidas más que por la aparición de algún síntoma de recidiva.

Estas ideas, así como el estudio anatómico-clínico de la granulomatosis maligna, han sido desenvueltos de manera admirable en 1928 por L. Babaiantz, en su tesis doctoral. En 1931, Gilbert y Babaiantz, gracias a sus concienzudos trabajos, hacer dar un paso gigantesco a la radioterapia del granuloma maligno y sientan las siguientes leyes fundamentales, que son las que han causado verdadera revolución del tratamiento radioterápico de este enfermedad.

1.ª Hecho el diagnóstico biopsia, determinar después de un detenido examen todos los focos clínicos descubribles, ayudándonos del radio-diagnóstico.

a) Establecer un plan de ataque que comprende el irradiar, desde luego,

lo más ampliamente posible, todas las regiones clínicamente afectadas y además irradiar las regiones simplemente sospechosas. (La irradiación de estas regiones estará tanto más indicada en tanto que persistan síntomas generales, tales como fiebre, malestar, no aumento del peso, etc., etc.).

b) El orden y el número de las regiones irradiadas variará según las formas clínicas de las localizaciones.

2.^a Resumiendo las condiciones tecno-físicas en dos palabras, diremos: radioterapia penetrante; radiaciones emitidas con una tensión de 180 a 200 kv. con una intensidad de 2 a 4 m. A, según los aparatos y los casos; y una filtración de 0'5 mm. a 1 mm. de cobre y después de 1 mm. de aluminio. Distancias focales variables siguiendo la profundidad del foco y las dimensiones del campo a tratar.

3.^a *Dosificación y cronología.*—La dosis profunda total que debe de administrarse para destruir en la mayoría de los casos los tejidos granulomatosos, con los menores riesgos *in situ* de recidiva, debe ser de una primera serie de radiaciones equivalentes a 400 r. por campo. Añadimos a esto, para mayor precisión, que las dosis indócidentes que suelen darse en la primera serie de irradiaciones, es: a) para las adenopatías superficiales (cervicales, axilares, inguinales, etc., etc.) una dosis por campo, corrientemente de 700 a 1.100 r., dependiente, claro es, del volumen de la adenopatía.

b) Para los tumores mediastínicos coexistentes en la mayoría de los casos de enfermedad, suelen recomendar algunos radioterapeutas prestigiosos llegar hasta una dosis de 4.000 r., distribuídos en virtud de los «fuegos cruzados» en cuatro vastos campos, o sea un total efectivo de 1.000 r. por campo. Si viésemos una recidiva aumentaremos estas dosis, llegando en casos de metastasi de los órganos internos (por ejemplo, pulmones) a administrar una dosis máxima compatible tan solo con la integridad de los tejidos. No deberemos olvidar que tendremos que individualizar y, a ser posible, elevar estas dosis medias cuando nos encontremos en casos de predominio escleroso, obrando tan solo con más lentitud.

c) *Fraccionamiento de las dosis.*—Por regla general suelen darse unas 170 r. por día o cada dos días. En algunos casos tratados en nuestra escuela de Medicina, uno, el más reciente del doctor Morales, se le aplicó esta dosis diaria, pero solamente en dos campos, llegando tan solo a la *eritemadosis* de los alemanes, dosis a nuestro juicio insuficiente; desconocemos el resultado de éste por haber abandonado el enfermo esta ciudad e ignorar su paradero y estado de salud. Hemos de aclarar también que en los casos de gruesas tumoraciones granulomatosas, muy radiosensibles generalmente los primeros días, debemos administrar dosis menores para evitar los fenómenos tóxicos, muy graves, que se presentan al administrar de repente dosis fuertes.

d) *Cronología.*—En primer lugar determinaremos el número de campos y luego establecer un ciclo de tratamiento dando un tiempo para cada campo de 10 a 15 días, para conseguir una duración del tratamiento de mes y

medio a dos meses y haciendo las correcciones oportunas en los casos especiales.

4.^a Repetición de la roentgenterapia. No aconseja nadie hacer lo que ciertos autores llamaban preventivos o de consolidación, después que de la primera dosis terapéutica parezca clínicamente suficiente. Nuestra posición en este caso será: observar al enfermo y vigilar las recidivas que pudiesen presentarse, persuadiendo al enfermo de presentarse a reconocimiento mensual y después más espaciado. Como el principal objeto de este pequeño trabajo es dar a conocer los métodos más recientes en el tratamiento del granuloma maligno, no seríamos completos sino mencionásemos la roentgenización total del enfermo por grandes campos de irradiación y la radioterapia a distancia o tele-radioterapia.

Ciertas formas de granulomatosis hacen pensar en una infección general granulomatosa o de generalización del proceso, y por esta forma de presentarse es por lo que algunos radioterapeutas, como Von Sluys, entre ellos, hayan propuesto el método de irradiación total del enfermo. La técnica descrita por el mismo Sluys es la siguiente: dividir la totalidad de la superficie del cuerpo en 10 campos de irradiación, cinco anteriores y cinco posteriores. El primer día se aplicará sobre un solo campo una dosis de 500 r. (Solomón) por campo. Se observará al enfermo y si esta dosis es perfectamente tolerada, caso frecuente, se sigue así a todos los campos ya determinados, hasta pasar cuatro veces por cada campo, o sea hacer un total de 200 r. (Solomón) por campo. La distancia mínima foco-piel será de cuarenta centímetros y la filtración de 0,5 mm de Cu. con una tensión de 180 kv. y una intensidad de 4 m. A.

La técnica descrita por el alemán Teschendorf para la tele-radioterapia, autor de la misma, es la siguiente: irradiar al enfermo con una distancia mínima foco-piel de 1,50 m. y corrientemente mayor, de modo que toda la superficie anterior o posterior del enfermo reciba a la vez la radiación. Las experiencias de Nater y Eschinz, sobre animales, incitaron a Teschendorf a tener prudencia, pues los animales de experimentación empleados (rata blanca), si se la aplicaba de una vez la dosis eritema moría en poco tiempo por efectos tóxicos desarrollados, y es por esto que el mismo Teschendorf aconseja no traspasar por ningún pretexto, en el hombre, en 1/20 de la eritematosis en una sesión, y que una dosis de 1/10 puede hacer correr grave riesgo al enfermo. Este mismo autor tuvo la idea, después de haber tratado con radioterapia seguida de excelentes resultados algunos enfermos de leucemias mieloides, de ensayar el mismo tratamiento para el granuloma maligno, aunque en este ensayo le fué adversa la fortuna por los enfermos a pesar de usar dosis muy débiles, tenían durante cuatro días unos trastornos tan acentuados y tan graves que tuvo que desistir de este propósito.

A la vez e independientes de Teschendorf habían comenzado sus ensayos en el mismo sentido Gilbert, de Génova, y Von Sluys, de Bruselas. No queriendo aún hablar de éxitos obtenidos con este nuevo procedimiento de ra-

dioterapia a distancia, sin embargo vamos a enumerar algunas observaciones muy interesantes: Los linfogramulomatosos son de tal radio-sensibilidad, que se les debe de bajar la dosis todo lo posible: el *dintel* de la dosis para que no produzca trastornos graves ha de ser muy bajo. Es necesario iniciar el tratamiento con una dosis que oscila entre 10 r. y 30 r. diarias, para probar la radio-sensibilidad del enfermo. Pasando de esta dosis máxima inicial (30 r.) se produce generalmente vómitos, agitación, ligera hipertemia, insomnio, etc., etc., que obligan a suspender el tratamiento; hay que ser, pues, muy prudentes y de esta forma podremos llegar algún día a administrar en una sola acción hasta 50 r. sin grandes molestias. Si este tratamiento se dirige de manera acertada, al poco tiempo el enfermo recupera sus fuerzas y su hábito para trabajar, aumenta de peso y de apetito, se mejoran los síntomas, en una palabra, el enfermo va camino de la curación. Muy importante es el hacer especial hincapié, en que después de cada sesión de la radioterapia hay que hacer sistemáticamente el examen de sangre del enfermo, pues a veces se producen *caídas linfocitarias* inquietantes, hasta cifras de tres mil leucocitos y aun menos.

RADIUM-TERAPIA.—La radium-terapia en el tratamiento de la granulomatosis maligna por sus especialísimas indicaciones, como ya hemos apuntado es un tratamiento de excepción. La radium-terapia intra cavitaria no tiene aplicación más que en un número de casos muy restringido. De este método de aplicación, el profesor Lozones cita una aplicación muy importante: el empleo de tubos introducidos en el esófago para que la emanación de radium pueda alcanzar los ganglios mediastásicos insuficientemente destruidos por las irradiaciones trascutáneas. Se puede ver esto en otras aplicaciones intra cavitarias del radium, puesto que esta enfermedad puede causar focos en determinados órganos (trayecto intestinal, cavidades óseas de la cara, aparato urinario, etc.).

En Norteamérica utilizan la radium-terapia superficial o cutánea en forma de «packs» o de aparatos amoldados más utilizados en Alemania, que tiene por objeto un repartimiento especial satisfactorio de la energía radiante; son técnicas que se usan a menudo en las invasiones cancerosas de los linfáticos del cuello (supra-claviculares, axilares, inguinales, etc.). La mayor ventaja de este procedimiento estriba en que se puede emplear una radiación muy penetrante y de manera continua, hasta centenares de horas, y sobre la región que exclusivamente queremos hacer desaparecer las células neoplásicas, sin causar daño a las células normales de la vecindad.

