

SUMARIO 460-C.

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
L. FERNÁNDEZ GALLEGO.— <i>Un caso de enfermedad ósea de Paget.</i>	5
ANDRÉS FERNÁNDEZ MARTÍN.— <i>Diente ectópico supernumerario en im- plantación palatina</i>	17
<i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio.</i> —DR. B. DE M.	19
DR. EDUARDO LEDO.— <i>Ikonographia dermatológica comentada.</i> I <i>Dermatitis polimorfa dolorosa.</i> II <i>Kerion de Celso.</i>	27

REVISTA DE REVISTAS

Medicina y Cirugía, por Allué Horna.

<i>Éteres guayacolados y Thiocol.—Comparación de su eliminación y de su acción farmacodinámica.</i> —Dr. Pedro Febvre.	55
<i>A propósito de los gliomas de los hemisferios cerebrales.</i> —Doctor Bergotrand.	36

(Sigue)

Myoston

Henning¹¹

EXTRACTO MUSCULAR, ESTANDARDIZADO

1 c. c. = 0,0025 gr. ácido-adenosin-fosfórico del músculo (MAP)

Para combatir eficazmente:

ANGINA DE PECHO, esclerosis coronaria,
asma cardíaca, espasmos vasculares
periféricos y claudicación intermitente

Muestras y literatura:

GUILLERMO HOERNER - BARCELONA

APARTADO 712



A propósito del tratamiento preventivo de la trombosis y de la embolia post-operatoria (4.500 casos).—Koning. 37

Los pequeños signos de insuficiencia tiroidea en los heredosifiliticos y su tratamiento.—Doctor Suviloviej 38

Sobre un caso de sutura de corazón.—Doctor Schaschko. 38

Sobre los abscesos crónicos de los huesos.—Luigi Baj. 39

Otorrinolaringología, por M. Gavilán.

Los tumores fibrosos hiperplásicos del macizo maxilar superior.—G. Portmann y P. E. Caye. 40

La otitis tuberculosa.—D. Ella Cioppa. 41

Ginecología, por Gómez Sigler.

La esterilidad, su tratamiento, sobre todo por procedimientos quirúrgicos. Dr. B. Solomons. 42

La uterosalpingografía por inyección fraccionada e interrumpida.—Doctor M. N. Hyams. 42

Lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino.—Doctor E. Henriksen. 42

Anestesia local en Ginecología.—Davis. 45

BIBLIOGRAFÍA, por los doctores M. Bañuelos, E Zapatero, J. Andreu Urrea y J. M.^a Villacián. 44

CONGRESOS 48

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.Na. Y

SIN YODISMO

CAFEINADO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

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

Con el presente número comenzamos a publicar una serie de fotografías de casos clínicos de Dermatología y Sifiliografía comentadas por el doctor Ledo, a cuya colección personal pertenecen.

Esta colección, que no pretende constituir un nuevo Atlas, sirve de motivo para la divulgación de ciertos conocimientos de la especialidad; nociones modernas; terapéuticas recientes, etcétera, en resúmenes breves, que traducen la posición del comentarista frente a estas ideas o hechos.

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 glicerofosfórico	0,046	>
	{ Acido cacodílico	0,030	>
	{ Hierro asimilable	0,002	>
	{ Glicerofosfato estricnico	1¼	millig.

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

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

Depurativo diurético, colagogo y anti-séptico de vías digestivas y urinarias

INDICACIONES

1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

2.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

4.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

Pídanse MUESTRAS Y LITERATURA a A. Gámir.--VALENCIA

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.

CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA DE VALLADOLID

DIRECTOR: PROF. DR. MORALES APARICIO

Un caso de enfermedad ósea de Paget

por L. FERNÁNDEZ GALLEGO, Ayudante de Clases prácticas

Esta enfermedad, descrita con los nombres de osteitis deformante, osteopatía hipertrófica crónica, osteodistrofia fibrosa, es comúnmente más conocida con el nombre de enfermedad ósea de Paget. Las pocas comunicaciones en habla española, la etiología desconocida y su rareza en la clínica, nos inducen a publicar el siguiente caso observado durante el verano último en nuestra clínica:

HISTORIA CLINICA.—H. C. M., natural de Cigales, de 57 años, casado.

