

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
DOCTOR L. MORALES APARICIO.— <i>Osteomas craneo-orbitarios</i>	529
NICOLÁS CANTO.— <i>Algunas consideraciones sobre el tratamiento del bocio</i>	537
VICENTE BAENA BAENA.— <i>Relación funcional entre tiroides, bazo y médula ósea. (Conocimientos útiles al médico práctico)</i>	545
DR. B. DE M.— <i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i>	551

REVISTA DE REVISTAS

<i>La eliminación urinaria de cloruros en las afecciones ampollasas y vesiculosas de la piel.</i> —R. Zoru et P. Popchristoff....	559
---	-----

(Sigue)

Dr. Georg Henning, Berlin



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

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

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

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

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

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

Muestras y bibliografía al representante general para España:

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

Tratamiento de las ictericias arsenobencénicas de los sífilíticos.—
 A. Serary..... 559
La reacción de Meinicke (M. T. R.) en la práctica colonial.—S. Go-
 looine..... 559
Eczema del lactante y alergia.—A. Serary.... 559
*Efectos de varios regímenes en la prevención de lesiones hepáticas
 debidas a la arsphenamina.*—Beerman..... 560
La quielitis glandular como afección cancerígena accidental.—
 Bejarano..... 560
El nuevo analgésico Saridon.—Dr. Roberto Gaberszig..... 561
*Úlcus ventriculi y duodeni. Nuevo tratamiento de las úlceras me-
 diante un preparado de histidina.*—Bogendorfer..... 562

BIBLIOGRAFÍA..... 565

LIBROS RECIBIDOS..... 567

CONGRESOS Y CURSILLOS..... 568

<p>BOROLUMYL</p> <p>FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-NA- LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.</p>	<p>INDICACIONES</p> <p>EPILEPSIA VOMITOS DEL EMBARAZO ECLAMPSIA, COREA HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO- NES DEL SISTEMA NERVIOSO</p>
<p>GRAJEAS DE</p> <p>YODUROS BERN-K.YNA.</p> <p>SIN YODISMO Dosis: 1 cada 25 Centigramos</p>	
<p><i>Tratamiento Científico y Radical de las</i> VARICES, FLEBITIS <i>Hemorroides y Atonías de los vasos por las</i> GRAJEAS DE</p>	<p>VARI-FLEBOL</p> <p>FORMULA: NAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI- TRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.</p>
<p>Dirigirse para muestras y literatura al autor: LABORATORIO BENEYTO. Manuel Silvela, 7.-MADRID</p>	

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

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

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Tratamiento de la AEROFAGIA y de sus consecuencias:

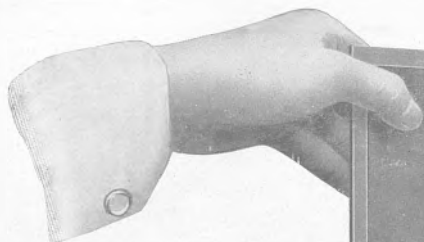
- Insomnios
- Perturbaciones cardíacas
- Perturbaciones nerviosas
- Perturbaciones pulmonares

con los comprimidos de

aérophagyl

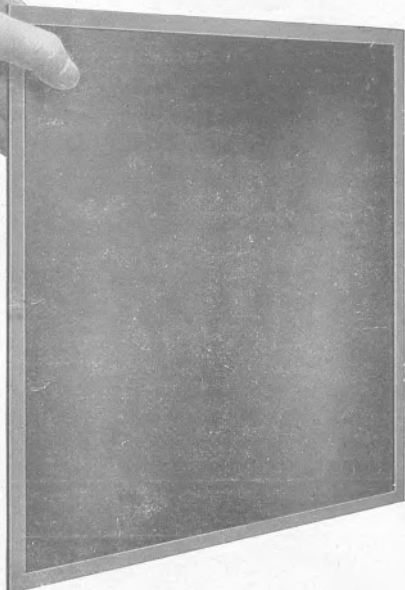
Posología: Un comprimido desleído en medio vaso de agua, en medio de las comidas. En caso de crisis, 2 comprimidos a la vez. Media dosis para niños.

La caja de 45 comprimidos: 6 pesetas



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

Osteomas craneo-orbitarios

por el profesor doctor L. MORALES APARICIO

Catedrático de Patología Quirúrgica

Entre los tumores de las paredes de la órbita, es tal vez el osteoma el más frecuentemente observado. En la estadística de Lagrange se reúnen ya 150 casos.

Los casos excepcionales de condromas puros, o los de quiste hidatídico, y los algo más frecuentes de sarcomas, quedan en muy segundo lugar ante la copiosa estadística de osteomas orbitarios.

Ahora bien, todos estos tumores de las paredes de la órbita se agrupan como neoplasias orbitarias, unidos a los tumores del contenido de la misma, por desarrollarse todos ellos en dicha cavidad orbitaria y provocar un síntoma primordial: la exoftalmia.

El osteoma de la órbita no es sin embargo muchas veces un tumor de esta cavidad más que secundariamente; su formación, su origen, hay que buscarle en las cavidades nasales accesorias.

La implantación del osteoma, bien por ancha base, bien pediculado, suele hacerse en el ángulo supero-interno o en la pared interna de la cavidad orbitaria. Esta pared interna está casi siempre perforada, por nacer el tumor verdaderamente, bien en el seno frontal o en las células etmoidales.

El osteoma es por lo tanto un tumor sinusiano o etmoidal, que en su crecimiento perfora la pared orbitaria y emite en ella una prolongación, que a veces por su volumen significa el tumor principal.

Pero esta evolución del osteoma sinusiano puede desviarse hacia la cavidad craneana, constituyendo, como en la historia que transcribimos, un enorme osteoma intracraneal, que secundariamente perfora el techo orbitario, haciéndose al mismo tiempo tumor de la órbita.

HISTORIA CLINICA.—Enferma, Máxima Hernández, natural de Medina del Campo, de 42 años de edad, casada. Su anamnesis familiar no presenta ningún interés. La paciente no recuerda enfermedad alguna. Menarquia a los 13 años. Ha tenido cinco embarazos y partos normales. La viven tres hijos, los otros dos murieron de pequeños. Su marido no padece enfermedad ninguna.

PROCESO ACTUAL.—Dice la enferma que hace unos tres años la apareció una tumoración del tamaño de un garbanzo, un través de dedo por encima de la ceja derecha. La tumoración era indolora, sin alterar tampoco la coloración de la piel. La enferma atribuye el proceso a un traumatismo recibido en dicha región. Durante un año no se observa variación ninguna en dicha tumoración, que por otra parte no la ocasiona trastorno alguno. Pasado este tiempo, parece iniciarse un crecimiento en la masa tumoral, que

continúa sin otra variante hasta hace unos tres meses, que dice la enferma observa algún trastorno visual; veía a veces los objetos dobles, disminuía la abertura palpebral y el ojo la lloraba. Con este sintomatología ingresa en mi sala de Cirugía el 5 de Abril del 34.



ESTADO ACTUAL.—No hay en la enferma molestia digna de mención, salvo una ligera diplopia y pequeña epífora, sobre todo por las mañanas. No hay cefalalgia.

Por inspección se aprecia, en región frontal derecha, inmediatamente por encima de la ceja, un tumoración del tamaño de una nuez, de contornos difusos. No hay cambio de coloración de la piel. Por palpación se aprecia dicha masa de consistencia dura, ósea, formando cuerpo con el frontal y sin adherencias a la piel.

Ligera exoftalmia oblicua hacia abajo y afuera. En el ángulo supero-interno de la base orbitaria se aprecia por palpación una tumoración dura, de

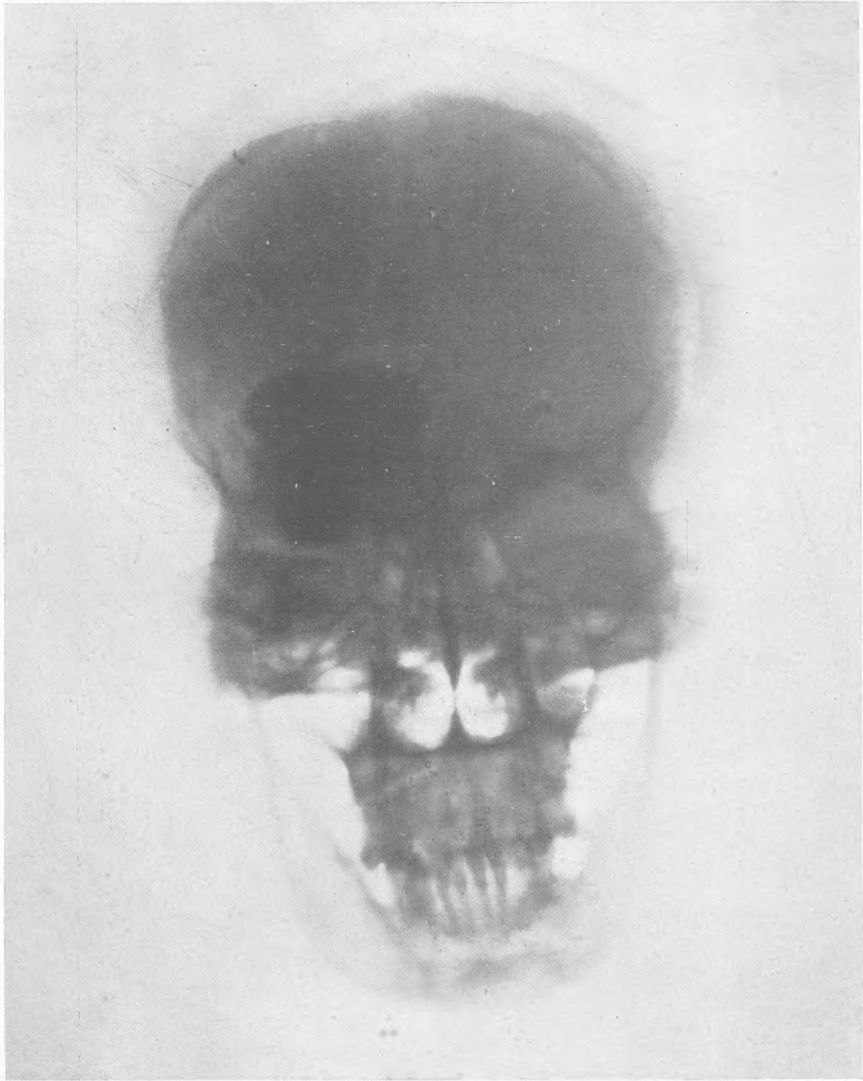
consistencia ósea, fija en la pared orbitaria y que se extiende hacia la cavidad ocular.



El examen oftalmoscópico no revela edema papilar, únicamente parece apreciarse ligera neuritis óptica. Reflejos normales.

El examen radiográfico fué altamente interesante; nos descubrió que la gran masa tumoral era intracraneana y solamente una parte del tumor,

perforando techo orbitario, se introducía en esta cavidad. En la radiografía de frente puede observarse una especie de encapsulación del tumor. Real-



mente no es más que un engarzamiento a modo de vidrio de reloj, en el hueso frontal, desgastado por el crecimiento de la neoplasia.

En la enferma, como puede verse en su historia, hay muy pocos síntomas subjetivos, lo mismo oculares que cefálicos. Se comprende que apenas

existiese exoftalmia, por tratarse de un tumor de la base de la órbita, y en estos casos, casi al mismo tiempo que se inicia la desviación del globo ocular hacia fuera y abajo, se hace accesible a la palpación el tumor en el surco órbito-palpebral, como ocurría en nuestra enferma.

La exoftalmia es pequeña—únicamente puede a veces comprobarse con



el exoftalmómetro—pero la desviación oblicua es manifiesta. Los trastornos visuales, sobre todo la diplopia, son precoces. Síntoma encefálico no presentaba ninguno nuestro caso.

El tamaño del osteoma intracraneano, con ser grande, no disminuía la cavidad encefálica en proporción suficiente para dar síntomas generales de compresión.

Localmente, la compresión del lóbulo frontal, de no ser muy acentuada, no suele ocasionar trastorno alguno—como ocurre en nuestro caso—en oposición a lo que sucede con los tumores propiamente encefálicos frontales, sobre todo los situados en la profundidad del lóbulo.