Es evidente que esta irradiación continua y prolongada (4 días por ejemplo) llevada sin esfuerzo, debe ser muy favorable en el curso del tratamiento de los tejidos granulomatosos; lo que oscurece tan bellas aventuras es que la medida de radiaciones, por la cantidad de radium, son inexactas y tiene por consecuencia acumularse una subdosis en la profundidad. Por esta misma razón (cantidad de radium) es difícilísimo irradiar bien regiones algo externas, lo que es muy fácil con radio-terapia.

Muy acertadamente hace observar Mallet que este proceder está indicadísimo por de pronto en los enfermos intransportables.

Este radiólogo hace tantos aparatos como localizaciones haya adaptadas a los mismos, emplea pequeñas dosis y traslada las fuentes de irradiación a fin de irradiar tanto la cara anterior como la posterior de donde yacen los focos granulomatosos. Para los adenopáticos profundos emplea distancias focales de 4 cm., tubos de 10 mm. g. de radio en cantidad de 10, filtrados por 2 mm. de platino y separados entre sí por espacios de 6 cm.; la dosis empleada no traspasa la cifra de 20 D. dosis débil comparada con la que se emplea para destruir las tumoraciones cancerosas. Lozones, de Berlín, aparte del empleo de los tubos en el esófago, ha recurrido a amplias irradiaciones por medio de radium y de mesatorio, dispuestos sobre aparatos colocados sobre los campos, ya numerosos, y colocados enfrente de las lesiones diagnosticadas; cada cuatro meses renueva la irradiación y recomienda no elevar la dosis tanto como en el tratamiento de las neoplasias.

Dantiritz emplea aparatos de 20 hasta 100 mmg. de radium-elemento, carga que reparte en superficies hasta de 40 cm. Dispone una filtración de 1'5 mm. de plano y una distancia focal de 3 a 4 cm.; tiempo de irradiación de 6 a 12 horas. De esta forma repite las aplicaciones de una serie, y esta serie misma las repite a ciertos intervalos. Dice tener unos resultados bastante halagüeños.

Pinch, del Instituto del radium de Londres, emplea corrientemente en el tratamiento de los ganglios periféricos el radium solamente.

Derjardins y Boning combinan la radium y radium-terapia. Hay otros autores que dicen obtienen resultados por el radium allí donde la radium-terapia profunda había fracasado, y sobre todo los casos que, como ya dijimos, se hacen radio-resistentes. Sobre la cuestión de la radio-resistencia de los tejidos se han emitido discusiones apasionadas, siendo criterio de la mayoría de los radioterapéutas, que no existe tal radio-resistencia, sino que han sido casos, donde se han presentado, incorrectamente tratados, pues mientras se atacaba los ganglios superficiales con radioterapia superficial o semi-penetrante, los ganglios profundos o las lesiones, no recibían los efectos del tratamiento, sobrevenía la recidiva, se volvía a administrar la radioterapia y al final, cuando estos enfermos llegaban a los curieterapéutas, efectivamente, con lesiones evidentes de una mala dirección del tratamiento, como coloración rojo-violada de la piel, atrofia y descamación de la misma, prurito, etc., en cuyo estado ya ineficaz y peligrosa la radioterapia, produce excelentes resultados la radium-terapia. Hasta la fecha no ha sido publicado ningún caso tratado por tele-curieterapia.

Para tratar de hacer una mención de lo más nuevo que hay en esta parte, vamos a decir cuatro palabras sobre las tentativas de inyectar sustancias radioactivas en sujetos afectos de la enfermedad de Hoegkins.

Este método, denominado la «Alpha-terapia», se practica inyectando intramuscular o intravenoso, según casos, soluciones ricas en emanación o de

sales activas, a dosis muy pequeñas. Un procedimiento muy curioso y particular es el de Wassnier, que en esencia consiste en inyectar en la vena emanación en forma de gas merced a una jeringa muy ingeniosa, inventada por él, y que lleva su nombre: *Jeringa de Wassnier*.

Las sustancias radiactivas se distribuyen por el organismo, y parece que los órganos, tumores, etc., de actividad circulatoria más manifiestos sean los asientos de predilección. La radiación *alpha* obrará sobre los tejidos granulomatosos y de esta acción es de esperar resultados favorables.

No obstante, a pesar de la novedad del procedimiento, nosotros creemos que aún se trata de un procedimiento empírico, totalmente ciego y expuesto a numerosos y graves peligros; porque es difícil (entre otras numerosísimas razones que podemos señalar) saber la cantidad de energía real empleada en la destrucción de las células, por ignorar su distribución por el organismo, y porque una gran parte es, casi instantáneamente, eliminada por las vías respiratorias, piel, vías urinarias, etc., y por esto no compensa el riesgo a que se expone nuestro enfermo.

Stereus ensayó este procedimiento en dos casos que cita, inyectando 100 microgramos, y en uno de ellos tuvo un desenlace fatal y rápido el enfermo, y el otro de ellos una agravación manifiesta.

Para terminar, D. Quiek, de Nueva York, publica una tentativa efectuada con un enfermo, que a causa de una recidiva mediastínica llevaba tres años de padecimiento con crisis de sofocación; se le había tratado con radioterapia, pero se habían hecho las localizaciones granulomatosas radioresistentes y habían sensibilizado la piel; se practico como coadyuvante de nuevas sesiones de radio-terapia penetrante, siete inyecciones intravenosas de Radoil *emanación*, con tres días de intervalo cada una y con una dosis de 25 *millicuries* con la jeringa de Wassnier.

El resultado obtenido fué que las crisis de sofocación desaparecieron, pero el enfermo se extinguió lentamente en caquexia.

LABORATORIOS

CLINICOS Y DE BACTERIOLOGIA

PRODUCTOS QUIMICOS Puros

INSTALACION COMPLETA

MOBILIARIO



Establecimientos JODRA

Príncipe, n.º 5

MADRID

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

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

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

MIOSAL

extracto de músculo; gotas e inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteinoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

SURRETAL

extracto total suprarrenal; inyectables.

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

extracto medular suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

quimio-proteinoterapia; inyectables.

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

MASTAL

extracto de mama funcionante; gotas e inyectables.

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA

Agente: M. VIALE / Provenza, 427-BARCELONA, / Carretera de Maudes, 5, Hotel-MADRID

COMENTARIOS RURALES

La Ley de Bases coordinación sanitaria

por LORENZO SÁEZ

La Ley de Bases coordinando la actuación sanitaria de los Ayuntamientos, las Diputaciones y el Estado, publicada en la *Gaceta* del 15 de Julio del año corriente, es de tal importancia para el desarrollo de los Servicios Sanitarios y de Asistencia Pública, así como también para la garantía de los intereses del personal facultativo, que bien merece unos comentarios, ya que, hacer una crítica detenida de cada una de sus Bases, nos llevaría a dar mucha extensión a este artículo.

El Presidente del Consejo de Colegios Médicos, señor Pérez Mateos, hombre de tan gran talento como firme voluntad, presentó en la Asamblea de La Coruña un vasto plan de organización sanitaria, para cuyo desarrollo se necesitaría además de mucho dinero, la votación por las Cortes de una Ley de Sanidad. Una y otra cosa eran difíciles conseguir—dadas las circunstancias de orden económico y político que atravesamos—con la rapidez y urgencia que demandaban el estado actual de la Sanidad española y la situación angustiosa de la clase médica en general y, sobre todo, los sanitarios rurales.

Era, pues, necesario atender, aunque fuera momentáneamente y hasta que la ocasión se presentase más propicia para poderse desarrollar un plan sanitario, aquellas necesidades inaplazables de la asistencia pública y garantizar al mismo tiempo el puntual percibo de sus haberes a la clase médico-rural. Para ello confeccionó la Ley de Coordinación Sanitaria, y así lo consigna en el último párrafo de la Base 12, constituyendo el espíritu de la misma. Que la obra no es completa ya lo sabía el autor, pero ante una situación verdaderamente insostenible, se imponían soluciones urgentes y eficaces que remediasen en parte las angustias de médicos y enfermos, pues para nadie es un secreto que la indisciplina social del famoso bienio ha repercutido en la administración municipal española. Fuese por incapacidad o por cobardía o por otras causas que están en las mentes de todos, lo cierto es que la gestión de una gran parte de los municipios no ha podido ser más desdichada, sobre todo en lo que respecta al cumplimiento de sus obligaciones de beneficencia y sanidad. El contingente provincial para sostenimiento de los acogidos en los establecimientos benéficos, las cuotas señaladas para los Institutos de Higiene y los haberes de los funcionarios técnicos municipales, han sido atenciones incumplidas y cuyo olvido pone de relieve la inconsciencia de los administradores municipales al tener desatendidas funciones de tanta importancia como las benéfico-sanitarias. Es monstruoso y repugnante en la administración pública que se consienta invertir en la celebración de espectáculos tan brutales como las capeas, el dinero que se adeuda para sostener

a los establecimientos benéficos o a los sufridos y pacientes funcionarios municipales, y es inexplicable que estando consignadas en los presupuestos municipales las cantidades destinadas a estos fines y teniendo esas atenciones el carácter de preferentes, sea burlada con el mayor desenfado la legislación y exentos de responsabilidad los causantes de esas irregularidades. Y siendo esto una gran verdad, todavía hay ardientes defensores de la autonomía municipal (aun después de haber llevado la dramática lección de las autonomías regionales) que no se dan cuenta del peligro que supone conceder esa autonomía a pueblos que no están preparados para semejante reforma y en los que domina todavía la tiranía y el despotismo.