Antecedentes familiares.—Su padre murió de edad avanzada y su madre de una enfermedad del corazón. Han sido tres hermanos, dos murieron de poca edad, no sabe de qué, y uno vive padeciendo, dice el enfermo, de reumas (le recomendamos que acudiera a la clínica, lo que no ha hecho). Ha tenido cinco hijos, uno murió de bronquitis, los restantes viven, uno con enfermedad mental y otro padece reumas (tampoco conseguimos que viniera a su estudio).

Antecedentes personales.—De pequeño no recuerda ninguna enfermedad. Durante el servicio militar, que cumplió en Cuba, padeció sarna y tercianas, que al regresar a España le desaparecieron. Por aquel tiempo también padeció un proceso pulmonar que le retuvo en cama dos meses, no volviendo a padecer cosa análoga.

Antecedentes sociales.—De joven trabajó en el campo como labrador; después estuvo trabajando como peón en un tendido de ferrocarril, y últimamente trabaja en viñedo, donde a temporadas sulfatan las viñas.

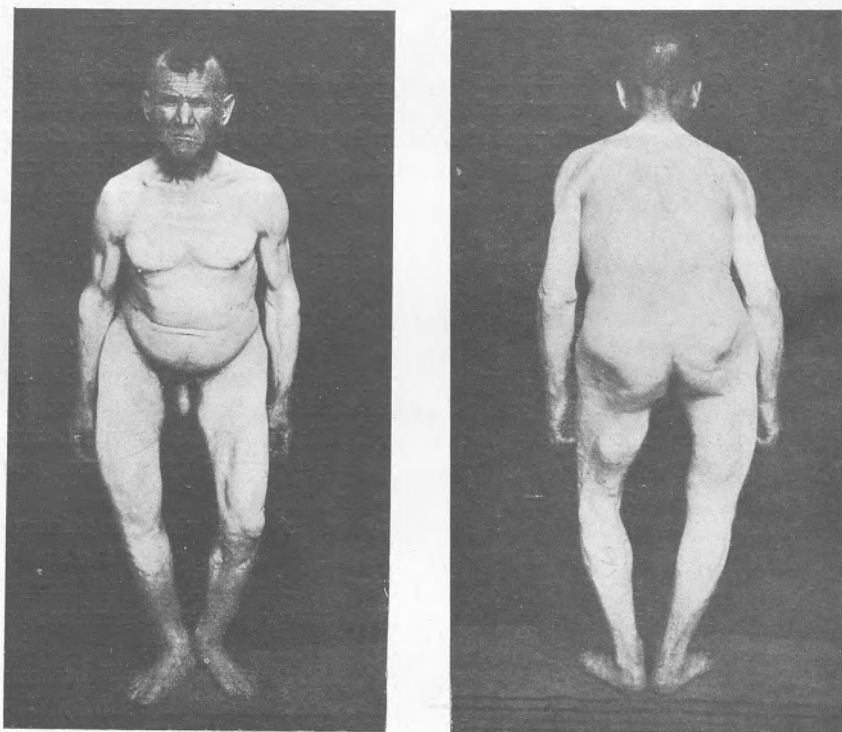
Proceso actual.—Hace cinco años, de repente, sin causa alguna, le apareció un dolor agudo en rodilla derecha, que se acompañó de tumefacción e impotencia. Acudió a este mismo Hospital, donde le colocaron un enyesado en dicha rodilla. Ya entonces se notó el enfermo que el fémur presentaba un engrosamiento en su tercio inferior que destacaba notablemente del del otro lado. Mejorado de sus molestias (pero no por completo) abandonó el Hospital, continuando todo este tiempo con trastornos y molestias en dicha rodilla, y en general toda la extremidad derecha. Esos trastornos, que consistían en dificultades de marcha y dolores sordos, eran mayores cuando ocurría un cambio de tiempo. Desaparecían en la cama y aumentaban con la marcha prolongada.

Estado actual.—Nos encontramos ante un sujeto en regular estado de

nutrición. Muy desarrollada la masa muscular de extremidad superior. Boca con algunas caries dentarias y falta de pocas piezas. No presenta ganglios submaxilares, ni axilares; algunos pequeños en región inguinal.