Las neoplasias superficiales y la simple compresión del lóbulo frontal, no ocasionan en sus comienzos aquellas alteraciones psíquicas (debilitación de la memoria y de la atención, y sobre todo la desorientación espacial de P. Marie) tan frecuentes en los tumores profundos del lóbulo.

Por otra parte, podría explicarse este estado de euforia de nuestra enferma, que siempre nos decía encontrarse muy bien, por este déficit intelectual, propio de los tumores frontales, que hace a los enfermos no darse cuenta de la gravedad de su estado.

La única terapéutica posible en nuestro caso era la exéresis del tumor. La operación fué practicada bajo anestesia etérea, tallando un amplio colgajo frontal de base orbitaria, que puso al descubierto todo el hemifrontal derecho.

Pudo observarse en éste, que el tumor desgastando el hueso hacía prominencia en el centro del mismo, quedando fuertemente engarzado en él. Con escoplo angular se liberó del frontal toda la masa tumoral, haciendo saltar con escoplo el techo orbitario y dejando de este modo libre la neoplasia en toda su extensión menos en su punto de implantación y origen en el seno frontal. Hubo de hacerse un resección de dicho seno para sacar en bloque el tumor.

Al liberarle de las meninges, fluyó en bastante cantidad líquido cefalorraquídeo. Este flujo continuó durante unos días, disminuyendo hasta desaparecer completamente.

El curso postoperatorio fué satisfactorio y la herida operatoria cicatrizó a los doce días, siendo dada de alta la enferma a los quince días.

El análisis anatomopatológico del tumor, realizado en el laboratorio de nuestra Facultad de Medicina por el doctor Costero, dió el siguiente resultado:

«Previa una prolongada decalcificación, para poder seccionar la neoplasia, los cortes histológicos demuestran que el único tejido constituyente del tumor presenta caracteres microscópicos casi idénticos a los del tejido óseo compacto, del que sólo se diferencia esencialmente por la irregularidad de su estructura.

Estos caracteres corresponden a los de un osteoma ebúrneo».

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

BLEUKAWINE

SEDANTE Y ANTISÉPTICO URINARIO POR EXCELENCIA

Los efectos sedantes del azul de metileno, vienen reforzados en la BLEUKAWINE por la asociación de la Kawa-Kawa (raíz de la planta Maciapiiper Latifolium) usado desde muy antiguo en la gota, cistitis, blenorragia y estados asténicos por sus marcados efectos anestésicos y estimulantes cardíacos.

INDICACIONES:

Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias; coadyuvante poderoso del tratamiento local de la blenorragia. SEDATIVO DEL DOLOR en tabes, polineuritis, ciática, reumatismo. Sucedáneo de la QUININA en el paludismo. Medicación paliativa y la más calmante en la tuberculosis urinaria. Por el color que da a la orina, como medio psicoterapéutico en el histerismo.

Muestras y Literaturas:

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

SPASMOSÉDINE

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



SEDATIVO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M.^a BALASCH**
Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

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

Algunas consideraciones sobre el tratamiento del bocio

por Nicolás CANTO

Jefe de los servicios de Cirugía del Hospital Militar de Valladolid

Es el bocio una enfermedad que se padece con mucha frecuencia en España y a la que no se presta la atención debida por los enfermos y sus médicos de cabecera. Enfermedad endémica en las regiones montañosas de Galicia, Asturias, Vascongadas, Navarra, Aragón y Cataluña, en donde estamos habituados a ver un crecido número de la población con el cuello abultado y deforme, aparece también en forma esporádica en la meseta de Castilla, en donde no es del todo excepcional.

Contrasta sorprendentemente con la frecuencia de la enfermedad en nuestro país, el escaso número de bocios que se operan; pues el público sigue creyendo como hace 50 años, que esta enfermedad sólo es molesta por lo que a la estética se refiere y únicamente en casos excepcionales perjudica al organismo. Este es también en parte el concepto médico que se ha tenido de la misma y ello unido a considerar la intervención como especialmente difícil, ha hecho que nuestros médicos no la aconsejaran a sus pacientes de una manera sistemática como lo harían con un tumor de mama o un quiste de ovario.

Hace relativamente pocos años que al presentarnos en clase alguna enferma de bocio exoftálmico (como la que aparece en estas cuartillas) se nos decía: Tratamiento médico, pues el quirúrgico es casi siempre fatal. Durante nuestra época de estudiante y a pesar de concentrarse en Madrid enfermos de todas las regiones y de tener ocasión de presenciar con frecuencia arriesgadas intervenciones en diferentes servicios, las operaciones de bocio eran escasísimas, se nos hablaba del bocio exoftálmico como casi inaccesible quirúrgicamente por su elevada mortalidad, y del bocio quístico, coloide y adenomatoso como capaz de perturbar el organismo sólo por su tamaño o por los síntomas de compresión. Ante este postulado de enfermedad generalmente benigna y operación grave, seguían y siguen los enfermos paseando su defecto como algo lógico e irremediable. Pero ha pasado ya esta época y hoy sabemos que el bocio, aun el coloide, no es tan inofensivo como se creía y que la intervención—gracias a los progresos y sistematización de la técnica quirúrgica y a la mejor preparación de los enfermos—ha pasado a ser una operación corriente y de mortalidad tan reducida que es casi despreciable.

Que el bocio no es inofensivo está hoy bien demostrado y gracias a la radiografía y Electrocardiografía se han comprobado lesiones de corazón en estos enfermos y que las alteraciones de metabolismo de los en-

fermos de bocio repercuten muy especialmente sobre la fibra cardíaca (en nuestro país se ha ocupado de ello en extensos trabajos el doctor Jiménez Díaz) determinando degeneraciones de la misma que la llevan a un estado de insuficiencia prematura y a la fibrilación auricular. Este es el lamentable estado a que llegaron dos enfermas de unos 50 años que hemos tenido ocasión de ver y que hace 20, distinguidos internistas las prescribían como única solución, tratamientos médicos; así habían llegado actualmente a ese estado de insuficiencia cardíaca en que la operación es particularmente peligrosa, pero estas enfermas operadas 20 años antes, hubieran sido buenos casos quirúrgicos y con un riesgo escasísimo, se hubieran evitado una vida achacosa y una vejez y muerte prematuras.

Durante mi estancia en Estados Unidos, me llamó poderosamente la atención el enorme número de bocios que pasaban por la mesa de operaciones y la relativa benignidad de la intervención, contrastaba esto con el escaso número de personas con bocio que se veían por la calle (todo lo contrario que aquí pasa). Y es que en aquel país (si no hubiera otras razones) por estética no soportarían un cuello feamente abultado, pero saben además los pacientes, los peligros que corren a la larga y en el mejor de los casos los enfermos con bocio y todos sin excepción se hacen operar. No solamente no soportan un cuello abultado, sino que el 90 por 100 de los que se hacen operar, ni siquiera presentan un bocio apreciable a la vista, y es que aquellos pacientes con un grado medio de cultura superior al nuestro y una vida mucho más confortable, no soportan las menores molestias físicas y ante un persistente dolor de cabeza, unas palpitaciones o un estado de nerviosismo de los que aquí no damos importancia, se hacen reconocer por el médico y éste con la ayuda del metabolímetro (que allí para el médico general es de uso tan frecuente como para los nuestros el oscilómetro) o por medio de la pantalla y el electrocardiógrafo, descubren el bocio y las alteraciones funcionales del tiroides mucho antes de que llegue a hacerse visible en el cuello. Además debe tenerse en cuenta que generalmente no son los bocios más voluminosos los más tóxicos y a este propósito siempre recordaré la autopsia de un enfermo de unos 45 años, que falleció de repente el día antes que iba a ser intervenido. El bocio era discreto, el exoftalmos no muy acentuado, pero el estado de agitación y nerviosidad del paciente muy grandes. La autopsia comprobó extensas áreas de fibrosis del ventrículo izquierdo y las preparaciones, trombosis recientes en casi todas las ramitas de la coronaria. Ninguna otra lesión que un bocio difuso pero de tamaño moderado, explicaban las lesiones cardíacas.

Así, pues, debe tenerse en cuenta, que todo bocio, por benigno que parezca, es tóxico en mayor o menor grado; lo que ocurre es, que a veces el grado de toxicidad es tan atenuado, que las lesiones viscerales (principalmente cardíacas) se producen muy lentamente, permitiendo una fácil adaptación del organismo a las mismas y cuando el enfermo recurre al

médico o se hace el diagnóstico, son ya avanzadas y complican extraordinariamente la situación. Si a esto se añade que el adenoma tiroideo degenera en cáncer con relativa frecuencia y que a veces el adenoma benigno produce metastasis en huesos y pulmones, nos explicamos que en los países más adelantados, se operen sin reservas y precozmente todos los enfermos de bocio, como la mejor y única terapéutica posible.

Por lo que respecta a la gravedad de la intervención, ésta ha disminuído tan considerablemente (escogiendo el momento oportuno según el estado del metabolismo basal y la previa administración de yodo) que en unos 15 años se ha reducido del 10 o 15 por 100 al 0,5 por 100 según las estadísticas europeas y americanas corrientes. Mi estadística comprende sólo siete casos de bocio, todos ellos intervenidos con éxito y curados; pero entre ellos se destaca por su gravedad y los buenos resultados conseguidos, el que expongo a continuación y cuyas fotografías se acompañan. En él tuvimos que afrontar un riesgo extraordinario por no disponer de metabolímetro y no saber por consiguiente cuál sería el momento más oportuno para nuestra intervención. Procedimos por ello con la mayor prudencia, haciendo en dos tiempos previamente la ligadura de ambas tiroideas superiores, preparando a la enferma para estas intervenciones como para la final con yodo durante 10 días y haciendo todas las intervenciones con anestesia local, como es de rigor en estos casos.

Cuando esta enferma fué vista por mí en Abril del 32, tenía un exoftalmos más acentuado que el que aparece en la fotografía número 1; el estado de nerviosismo era tan intenso que no podía sostener la más ligera conversación sin emocionarse intensamente y presentar un temblor general muy acentuado, el corazón latía de 160 a 180 veces por minuto con arritmia intensa, las crisis gástricas e intestinales (vómitos, diarreas) así como las de sudoración eran frecuentes e intensas, el insomnio permanente. El estado de esta enferma era tan lastimoso y la fragilidad para soportar la intervención tan grande, que no nos hicimos cargo de ella sin hacer a la familia un pronóstico desesperado.

La extirpación del tiroides no pudo ser tan radical como deseábamos, las dificultades de la operación fueron tales, que nos vimos precisados a terminarla extirpando el lóbulo derecho (que era el mayor) y el medio, quedando el del lado izquierdo, por lo cual no esperábamos que la mejoría fuera tan grande como la que se manifiesta por las fotografías y revela su estado clínico.

Fué operada de Mayo a Julio del 1932. La primera fotografía está hecha después de practicadas las dos ligaduras previas y con ellas se corrigió el exoftalmos de manera apreciable. La segunda fotografía dos años después, ha ganado 13 kilos y presenta de 80 a 100 pulsaciones.

Y ahora me permito transcribir el relato que la propia enferma hace de su enfermedad, por considerarlo útil e instructivo.

Dice la enferma.—La primera vez que acudí al médico fué en Julio del 29, pero ya desde Abril había comenzado a adelgazar y aunque los primeros kilos me alegrara perderlos (pues era muy gruesa) por entonces había llegado a perder seis kilos y esto alarmó a mi familia, que se decidió a consultar con un médico. Como no tuviera ningún otro síntoma y sí buen



humor, el médico no dió importancia a mi adelgazamiento y recetó Vito-serum, diciéndome que con un par de cajas recobraría los kilos perdidos. No fué así y en las siguientes visitas volvía siempre con un par de kilos menos.

A fines del 29 o principios del 30, empecé a notar alguna anomalía en el estómago (molestias y alguna vez vómitos), por lo que decidí consultar con un especialista. Me reconoció con rayos X, me analizó la sangre, la orina, los jugos y todo sin ningún resultado positivo. Seguí con el especialista todo el año 30, pero si al principio tenía vómitos muy de tarde en tarde, para fin del año los tenía casi mensuales, perdí hasta 48 kilos de 63 que pesaba.