La Ley de Coordinación Sanitaria tiende a corregir los vicios apuntados en nuestra administración municipal, pues habían adquirido tal extensión e intensidad, que de no poner pronto y eficaz remedio se hubiera llegado en plazo breve a una situación caótica. Mucho celo y energía se necesitan desplegar por los encargados de hacer efectivas sus disposiciones, si se quiere contrarrestar el ambiente de impunidad que se respira en los Ayuntamientos, los cuales han acogido la nueva Ley, unos con hostilidad manifiesta y otros, la mayoría, con la actitud expectante y silenciosa con que acogieron otras leyes, en espera de observar el interés que en su cumplimiento ponen las autoridades superiores. Las Bases son claras y terminantes y de su lectura se saca la impresión de que es imposible burlarla; sin embargo, son tantas las leyes fracasadas, que los profesionales, conociendo la resistencia y procedimientos a que se apela para evadir su cumplimiento, y recelosos de la protección política que se dispensa a muchas irregularidades, tenemos cierto escepticismo hasta ver la eficacia del funcionamiento de las Juntas de Mancomunidad.

Una de las muchas dificultades con que tiene que tropezar la Junta de Mancomunidad, aparte de las que creen los municipios mal administrados, se encuentra en la Base 23 que encomienda a las Delegaciones de Hacienda la forma de asegurar que del día 1 al 5 de cada mes puedan ser entregadas a los habilitados las cantidades precisas para que éstos abonen los haberes devengados a los sanitarios de la provincia. Es decir, que el Delegado de Hacienda ha de disponer la forma para que los médicos y demás sanitarios cobren mensualmente. Para ello, y según la Base 12, tendrá en depósito a su disposición, las cantidades correspondientes al tanto por ciento de las contribuciones e impuestos cedidos por el Estado y recargos autorizados a los municipios, pero como las contribuciones se cobran el segundo mes de cada trimestre y se ingresan el tercero, resulta que el Delegado no podrá disponer de estas cantidades hasta el comienzo del segundo trimestre y por lo tanto le será imposible poder pagar los tres primeros meses conforme se dispone en la Base 23. También el Delegado puede recurrir a los ingresos que por otros conceptos tengan los municipios, pero si éstos recaudan sus impuestos como lo hace el Estado, tampoco podrá acudir al depósito de los mismos con tiempo oportuno para pagar los haberes de los sanitarios a su debido

tiempo. Mucha actividad tendrá que desplegar en los casos de morosidad de algunos municipios para obligarles a satisfacer las cantidades que por todos los conceptos tienen que poner a disposición de la Junta de Mancomunidad, pues los trámites necesarios para que cumplan estas obligaciones demoran el ingreso y por lo tanto el pago, con la oportunidad que marca la ley.

Este es uno de los inconvenientes que a primera vista salta y que demuestra las dificultades que en la práctica se han de encontrar a pesar de la buena intención del legislador, dificultades que esperamos se resuelvan sin grandes obstáculos, si la actuación de las Juntas de Mancomunidad es todo lo celosa y enérgica para obligar a cumplir el espíritu y la letra de las Bases y para no tolerar la serie de resistencias activas y pasivas que algún municipio pueda oponer a los preceptos contenidos en las mismas, ya que en ello está el fracaso o la eficacia en ésta como en todas las Leyes. Muchas disposiciones se han dado para que los Ayuntamientos pagasen con regularidad a sus sanitarios, declarando este pago preferente y amenazando con sanciones y destituciones, más el caciqueo, invadiendo la esfera administrativa, se burlaba de todas las leyes y de todas las órdenes y se hacían los gastos y los pagos que les daba la gana, sin tener en cuenta los derechos y necesidades de los funcionarios. La nueva Ley es más previsora en este sentido que las anteriores y ofrece más confianza, pues en las Juntas de Mancomunidad no figuran personalidades cuyos cargos pueden ser influenciados por la política y además todos sus miembros tienen responsabilidad claramente determinada en la Base 14, si por falta de celo no cumplieran los deberes que se les imponen.

Los sanitarios hemos acogido con gran júbilo la promulgación de la Ley, pues a pesar de que las decepciones sufridas han llevado nuestro ánimo al escepticismo, tenemos la esperanza de que ahora cesarán las irregularidades en el pago de nuestros haberes y la serie de humillaciones que sufríamos al recibirlos. Fué un gran acierto enmendar el primitivo proyecto y llevar a la presidencia de la Junta de Mancomunidad al señor Delegado de Hacienda, porque a nuestro juicio constituye la mayor garantía del cumplimiento de la Ley tantas veces mencionada, ya que su elevado cargo no está sujeto a los vaivenes del juego de la política. Pero por lo mismo que constituye para nosotros una garantía, estamos obligados a tener la tolerancia debida y no demostrar impaciencias intempestivas si alguna dificultad como la apuntada impide cumplir la Ley con la exactitud debida. En estos casos hay que saber esperar lo suficiente para que pueda cumplir su misión sin conflictos de ningún género con tal de que nuestros haberes queden garantizados, importando muy poco que el cobro se efectúe mensual o trimestralmente.

Con ser muy importante asegurar el mantenimiento de los enfermos acogidos en los establecimientos benéficos y garantizar el pago de los sanitarios rurales, lo más interesante y trascendental de la Ley de Coordinación Sanitaria reside, a mi modesto juicio, en que representa una preparación de

servicios y de personal adecuado, para el día más o menos próximo en que España tenga que implantar el seguro de enfermedad, constante preocupación para la clase médica. Pérez Mateos, el hombre de más firme voluntad y de más clara intuición en la resolución y planteamiento de nuestros problemas, al que las clases sanitarias nunca pagarán ni agradecerán tanto como merece el esfuerzo y sacrificios que ha empleado en procurar satisfacer nuestras aspiraciones y dejar asegurado el porvenir, sabe muy bien que el seguro de enfermedad constituye un riesgo peligroso para la clase médica si en su implantación se adoptan técnicas importadas y no adaptables a las costumbres y formas del ejercicio profesional en nuestro país. Por eso ha querido preparar un servicio de asistencia pública domiciliaria al cual deba adaptarse la técnica del futuro seguro de enfermedad en España y no esperar a que el seguro sea el iniciador y organizador de los servicios con perjuicio de los intereses de médicos y enfermos.

En resumen, la Ley de Coordinación Sanitaria ha sido acogida con gran satisfacción y complacencia por la clase médico-rural, no sólo porque viene a salvarnos de una situación casi desesperada, sino porque en el porvenir es fácil nos redima de la condición de asalariados en que se encuentran los médicos de algunos países, colocados a la implantación del seguro de enfermedad en esa humillante y desventajosa situación.

En el próximo artículo comentaremos el Reglamento de Médicos Titulares que llevarán el título de Médicos de Asistencia Pública domiciliaria.

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

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

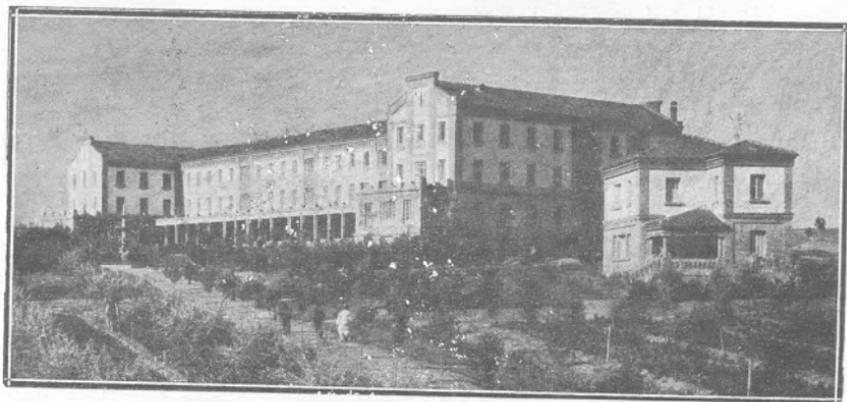
Imprenta Castellana

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

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, angiolitiasis (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

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

E. WENDEROWIC.—**Sobre la etiología del síndrome narcoléptico de Gélinau.**—(L'Encephale), año XXIX, núm. 7. Julio-Agosto, 1934.

Hasta hace poco se consideraba la narcolepsia como una enfermedad constitucional. Hoy es preciso considerar el origen exógeno de la dolencia, al menos en un cierto número de casos. Se le ha descrito como consecutiva a la malaria, a los traumatismos cefálicos, sin contar con las muchas más frecuentes observaciones en el curso de la encefalitis epidémica, hasta el punto de poderse en estos momentos preguntar si realmente existe una narcolepsia endógena en tanto que unidad nosológica autónoma.

A estos factores exógenos añade el autor dos observaciones de narcolepsia consecutiva a la vacunación antitífica preventiva, y a este respecto plantea la cuestión de las vacunaciones en gran escala que se hacen en la actualidad como el principal factor en el aumento de la narcolepsia desde hace 10 años, mucho más que a la encefalitis epidémica. Así parece demostrarlo el hecho de que este síndrome no aparezca más que casi exclusivamente al fin de la segunda década de la vida, en el curso de la tercera y al comienzo de la cuarta, es decir, en las edades en que se practica en gran escala, merced al servicio militar, la vacunación antitífica, y el hecho por otra parte, de que la narcolepsia sea mucho más frecuente en los hombres (79 por 100 según Redlich) que en las mujeres.

Las observaciones en las que se basa el concepto de narcolepsia, enfermedad endógena, no son convincentes, pues la herencia no parece jugar a la luz de un severo juicio crítico, papel alguno, aunque de otro lado, a los casos en que este síndrome tiene una etiología exclusivamente exógena, haya que añadir aquellos otros en los que el desencadenamiento de la narcolepsia exige una cierta predisposición todavía desconocida.