Su actitud es la de un sujeto cifótico con claudicación a la marcha de la extremidad izquierda (fig. 1 y 2).

A la exploración, comenzando por lo que más llama la atención al



Figs. 1 y 2

enfermo, su extremidad inferior derecha, encontramos un fémur enorme, engrosado como tres veces del tamaño normal, que destaca sobremedida del otro lado, incurvado hacia adelante y afuera, en especial desde su tercio medio. Por palpación, a través de masas musculares, su superficie es lisa pero lobulada; el grosor alcanza sus mayores proporciones a nivel de condilos femorales, los cuales no pueden abarcarse con la mano.

La tibia también presenta un engrosamiento y una incurvación muy marcadas; su superficie, al nivel de la espina tibial, es rugosa e irregular, como escalonada, haciendo relieves a la mano que explora. Esta tibia, en «fourreau de sabre» de los franceses, está incurvada hacia afuera, y por

palpación se aprecia que el grosor interesa todo el espesor del hueso, no así toda su longitud.

Dolor a la presión en tercio medio de tibia. Dolor espontáneo en cabeza de peroné. Articulación de la rodilla, dado el grosor de los cóndilos femorales y de los platillos tibiales, presentan limitación de movimientos de flexión; no hay derrame; a la flexión los tegumentos se distienden y deprimen como atraídos hacia la cavidad articular.

La extremidad con acortamiento aparente, no real; ligera abducción. Limitación de movimientos, en todos los sentidos en la articulación coxofemoral correspondiente.

En el resto del organismo encontramos, procediendo de arriba a abajo: Cabeza grande, ensanchada, sin prognatismo. Conserva las piezas dentarias anteriores, con caries; no, las posteriores.

En clavícula izquierda, en su tercio medio, pequeña eminencia y rugosidades al tacto, sin tener el enfermo antecedente alguno en esta región.

En tórax, cifosis dorsal más pronunciada que la normal, sin dolor a la percusión en ningún punto. Normales los movimientos de lateralidad y flexión del tronco.

Húmero derecho, irregular y engrosado en comparación con el del lado opuesto. Son muy evidentes estas asperezas de la superficie ósea, en el tercio superior, conservando normales los movimientos del hombro.

Pelvis; al tacto rugosa cresta ilíaca, engrosada en todos los puntos explorables.

Aparatos respiratorio y urinario y sistema nervioso, normales.

Aparato digestivo; estreñimiento.

Aparato circulatorio; corazón y aorta no aumentados de tamaño; tonos cardíacos normales. Arteria radial, en el trayecto que puede explorarse, dura y flexuosa. 82 pulsaciones por minuto. Tensión máxima, 13 mm.; mínima, 10 mm.

Reacciones serológicas y análisis, realizados en el Laboratorio de Patología general de esta Facultad:

Reacción de Wassermann (técnica de Hecht), negativo.

Reacción del Citocol (técnica de Sachs y Witebsky), negativo.

Reacción de Meinicke (M. T. R.), negativo.

Reacción de Kanh (con antígeno sin colorear), negativo.

Análisis de sangre.—Examen hematológico:

Hematíes	4.360.000
Leucocitos	9.600
Hemoglobina	83 por 100
Valor globular	0,95

Hemograma de Schilling:

Metamielocitos	0
Mielocitos	0
Nucleados en bastón	4
Segmentados	74
Basófilos	3
Eosinófilos	3
Monocitos	6
Linfocitos	10