En Febrero del 31 y en uno de mis malos días de vómitos, consultamos con otro médico, el cual, después de un detenido reconocimiento y por observar algo especial en mis ojos (que dice miraba muy fijamente y sin parpadear), creyó que lo que tenía era bocio. En la segunda visita hizo el diagnóstico firme, era la primera vez al cabo de dos años que me diagnosticaban. Me prescribieron antitiroidina. En Mayo del mismo año consultaba con otro

especialista de estómago, pues los vómitos eran muy frecuentes, encontrando este especialista muy acertado el diagnóstico de bocio. Me mandaron al campo una temporada larga, en la primera parte gané ocho kilos pero en la segunda les perdí y volví en Noviembre con los mismos kilos que marché (48).

Hasta que no me hablaron de bocio nada me dijeron de nerviosismo, pulsaciones y tensión de ánimo, que yo tenía con anterioridad, pero lo atribuían a que estaba preocupada por mi enfermedad. En Abril del 32 me vió usted y me aconsejó la intervención. Desde entonces ya sabe como he mejorado progresivamente.

De mi vida actual poco tengo que contarle, la hago completamente normal, trabajando ya en el escritorio (casa de comercio) como las personas formales y las fiestas las he pasado sin acordarme de nervios, ni de pulsaciones, ni de estómago.

Por las fotos adjuntas se dará cuenta que he cambiado notablemente desde que usted se marchó (Agosto del 32). Estoy estos días muy contenta pues no tengo más que de 88 a 100 pulsaciones.

He aquí pues el resumen de una historia de Bocio exoftálmico grave y cómo despistó a los primeros médicos que la visitaron; comenzó por adelgazamiento progresivo, pero bien pronto presentó trastornos gástricos que los médicos no interpretaron debidamente, y no le faltaron los trastornos nerviosos, el exoftalmos fué el que parece tardó algo más en presentarse, así como el bocio.

Fué operada hace dos años y esas fotografías son la mejor prueba de lo que con la operación se puede conseguir, a pesar de que no fué todo lo radical que hubiéramos deseado.

LABORATORIOS

CLINICOS Y DE BACTERIOLOGIA

PRODUCTOS QUIMICOS Puros

INSTALACION COMPLETA

MOBILIARIO



Establecimientos **J O D R A**

Príncipe, n.º 5

MADRID

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

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

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

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

jugo 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

CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA DE VALLADOLID

DIRECTOR: PROF. M. BAÑUELOS

Relación funcional entre tiroides, bazo y médula ósea. (Conocimientos útiles al médico práctico)

por Vicente BAENA BAENA, Profesor auxiliar

Las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos han constituido uno de los asuntos médicos que más han absorbido la atención de los investigadores y clínicos de todos los tiempos, pero ha sido en los últimos lustros cuando se ha conseguido dar un gran avance en el diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Ha ocurrido en este problema, como en casi todos de la Biología, los descubrimientos de más trascendencia e importancia, se han obtenido mediante la labor experimental en animales de laboratorio y en el hombre, al estudiar los mecanismos reguladores del funcionamiento de los órganos hematopoyéticos, en su estado normal y patológico. Por este mismo camino se ha sabido el influjo que las glándulas tiroides y bazo ejercen sobre la función hematopoyética de la médula ósea, con las consecuencias útiles a la medicina práctica de disponer de nuevos medios terapéuticos que, aunque están en la actualidad en el comienzo de su aplicación, es de esperar que el tiempo ha de comprobar sus buenos resultados.

El cuadro hemático es aproximadamente igual en todos los sujetos normales, que se encuentren en igualdad de circunstancias, pero varía con multitud de procesos fisiológicos y patológicos; lo cual indica una regulación ordenada del funcionamiento de los órganos hematopoyéticos, siendo los mecanismos reguladores de índole humoral, nervioso y hormonal. En este trabajo nos proponemos estudiar el papel que el tiroides y el bazo juegan por vía *hormonal*, en la regulación de los hematíes. En la vida extrauterina, el manantial de glóbulos rojos del sujeto normal se encuentra situado en la médula roja de los huesos; por ello nos limitaremos a estudiar en este trabajo solamente el funcionamiento de este órgano, dejando para otra ocasión el influjo que el tiroides hemático blanco, el cual, como es por todos conocido, se engendra en la médula ósea, tejido linfoide y sistema retículo endotelial del organismo.

RELACION FUNCIONAL ENTRE TIROIDES Y MEDULA OSEA.—

Las observaciones clínicas de que muchos enfermos con insuficiencia tiroidea, especialmente mixedematosos, padecen de una anemia de tipo secundario, han servido de base para que diversos investigadores hayan estudiado experimentalmente el papel que el tiroides tiene en la eritropoyesis. La escuela de Asher se ha distinguido por el gran número de trabajos realizados con este fin. Dubois observó que, extrayendo cierta cantidad de sangre a co-

nejos, la anemia producida por la sangría se regeneraba espontáneamente pasado un cierto tiempo. Si la extracción de sangre la realizaba en animales tiroidectomizados, la regeneración hemática tardaba mucho más tiempo en presentarse. Nakao vió el estímulo excitante que ejerce la hematopoetina sobre la médula ósea de animales normales; falta en animales sin tiroides. En otros experimentos ha estudiado este mismo autor el cuadro histológico que presenta la reacción de la médula ósea de animales normales y tiroidectomizados, a los cuales les inyectaba nucleinato sódico, y comprobó que en los animales sin tiroides la reacción era menos intensa que en los normales.

Los resultados de estas investigaciones indican que, cuando el tiroides falta en el organismo animal, la médula ósea funciona con menos intensidad, lo que hace sospechar que el tiroides, mediante sus hormonas, excita el funcionamiento eritropoyético de la médula ósea. Zandek ha corroborado tal suposición, puesto que ha observado que la administración de pequeñas cantidades de tiroidina provoca a veces en el hombre un aumento en la cifra de glóbulos rojos.

Recientemente se han realizado investigaciones con el mismo fin, pero de más valor, ya que han medido la reacción eritropoyética de la médula ósea por el número de *reticulocitos* existentes en el torrente sanguíneo (que como se sabe, desde los estudios de Ferrata, es el mejor y más seguro índice de expresión de tal función). Zimmermann ha encontrado en un 60 por 100 de los enfermos de Basedow, aumentada la cifra de reticulocitos que existe en las personas normales. Maldawzky y Landsberg han encontrado elevada dicha cifra en todos los casos de hipertiroidismo. El japonés S. Uno ha observado que la inyección de tiroidina provoca en los conejos un aumento de un 30 por 100 de la cifra normal de reticulocitos.

Nosotros, en colaboración con Querol, hemos investigado la acción de la tiroxina en cinco enfermos de anemia secundaria y uno de anemia perniciosa, ateniéndonos a la cifra de reticulocitos. De los cinco casos de anemia secundaria, en dos la inyección tiroxina provocó un ascenso inmediato de un 30 por 100 en la cifra de reticulocitos, en los otros tres, no observamos ninguna variación. (Es de interés hacer constar que estos tres últimos enfermos padecían de afecciones tóxicas, caquetizantes, de larga fecha, con hemorragias continuas, anemia acentuadísima y con falta de reticulocitos en sangre circulante, lo cual nos hace suponer que poseían un estado de agotamiento funcional de la médula ósea). El enfermo de anemia perniciosa reaccionó intensamente a la inyección de tiroxina, pues teniendo antes de la inyección 0,5 por 1.000 reticulocitos en sangre periférica, a las dos horas de la misma existían 23 por 1.000. Hemos investigado también la acción de la tiroxina en sujetos normales y hemos observado que en un 80 por 100 de los casos tienen 2,5 por 1.000 y 15 por 1.000 por término medio de reticulocitos, antes y después de la inyección respectivamente. Tanto en los enfermos de anemia como en los normales, la cifra de reticulocitos volvió al punto de partida, a las cuatro o cinco horas de la inyección de tiroxina.

Con los datos anteriormente expuestos, hay que reconocer que indudablemente el tiroides actúa excitando la función eritropoyética de la médula ósea, pero para que esta acción tenga eficacia, es necesario que la médula ósea conserve su capacidad regenerativa.

Los datos útiles que el médico práctico puede sacar de estos hechos para aplicarlos al servicio de su ejercicio profesional, son: 1.º La tiroxina sirve como *test diagnóstico* para saber en todo momento el estado funcional de la médula ósea. 2.º Como consecuencia de la anterior, la tiroxina sirve para instituir en cierto modo el *pronóstico* de los enfermos anémicos, ya que por ella se puede saber si se trata de un caso refractario al tratamiento por tener una aplasia medular o por el contrario, si la médula conserva su capacidad regenerativa, circunstancia imprescindible para que actúe favorablemente el tratamiento adecuado a cada caso particular. 3.º La *tiroxina* es un medio *terapéutico* que se puede aplicar al tratamiento de las anemias asociado a los otros preparados clásicos (arsénico, hierro, cobre, hígado, etc.), y cuya principal indicación son los casos de anemias que acompañan a las enfermedades de las glándulas de secreción internas, en las cuales el tiroides funciona con hipofunción (mixedema, hipogenitalismo, etc., etc.), donde la tiroxina es el principal agente excitador de la médula ósea, puesto que se ha observado en muchos casos que dichas anemias son refractarias a los medicamentos clásicos (hierro, arsénico, hígado), si no se acompañan de tiroidina. Pero se ha llegado a más, según Damble: la tiroidina actúa muy favorablemente asociada a la hepatoterapia en los enfermos con anemia perniciosa rebeldes a la dieta de hígado.

RELACION FUNCIONAL ENTRE BAZO Y MEDULA OSEA.—No queremos referirnos en este momento al papel que el bazo desempeña como órgano hematopoyético produciendo glóbulos rojos durante la vida fetal y en los estados patológicos del adulto, así como tampoco a su importante papel en el metabolismo del hierro ni a su función hemolítica local, hechos todos de capital importancia y trascendencia en la regulación de la eritropoyesis. En esta Memoria solamente queremos hacer notar la gran influencia que el bazo ejerce por vía hormonal en la función eritropoyética de la médula ósea.

Junto a la propiedad que el bazo posee de hemolizar, destruir los hematíes, y reducir la hemoglobina, tiene también la de acelerar la acción desintegradora del pigmento sanguíneo, ejecutada por las células del sistema retículo-endotelial.

Desde los estudios de Manu y Magath, se sabe que los pigmentos biliares (derivados de la reducción de la hemoglobina) se forman juntamente, además de en el hígado, en todos los lugares del organismo que poseen elementos del S. R. E. Ebuöther y Calvo Criado comprobaron que extractos de diversos órganos, principalmente de hígado, bazo y piel, poseen la propiedad de reducir la hemoglobina, pero que la adición del extracto de bazo al de hígado, no suma solamente su acción reductora, sino que la mul-

tiplica. Pupliese observó que la bilis de los animales esplenectomizados es más pobre en pigmentos biliares que la de los normales. Eddy inyectó subcutáneamente a conejos 10 miligramos de bazo desecado, disueltos en 2 centímetros cúbicos de solución salina por kilogramo de peso del animal, y observó que se producía una fuerte hemolisis. Verzar y Kokas llegaron a los mismos resultados inyectando intracardialmente a conejillos extractos variados de bazo.

Realizando investigaciones en otro sentido, Asher y sus colaboradores han demostrado que el bazo inhibe la función eritropoyético de la médula ósea. Dubois vió en animales a los que había extirpado el bazo, la presencia en el torrente sanguíneo de formas inmaduras de hematíes. A los mismos resultados llegó Sollberger, experimentando con animales normales y sin bazo, con el ácido cianhídrico. V. Peunati ha visto en animales esplenectomizados, que se presentaba un aumento en el número de eritrocitos y aparición en la sangre circulante de normoblastos, inmediatamente después de la extirpación del bazo; después, a los mismos animales, les implantó trozos de bazo en las regiones abdominal, inguinal o peritoneal, y vió que el cuadro sanguíneo volvía a la normalidad. Princigalli ha estudiado el influjo de la esplenectomía sobre el número de eritrocitos en animales de distintas edades, y observó que mientras en los perros de cuatro o cinco meses aparecía una anemia después de la extirpación del bazo, que duraba uno o dos meses, en los perros adultos aparecía una poliglobulia, ascendiendo en las primeras semanas el número de hematíes un 30 por 100 más de la cifra que tenían antes de la operación. (La discordancia entre estos resultados la podemos explicar pensando que en los animales jóvenes, al extirparles el bazo, les desaparece el depósito principal del hierro (metal imprescindible para la regeneración hemática) y no le pueden sustituir con el de la alimentación, como lo ejecutan los animales adultos, porque no reciben alimentos ricos en hierro, puesto que la leche de la madre que les amamanta es muy pobre en su contenido). E. Stämpfli alimentó a conejos jóvenes con leche de cabra y observó que en los conejos normales se presentaba un descenso en el número de hematíes de un 40 por 100, y en cambio en los animales a los que extirpó el bazo, solamente hubo un descenso en la cifra hemática de un 10 por 100.