LAURETA BENDER.—**Psicosis asociadas con enfermedades somáticas que alteran la estructura corporal.**—(Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 32, núm. 5. Noviembre, 1934.

En este trabajo se historian casos de psicosis asociada con enfermedades somáticas que producen un severo insulto de la personalidad física por disturbios de la estructura corporal. Se relatan siete casos de enfermedades del armazón ósea, tales como osteitis deformante y osteogénesis imperfecta, cuatro casos de disturbios del crecimiento resultantes del enanismo y tres casos de enfermedades del sistema nervioso que han alterado la función motora y sensitiva, tales como enfermedad de Litte, poliomiélitis anterior y esclerosis combinada subaguda.

En el mecanismo de estas psicosis son a considerar determinados rasgos. Estos son:

- 1) La discrepancia entre el concepto de la imagen del cuerpo constitucional y socialmente determinado y la actual personalidad física o estructura corporal determinada por el proceso patológico.
- 2) Lo misterioso y obscuridad de la enfermedad, la cual es incomprendida por el paciente.
- 3) Trastornos de la adaptación social, industrial y heterosexual, cuales son los esfuerzos que hace para ser modelados según el modelo normal, pero que no pueden ser realizados por el trastorno somático.

4) Síntomas coexistentes confusionales o tóxicos que se originan en el proceso morboso o por la presión de las alteraciones craneales sobre el cerebro o nervios, especialmente cuando se produce sordera (por lesión del peñasco).

Las psicosis se caracterizan por tres rasgos:

1) Síntomas específicos de imperfección del defecto corporal o discrepancia entre la imagen corporal y la estructura somática.

2) Disturbios emocionales debidos a episódicos o acumulativos trastornos de la libido.

3) Ilusiones paranoides, síntomas mparentados con el sentimiento del misterio que para el paciente adquiere el proceso patológico. Algunos d' estos síntomas pueden ser modificados o exagerados por rasgos tóxicos o confusionales que nacen secundariamente en conexión con el proceso morboso.

Aunque en muchos de estos casos un diagnóstico de esquizofrenia o demencia precoz ha sido hecho, no parece que estas psicosis que se estudian pertenezcan a esa categoría. Hay pocos signos de disociación del pensamiento, ni trastornos de la conducta, ni rasgos catetónicos; no acaban en demencia a no ser que coincidan con arterioesclerosis u otros rasgos orgánicos.

La terapéutica de estas psicosis debe basarse en el precedente análisis del principal mecanismo de estas psicosis. Lo primero, deberá tratarse si se puede, el proceso patológico somático para retrotraer tan cerca como sea posible a la imagen corporal normal. Todo elemento de misterio y de oscuridad deben ser removidos. Se le ayudará para que se enfrente con su dolencia según un plan de adaptación a su vida que le proporcionará un máximum de satisfacción libidinosa.

J. M.^a VILLACIÁN

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

CIBALGINA

"CIBA"

Amplio campo terapéutico

No produce hábito

Ausencia de fenómenos secundarios a dosis terapéuticas

INDICADA

en

Medicina general

Cirugía, Odontología

Ginecología

Radioterapia

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

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.

Curas de desmorfinización.

Comprimidos

Gotas

Injectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

CIRUGÍA

DOCTOR JUAN SALAS GONZALEZ.—**La digital en las insuficiencias cardíacas traumáticas. Shock traumático primitivo y secundario.**—«Revista Española de Medicina y Cirugía», pág. 489. Octubre, 1934.

El autor hace una ligera exposición de los fundamentos científicos en que se base el empleo de la Digalène en el shock traumático, pasando a continuación a la descripción de una numerosa casuística que vamos a resumir.

Primer caso: Enferma operada de sarcoma de la rodilla. Shock secundario a las 30 horas. Todos los estimulantes cardíacos (alcanfor, cafeína, espasteína, etc.), no consiguen sacarla del shock. Inyectamos 1 y medio centímetro cúbico de Digalène por vía endovenosa y el resultado fué inmediato. El pulso radial desaparecido se restablece hasta quedar a la media hora con ritmo regular y 80 pulsaciones. Suero fisiológico para sostener la presión.

Segundo caso: Enferma que llega al quirófano en shock. Se le inyectó 1 centímetro cúbico de Digalène y posteriormente 0,80 de alcanfor y 0,30 de cafeína. A la media hora, restablecida del shock.

Tercer caso: Herido por arma de fuego con orificio de entrada en la región infraclavicular derecha y de salida por debajo del omoplato. Otra con orificio de entrada por cara anterointerna del muslo izquierdo y salida por la región glútea. Shock.

Tratamiento: Digalène 1 y medio centímetro cúbico por vía endovenosa, alcanfor, cafeína y suero fisiológico; media hora escasa después fuera del shock.

Cuarto caso: Herida contusa con desgarro región de la nuca, destrozo muscular y de vasos y nervios de la región posterior del cuello y espalda; otra herida contusa en región frontal y otra en región mentoniana. Shock.

Tratamiento: Digalène 2 centímetros cúbicos por vía endovenosa, alcanfor, cafeína y suero fisiológico. Una hora después, fuera del shock, pudo ser intervenido.

Quinto caso: Herida incisa punzante en el hipocondrio izquierdo, con salida de epiplón y asas intestinales. Shock traumático.

Tratamiento: 2 centímetros cúbicos de Digalène, suero fisiológico por vía hipodérmica, alcanfor y cafeína. Media hora después, fuera del shock, pudo ser intervenido.

Sexto caso: Herida magullada con fractura conminuta del tercio inferior de la pierna derecha y todos los metatarsianos. Shock.

Tratamiento: Digalène 1 centímetro cúbico, suero, alcanfor y cafeína. Una hora después, amputación.

Séptimo caso: Rotura tubárica por embarazo extrauterino. Hemorragia interna. Shock.

Tratamiento: 1 y medio centímetro cúbico de Digalène, suero con adrenalina y alcanfor. Una hora después fuera del shock intervenida favorablemente.

Octavo caso: Operada de embarazo extrauterino. Cuarenta horas después insuficiencia cardíaca no obedece al alcanfor y cafeína. 1 centímetro cúbico de Digalène, descenso del número de pulsaciones casi incontable, a 80.

El autor termina diciendo que no se cansará de aconsejar a sus colegas, sobre todo a los que ejercen en medio rural, que ante un accidente de importancia inyecten inmediatamente de 1 y medio a 2 centímetros cúbicos de Digalène y después suero y alcanfor cafeinado, pero antes que nada digital. Con ello conseguirán poder transportar al herido en mejores condiciones al centro quirúrgico y salvar muchas veces la vida del enfermo.

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir.—Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas.

Rápida antisepsia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

HEMOBICAL: Aperitivo hematógeno rápido, antituberculoso, vigorizador, recalificante único.

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

eficaz e inocuo tratamiento

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

La **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en 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.

OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7- Barcelona

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

OTORRINOLARINGOLOGIA

DOCTOR A. M. FOWLER.—**Supuraciones del macizo petroso.**—«The Journal of the American Medical Association», núm. 20. Chicago, 19 Mayo 1934.

Tiene gran importancia en el diagnóstico causal de las supuraciones de oídos, establecer si su procedencia es de la porción petrosa del hueso temporal, porque el pronóstico es grave.

Para Kopetzky y Almour, citados por el autor, un tercio de todos los huesos temporales tienen algunas células aireadas en el macizo petroso, que es lo que da lugar a que en la otitis media supurada con reacción mastoidea y en las mastoiditis, a una mayor o menor petrositis.

La clínica revela las petrositis menos veces de las que realmente existen, como se deduce de los hallazgos de las autopsias y cuando lo hace es por neuralgia unilateral de trigémino con la característica de dolor detrás del ojo, supuración de oído persistente incluso después del vaciamiento petro-mastoideo y estrabismo interno.

Termina diciendo que la complicación más frecuente de la petrositis es la meningitis, como ha comprobado Perkins (citado también por el autor) que de trece casos por él observados murieron doce de meningitis.

DOCTOR ANTONIO SUBIRANA OLLER.—**El síndrome vestibulo-espinal de Barré, o el síndrome de desequilibrio puro.**—«Revista Española y Americana de L. C. y R. Meses de Noviembre y Diciembre de 1933 y Febrero de 1934.

Comienza el autor cuyos estudios ha realizado en la Escuela Neurológica de Estraburgo del profesor Barré, con la colaboración de los doctores Crussem y Metzger, jefes de laboratorio y clínica respectivamente, por historiar la patología de las vías vestibulo-espinales, en la que resaltan los trabajos de Marchi, Ferrier, Turner, Klinoff, Russell, Van Gehuchten, Al Bruce, Wincker, A. Thomas, Babinski, P. Boinier, Raymond, Allen Staar y Barré.

Se ocupa del síndrome cerebeloso, del que en síntesis dice que se resiste a admitir la existencia de un mistagmus cerebeloso, creyendo que el cerebelo es sólo capaz de imprimir un sello especial al mistagmus vestibular preexistente.

El síndrome vestibular le supone siempre manifestado por síntomas que aunque cuando predominan en el lado de la lesión, son siempre bilaterales.

Es partidario ante la presencia de un síndrome vestibular disarmónico de admitir la existencia de un factor cerebeloso como causa o entre las causas que han podido producirlo.