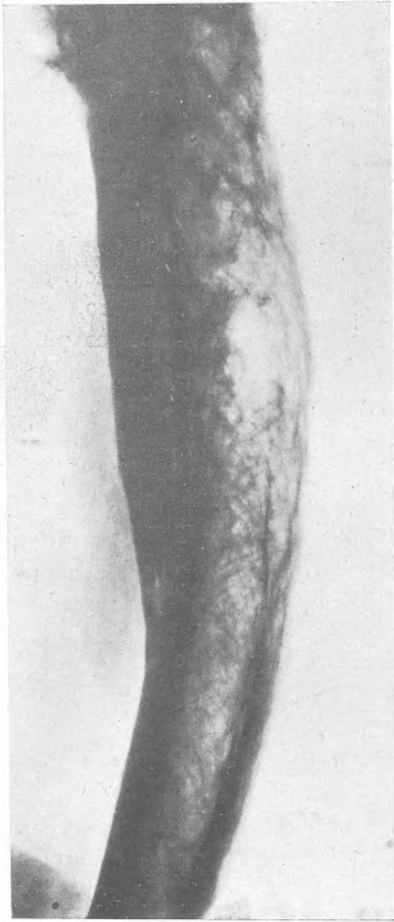


Fig. 3



Fig. 4

Determinación de calcio en sangre, según Kramer y Tisdall, modificación de Clark y Collip: Cantidad de calcio por cien c.c. de suero: 16,2 miligramos.

Examen radiográfico.—Principiaremos por los huesos más clásicamente afectados, fémur y tibia, huesos que además de ser las lesiones más evidentes, son las localizaciones más frecuentes de las formas monostóticas, localizadas, de la osteitis deformante.

El fémur derecho (fig. 3) se presenta enormemente engrosado, incurvado hacia adelante y afuera. La cavidad medular, excepto en su tercio

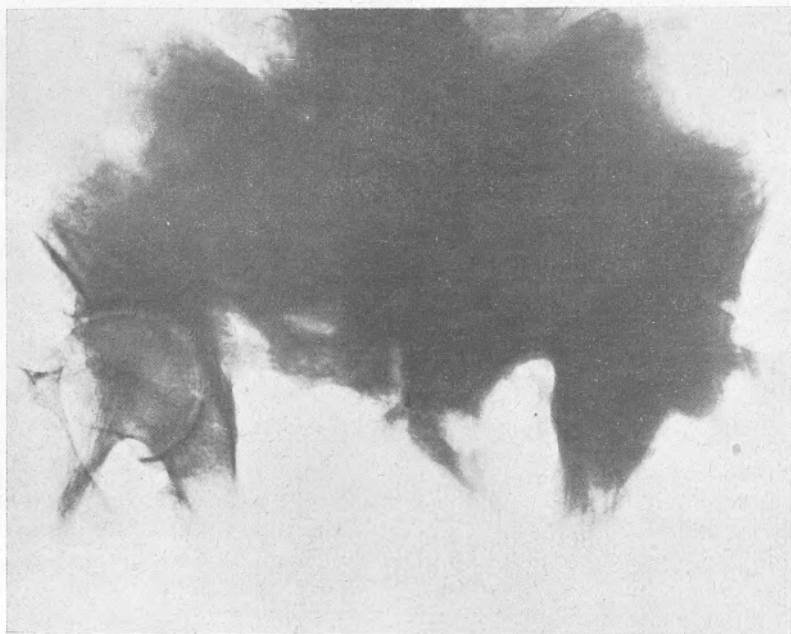


Fig. 5

superior, está borrada, absorbida por el proceso de destrucción del hueso: cortical con zonas de condensación por un lado, y por otro gran zona de reabsorción y de hipertrofia. La estructura ósea normal desaparece, y en su lugar, dispuestas de manera anárquica, aparecen lagunas exentas por completo de trama ósea, limitadas por estrías o zonas condensadas que destacan con intensidad en la imagen radiográfica. Es la arquitectura errática de algunos autores. El aspecto del hueso es en copos de algodón, ouateux, arbitrariamente dispuestos. Cóndilos femorales invadidos.

Tibia también engrosada e incurvada en sus dos tercios superiores. Hueso algodónado, con rarefacción más marcada en borde tibial anterior.

Peroné invadido, en cabeza y diáfisis subyacentes, por el proceso condensante y rarefaciente, lo que da un interés particular a esta radiografía (fig. 4).

Articulación de rodilla, invadida por el proceso, con superficies irregulares en ambos huesos, dando una imagen clara de artritis. La rótula tampoco escapa de la osteitis condensante.