En la especie humana también se han observado hechos similares. Eppinger ha visto que la extirpación del bazo en enfermos de ictericia hemolítica y anemia perniciosa provocaba un aumento en el número de hematíes antes enormemente descendidos. Kura Mazarn ha comunicado las investigaciones realizadas en 15 enfermos, a los que por diferentes causas se les extirpó el bazo, y entre otros cuantos datos de sumo interés, dice que inmediatamente a la operación encontró siempre un aumento en el número de eritrocitos y la existencia de hematíes con los corpúsculos de Jolly; esta poliglobulia persistió durante mucho tiempo.

Vemos, pues, por los anteriores datos, que cuando en el organismo de

los animales falta el bazo, la médula ósea trabaja con mayor intensidad que lo hace en los animales normales, lo cual quiere decir que el bazo normalmente tiene la propiedad de inhibir la función eritropoyética de la médula ósea. Hasta tal punto aumenta la potencialidad de hiperfunción de la médula ósea en los animales esplenectomizados, que se puede demostrar hasta en experimentos realizados fuera del organismo animal. Estos experimentos les hemos realizado nosotros bajo la dirección del profesor Asher, en el Instituto de Fisiología de la Universidad de Berna, por lo que aprovecho la oportunidad de testimoniar desde este lugar mi gratitud. Hemos investigado in vitro el influjo de los extractos de hígado y de médula ósea procedentes de animales normales y esplenectomizados, sobre la reducción de la hemoglobina, con los siguientes resultados: Los extractos de hígado, tanto los procedentes de animales normales como los procedentes de animales sin bazo, realizaron una fuerte reducción de la hemoglobina, si bien en el caso último la reducción fué marcadamente menor. Los extractos de médula ósea de animales normales no produjeron ninguna variación evidente en el contenido de la hemoglobina, pero los extractos de médula ósea procedentes de animales sin bazo, produjeron una *síntesis* de la hemoglobina que se hizo evidente a las dos horas de contacto del extracto con los glóbulos rojos.

Junto a estas sustancias que el bazo posee, las cuales actúan de manera hemolítica e inhibiendo la eritropoyesis, diversos investigadores han demostrado que en el bazo también existen sustancias eritropoyéticas. Leake ha observado, alimentando conejos y perros con extractos acuosos o bazo desecado, con médula ósea o con ambas sustancias mezcladas, que siempre se originaba un aumento en el número de glóbulos rojos; el aumento era mayor y rápidamente manifiesto, cuando a los animales se les administraba bazo y médula ósea mezclados. Más tarde hizo este mismo autor ensayos en la especie humana, administrando 0,3 gramos de bazo desecado o de médula ósea, durante varios días, y observó que a partir del segundo día del tratamiento, la cifra hemática ascendió; el aumento fué mayor igualmente, cuando dió bazo y médula ósea reunidos. Verzar y Kokas, queriendo investigar la acción de la vitamina C sobre los órganos hematopoyéticos, observaron que el extracto de bazo inyectado intracardialmente o por vía subcutánea en grandes concentraciones a los conejillos, daba lugar a un fuerte descenso del número de hematíes. En una segunda serie de animales hicieron idénticos experimentos con extracto de médula ósea y encontraron igualmente un descenso en la cifra hemática. En una tercera serie de animales, inyectaron extractos de bazo y de médula ósea mezclados y se encontraron con la sorpresa de que la cifra hemática no solamente no descendió con mayor intensidad como era de suponer, sino que la cifra de hematíes ascendió por encima de lo normal.

Analizando los resultados de estos investigadores, vemos que, tanto en el bazo como en la médula ósea, existe una sustancia de acción hemolítica y

otra de acción hematopoyética. Actúa una u otra de esas sustancias según la concentración que tenga el extracto y la vía de administración por la que se aplique. Cuando el extracto es muy concentrado y se inyecta intravenosa o subcutáneamente, entonces actúa la sustancia hemolítica. Cuando es muy diluido y se administra por vía oral o subcutánea, entra en acción la propiedad hemapoyética. Si se administran los dos extractos mezclados, aunque se haga por vía endovenosa, no se produce hemolisis, puesto que el bazo y la médula ósea poseen sustancias que se oponen recíprocamente a su acción hemolítica y se *compensan*. Cuando se administran los extractos de ambos órganos mezclados por vía oral en escasa concentración, la acción hemapoyética de cada uno de ellos aislado no solamente se asocia a la del otro produciendo un aumento de la eritropoyesis igual a la suma de los dos, sino que se multiplican. Vemos, pues, en conclusión, la estrecha relación funcional que une al bazo con la médula ósea.

Estos datos brindan ocasión al médico práctico de aplicar al tratamiento de diversos procesos patológicos de la sangre, los productos extraídos del bazo. Constituye indicación capital las *poliglobulias*, tanto sintomáticas como esenciales, cuando por la existencia del gran número de hematies y consiguiente ascenso de la viscosidad sanguínea, existe el peligro de las complicaciones del aparato circulatorio, que son las causantes la mayoría de las veces de llevar al exitus a los enfermos; el extracto de bazo por su propiedad hemolítica e inhibitoria de la eritropoyesis medular, rebajará la enorme cifra aumentada de los glóbulos rojos. No insistiremos en las indicaciones de la esplenectomía en ciertas enfermedades de la sangre, como por ejemplo, la ictericia hemolítica, ya que son de todos conocidos sus buenos resultados, pero sí queremos hacer resaltar el hecho interesantísimo obtenido por Verzar y Kokas, del gran poder eritropoyético de los extractos de bazo y médula ósea mezclados, para estimular al médico práctico en el ensayo de aplicación de estos preparados en el tratamiento de las anemias.

RELACION FUNCIONAL ENTRE TIROIDES Y BAZO.—En los capítulos anteriores hemos visto cómo el tiroides ejerce una acción estimulante sobre la función eritropoyética de la médula ósea, en oposición al bazo, que la ejerce inhibitoria. Numerosos trabajos experimentales han demostrado el antagonismo funcional de estas dos glándulas, no solamente en su acción en la eritropoyesis, sino también en cuantas funciones del organismo intervienen.

Hans Tschumi ha investigado la acción de la tiroxina en el metabolismo del hierro en animales normales y esplenectomizados, llegando a la conclusión que el tiroides acelera la excreción del hierro, y en los animales esplenectomizados la excreción es más extensa. H. Ltreuli y Nakao realizaron los siguientes ensayos: Colocaron en una cámara cerrada (con disminución de la presión del aire) animales normales y sin tiroides y observaron que los animales normales presentaron precozmente síntomas de disnea; en otra serie de experimentos encerraron en las mismas condiciones descritas ante-

riormente, animales normales y sin bazo y observaron que la disnea aparecía mucho más pronto en los animales esplenectomizados, lo que quiere decir que en los animales sin bazo existía un ligero hiperfuncionamiento del tiroides. Nakayama comprobó también el antagonismo bazo-tiroides en sus experimentos sobre el influjo de la adrenalina en el cambio respiratorio. Dubois observó que la anemia post-hemorrágica de los conejos tarda más en regenerarse en los tircadectomizados que en los normales, mas si a los conejos se extirpa al mismo tiempo tiroides y bazo, y posteriormente se les produce una sangría, la anemia se regenera en el mismo tiempo que si se tratase de animales normales. Schliephake ha observado que la inyección de «Prasplen» (extracto de bazo) disminuye el umbral de excitación del vago de los animales, en oposición a la tiroxina, que disminuye el del simpático.

Nosotros, en el Instituto de Fisiología de Berna, hemos investigado in vitro la respiración de los glóbulos rojos de animales normales, hipertiroideos y esplenectomizados, obteniendo las siguientes conclusiones: Los hematíes de animales esplenectomizados consumen un 10 por 100 más de oxígeno que los de animales normales. Los procedentes de animales hipertiroideos consumen un 58 por 100 más, y en los de hipertiroideos y esplenectomizados el consumo de oxígeno se eleva en un 200 por 100 del de los normales, lo que corrobora la acción antagonica del bazo y tiroides.

Nuevo campo abren estos hechos a la investigación de los problemas clínicos y terapéuticos que plantean las alteraciones funcionales del tiroides y del bazo. Ignoramos los trabajos realizados en este sentido, pero es de esperar que el gasto de energía realizado por los investigadores en el estudio de estos interesantes problemas biológicos, no ha de quedar solamente compensado con el placer que proporciona el conocer plena y objetivamente el funcionamiento fisiológico y correlación funcional de las distintas partes del organismo, sino que de ellos se han de sacar aplicaciones prácticas con que beneficiar a los padecimientos de la especie humana.

Berna, Septiembre 1934.

BIBLIOGRAFÍA

- ASHER L.—«Die Naturwissenschaften», núm. 43, pág. 653 (1917).
ASHER L.—«Schweiz. Med. Wschr.», núm. 34, pág. 802 (1927).
BAENA V.—«Archivos de Cardiología y Hematología». Mayo, 1934.
BAENA V.—«Zeitschrift. für Biologie» (en prensa).
BAENA V.—«El consumo de oxígeno de los glóbulos rojos de animales normales, hipertiroideos y esplenectomizados». «Anales de Medicina» (en prensa).
CALVO CRIADO V.—«Biochem. Zeitschrift.», t. 164, pág. 61 (1925).
DAMBLE.—«Zeitschrift. f. exp. Med.», t. 88, pág. 421 (1933).
DOWNS y EDDY.—«Americ. Journ. of. physiol.», t. 62, pág. 242 (1922).
EDDY.—«Endocrinology», t. 5, pág. 461 (1921).
Kokas E.—«Pflügers. Arch. f. d. ges. Physiol.», t. 212, pág. 229 (1926).
KURA MAZARU.—«Arch. Klin. Chir.», t. 174, pág. 281 (1933).
LEAKE A.—«Journ. of. pharm. aud. exp. therap.», t. 22, págs. 75 y 401 (1923).

- LEAKE A.—«Wisconsin Med. Journ.», t. 22, pág. 7 (1923).
 MAUSFELD.—«Pflügers. Arch.», t. 152, pág. 23 (1913).
 NAKAO H.—«Biochem Zeitschrift.», t. 166 (1925) y t. 178 (1926).
 PEUNOTI V.—«Gioru. Clin. Med.», t. 13, pág. 515 (1932).
 PRINCIGALLI S.—«Aten. Parm.», t. 5, pág. 292 (1933).
 SCHLIEPHAKE E.—«Med. Welt.», núm. 31, pág. 1.089 (1933).
 SEYFART y YURGENS.—«Virchow. Arch.», t. 266 (1928).
 STAMPFLI E.—«Zeitschrift f. Biol.», Vol. 93 (1933).
 TSCHUMI H.—«Bivchem. Zeitschrift.», t. 251 (1932).
 UNO S.—«Fol. endocri. jap.», t. 23 (1933) (resumen en alemán).
 VERZAR y KOKAS.—«Pflügers. Arch. f. d. ges. Physiol.», t. 206, pág. 688 (1924).
 ZONDEK.—«Klin. Wschr.», núm. 20, pág. 876 (1926).

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

Laboratorio Egabio

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
L
E
Z

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

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

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

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

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

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

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

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

PRESIDENCIA: DOCTOR BOTÍN

DOCTOR GALO LEOZ.—**Sobre un caso de tracoma.**—Empieza diciendo que quiere hablar de esta enferma, más que para exponer su labor, para que se puedan observar los destrozos que puede ocasionar el tracoma.