Fundamenta la posibilidad de síndromes vestibulares parciales para entrar de lleno en el estudio clínico del síndrome vestibulo-espinal de Barré, del que dice en resumen lo siguiente:

1.º El gran trastorno del equilibrio que se instala de una manera rápida, produciendo un cuadro de atasia-abasia absolutas en contraste notable con la integridad de la motricidad voluntaria.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

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

2.º El resultado discordante entre la maniobra de la pierna de Barré completamente negativa en los síndromes vestibulo-espinales puros (o ligeramente positiva en los piramido-vestibulo-espinales) y la intensa positividad de la maniobra del psoas de Barré, junto con los caracteres completamente especiales que reviste en ellos la maniobra de Mingazzini.

3.º Los resultados paradójicos entre las pruebas vestibulares instrumentales, que de un modo general pueden considerarse comprendidas dentro de la normalidad por lo que hace referencia al elemento vestibulo-ocular y la reacción motriz tan curiosa que se manifiesta al final de la prueba rotatoria.

4.º Los trastornos de la marcha característica del período de estado constituidos por la marcha a pasito con la modalidad bien particular que nosotros hemos descrito. («L'Encephale». Septiembre-Octubre, 1931).

5.º La evolución regresiva de la mayor parte de los trastornos.

Continúa exponiendo el autor las observaciones clínicas de cuya exploración detenida saca las siguientes características positivas y diferenciales que también comenta:

1.º La marcha a pasitos (a petit pas).

2.º La astasia-abasia.

3.º El desequilibrio.

4.º Diferencias entre el déficit motor piramidal y el déficit motor vestibulo-espinal: Las maniobras de la pierna y del psoas de Barré y la de Mingazzini. Su diferente comportamiento en unos y otros.

Habla seguidamente el autor de las causas del síndrome así como de su evolución

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
V
E
L
E
Z
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 »
	Eter 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)

y tratamiento, terminando su bien documentado trabajo con las siguientes conclusiones:

1.^a Las nociones que actualmente poseemos sobre la anatomía y fisiología del aparato vestibular, hacen muy probable la existencia de lesiones, que por estar localizadas únicamente sobre el trayecto de las vías descendentes deiteroespinales, sean capaces de traducirse clínicamente por alteraciones del equilibrio con integridad de las funciones dependientes de las porciones vestibulo-oculares del aparato vestibular.

2.^a El estudio de un grupo bastante numeroso de enfermos permite describir una serie de signos cuya reunión constituye la entidad clínica aislada y descrita por Barré bajo el nombre de síndrome vestibulo-espinal.

3.^a Existen enfermos en los cuales las alteraciones que nosotros juzgamos dependientes de una lesión de las vías vestibulo-espinales aparecen sin que clínicamente existan síntomas de sufrimiento de otras vías vecinas (piramidales, cerebelosas, etc.), puedan ser puestas en evidencia. Son los casos que llamamos de síndrome vestibulo-espinal puro.

En otros enfermos, por el contrario, añádense a las manifestaciones vestibulo-espinales un cierto número de síntomas piramidales, cerebelosos o de alteraciones dependientes de núcleos o de fibras bulbares vecinos, constituyendo estos casos los por nosotros clasificados como síndromes vestibulo-espinales asociados.

4.^a El síndrome vestibulo-espinal puro presenta un comienzo, un período de estado y una evolución que hasta ahora se han mostrado siempre iguales en todas las observaciones:

a) Los signos característicos del período inicial están constituídos por un estado vertiginoso muy intenso, seguido de atasia-abasia absoluta, contrastando con una motricidad activa y pasiva y una fuerza segmentaria perfectamente conservadas. Imposibilidad o extremada dificultad por parte del enfermo de cambiar de decúbito estando en la cama, y como signo objetivo nótase el resultado paradójico de las maniobras de la pierna de Barré completamente negativas, de Mingazzini positivas en forma especial y de psos de Barré que traducen un déficit localizado en la inervación de los músculos de la raíz de los miembros inferiores. Ausencia de nistagmus.

Las pruebas vestibulares instrumentales traducen generalmente una ligera hiperexcitabilidad bilateral por lo que se refiere a la calórica y galvánica, y la prueba rotatoria ofrece el curioso contraste de un mistagmus postratorio, cuya duración viene comprendida dentro de los límites considerados como normales y de una fuerte reacción motriz completamente involuntaria en el momento de parar la rotación.



EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL
 (Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAIRO)

COMPOSICIÓN: MALTA IRRADIADA con longitud de onda precisa - Ext. de hígados frescos de ternera - lacto-naciente (método BEAUDIN y COURTOT) - FOSFORO - CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado

VITAMINAS A y D, más elementos sales asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco
 PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAIRO

HEPATORRADIL

b) El período de estado presenta como signos salientes las atracciones de la marcha que adoptan un carácter de marcha a pasitos que nosotros creemos característica de este proceso. Los signos de Romberg y de la plomada de Barré muestran un carácter indiscutiblemente vestibular.

c) La evolución en estos casos de síndrome vestibulo-espinal puro verificase siempre en un sentido eminentemente regresivo, habiendo todos los casos observados hasta el momento presente recuperado una marcha normal, siendo la curación clínica aparentemente completa.

5.^a Los casos de síndrome vestibulo-espinal asociado traduciendo una lesión bulbar más extensa, no tendrán un pronóstico tan favorable como las formas puras. Sin embargo, de todos los casos observados, sólo uno ha terminado por muerte un año después. El pronóstico en todos estos casos vendrá condicionado por las alteraciones asociadas, pues las dependientes de los trastornos vestibulo-espinales propiamente dichos, han ido desapareciendo siempre después de un plazo más o menos largo.

Entre las formas más corrientes, citaremos la cerebello-vestibulo-espinal y la piramido-vestibulo-espinal.

6.^a La mayor parte de las observaciones de enfermos afectos de síndrome vestibulo-espinal, el modo de aparición de los trastornos, la edad de los pacientes, etc., hacen creer con toda verosimilitud que son la consecuencia de alteraciones vasculares (hemorragias, reblandecimientos o espasmos) que realizan un tipo de síndrome bulbar diferente de los anteriormente descritos.

7.^a Si las investigaciones anatomopatológicas vienen a demostrarnos un día que esta hipótesis no es cierta y que el cuadro presentado por nuestros enfermos es debido a otras causas que la alteración de las vías vestibulo-espinales, siempre le quedará a nuestro maestro el mérito de haber individualizado clínicamente un nuevo síndrome, que aun cuando dejase de llamarse vestibulo-espinal, merecería conocerse siempre por el nombre de síndrome de Barré.

DOCTOR JUAN B. SANTIÑA.—Un caso de parálisis de las cuerdas vocales (parálisis de los dilatadores) en una enferma tuberculosa tratada por la sanocrisina.—«Asr. Médica», núm. 107. Barcelona. Agosto, 1934.

Con motivo de la administración de la sanocrisina a varios enfermos de tuberculosis pulmonar, el autor describe un interesante caso de parálisis del músculo tiroaritenoides en una laringe que antes de la sanocrisina estaba normal. Sin embargo, poco después la parálisis de las cuerdas vocales fué evidente.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, el autor deduce la toxicidad de la sanocrisina y sus efectos paralizantes.

BERCERUELO.

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

MEDICINA INTERNA

RYUTA USUI, MASAO ITO, YOICHI FUJIOKA, CHO NAGAI und T. KON.—

Das männliche Sexualhormon «Enarmon» und seine klinischen Anwendungen.—

S. 1.770. «Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 46, 1934.

Los autores, pertenecientes a la clínica de Pediatría del profesor Usui, de la Universidad de Tokio, han logrado aislar una hormona sexual masculina llamada «Enarmon», de la orina de hombres jóvenes entre 21 y 23 años, mediante una técnica original, habiendo logrado obtener de 1.000 litros de orina, 3 gramos de hormona constituidos por una sustancia moreno oscura y espesa. Con ella han practicado inyecciones a sujetos castrados, de distintas edades y a ancianos, además de experimentar en capones, los cuales recibían diariamente de media unidad a dos unidades gallo.

En los hombres se inyectaron mayores cantidades, recibiendo algunos en un plazo de cincuenta días, desde 365 a 385 unidades gallo, inyectando como regla general entre 4 y 8 unidades la inmensa mayoría de los días.

Los efectos sobre rejuvenecimiento que querían probar los autores, así como la desaparición de las molestias de la vejez, fueron alcanzadas en todos los casos en la proporción obtenida por otras técnicas y procedimientos de rejuvenecimiento, como las de Voronoff y Steinach.

En los enfermos con trastornos sexuales por falta de libido se obtuvieron también mejorías notables. Y en los enfermos de hipertensión esencial vascular el efecto rebajador de la tensión arterial, fué verdaderamente sorprendente.

CARRANZA.—**Asma y tuberculosis.**—«Wiener Medicinische Wochenschrift», número 44. Madrid, 1934.

Sobre el hecho ya conocido, de que gran número de asmáticos son tuberculosos, aporta Carranza, discípulo de Löwenstein, una estadística de veintidós casos, en los cuales el cincuenta por ciento presentaron bacilemia tuberculosa a pesar de que clínicamente faltaban pruebas objetivas, incluso radiográficas, de tuberculosis pulmonar, y concluye diciendo, debe considerarse el bacilo tuberculoso como un panalérgeno que prepara el terreno frente a los más diferentes antígenos.

El tratamiento por la tuberculina antigua de Koch, curó solamente dos casos y mejoró a cuatro.

GEORGE L. WALDBOT. M. D. DETROIT.—**Allergic Death.**—«Archives of Internal Medicine». Octubre, 1934.