Pelvis y articulaciones coxofemorales (fig. 5): El ilíaco aparece afecto con las características lesiones óseas. Zonas de condensación y zonas de



Fig. 6

atrofia ósea. Los bordes son imprecisos, dentellados, sin saber verdaderamente hasta dónde llega hueso. Cabeza femoral derecha afecta, la izquierda está respetada. En cambio, la articulación de este lado presenta lesiones de artritis deformante, con agrandamiento de cavidad articular y formación de espolones en sus límites superior e inferior.

Sacro y vértebras lumbares también afectas.

Cráneo (fig. 6): Son poco marcadas alteraciones óseas en esta parte. Las dos láminas son visibles, limpios sus bordes, excepto en algunos puntos que están borrosas, como difuminadas. Trayectos vasculares muy marcados. Vértebras cervicales borrada su arquitectura ósea. No se ven las trabéculas, pero no aparecen engrosamientos ni aspecto algo donado.

Tórax (fig. 7): Clavícula derecha aumentada de tamaño, no deformada con estructura ósea condensada que destaca de la del lado opuesto. Costillas 7.^a, 8.^a, 9.^a y 10.^a en un trayecto de cuatro a cinco centímetros al nivel del ángulo posterior, presentan un aspecto algodonado, poroso, perdiéndose los límites de la cortical y que en sus extremos pasa de manera

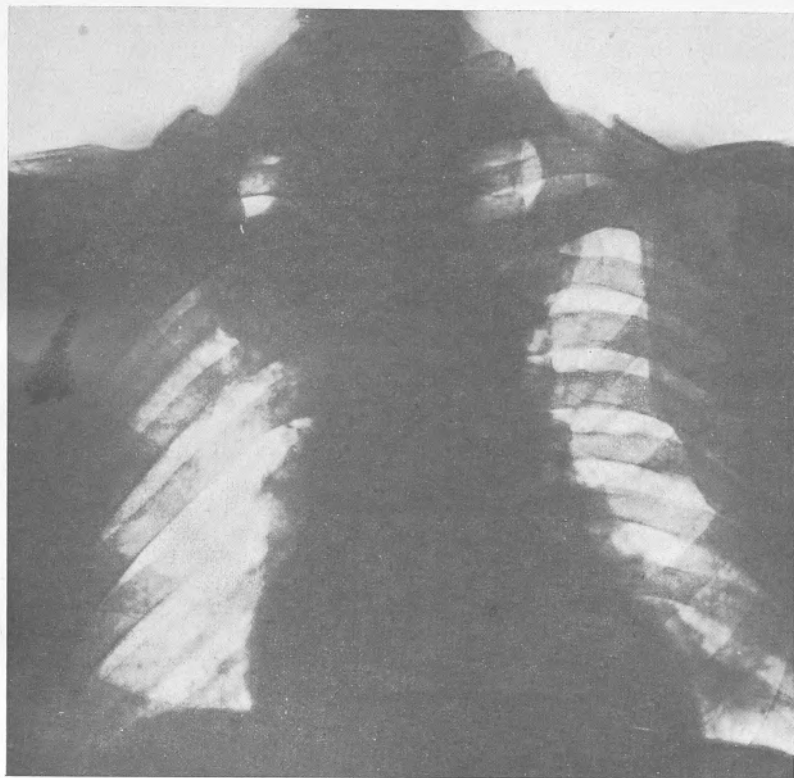


Fig. 7

paulatina a la costilla de aspecto normal. Estas lesiones son más visibles en el lado izquierdo.

Extremidad superior derecha (fig. 8): Húmero lesionado en sus dos extremidades epifisarias, con invasión de las diáfisis del cercanas. Conserva en su tercio medio una zona precisa de normalidad ósea, con cortical y canal medular conservados, pasando insensiblemente a las zonas afectadas. El proceso que se ve detenido por la articulación del codo, presenta caracteres muy típicos en extremidad distal de húmero; hueso esfumado con zonas claras y oscuras, perdidos los verdaderos límites del hueso.

El resto del organismo, comprobado radioscópicamente, es normal.