Se trata de una muchachita de 17 años, que al decir de ella y de sus padres, padece de los ojos *desde que nació* y de la misma enfermedad. No vamos a pensar que el tracoma, de lo cual se trata, sea congénito, pero sí que aparecía en ella muy tempranamente y sin duda contagiada por otros parientes tracomatosos, ya que hay varios en la familia.

Las córneas están grises, deslustradas y profundamente infiltradas, más que por la acción irritativa y tóxica del tracoma mismo, por el entropionamiento de los párpados, principalmente de los inferiores contra lo que es la regla, cuyas pestañas grandes y abundantes las irritan mecánicamente, provocando al mismo tiempo un parpadeo continuo en un círculo vicioso que agrava cada vez más la situación.

Diferentes oculistas han pretendido muy acertadamente en la indicación, curar esta disposición de los párpados quirúrgicamente sin haberlo conseguido por desgracia.

Se la hospitalizó decidido a operarla nuevamente de la manera más radical posible, ya que hasta la fecha todos se han limitado a emplear las clásicas asas correctoras de Guillard y excisiones y cauterizaciones más o menos extensas de la piel.

La he operado solamente del lado derecho y de acuerdo con mi propósito, he excindido una lengüeta de la piel palpebral de unos cinco milímetros de anchura; he excindido la mayor parte del orbicular y he extirpado totalmente el cartílago tarso, maniobra difícil por la friabilidad de la conjuntiva, pero que conseguimos terminar admirablemente ayudados por el doctor Beritens, sin producir rotura u ojal, dejando el entropión hiper-correcto.

Lleva seis días de operada sin la menor complicación, mas a pesar de todo y por la misma escasez y sequedad de la conjuntiva, todavía vemos cómo el párpado tiende a entropionarse nuevamente. Esperaremos un poco más y añadiremos otras operaciones complementarias si ha lugar, las que fueren precisas, para dejarla curada de esta deformidad, pues de lo contrario llegará a perder la vista en corto plazo, y con lo hecho ya ha mejorado y ve bastante mejor.

En España, en las provincias del litoral levantino muy principalmente, abunda como una plaga esta enfermedad, cuya etiología en relación con diferentes causas y circunstancias individuales, profesionales y de localidad, nos ofrece, a pesar de los tiempos, una complejidad casi misteriosa. Por

lo mismo no quiero dilatar estas palabras más ahondando tamaña cuestión. Sólo diré que en mi ánimo está que hace falta tratar no sólo la parte local, sino el todo, principalmente en los muchos casos de acentuada ovitaminosis, y que se impone una intervención cada vez más extensa y profunda de la Sanidad pública. No poco se ha hecho y se hace desde unos nueve años hasta la fecha y no poco se ha conseguido, pero el presupuesto es escaso, y no poco también se pierde sin el debido fruto, pese a la buena voluntad de los gobernantes y de todos los que intervenimos en ello.

En sesiones sucesivas iré dando cuenta de lo que hayamos hecho de nuevo y de los resultados obtenidos.

DOCTOR YAGÜE.—Interviene para preguntar en qué consiste el tratamiento del tracoma.

DOCTOR GALO LEOZ.—Contesta diciendo que, como toda enfermedad que carece de tratamiento verdadero o específico, ésta tiene mil diferentes tratamientos, multitud de tópicos más o menos activos con ninguna o con alguna eficacia, intentos de vacunación, sueroterapia y autohematoterapia local, luz ultravioleta, rayos X, radium, etc., etc., todo ello evidentemente fracasado, viniendo a concluir hoy por hoy con lo que ya los antiguos empleaban tanto en los países mongólicos como en Egipto y entre los árabes de España: legrados o brochados de la conjuntiva parpebral y cauterizaciones con cáusticos diversos; entonces, con el dorso de una hoja de higuera seguida de cauterización con la savia de sus mismos frutos, pongo por caso, y hoy, brochados, raspados y legrados con aparatos diferentes, cepillos y torundas impregnadas en diferentes soluciones y cauterizaciones con plata, cobre, sublimado, ácido crómico, etc., etc., en soluciones diferentes y con escipientes distintos.

Convencidos de que el tracoma invade la córnea misma, hoy no sólo no evitamos en muchos casos que tales medicamentos toquen a este órgano, sino que procuramos que lo impregnen discretamente, sobre todo cuando no hay profundas ulceraciones. En ello he insistido machaconamente, así como en introducir por último una buena cantidad de pomada lubricante bajo los párpados con un doble fin: protector y curativo.

DOCTOR YAGÜE.—Ruega al doctor Leoz le indique si hay un tratamiento consistente en cauterizaciones ígneas y que si éste puede aplicarse también en la córnea.

DOCTOR GALO LEOZ.—Dice que efectivamente, el tratamiento a que el doctor Yagüe se refiere es al de Abadis, consistente en practicar múltiples cauterizaciones profundas con el galvano en toda la extensión del párpado, invertido en forma de guirnalda o de abanico.

Para combatir el pannus o invasión vascular de la córnea, se emplea la peritomía, o sea la cauterización ígnea también de todos estos vasos a nivel del limbo, en su paso a la córnea misma, y como estos vasos tienen una potencia enorme de regeneración y proliferación, es necesario muchas

veces recurrir a la sindotomía o excisión de una faja de la conjuntiva pericorneal seguida de cauterización ígnea.

En estos casos prestan también muy útiles servicios preparados como la Abrina, el Jequerital y diferentes jequeritinas.

DOCTOR PLANAS.—Estenosis espasmódica esofágica.—Se trata de una enferma ingresada por el doctor Pallarés, para que hagamos esofagoscopia, que presenta una historia esofágica, datando de 12 años, en que empezó con períodos de crisis como la actual, alternando en este tiempo con otros períodos de calma; estas crisis fueron a veces tan intensas, que obligaron a alimentarla con sonda rectal hasta ocho días consecutivos, la vez que más duraron. Estuvo casada 20 años con un sordomudo sifilítico que murió de su lúes, por lo que ella también fué tratada, a pesar de ser negativas las reacciones de Wassermann y complementarias; lo excesivamente nerviosa de la enferma, que achaca a sus muchos disgustos, puede muy bien ser la causa de su estado.

La practicamos dos sesiones de esofagoscopia, estando la enferma en ayunas y en posición acostada, con el instrumental de Brünings, que es el que estamos más acostumbrados a emplear, y ya al llegar a la estrechez crico-faríngea (boca del estómago), unos trece centímetros de la arcada dentaria, notamos más resistencia que de ordinario y como protesta una regurgitación de abundante líquido, a pesar de que la enferma no ha tomado absolutamente nada; al introducir el tubo por segunda vez y vencer esta dificultad, tropezamos con obstáculos mecánicos a la esofagoscopia suave, apreciando por lo demás una mucosa de aspecto normal, pero a los treinta y ocho centímetros aproximadamente, a donde llegamos introduciendo *la ploloriga* en el tubo, o sea hacia el nivel del cardias, apreciamos la mucosa con pliegues como formando un embudo, volviendo a tener necesidad de retirar todo por la enorme regurgitación que invade el campo y sale violentamente al exterior. Comprobada la estenosis espasmódica por las esofagoscopias, presenta una radiografía que con los antecedentes de la enferma completan el diagnóstico. Procederemos a hacerla dilataciones mecánicas con bujías de menor a mayor calibre por lo que respecta a lo local, atreviéndome a preguntar al doctor Yagüe si convendría algún lavado por si con las maniobras endoscópicas y dilatadoras se produce esofagitis y consecuentemente de ella aumenta el espasmo.

DOCTOR YAGÜE.—Esta enferma refiere que hace 12 años comenzó a tener dificultades para la deglución, con etapas en que éstas se acentúan y otras en las que le era fácil.

Al reconocerla se vió que no presentaba nada anormal en exploración externa, y por radiografía, que había dificultades de tránsito inferior con relativa escasa dilatación de esófago. Y se pensó que se trataba de un cardiospasmo. El proceso ha presentado marcha de tipo lenta, con las alteraciones en la deglución que se ha indicado.

La patogenia de esta afección se ha estimado mucho tiempo que era un

espasmo del cardias, pero hoy se tiende a creer que el tono en los esfínteres de los orificios es estar cerrados y lo dinámico el abrirse, y que si esta apertura no se produce, entonces vienen las dificultades del tránsito. A este hecho se le ha dado el nombre de *acalasia*.

El fondo etiológico es neurótico, y en el curso del proceso se puede llegar a situaciones trágicas, por la imposibilidad de ingerir, y porque, como consecuencia del éxtasis alimenticio, sobre el sitio estrechado, se producen fermentaciones secundarias, las cuales pueden dar lugar, además de las alteraciones de forma y volumen del órgano en la zona afectada, a inflamaciones repetidas de su mucosa, la cual se hace fragil, con lo que el cateterismo pasa a ser muy peligroso, porque la menor resistencia de la pared puede dar lugar a la formación de una falsa vía, con todos sus grandes riesgos.

La afección no tiene más tratamiento médico que el que atiende al fondo orgánico, y el fundamental es el cateterismo progresivo con sondas cada vez más gruesas, y cuando esto es imposible el cateterismo retrogrado por vía gástrica.

En ocasiones, con el cateterismo gradual no se consigue ventaja suficiente o ésta dura poco, y se recurre a la dilatación forzada. Para el cateterismo gradual no se emplean sondas rígidas, sino macizas de goma, con pequeña oliva inicial y ensanchamiento progresivo, por ser las menos peligrosas.

La dilatación forzada se realiza con aparatos especiales; ha sido empleado por lo ingenioso, el de Gotchstein, que consiste en una sonda con doble tubo y llave, y al final una pera plegable de triple cubierta, la cual, una vez que alcanza y pasa algo el cardias, se va llenando de agua con una jeringa graduada, que permite conocer la cantidad empleada.

Pero he desechado este aparato, porque una vez se le rompió al usarlo a un enfermo, y en el mismo me aconteció que una vez introducido—siendo el sujeto robusto y afortunadamente médico, por lo que pudo darse cuenta de lo que ocurrió—, ya metida el agua, tuvo fuertes náuseas, y al querer sacarlo no pude hacerlo porque quedaba aprisionado, y al tirar no iba ni arriba ni para abajo, y sólo con mucha dificultad conseguí extraerlo en fuerza de grandes tracciones y molestias del enfermo; al salir la pelota tenía el tamaño de una naranja mandarina. Lo que había sucedido es que de las tres capas de que consta la pera, se había roto la interna y el líquido se había puesto entre la primera y la segunda, creando una especie de aneurisma; gracias a que por su flexibilidad era susceptible de variar de forma, pues a ello fué debido el que pudiera ser extraído. Por suerte, la dilatación que sufrió con esta maniobra brutal, curó al enfermo. Pero a pesar de este éxito, declaro que no usaré más este aparato, pues se comprende bien lo desagradable de tal incidente, los riesgos y la necesidad de evitar su repetición.

En general se emplea para forzar el cardias, el dilatador metálico de Plummer, y las más de las veces basta con la dilatación progresiva gradual con sondas macizas cónicas, siendo preciso enseñar a manejarla al enfermo y

a sus allegados, para repetir el cateterismo siempre que su proceso sufra agudización.

DOCTOR PALLARES.—Creo que esta enferma tiene interés no sólo por su estrechez, sino para deducir de ello el tratamiento a seguir, según su naturaleza. Es una historia larga e intermitente, por lo que creo lo más probable que sea tipo espasmódico. Empezó la enfermedad con trastornos gástricos; se trata de una localización baja y pienso que tal vez haya otros factores más, como por ejemplo, una úlcera que en períodos de periulceritis provoquen el espasmo, por esto quiero hacer un diagnóstico exacto para no darla por curada sin saber bien a qué se debe esta dificultad para la deglución, y propongo se le haga un examen de exploración directa por esofagoscopia, y según el diagnóstico, se hará el tratamiento. Este no puede ser, si es una estenosis muy acentuada e infranqueable, más que un cateterismo retrogrado previa gastrotomía que se utilice para alimentar a la enferma, pues muchas veces el reposo del órgano es una cosa muy útil en estos casos. Si es franqueable se hará la dilatación con los instrumentos adecuados y siguiendo lo que se hace con la vista mediante la esofagoscopia y el instrumental especializado.