El autor comienza recordando los trabajos recientes de Tannhauser y Grassen referentes a la cuestión de la muerte con motivo de un baño frío, y al parecer referibles a un choque alérgico por sensibilización frente al frío, y a continuación diferentes estudios de autores norteamericanos, acerca de distintas manifestaciones de alergia, en relación sobre todo, con la muerte tímica, que parece ser una muerte alérgica. Y finalmente recuerda los estudios de diferentes investigadores alemanes sobre las neumonías anaflácticas estériles, y a continuación presenta las historias de siete casos de muerte seguidos de autopsia, en los cuales la historia de varios catarros de las vías respiratorias de tipo afebril, hacen pensar en la sensibilización de tipo alérgico; e igualmente que los datos de las autopsias, llegando el autor a las siguientes conclusiones:

Que el cuadro clínico de tipo alérgico caracterizado por su aparición repentina, estornudos, disnea y shock anafiláctico, juntamente con los síntomas de un edema pulmonar de tipo bronconeumónico, ha sido la causa de la muerte de sus enfermos.

Este tipo de muerte ha sido observada en las personas a las cuales se han inyectado cantidades grandes de antígenos, frente a los que se encontraban en estado alérgico, y en sujetos que padeciendo asma se ponían en contacto con grandes cantidades de alérgenos para los que se encontraban hipersensibilizados.

La muerte tímica sería, según se ha probado numerosas veces en las autopsias, una muerte alérgica.

PROFESOR VON HOESSLING.—Tendencia múltiple a espasmos y sus relaciones con la alergia.—(«Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 47. 1934.

El autor cree haber descubierto que la disposición para los calambres o espasmos en cualquier órgano, cuando éstos se prolongan durante años, radican en una disposición general del organismo para la contracción espástica, siendo muchas veces esta disposición de origen familiar.

La disposición para las convulsiones espásticas es múltiple siempre y además variada en sus modalidades, abarcando todos los órganos y vísceras del cuerpo en todos los aparatos.

El autor pone en relación esta predisposición para los espasmos tónicos con alergia, en el concepto de Rössle, y de la patergia o alobiosis, entendiéndolo por patergia un concepto más amplio que el de alergia, puesto que se extiende a todas las perturbaciones de las reacciones energéticas que se verifican en el organismo.

REUNION DE LA SOCIEDAD MEDICA DE FRIBURG.—Intoxicaciones arsenicales en el territorio del viñedo.

Comenzó la sesión Ulenhut recordando que las intoxicaciones arsenicales se vienen sucediendo con mayor o menor intensidad desde 1927.

Hace notar a continuación que estas intoxicaciones han seguido casi siempre un curso grave, por lo que el Ministerio de la Gobernación alemán ha tomado gran interés en el asunto, nombrando una comisión investigadora presidida por él.

La enfermedad es más frecuente en el territorio del viñedo, donde para proteger a las vides se las pulveriza con líquidos o polvos que contengan arsénico, a pesar de que en otros países se emplean también los mismos medios para proteger los frutales por lo que pensó la ciencia de que otros factores pueden colaborar.

Es de notar que la mayor parte de los enfermos son grandes bebedores y muchos de ellos padecen cirrosis de hígado.



Medicamentos para la DERMATO-SIFILOLOGÍA
la OFTALMOLOGÍA y la OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

(Solicite literatura y consulte nuestra publicación periódica "Analecta Terapéutica")

Laboratorios del Norte de España, S. A.
c/ Especialidades Cubi., 7 Mañana, Barcelona. 33

En vista de ello estima lo conveniente que no es necesario prohibir los polvos arsenicales, pero sí recomendar sustituirlos por otros libres de arsénico, como son: Pyrrhron, Chrysanthol o Nicotina, igualmente eficaces contra los hongos de las vides.

El profesor Zeigler da a continuación una descripción clínica de la enfermedad. Esta se da casi exclusivamente en hombres y muy raras veces en las mujeres. El uso de una bebida llamada por ellos Hantrunk y obtenida por fuerte presión de los ollejos de las uvas, prepara el terreno y es más importante, pero producía la enfermedad que el vino mismo.

La enfermedad evoluciona con el cuadro clínico de una intoxicación aguda a lo que siguen síntomas de una intoxicación crónica. Sus síntomas agudos son principalmente irritación conjuntival, nasal y bucal; igualmente que de la mucosa de laringe, esófago y tráquea y bronquios. Todo ello coexiste también con vómitos, náuseas y diarreas, y en algunas ocasiones síntomas de irritación en la piel, especialmente en las partes no protegidas por las ropas. A todo se suma un malestar general y sensación de enfermedad.

Una parte de los enfermos muestran al cabo de algunas semanas o meses los síntomas de una intoxicación crónica por el arsénico.

Para la intoxicación de las personas que realizaron la pulverización, el aparato respiratorio representa el órgano principal de absorción del tóxico.

SPASMOSÉDINE

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



SEDATIVO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

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

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

Los intoxicados crónicos, además de la hiperquinetosis, aquejan alteraciones del cabello, las uñas, las conjuntivas, la mucosa de la nariz, congestión del aparato respiratorio, astenia, fatigabilidad temprana, hipersensibilidad frente al frío, trastornos vasomotores y neurovegetativos múltiples, y en la esfera psíquica, depresión y reacciones neurasténiformes.

La cirrosis de hígado está indudablemente en relación con la intoxicación alcohólica y arsenical, pero es difícil hoy todavía fijar en qué grado y proporción.

La mortalidad en la fase aguda alcanza al 16 por 100; y es muchísimo mayor si se toma la mortalidad de los casos crónicos.

Las investigaciones químicas han probado la gran cantidad de arsénico que pueden contener los racimos de uvas pulverizadas con preparados arsenicales. Y además la posibilidad de establecer el diagnóstico post mortem por el análisis químico de los cabellos particularmente.

«Klinische Wochenschrift», núm. 47. Heissen y Wolf, publican una nota clínica sobre la acción hipertensora de una sustancia «tyramina» en los hipertensos pálidos, especialmente nefríticos crónicos en estado de esclerosis. Esta sustancia, aunque de estructura parecida, es diferente de la Tyrosina y del Pkresol.

Los autores opinan que la tiramina es la responsable de la hipertensión de los hipertensos pálidos, a juzgar por la proporción en que se encuentra en la sangre de estos enfermos.

«Archives of Pathology», núm. 4. 1934. Eigers y Omaha publican un interesante trabajo experimental sobre la quimioterapia del cáncer experimental, en el que llegan a los siguientes resultados:

Sobre la base de las posibilidades teóricas que permiten suponer una acción efectiva tóxica sobre los tejidos cancerosos, han ensayado varios compuestos tóxicos que tenían como núcleo fundamental un hidrato de carbono asociado al plomo o a un titrametilarseniato.

Los ensayos han sido infructuosos con el plomo; pues si bien se logró hacer desaparecer tumores cancerosos de pequeña virulencia, fracasó la técnica cuando se actuó sobre tumores de gran virulencia, sobre todo cuando se empleó como radical unido al carbohidrato el plomo.

Por el contrario, cuando se empleó como radical el compuesto arsenical, los resultados fueron mucho mejores, obteniéndose la curación de los tumores de escasa virulencia; y cuando se añadió insulina, se lograron curaciones incluso de tumores malignos, en veintidós casos de los veintidós tratados.

El tratamiento del cáncer experimental por este medio, fué tanto más eficaz cuanto más tempranamente se comenzó.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÍÑO
FORMULA

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

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

«The Lancet», volumen 2.º, número 16. 1934. Andrewes y otros, publican el resultado de sus interesantes investigaciones experimentales sobre los virus de la gripe del hombre y de la influenza del cerdo.

El virus de la influenza del cerdo no produce lesiones idénticas en el pulmón del ratón a las de la neumonía gripal del hombre. Pero después de varios pases por el ratón las produce en el propio cerdo.

Los filtrados de cultivos de estos virus completamente estériles y procedentes del pulmón del ratón, son capaces de infectar produciendo lesiones en el pulmón de otro animal.

Por este procedimiento del filtrado y teniendo en cuenta el tamaño de los poros de los filtros empleados, se ha llegado a fijar el tamaño aproximado del virus de la gripe, calculándose como inferior a tres décimas de micron.

STIEGLITZ Y KUIGHIT.--**El ferrocianuro de sodio como prueba clínica de la capacidad glomerular.**—«The Journal of American Medical Association», núm. 23, volumen II, 1934.

Publican estos autores un interesante trabajo para demostrar que el ferrocianuro de sodio puede ser una excelente sustancia para medir la capacidad funcional del glomérulo renal.

Han partido estos investigadores de los estudios de Marshall y Grafflin, quienes probaron en los riñones aglomerulares de los peces, que el ferrocianuro sódico no se elimina en estos animales por vía renal; y de los estudios más recientes de Stieglitz y Gersh que probaron en los animales mamíferos que esta sal se eliminaba exclusivamente por los glomérulos del riñón.

La prueba consiste en inyectar en disolución medio gramo de la referida sal sódica al estado de hidrato o solamente 25 centigramos de la sal anhidra; y observar su eliminación por el riñón, titulándola con el sulfato de cobre. La inyección se hace intravenosa.