Al proceder al reconocimiento primero del enfermo, nos llamó poderosamente la atención el aspecto de la tibia; era para el enfermo y para nosotros lo más llamativo. El aspecto de la tibia con el borde tibial irregular, era el de la sífilis ósea terciaria, en aspecto de fourreau de sabre; pero al progresar la exploración y ver la alteración femoral, y luego posteriormente las de húmero derecho y clavícula izquierda, la inclinación hacia un proceso generalizado, sistematizado, polioestótico, fué indudable.



Fig. 8

Nos encontrábamos ante un caso de enfermedad de Paget, con localizaciones diversas, algunas muy particulares, y que las pruebas radiográficas, tan características, al afirmarnos en este diagnóstico, nos enseñaban que las lesiones invadían otros territorios que escapaban a la exploración manual.

Quizá esté en lo cierto Oberzimmef, al afirmar que no son la tibia y el cráneo los huesos más a menudo afectos. Para este autor, los huesos que soportan las mayores presiones, como sacro y lumbar, serían los más afectados, ahora que su situación profunda y su poca sintomatología hacen que pasen desapercibidos, y sólo al invadir posteriormente otros huesos más superficiales, aparecería el cuadro característico de la osteitis deformante.

En las localizaciones óseas que presenta nuestro caso, destaca por su particularidad la del peroné derecho, el cual no permanece como mera cuerda del arco que describe la tibia, sino que está invadido por el proceso pagético. También son de notar las lesiones de húmero derecho, en el que destacan las regiones metaepifisarias, claramente invadidas, de la diafisis, todavía indemne.

Nuestro caso no entra en el grupo de localización craneal preferente; aquí las lesiones sólo se esbozan, como si principiasen a invadir esta región.

El principio agudo con tumefacción e impotencia de la rodilla derecha, creemos interpretarlo como una hidartrosis, probablemente funcional.

Por lo demás, en nuestro enfermo, son evidentes todos los signos que Leri ha aportado al cuadro clínico. Al juntar los pies del enfermo, las rodillas permanecen separadas por un espacio ovalar, en el que los órganos genitales parecen como suspendidos de su extremo superior (fig. 1).

El cráneo voluminoso, aunque en nuestro caso no es muy marcado, hace prominencia hacia adelante, a la manera del cráneo olímpico, sobresaliendo de la cara empujueñecida bajo este cráneo.

La cifosis, al encurvar el cuerpo hacia adelante, proyecta la cabeza

CESARKIN

PRECIO: 6 PESETAS

Tónico en forma granulada de aspecto y sabor grato; compuesto de arsénico, fósforo, calcio, estricnina, quina y vitaminas

MUESTRAS Y LITERATURA:

A. MARTÍN MATEO

Santiago, n.º 41 - VALLADOLID

en el mismo sentido. El tórax estrechado lateralmente, separado del abdomen por un surco horizontal, llamado pliegue toraco-abdominal, la pelvis ensanchada, da al conjunto del tronco el aspecto de cuerpo de «violón».

Las deformaciones del pagético, tienen un aspecto especial, a menudo reconocible a primera vista.

Hemos interrogado cuidadosamente, con el fin de encontrar algún antecedente patológico muy frecuentes en estos enfermos de curso crónico, y ni en los personales ni en los sociales hay nada en relación. Los datos exploratorios de corazón y la tensión arterial, fueron normales; sólo es digno de señalar la ateromatosis de la radial en el trayecto explorable. Este enfermo, por solo este dato, podría entrar en el grupo defendido por Bèclère, Sonnemberg, Lexer, de la arterioesclerosis como causa de la enfermedad. Este proceso patogénico ha sido defendido últimamente por Lerí y S. Cone. Aquí cabría pensar si la causa que produce el ateroma general de los vasos, no sería la misma que produciría las alteraciones óseas. Ambas enfermedades son crónicas y se presentan aproximadamente en las mismas edades.

La patogenia de este caso permanece tan oscura como en tantos otros; la idea de Delmas-Massalet, de que una avitaminosis pueda ser la causa, debe tenerse en cuenta. Una avitaminosis prolongada, sostenida, tan frecuentes como son en las clases sociales del campo, puede determinar alteraciones crónicas en el tejido óseo.