Las reacciones serológicas han sido siempre negativas en cuanto a lúes, pero la enferma dice que su marido estaba sometido a tratamiento específico, con accidentes muy marcados de carácter específico.

En estos casos de estrechez hay que pensar siempre en lesiones de tipo sifilítico, por esto hay que investigarlo completamente en esta enferma, antes de decidir acerca de la naturaleza de la estenosis esofágica y tratamiento más conveniente.

DOCTOR YAGUE.—La esofagoscopia ha venido a demostrar que no hay lesión que nos pueda explicar la estenosis que presenta esta enferma; en realidad esto ya cabía suponerlo, porque tratarse de una estenosis de hace 12 años con etapas de buena deglución, y las estenosis orgánicas no dan esta sintomatología. En la infección lúetica se establece la estrechez por alteración estructural de la pared, sin que sobrevenga como en este caso, períodos de crisis de gran dificultad de entrada de lo ingerido en el estómago, alternando con otros en que es fácil.

En las estenosis como la de esta enferma, el tratamiento consta de dos partes, que tienen por objeto: una atender al fondo orgánico, otra tratar la alteración local, siendo insuficiente emplear uno solo en los dos para lo primero; la terapéutica más útil es a base de bromurados con valeriana, alternándolos con belladona.

El doctor Planas nos proponía un recurso que no es dable utilizar: efectuar lavados de estómago, lo que no es factible porque no se puede franquear el cardias, y es además superfluo, porque la enferma no sufre del estómago; en caso de precisión sería bastante con hacer lavados esofágicos. Se le pueden dar a tragar a la enferma pequeñas cantidades de agua oxigenada, recurso propuesto por Lisbermeister, pero como ésta va perdiendo

sus elementos gaseosos, es preferible sustituirla por pastillas de perhidrol-magnesio, deshaciéndolas lentamente en la boca y tragando la saliva; de este modo llega el oxígeno en estado naciente y sirve para la desinfección de lo retenido en el final del esófago y cuya fermentación entretiene o suscita la inflamación de su mucosa; los demás antisépticos no son convenientes.

A estos enfermos hay que enseñarles a que se sonden para que puedan defenderse siempre que se produzca el cuadro estenósico. Solamente si no se consigue nada con el cateterismo dilatador progresivo, se podría utilizar el tratamiento por dilatación forzada.

En resumen, la enferma está afecta de cardio-espasmo de origen neuropático por desaparición del reflejo de apertura, *acalasia*.

DR. B. DE M.

eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
"HERIDAS INFECCIOSAS 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.

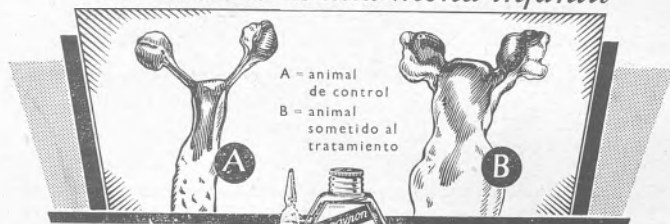
Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse.

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

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



A = animal
de control
B = animal
sometido al
tratamiento

Hormona folicular
estandarizada de
alta concentración



Indicaciones:
Trastornos climatéricos
Amenorrea secundaria

ENVASES ORIGINALES:
Cajas con 15 y 30 grageas de 150 U. Rn. c. u.
Cajas con 6 amp. de 1 c. c. con 100 U. Rn. c. u.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A. APARTADO 479, MADRID
APARTADO 1930, 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

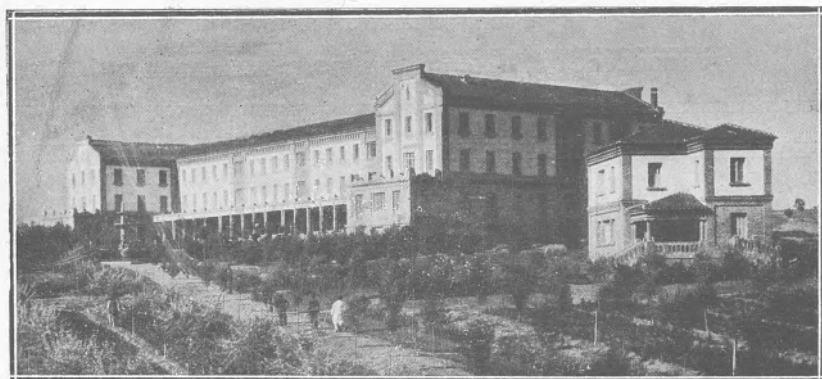
Imprenta Castellana

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. Malariaoterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.),

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

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

PALENCIA

R. ZORU et P. POPCHRISTOFF.—**La eliminación urinaria de cloruros en las afecciones ampollas y vesiculosas de la piel.**—«Ann. Derm. et Syphil.», VII.^a serie, t. V, núm. 7, pág. 667. Juillet, 1934.

Sometiendo a los eczematosos a un régimen adecuado, con una cantidad de cloruros casi fija, creen los autores haber demostrado que existe retención clorurada, de duración e intensidad débiles, que producen el proceso histológico de la espongirosis.

En el penfigo encontraron la retención clorurada, ya descrita por otros autores, pero no la conceden la importancia que otros la asignaban.

A. SERARY.—**Tratamiento de las ictericias arsenobencénicas de los sífilíticos.**—«La Presse Medicale», año 42, núm. 7, pág. 140. 24 Fevrier, 1934.

Serary se había ocupado con anterioridad de las doctrinas sostenidas en el día para explicar las ictericias sobrevenidas en los sífilíticos tratados por los arsenobenzos, haciendo su examen crítico, ahora da algunos consejos prudentes para el tratamiento.

Por regla general se suspenderá el tratamiento antisifilítico, sometiendo al enfermo al tratamiento usual de la ictericia catarral.

Cuando la ictericia comienza a desaparecer, se reanuda el tratamiento, primero con cianuro de mercurio, luego con bismuto. Solo después de pasados tres meses y siempre a condición de que ningún signo acuse un estado de insuficiencia hepática, podrá reanudarse el tratamiento con los arsenobenzos.

S. GOLOOINE.—**La reacción de Meinicke (M. T. R.) en la práctica colonial.**—«La Presse Medicale», pág. 1.624. 17 Octubre, 1934.

S., destacado en un servicio sanitario en el Africa occidental francesa, practica sistemáticamente la M. T. R. y muestra en este trabajo sus ventajas, para nosotros bien conocidas: sencillez, resultados bastante exactos y rapidez de ejecución.

Ahora bien, son muchos años de estudio de reacciones serológicas para confiarse en los resultados que proporciona una reacción aislada; la M. T. R. es reacción fácilmente realizable en cualquier parte, pero tan sencilla por lo menos es la reacción de Kahu, que puede simultanearse con ella siendo más sensible. El examen de un suero mediante estas dos pruebas puede, no solo en la práctica colonial, sino en la rural nuestra, orientar un diagnóstico.

A. SERARY.—**Eczema del lactante y alergia.**—«La Presse Medicale», pág. 1.619. 17 Octubre, 1934.

Un progreso cierto se ha realizado en el estudio patogénico del eczema del lactante al descubrirse una diátesis alérgica en gran número de enfermitos.

S., se esfuerza en demostrar que esta alergia interviene directamente en la producción, sino de la erupción por lo menos de sus complicaciones. Pero su causa continúa en la obscuridad.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

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

S., intenta adaptar a las doctrinas dermatológicas modernas los documentos que aportaron los pediatras. Se ve que esta asimilación de hechos a teorías es posible, pero también se ponen en evidencia los puntos oscuros que constituyen otros tantos problemas a resolver.

BEERMAN.—Efecto de varios regímenes en la prevención de lesiones hepáticas debidas a la arsphenamina.—«American Journal of Syphilis aud Neurology», volumen XVIII, núm. 2. Abril, 1934.

Se había emitido la hipótesis, que B. no puede confirmar experimentalmente según expone en este trabajo, de que los regímenes ricos en grasas y en sustancias nitrogenadas prevenía los accidentes hepáticos de la arsenoterapia y que por el contrario, predisponía a ellos, la alimentación casi exclusivamente hidrocarbonada.

B., al experimentar esta dieta en ratas sometidas a elevadas dosis de arsphenamina, las ha visto morir sin hepatitis apreciable.

En sentir de B., la arsphenamina es hoy menos tóxica que la primitiva, puesto que antes se determinaban fácilmente hepatitis en las ratas.

BEJARANO.—La queilitis glandular como afección cancerígena accidental.—Actas sifiliográficas, año XXVI, núm. 7, pág. 535. Abril, 1934.

No todos, aunque sí la mayor parte de los epitelomas del labio inferior, son espinocelulares. B., ha observado algunos intermediarios. El caso que motiva esta publicación era vasocelular, respondiendo a la degeneración maligna de las glándulas salivares heterotópicas hipertrofiadas del labio inferior.

Sería erróneo no admitir como epitelomas causados por la queilitis que los que presentan imagen vasocelular.

Touraine y Solente, han demostrado que a expensas de epitelio de revestimiento de los tubos glandulares, pueden desarrollarse epitelomas espinocelulares.

B., considera en un primer grupo los epitelomas espinocelulares (menos frecuentemente intermediarios) «coinciden» con una queilitis glandular.

En un segundo grupo, no se trata de «coincidencia». Epitelomas glandulares puros, vasocelulares, que tienen su origen en las glándulas heterotópicas.

Por último: epitelomas espinocelulares, también derivando de una queilitis, cuyo origen se encuentra en el epitelio de revestimiento de los tubos glandulares.

B., justifica el título de queilitis glandular como afección cancerígena accidental ya que la degeneración maligna no sigue de modo fatal.

LEDO

FERMENTOS LÁCTICOS

VIAN

Para combatir con éxito la diarrea infantil

DOCTOR ROBERTO GABERSZIG.—El nuevo analgésico Saridon.—Extracto de la «Wiener Medizinischen Wochenschrift», núm. 51, 1933.

Desde hace tiempo empleamos en nuestra clínica el Saridon, de la casa F. Hoffmann-La Roche y Compañía, nuevo analgésico de acción particularmente favorable. En los analgésicos se busca además de tolerancia e inocuidad, una acción durable e intensa. El Saridon tiene de un modo completo tales ventajas.

Así se puede comprobar con algunos extractos de historias clínicas. Hemos escogido, para tratamiento con Saridon, de preferencia enfermos padeciendo fuertes dolores y que no habían conseguido mejoría empleando otras medicaciones de acción analgésica.

1.º El enfermo K. Sch., 48 años, en tratamiento hospitalario con carcinoma bronquial, padece desde hace dos años neuralgias del trigémino. Sufre cada día numerosos y fuertes ataques de dolor que no dominan los analgésicos usuales, teniendo con frecuencia que recurrir a la morfina. Ensayando el Saridon consigue muy rápida sedación de los dolores. Su acción es rápida y muy notable; después de 7 u 8 minutos ya domina considerablemente los dolores. Cada ataque de dolor desaparece inmediatamente después de administrarle 2 comprimidos de Saridon. El número de accesos también disminuye.

2.º La señora K. K., 40 años, hospitalizada para tratamiento de fuerte isquialgia, hace tres días que no puede dormir por sus dolores. 2 comprimidos al acostarse le permiten dormir toda la noche.

3.º Señora K. M., 58 años, padece desde hace quince años artritis deformante. Dolores espontáneos excesivamente fuertes en ambas piernas obligan a la enferma a recurrir a la morfina, pero con la inyección de morfina ya no consigue más que dominar débilmente los mismos. Administrando tres veces al día 2 comprimidos de Saridon, se consigue una mejoría considerable, la enferma puede pasar varias horas sin dolores. Entre el Saridon y la morfina prefiere aquél, por encontrar alivio más intenso y rápido.

4.º Señora A. R., 60 años, padece desde hace seis años enfermedad de Parkinson con fuertes dolores nocturnos de carácter espasmódico en ambas piernas. 1 o 2 comprimidos de Saridon tomados por la noche, le permiten pasarla sin dolor. Otros analgésicos no le producen acción similar.