Los autores, después de numerosas pruebas, llegan a las siguientes conclusiones:

- 1.º En más de cien sujetos se ha mostrado el ferrocianuro sódico a las dosis fijadas, como no tóxico, y muy eficientemente para fijar la capacidad funcional del glomérulo renal.
- 2.º Su excreción por el riñón muestra una curva característica semejante a la de la fenolsulfatoleína.
- 3.º En la hipertensión arterial la eliminación está considerablemente retardada.
- 4.º En la nefritis aguda la eliminación es nula o muy pequeña.
- 5.º En la insuficiencia circulatoria se afecta esta prueba como todas las otras de funcionamiento renal.
- 6.º Parece, por los resultados obtenidos hasta el día, una prueba de gran porvenir y llena de posibilidades para la exploración funcional del riñón.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

SCHAAF.—El tratamiento de la erisipela con la Terpiquina.—«Münchener Medizinische Wochenschrift», núm. 51. 1934.

El autor publica los resultados excelentes, obtenidos por la inyección de terpiquina intramuscularmente en la dosis de dos centímetros cúbicos dos veces al día.

El número de casos que publica es solamente de tres y los resultados obtenidos son mejores que con los habituales, pero inferiores a los obtenidos con el tratamiento recomendado en nuestra clínica de la Facultad.

FRONK-HAWKING.—Carditis aguda latente reumática comprobada en autopsia.—«Archives of Internal Medicine», núm. 5, vol. II. 1934.

El autor ha estudiado en el Presbyterian Hospital, en Nueva York, una serie de casos de enfermedades diversas, que luego en la autopsia mostraron las lesiones típicas de una carditis, y otras de endocarditis, sin que en vida dieran síntomas de estas enfermedades.

El autor estima la presentación de las lesiones cardíacas reumáticas, como puramente accidentales, pero no por ello carece de interés el hecho comprobado.

PLACE Y SUTTON.—Fiebre de Haverhill. Eritema epidémico artrítico.—«Archives of Internal Medicine», núm. 5, vol. II. 1934.

Desde 1926, en que explotó en el mes de Enero en la pequeña población de Haverhill una epidemia que no alcanzó gran difusión, de una enfermedad caracterizada por fiebre, de presentación brusca, escalofríos, dolores articulares y presentación al cabo de algunos días de una erupción exantemática de tipo sarampionoso, se han venido publicando con alternativas, casos y epidemias pequeñas, que han permitido conocer mejor la enfermedad.

Los autores hacen un estudio completo de la enfermedad, basándose en su experiencia y en las publicaciones de otros autores, llegando a las conclusiones siguientes: Es preciso admitir como enfermedad infecciosa independiente la fiebre de Hoveshill, y fijar en epidemiología como enfermedad que aparece en forma de pequeñas epidemias; y añadir a la sintomatología conocida la tendencia a las hemorragias.

Por otra parte, parece poderse afirmar que sta enfermedad es producida por la ingestión de leche cruda, contaminada por un microorganismo llamado Haverhillia multiformis, perteneciente a la familia de las microbacteriáceas. Es aglutinado por la sangre de los enfermos a títulos de un 1 por 50 o 1 por 100; y además es capaz de producir un estado alérgico, que ha permitido elaborar pruebas de cutirreacciones específicas.

El microorganismo bacteria causante de la enfermedad, circula por la sangre de los enfermos y se obtiene por hemocultivo.

Existen también aglutinaciones en el suero de los enfermos, que permiten el diagnóstico específico.

M. BAÑUELOS

ORTHOMIL Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

Índice de autores de artículos originales

	<u>Págs.</u>
Alonso Cortés, F.	253 y 308
Allué Horna, A.	300
Andrés Bueno, Vicente de	8 y 85
Baena Baena, Vicente	543
Baeza Cuellar, Mariano	209
Bañuelos García, Misael	5 y 329
Bellogín García, Mariano	133
Calero, Daniel	353
Canto, Nicolás	537
Castro García (Véase Herrador y Martínez Bruna)	
Costero, Isaac	577
Cuadrado, Emilio	481
Diez Fernández, Carlos	69
García Cabello, L.	300
García Lorenzana, Felipe	453
González Calvo, Vicente	158 y 625
Herrador, Sebastián	24
Ledo, Eduardo	179, 507 y 581
Lozano Olmedo, F.	309
Martín Escobar, Marcos	339 y 385
Martínez Bruna, Julio	243
Martínez Sagarra, José María	79
Morales Aparicio, Leopoldo	529
Rodríguez Arias, Belarmino	587
Rodríguez, Félix	433
Rodríguez Vargas, Jalón	31 y 257
Rodríguez Berceruelo, Sabino	169
Royo Villanova Morales, R.	281 y 390
Sáez, Lorenzo	153 y 643
Sáenz de la Calzada, I.	503
Santiago, José Manuel	497
Serrano Piqueras, P.	633
Verdes Montenegro	375
Zapatero, Emilio	175 y 437

Índice de artículos originales

Págs.

Anemia pseudoleucémica, infantil o anemia de Jacks-Hayem.—(Un caso de etiología sífilítica)	308
aortitis abdominal	625
arterias. Un nuevo punto de vista en el estudio de las—del cuerpo humano ...	209
alteraciones funcionales de causa nasal	433
atelectasia pulmonar. Aportación al estudio de la—parcial	497
acné hipertrófico. Sobre el—o rinofima	577
Bocio.—Algunas consideraciones sobre el tratamiento del	537
Cáncer gástrico. Sobre cinco interesantes historias de—(consideraciones acerca de la carcinogenesis)	5
cáncer de piel. El—en nuestra región	507
caso clínico	169
colecistitis.—Tratamiento de las	481
coordinación sanitaria.—La ley de Bases de	643
Dermatosis áurica en un tuberculoso pulmonar	24
desviaciones de la columna vertebral. Tratamiento de las—por el ejercicio físico	509
Estrecheces del esófago.—Valor diagnóstico de la exploración radiológica en las estrecheces de la uretra. Las—de forma hematórica	339
estudiantes de Medicina.—Plétora y malestar económico de los	79
Facultad de Medicina. Las grandes innovaciones en nuestra—Inauguración de los Servicios de Electro-Radiología	281
Hemograma de Schilling. Sobre el—en las lesiones tuberculosas residuales	179
hemoptisis en tuberculosis pulmonar	375
hematoma del tabique	353
Hodgkin.—Sobre un caso de enfermedad de	31
Hodgkin. Nuevas orientaciones en el tratamiento de la enfermedad de—debidas a la radioterapia	300
Incapacidades.—Las incapacidades parciales y permanentes ante la nueva legislación	633
ictericia catarral e insulina	8 y 85
infecciones intestinales.—El mecanismo patogénico de las	153
imágenes radiológicas pulmonares de evolución fugaz y estacionaria	175
Jornada agrícola en el aspecto médico e higiene del obrero del campo	453
Legislación	133
Legislación	(Véase incapacidades)
Linfadenosis. Un caso de—infantil	257
Muerte.—La cuestión de los signos de la	390
médula ósea	(Véase tiroides)
Leche. Necesidad urgente de una organización racional y a fondo de los abastecimientos de—en España. Bases para un Reglamento	437
Neuro-sifilis.—Resultados de la paludización en el tratamiento de la	587
neuro-endócrino. El sistema—y la tuberculosis	158
neuralgias faciales. La cauterización en el tratamiento de las—esenciales	503
Otitis externa hemorrágica	257
osteomas cráneo-orbitarios	529
Paludización. Resultados de la—en el tratamiento de la neuro-sifilis	587
Quiste hidatídico.—Un caso de —pulmonar bilateral	385
Ración proteínica.—Nuevos datos sobre la patología y clínica de la	329
Ramón y Cajal.—La muerte del maestro	577
Sesiones clínicas del Instituto Rubio	32, 97, 314, 362, 409, 513 y 551
Tuberculosis pulmonar. Esquema clínico-patogénico de las formas de comienzo de las—del adulto	69
tuberculosis.—El sistema neuro-endócrino y la	158
tuberculosis pulmonar.—Las estalagmonas urinarias en la	243
tiroides. Relación funcional entre—bazo y médula ósea	543
Uretra	(Véase estrecheces)

Índice de Revista de Revista

Págs.

MEDICINA INTERNA, por M. Bañuelos y M. Sebastián.

Sobre el empleo combinado de la dieta aclorurada y la sustracción del jugo gástrico en terapéutica de úlcus y gastritis	39
Sobre el influjo hipofisario en la función renal	40
Sobre la colangitis lenta	261
La diyodotirosina en el hipertiroidismo	262
Sobre un nuevo espasmolítico, similar a la atropina	521
El nuevo analgésico Saridon	561
Úlcus ventriculi y duodeni. Nuevo tratamiento de las úlceras mediante un preparado de histidina	562
Das männliche Sexualhormon «Enarmon» und seine klinischen Anwendungen...	657
Asma y tuberculosis	657
Allergic Death	657
Tendencia múltiple a espasmos y sus relaciones con la alergia	658
Intoxicaciones arsenicales en el territorio del viñedo	658
El ferrocianuro de sodio como prueba clínica de la capacidad glomeular	661
El tratamiento de la erisipela con la Terpiquina	662
Carditis aguda latente reumática comprobada en autopsia	662
Fiebre de Harverhill. Eritema epidémico artrítico	662

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA, por J. M.^a Villacián.

Sobre la etiología del síndrome narcoléptico de Gélinau	649
Psicosis asociadas con enfermedades somáticas que alteran la estructura corporal	649

CIRUGIA, por S. R. Berceruelo.

La digital en las insuficiencias cardiacas traumáticas. Shock traumático primitivo y secundario	651
---	-----

TUBERCULOSIS, por G.^a Lorenzana.