5.º Señora A. B., 24 años, artritis gonocócica con fuertes dolores y temperatura, llegando a 39º. 1 o 2 comprimidos de Saridon tres veces al día, dominan fácilmente los dolores y al propio tiempo desciende considerablemente la temperatura.

6.º Señora K. Z., 62 años, padece desde hace seis años coxalgia que le produce dolores tan intensos que solamente puede andar con muletas. Después de tomar diariamente 1 o 2 comprimidos de Saridon, se ve capaz de andar con un bastón y puede hacer tratamiento ambulatorio.

7.º El señor K. K., 58 años, artritis y neuritis con dolores muy fuertes. Emplean-

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

do el Saridon obtiene casi instantáneamente una disminución importante y prolongada de los dolores.

Hemos obtenido con la administración del Saridon una desaparición instantánea y durable en los varios procesos dolorosos como polineuritis alcohólica, tromboflebitis con inflamación pulmonar, poliartitis reumática aguda, en las dismenorreas, dolores de muelas, jaquecas, etc.

En todas las enfermedades febriles se puede notar la acción antipirética del Saridon.

La ventaja principal del Saridon consiste en la rapidez de su acción analgésica casi instantánea. Hemos notado muy frecuentemente que los dolores disminuyen después de 7 u 8 minutos, desapareciendo completamente dentro de algunos minutos más. La acción se prolonga durante 4 a 8 horas. En caso de dolores muy fuertes, puede reaparecer después de 2 y media a 3 horas, pero para adquirir su primitiva intensidad, han de transcurrir de 2 a 3 horas más y sin inconveniente alguno puede administrarse nueva dosis de Saridon, la cual fácilmente disminuirá el dolor.

No se presentan en ningún caso efectos secundarios, aun con enfermos que han tomado hasta 6 comprimidos de Saridon durante varios días. Tampoco produce hábito.

Según nuestras experiencias consideramos el Saridon como una adquisición en el arsenal terapéutico moderno de médico. Es un tratamiento cuya ventaja principal es la acción inmediata y segura.

Ulcus ventriculi y duodeni. Desaparición rápida de los dolores. Abreviación de la duración del tratamiento. Dosificación.—**Nuevo tratamiento de las úlceras mediante un preparado de histidina.** —BOGENDORFER.—«Münch. Med. Wochenschr.», Jgg. 81, núm. 33, S. 1270-1271, 1934.

Según el autor, el tratamiento de las úlceras del estómago y del duodeno es de difícil medicación, habiéndose hasta ahora limitado principalmente a terapéutica dietética. Para llegar a ser más corto el tratamiento, después de varios ensayos preliminares ha elegido la Larostidina «Roche», tratando unos treinta pacientes afectos de úlceras del estómago y del duodeno. El preparado ha sido administrado en todos los casos por vía intramuscular sin efectos secundarios. Hace las siguientes observaciones sobre los resultados obtenidos:

«Ha tratado casos de úlceras clásicas del estómago comprobadas radiológicamente o bien en los cuales la existencia del ulcus ventriculi y duodeni resulta de las historias clínicas del enfermo y de las exploraciones. Ha renunciado por completo a otra terapéutica medicamentosa, administrando únicamente 5 centímetros cúbicos al día del preparado de histidina. Obtuvo resultados satisfactorios en el sentido de que los

HEPATORRADIL

PODEROSO RECONSTITUYENTE

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

LABORATORIOS GRAÏNO

dolores desaparecieron en un tiempo muy corto, dándonos la posibilidad de dominar mucho los gastos».

Se describen tres casos análogos para demostrar esta acción, tomando como ejemplo el siguiente:

Enfermo de 36 años, padeciendo dolores ulcerosos desde hace tres años. Probado radiológicamente ulcus del duodeno. Tratado con Larostidina «Roche», los dolores desaparecen después de tres días. Al cabo de ocho días se establece un régimen más amplio que tolera perfectamente. Sale del hospital a los catorce días, hallándose en condiciones de reanudar su trabajo habitual. Este enfermo había sido tratado repetidas veces por úlcera sin obtener mejoría.

Después de sus ensayos, el autor considera el preparado como un nuevo factor terapéutico de las úlceras, habiendo obtenido en muchos casos curaciones definitivas.



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

LOS TUMORES DEL CEREBRO

por el

Dr. L. Puusepp

Un tomo en cuarto, de 634 páginas, ilustrado con 221 grabados en el texto. Rústica, 45 ptas. Tela, 48. Pasta, 50.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA

por el

Dr. J. Janet

Un tomo en cuarto, de 552 páginas, ilustrado con 143 grabados en el texto. Rústica, 30 ptas. Tela, 34. Pasta, 35.

TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA

por los doctores

Enriquez, Laffitte, Laubry y Vincent

Cuatro tomos en cuarto. Publicados el primero, segundo (1.^a y 2.^a partes) y tercero (1.^a parte). Los 4 volúmenes publicados: Tela, 249 ptas. Pasta, 253 ptas.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y VENÉREAS

por los doctores

E. Lesser y J. Jadassohn

(14.^a edición)

Dos tomos en cuarto. Publicado el segundo, de 568 páginas y 93 grabados. Rústica, 41 ptas. Tela, 45. Pasta, 47.

TRATADO DE OBSTETRICIA

por el

Dr. S. Recasens Girol

Un tomo en cuarto, de 1.208 páginas, 430 grabados en el texto y 20 láminas en negro. Rústica, 80 ptas. Tela, 85.

LOS RAYOS ULTRAVIOLADOS EN TERAPÉUTICA

por el

Dr. J. Saidman

Un tomo en cuarto, de 740 páginas, ilustrado con 190 grabados y 4 láminas en negro. Rústica, 42 ptas. Pasta, 46.

TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA

por los doctores

L. Testut y A. Latarjet

(8.^a edición)

Cuatro tomos, con un total de 5.062 páginas, ilustrados con 4.432 grabados. Rústica, 304 ptas. Tela, 324. Pasta, 328.

GERIATRÍA

por el

Dr. M. W. Thewlis

Un tomo en cuarto, de 368 páginas, ilustrado con 24 grabados intercalados en el texto. Rústica, 20 ptas. Tela, 23.

BIBLIOGRAFIA

Anales de la Clínica Médica A.—PROFESOR A. PEDRO PONS, catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.—Un tomo de 472 páginas, con 238 grabados sobre papel cuché. En rústica, 25 pesetas. Editorial Científico Médica. Barcelona.

Esta obra es el reflejo de la intensa labor que en la Clínica Médica A. de la Facultad de Barcelona, lleva a cabo su titular rodeado de una pléyade de valiosos colaboradores.

Pese a la unidad de Escuela que preside la obra, no es tarea fácil el hacer un análisis detallado de la obra, dada la complejidad de los temas que abarca, como se verá en este sumario:

Enfermedades hepatoesplénicas.—La denominada atrofia subaguda del hígado.—La hiperglucemia postinsulínica en clínica.—Las variaciones del coeficiente de absorción de la bilirrubina sanguínea en el curso de las ictericias.—Consideraciones sobre un caso de esplenomegalia tromboflebítica.—Los síndromes hepatoesplénicos de los tuberculosos.

Infecciones.—Contribución al estudio de las infecciones del grupo Eberthcoli. Un caso de septicemia por bacillus fecalis alcaligenes.—La fiebre exantemática mediterránea.—La espondilitis melitocócica. Diagnóstico clínico y radiográfico.—Púrpura hemorrágica en el transcurso de una fiebre de Malta.

Patología cardiovascular.—Aneurisma ventricular izquierdo; estudio clínico y anatomopatológico.—La presión eficaz en la insuficiencia aórtica.—Sobre la génesis de las predominancias ventriculares.—La desviación del eje eléctrico por insuflación gástrica. El llamado angor por aereofagia.—Estimulaciones del seno carotidiano. Tratamiento de la hipertensión por su estimulación radiológica.—Un caso de tromboflebitis portal sin esplenomegalia y aortitis aguda en un enfermo luético.

Sangre.—La cloroanemia aquilica esencial y las sintomáticas.

Tuberculosis.—Histogénesis de las lesiones tuberculosas.—Las pleuresías bilirrubínicas con esplenomegalia.

Sistema nervioso.—Las hemorragias meníngeas esenciales del adulto.—Síndrome neurohemático en el curso de una anemia perniciosa. Radioterapia medular.—Curación.—Actitud de torsión postencefálica por hipotonía postural hemilateral de la musculatura antigravífica. Hemiplejía derecha, flácida en la extremidad superior y espástica en la inferior anhidrosis, del mismo lado.

Glándulas de secreción interna.—Los tumores de la hipófisis.—Un caso de infantilismo completo.

Radiología.—Investigaciones sobre la hepatolienografía mediante los preparados de thorio (Thorotrast).—Estudio histológico de la distribución del Thorotrast en los diversos tejidos.—Mediciones cardioárticas sobre telerradiografías en oblicua anterior izquierda.

Temas diversos.—Síndrome cardíaco y anémico en las hernias diafragmáticas del

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

estómago.—Hipocratismo digital y acrocianosis.—Relaciones entre el cloruro sódico y la diuresis.—La auscultación de la boca en los enfermos del aparato respiratorio.—Semiología de la crepitación bucal.—Adenocistoma epididimario primitivamente benigno en metástasis carcinomatosas múltiples.

La variedad de los temas como se ve, hace interesantísima la lectura de la obra, irreprochablemente presentada, como todas las de la Editorial Científico Médica, a la que felicitamos.

DOCTOR B. SANCHEZ CUENCA, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid, prólogo del PROFESOR DOCTOR C. JIMENEZ DIAZ, catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid.—**Polinosis (asma del heno).**—Un volumen de 232 páginas (22 X 15), con 66 grabados, impreso en papel couché superior y esmeradamente editado, en rústica, 15 pesetas. Editorial Científico Médica.

La presente obra sirve al propósito de nacionalizar los estudios de «polinosis», considerando el problema, por lo que se refiere a la Península Ibérica, en sus justas proporciones. Ni la importancia extraordinaria que estas afecciones ofrecen en Norte-América, ni la insignificancia que parece deducirse del silencio en que se las ha tenido hasta que los doctores Jiménez Díaz y Sánchez Cuenca levantaron el velo que las cubría. Estos autores han puesto de relieve que son procesos que se presentan a menudo y dignos de ser estudiados por el intrigante interés clínico que ofrece su conocimiento y por el beneficio que puede prestarse a un sinnúmero de enfermos que muy escaso y efímero alivio pueden esperar del clásico tratamiento sintomático.

El autor, colaborador antiguo y destacado del profesor C. Jiménez Díaz y jefe de la Sección de Alergia de su clínica de la Facultad de Madrid, pone a contribución en este libro sus conocimientos botánicos y clínicos, habiendo logrado trazar una monografía que orienta y enseña a los no iniciados en estas cuestiones y que siempre será un guía útil para los informados del formidable avance que los estudios de alergia han experimentado en los últimos años. Unos capítulos indispensables de botánica especial, con numerosos fotograbados originales de polen y plantas asmógenas, varios consagrados a las técnicas especiales que requieren estos estudios y una parte clínica con dos capítulos sobre tratamiento que es una recopilación muy completa de cuantos progresos terapéuticos se han hecho en el último tiempo sobre estas cuestiones, sin olvidar, claro es, lo clásico que merezca ser tenido en cuenta. Sobre todo, el capítulo que se refiere al tratamiento de la crisis de asma es una guía utilísima que



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÑO
FORMULA

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

Jarabe agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.

señala al médico la marcha gradual en el empleo de los diversos recursos, según la intensidad y persistencia del acceso.

Todo sencillamente expuesto, en prosa fácil que se lee sin esfuerzo, y sin más sobrecarga doctrinal que la estrictamente necesaria para la comprensión de los fenómenos alérgicos que tienen por verdadera causa el polen de las plantas anemófilas.

Es de esperar que esta nueva obra de autor español, merecerá la misma aceptación que todas cuantas ha publicado hasta el presente la Editorial Científico Médica.

LIBROS RECIBIDOS

D. ROUTIER et P. THIROLOIX.—*L'arytmie complete.*—«La Pratique Médicale Illustrée». Un volumen en octavo, de 50 páginas, con 13 figuras en el texto y 2 láminas, 20 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.

GEORGES PORTMANN.—*Nouvelles consultations Oto-rhino-laryngologiques du praticien.*—Segunda edición, totalmente reformada. Un volumen en dieciseisavo, de 364 páginas, con 30 figuras en el texto, 35 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.

G. JEANNENEY et MARC ROSSET.—*Formulaire gynécologique du praticien.*—Segunda edición revisada, corregida y aumentada. Un volumen en octavo, de 220 páginas, con 29 figuras en el texto, 30 francos. Ediciones de la Casa G. Doin et Cie. de París.

F. MONTERDE y J. LOPEZ-BRENES.—*Estudio electrocardiográfico de las enfermedades del corazón.*—Un volumen de 439 páginas, con 192 grabados en el texto. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1934.

OTTO NAEGELI.—*Tratado de Hematología Clínica.* Traducción de la 5.^a edición alemana, por el profesor doctor F. Rof Carballo, con un prefacio del profesor G. Pittaluga.—Un volumen de 764 páginas, con 104 figuras en su mayor parte en color. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1934.

M. LOEPER y CH. MICHEL.—*Formulario práctico de Terapéutica y Farmacología.*—(Antiguo formulario de Dujardin, Yvon y Gilbert Michel). Trigésima segunda edición española corregida por el doctor Angel Ortega Diez. Un volumen de más de un millar de páginas en octavo. Casa Editorial Bailly-Bailliere, S. A. Núñez de Balboa, 21. Apartado, 56. Madrid, 1934.

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

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

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

CONGRESOS Y CURSILLOS

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA Budapest (15-21 Septiembre de 1935)

PROGRAMA

- A.—**Temas a discutir:** 1.^a Funciones recientemente reconocidas de la piel.
2.^o Reciprocidad, correlación y antagonismo entre la piel y los demás órganos.
3.^a La alergia en Dermosifiliografía.
4.^o Metabolismo, Endocrinopatías, Avitaminosis y Dermatitis.
5.^o Las causas externas y su influencia en la frecuencia y forma de aparición de las dermatosis.
6.^o Los virus filtrables en la etiología de enfermedades de la piel.
7.^a Formas y datos de reciente adquisición en la tuberculosis cutánea..
8.^o Tratamiento inmunobiológico, no específico y medicamentosos de sífilis.
9.^a Criterios de curación en sífilis.

B.—**Conferencias:** Sobre asuntos de interés general estarán a cargo de especialistas de diversos países.

C.—**Asuntos diversos:** 1.^a Estudio de la Terminología y clasificaciones dermatológicas.

- 2.^a La enseñanza y el ejercicio dermatológicos.
3.^o Creación de un Centro de intercambio gratuito de alumnos y de objetos de enseñanza.
4.^o Exposición dermatosifiliográfica con tres secciones:
a) Retrospectiva.
b) Científica.
c) Técnico-comercial.

El Comité de organización, está constituido por:

Presidente: Profesor Luis Nekam.

Vicepresidentes: Profesor E. Neuber, Profesor F. Poór, Profesor K. Berde, Profesor J. Guszmán, Profesor L. Török, Médico jefe J. Selley.

Secretarios: Profesor J. Geber, Docente E. Ballagi.

Tesorero: Médico jefe A. Pajor.

El domicilio del Comité de organización húngaro es: Hungría. Budapest, VIII, Mária u. 41.

Los manuscritos de las comunicaciones individuales deben estar en poder del Comité húngaro antes del 28 de Febrero de 1935.

El Delegado Secretario para España es el doctor Enrique Alvarez Sáinz de Aja. Calle de Serrano, 1, Madrid, al que deben dirigirse para información e inscripción cuantas personas lo deseen.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

III CONGRESO DE LA PRENSA MEDICA LATINA

(París, 17-21 Octubre 1934)

Bajo el alto patronato de los señores ministros de Asuntos Extranjeros, Educación Nacional y de Sanidad Pública, y de los señores embajadores y ministros plenipotenciarios de las naciones latinas.

Organizado por la Federación de la Prensa Médica Latina, con el concurso de la Asociación de la Prensa Médica francesa, de la Asociación de Periodistas Médicos franceses y de la Unión Médica Latina.

Comité de organización

Presidentes de honor: Profesores Maurice Loeper (París), Presidente fundador de la Federación de la Prensa Médica Latina.

Profesor Leopoldo Mayer (Bruxelles), Presidente en ejercicio de la Federación.

Presidente: Profesor Georges Etienne (Nancy), Vicepresidente de la Asociación de la Prensa Médica francesa, miembro del Comité permanente de la Federación de la Prensa Médica Latina.

Vicepresidentes: Doctor Luis Dartigues (París), Presidente fundador de la Unión Médica Latina.

Profesor Noel Fiessinger (París), Vicepresidente de la Asociación de la Prensa Médica francesa.

Doctor Julien Noir (París), Presidente de la Asociación de Periodistas Médicos franceses.

Secretario general: Doctor L. M. Pierrá (París), Secretario general de la Asociación de la Prensa Médico Latina, miembro del Consejo de Administración de la Prensa Médica francesa y de la Unión Médica Latina.

Tesorero: Doctor Víctor Gardette (París), Secretario general de la Asociación de la Prensa Médica francesa.

Secretaría: 52, Avenue de Breteuil, París (7^o).

Programa provisional

Miércoles 17 de Octubre de 1934.—A las 21,00: Recepción de los congresistas por la Asociación Médica Latina.

Jueves 18.—A las 10,00: Sesión de apertura en la Sala de Consejo de los Profesores de la Facultad de Medicina.

A las 11,00: En el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina, conferencia acerca del «Genio médico latino».

A las 14,30: En el pequeño anfiteatro «Rapports y comunicaciones de la prensa médica y la publicidad farmacéutica».

Peptoyodal Robert**Y o d o o r g á n i c o****Gotas e inyectable**

A las 17,00: Sesión de la Sociedad de Terapéutica consagrada a la «La colesteroemia, tratamiento medicamentoso».

A las 21,00: En la gran sala del Instituto Oceanográfico, conferencia acerca de «La ciencia rumana ante la ciencia médico-quirúrgica; sus relaciones con la lengua francesa».

Viernes 19.—A las 9,30: Visita al Instituto del Cáncer.

A las 14,30: En el pequeño anfiteatro de la Facultad de Medicina, lectura y discusión acerca de «La responsabilidad científica y moral de la prensa médica» y presentación de comunicaciones.

A las 17,00: Segunda sesión solemne de la Sociedad de Terapéutica, consagrada a «La colesteroemia, tratamientos físicos e hidrológicos».

A las 21,00: Recepción ofrecida a los congresistas por el Presidente del Congreso y madame Georges Etienne.

Sábado 20.—A las 9,30: Visita a los laboratorios del doctor Debat.

A las 14,30: Información acerca de «Técnica y presentación de un periódico médico».

A las 17,00: Conferencia en el gran anfiteatro acerca de «La inflación de los intelectuales».

A las 20,00: Banquete de clausura en el Hotel Continental, bajo la presidencia de S. E. M. el ministro de Asuntos extranjeros.

Domingo 21.—Excursión en «autocars» a Reims y Chateau-Thierry, con visita a los campos de batalla.

La cotización está fijada en: 100 francos para los miembros titulares (directores, redactores o delegados oficiales de un periódico médico); 50 francos para los miembros adheridos (periodistas médicos, médicos y personas que acompañen a los titulares).

Los ferrocarriles franceses, Compañías francesas de transportes marítimos y ferrocarriles de otros países latinos, han acordado una reducción en sus tarifas.

El alojamiento de los congresistas durante su estancia en París está asegurado por la Agencia «Exprinter», 26, Avenue de l'Opera, París, mediante tarifa reducida de hoteles y demás condiciones especiales.

Las adhesiones serán dirigidas en España:

Al doctor Horno Alcorta, paseo M. Agustín, 5, Zaragoza.

Al doctor Juan Noguera, Miño, 2, hotel (final Serrano), Madrid.

Al doctor H. Turo, Rambla de Cataluña, 93, principal, Barcelona.

En París, al doctor L. M. Pierrá, Secretario general, 8, Avenue de Breteuil, París 7^o).



Medicamentos para la Dermo-sifilología
la Oftalmología y la Oto-rino-laringología

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

Laboratorios del Norte de España, S. A.
c/ Espectáculos 2001, Maenza, Barcelona. 3 2

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Clínica de Urología.—Catedrático: Doctor Peña

CURSILLO DE UROLOGIA QUIRURGICA

Este cursillo, que será sólo para médicos, tendrá lugar en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, durante el mes de Noviembre de 1934.

Está organizado y será dirigido por el catedrático profesor Peña, y en él tomarán parte activa, además del citado profesor, el doctor don Juan Negrín, catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid, el doctor Miraved, profesor del Instituto Rubio, y los doctores Luna (J.), profesor auxiliar, y España (C.), Trujillo (L.), señorita Peña y Pineda (Mercedes), Sarasúa (F.), Rodero (M.), Alvarez Rivas (E.), Renedo (E.), y Fernández Miranda (N.), ayudantes encargados de los servicios de laboratorio, rayos X, consultas y clínicas de la Cátedra de Urología.

El cursillo comprenderá:

1.º Lecciones teóricas sobre temas fundamentales y de importancia de la especialidad urológica, que estarán a cargo del profesor Peña; el profesor Negrín explicará la fisiología del riñón y de la vejiga urinaria.

2.º Trabajos prácticos en el laboratorio de análisis químico e histobacteriológico de orinas, sangre, etc., a cargo de los doctores España y señorita Peña y Pineda (M.).

3.º Prácticas de examen y exploración de enfermos y técnica urológica en la con-

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

CIBALGINA

"CIBA"

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

INDICADA

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

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

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.

Curas de desmorfinización.

Comprimidos

Gotas

Inyectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

sulta y en las salas, a cargo de los doctores Luna, Sarasúa, Rodero, Alvarez, Renedo y Fernández Miranda (N.).

4.º Exámenes cistoscópicos, cateterismos ureterales y uretrocistoscopia y técnica operatoria endouretral y endovesical, a cargo del doctor Miraved.

5.º Exploraciones radiológicas (radiografía, pieloscopia, pielografía ascendente y descendente, cistorradiografía, uretrografía, etc.), a cargo del profesor Peña y del doctor Trujillo.

6.º y último. Operaciones quirúrgicas en los enfermos, y trabajos de anatomía topográfica y técnica operatoria de aparato urinario en el cadáver, a cargo del profesor Peña y del doctor Luna.

El programa de cada sesión, teórica o práctica, se anunciará oportunamente al comienzo del cursillo.

Las horas de los trabajos durante los veinte días que durará el cursillo, serán de nueve a una de la mañana y de cinco a ocho de la tarde.

Los médicos alumnos que sigan el cursillo con la debida constancia y eficacia, recibirán al final del mismo un diploma certificado que acredite su asistencia.

El número de médicos alumnos será limitado, no admitiéndose más inscripciones de DIEZ, los cuales serán designados por orden riguroso de presentación de su demanda.

Los honorarios de este cursillo serán **150 pesetas**.

Los médicos que deseen inscribirse, deberán hacerlo **antes del 30 de Octubre**, por carta certificada dirigida a don Federico Estirado, Decanato de la Facultad de Medicina, Atocha, 104, Madrid, enviando al mismo tiempo por giro postal el importe de la inscripción, de cuya cantidad se les enviará a vuelta de correo el correspondiente recibo.

El día en que haya de dar comienzo este cursillo, se anunciará con la debida antelación, y se avisará particularmente a cada uno de los médicos inscritos.

Para más detalles dirigirse al doctor Peña, Zurbano, 52, teléfono 40753.

INSTITUTO RUBIO

Servicios de Dermatología y Sifiliografía a cargo del Profesor-jefe de los mismos, doctor Barrio de Medina

Se pone en conocimiento de los señores médicos matriculados, que la consulta de estos servicios se abrirá el día 15 del corriente a las nueve de la mañana, comenzando en este mismo día el Curso teórico-práctico de 1934 a 1935.

La matrícula exclusivamente para médicos, continúa abierta, cerrándose el plazo de admisión definitivamente el mismo día 15.



DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VAGOTONIL

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

DEL DOCTOR GRAÑO