Las inyecciones intrapleurales de sales de oro como tratamiento de las cavernas insuficientemente colapsadas en el curso del neumotórax	262
La bacilemia tuberculosa y su significación patogénica	263
El diferente comportamiento de la pleura parietal y visceral en la pleuritis y el neumotórax	319
Los accidentes inmediatos del neumotórax	319
El valor de la reacción de Moro-Hamburger para la investigación de la tuberculosis infantil y para el estudio de la alergia tuberculínica en los niños inmunizados por el B. C. G.	320
El neumotórax doble en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar bilateral...	413
Influencia del estado alérgico sobre el aspecto anatomopatológico de las reacciones del tejido pulmonar en la tuberculosis experimental	413
El estado del diafragma después de la frenicectomía	414

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA, por E. Ledo.

Recomendaciones sobre el tratamiento precoz de la sífilis con miras a la total curación	44
Tratamiento de la esclerodermia por policarpina	44
Avances en la clínica, pronóstico y tratamiento de la sífilis de la aorta	44
Un método para lograr el paso de una fuerte dosis de arsenicales al sistema nervioso central	45
A propósito de un caso de úlcera tuberculosa de la lengua	105
A propósito del tratamiento de la úlcera tropical	105
Un caso de psoriasis blanqueado con hormonoterapia sexual	105

Investigaciones sobre la bacilemia tuberculosa en quince casos de manifestaciones cutáneas tuberculosas o imputables a la tuberculosis	106
Tubérculos de los ordeñadores sobre eczemas de manos	106
Chancro del dedo	107
Eritrodermia arsenical después de tratamiento arseno-bismútico; parálisis facial consecutiva y serología positiva	107
Actividad y tolerancia de una sal arsenical pentavalente inyectable por vía subcutánea	107
Raquianestesia y neurosífilis	107
Función de la placenta en la sífilis hereditaria	108
El tratamiento de la esclerodermia por la hemocrioterapia ovárica	267
Acción de los tratamientos de ataque, en particular del tratamiento arsenico-bismútico, sobre las diversas sero-reacciones en la sífilis precoz	268
Contribución a la epidemiología del chancro blando	270
El eczema del niño de pecho, enfermedad alérgica	270
Nuevas nociones sobre la evolución de la sífilis	271
Tratamiento del epiteloma de labio por los dermatólogos	417
Eczema arsenical transformándose en centrodermia arsenobenzólica y luego sucediéndole	417
Enfermedades venéreas, prostitución y paro	417
Contaminación sífilítica de una mujer que años antes tuvo hijos heredo-sifilíticos	417
La eliminación urinaria de cloruros en las afecciones ampollosas y vesiculosas de la piel	559
Tratamiento de las ictericias arsenobencénicas de los sífilíticos	559
La reacción de Meinicke (M. T. R.) en la práctica colonial	559
Eczema del latente y alergia	559
Efectos de varios regimenes en la prevención de lesiones hepáticas debidas a la arsphenamina	560
La quielitis glandular como afección cancerígena accidental	560
Tratamiento de la sífilis somática resistente	607
La germanina Bayer 205, en el tratamiento del pénfigo	607
La terapéutica aurica del lupus eritematoso, con mención especial del Solganal oleoso	608
Mecanismo de la acción preventiva ejercida por el bismuto en la sífilis experimental	610

ODONTO-ESTOMATOLOGIA, por Fernández Martín.

Autoterapia en las enfermedades de la boca	45
El tratamiento con manzanilla en odontología: su posible aplicación en la infección de Vincent y paradentosis supurativas	46

OFTALMOLOGIA, por el doctor Cilleruelo.

Alteraciones oculares de la lepra	108
Tratamiento de los grandes eczemas de los párpados	109
La influencia del embarazo en el campo visual	110
Las reacciones alérgicas de la conjuntivitis ocular	110
La cinematografía de las operaciones oftalmológicas	112
Reglamentación de la aptitud visual de los conductores de automóviles	263

OTORRINOLARINGOLOGIA, por S. R. Berceruelo.

La adenopatía prelaríngea tuberculosa	42
Angina fatal por espiroquetas fusiformes	42
Tratamiento de las ránulas por punciones evacuadoras e inyecciones modificantes	43
La sordera de los cazadores	43
Las disfonías de la infancia	43
Las modificaciones del líquido céfalorraquídeo en el curso de algunas complicaciones de origen ótico	113

Las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las rinitis hipertróficas en los tuberculosos pulmonares	113
Los epitelomas del istmo de las fauces	114
Sobre algunos casos de sinusitis traumática de la infancia	266
Posibles relaciones de la tuberculosis laríngea y pulmonar	266
La osteitis fibroquística de Recklinhause en posible analogía con la osteitis fibrosa de la mastoides	267
Cuerpo extraño tráqueo-bronquial, curiosidad radiográfica	321
Introducción al estudio oscilográfico de los reflejos técnicos postulares	321
Fenómenos físicos, reproducidos en los conductores semicirculares durante las pruebas rotatoria y calórica	322
Sobre las alteraciones de la audición en el personal aero-navegante	322
Preneicetomía-oro en la tuberculosis laríngea	418
Indicaciones, técnica, resultados y crítica de la antrotomía epitimpánica	419
Los sonidos y el mecanismo de la audición	611
Supuraciones del macizo petroso	653
El síndrome vestibulo-espal de Barre, o el síndrome de desequilibrio puro ...	653
Un caso de parálisis de las cuerdas vocales (parálisis de los dilatadores) en una enferma tuberculosa tratada por la sanocrisina	656

PEDIATRIA, por Allué Horna.

Tratamiento de la gripe en el lactante y en niño pequeño por las dosis grandes de piramidón	41
Consideraciones sobre la influencia del cobre y del manganeso sobre la actividad terapéutica del hierro	115
Nuevas observaciones sobre la trofoalergia en el eczema infantil	115
Los edemas con desequilibrio lípido proteico del niño	116
Un caso de difteria umbilical	117
Diagnóstico de las hemorragias obstétricas-intracraneales en el recién nacido...	117
La escrófula. Forma especial de la tuberculosis	271
Un caso de angioma cavernoso congénito de hígado	273
Encefalitis con neuritis óptica curable, aparecida a continuación de una vacunación antidiftérica	273
El tratamiento de las diarreas estivales en los niños de pecho	517
Investigaciones sobre la etiología de la escarlatina	517
Los alérgenos de la habitación como causa de dermatosis crónicas y de micosis.	518
Fósforo y raquitismo. Papel de ion P ₂ . 05. en la actividad antirraquítica de los compuestos inorgánicos del fósforo	519
Lipomatosis simétrica	519
Hernia diafragmática congénita con desplazamiento y cambio de posición del estómago e intestino	615
El diagnóstico de la tuberculosis en el niño durante los tres primeros años.....	615
Un caso de tuberculosis congénita	616
Tabes infantil	617

RADIOLOGIA, por Allué Horna.

Osteocondritis disecante del codo	46
---	----

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Programa de premios y socorros para 1933 y 1934	424
---	-----

VARIA Y NOTICIAS.

51, 54, 56, 61, 119, 202, 203, 204, 276, 323, 367, 370, 371, 424, 465, 466, 471, 568 y	620
--	-----

BIBLIOGRAFIA Y LIBROS RECIBIDOS.

49, 118, 197, 201, 324, 421, 423, 467, 469, 523, 524, 565, 567 y	619
--	-----

EDITORIAL CIENTÍFICO-MÉDICA

PLAZA URQUINAONA, 8 Y TRAFALGAR, 1-TEL. 24206-BARCELONA

ACABA DE PUBLICARSE

MANUAL DE PATOLOGÍA MÉDICA

PARA MÉDICOS Y ESTUDIANTES

★ ★

- Dr. Misael Bañuelos** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Valladolid.
- Dr. Juan Andreu Urrea** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Sevilla.
- Dr. M. Beltrán Báguena** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Valencia.
- Dr. José Casas** Catedrático de Patología General en la Universidad de Valladolid.
- Dr. Lorenzo Gironés** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Santiago.
- Dr. Félix Monverde** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Valladolid.
- Dr. A. Pedro Pons** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Barcelona.
- Dr. Pedro Rodrigo** Catedrático de Patología Médica en la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz.
- Dr. Fermín Querol** Prof. de Patología Médica en la Facultad de Medicina de Valladolid.
- Dr. J. M.^a Villacián** Prof. Agregado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Valladolid.

★ ★

DISTRIBUCIÓN DE MATERIAS

TOMO PRIMERO (en venta)

- Enfermedades infecciosas y parasitarias, por el Dr. Bañuelos.
Enfermedades del metabolismo, por el Dr. Andreu Urrea.
Enfermedades del riñón, por el Dr. Andreu Urrea.
Enfermedades de la sangre, por el Dr. F. Querol.

TOMO SEGUNDO

- Enfermedades del aparato circulatorio, por el Dr. Monverde.
Enfermedades del sistema nervioso, por el Dr. Rodrigo.
Enfermedades del sistema nervioso vegetativo, por el Dr. Bañuelos.
Neurosis y Psiquiatría, por el Dr. Villacián.
Enfermedades de los huesos, articulaciones y músculos, por el Dr. A. Pedro Pons.
Alergias, por el Dr. Casas.
Nutrición, por el Dr. Andreu Urrea.

TOMO TERCERO

- Enfermedades del aparato digestivo, boca y estómago, por el Dr. Beltrán.
Enfermedades del intestino, hígado, páncreas y peritoneo, por el Dr. Casas.
Enfermedades del aparato respiratorio, por el Dr. Gironés.
Enfermedades por agentes físicos, por el Dr. Gironés.
Intoxicaciones, por el Dr. Bañuelos.