Recientemente Cimino y De Gastano, refieren hallazgos de estafilococos blancos en la médula ósea de estos enfermos, y relacionan esta enfermedad con una osteomielitis de curso crónico, solapado, incapaz de llegar a una supuración.

Peelzmann sigue a Albertini, al considerar la enfermedad de Paget como una formación presarcomatosa. Creemos que esta idea ha sido lanzada con poco fundamento.

Las ideas de incluir la enfermedad ósea de Paget, dentro de la enfermedad ósea de Recklinghausen, no son admitidas por la mayoría de los autores, pues aunque para algunos el cuadro histopatológico sea el mismo, el clínico y radiográfico son completamente distintos. Una cosa análoga puede decirse respecto a la osteodistrofia quística localizada, estudiada por nosotros en un reciente trabajo.

Es importante destacar la notable hipercalcemia de nuestro enfermo, cuando la mayoría de los autores refieren un metabolismo cálcico normal o poco elevado. La poca seguridad en los análisis cuantitativos del calcio hace que prestemos poco interés a este punto. En la fórmula leucocitaria hemos de señalar la leucopenia y la pequeña eosinofilia.

En resumen: Nos encontramos ante un enfermo de osteitis deformante en su forma poliostótica, asimétrica, que aparte de las localizaciones que podemos llamar clásicas (tibia y fémur), tiene afectos peroné derecho, húmero

mero derecho, clavícula izquierda, ángulos costales posteriores, pelvis y columna lumbar, etc., y en cuyos antecedentes patológicos y sociales no se encuentra una orientación hacia una probable etiología.

BIBLIOGRAFÍA

- ARNAULF y VAN DERLINDEN.**—*Las fracturas en la enfermedad de Paget.* «Revue de Chirurgie». T. 18, pág. 279. 1934.
- CIMINO (S.)**—*Contribución al estudio de la etiología en la enfermedad de Paget.* «La Chirurgia degli organi di Movimento». T. 18, pág. 560. 1933.
- CONE (S.)**—*Osteitis deformante y enfermedades cardiovasculares.* «The Journal of Bone and Joint Surgery». T. 15, pág. 190. 1933.
- DONATI (D.)**—*Enfermedad de Paget con fractura patológica de fémur.* «La Chirurgia degli organi di Movimento». T. 18, pág. 885. 1933.
- LASSERRE.**—*Aspecto radiológico de la enfermedad de Paget.* «Presse Medicale», núm. 36. 1929.
- LERI.**—«Nouveau Traité de Medecine. Muscles, Os, Articulations», pág. 151. 1924.
- LOOSER.**—*Röntgen-Diagnóstico.* T. I. 1932.
- MORALES APARICIO y FERNANDEZ GALLEGO.**—*Osteodistrofia quística localizada.* «Revista de la Sociedad de Cirugía».
- OBERZIMMER (J.)**—*Fracturas en la osteitis deformante de Paget.* «Zeitschrift für Orthopedische Chirurgie». T. 60, fasc. 1. Septiembre, 1933.
- PERLMAN.**—*Formación sarcomatosa ósea de Paget.* «The Journal of Bone and Joint Surgery». T. 16, pág. 594. 1934.
- PEDRO PONS.**—*Enfermedades de los huesos, articulaciones y músculos.* «Trat. de Patol. Med.» T. 2, pág. 936. 1935.
- SAINTON et MILLOT.**—«Anals. d'Anatom. Patholog.», núm. 8. 1931.

Desde hace 30 años
acreditada
y preferida

Arsenoferrato
(Lícor ferro-arsenical con 0,3% Fe. y 0,003% Ars.)

El preparado ideal para la
medicación combinada de
Hierro y Arsénico

Frascos de origen con unos 250 grs.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim - Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

„BOEHRINGER“ Productos Químico - Farmacéuticos, S. A.

BARCELONA - Apartado 5.052

MADRID - Apartado 10.025



Fortamin *Tónico* *Schering*

Tónico moderno, puramente vegetal, de acción fisiológica

Fortamin es el primer preparado que contiene los principios activos de sustancias amargas en forma concentrada. Estimula el apetito y ejerce una acción tonificante sobre la totalidad del organismo. Por su inocuidad absoluta es el tónico por excelencia para los niños y convalecientes.

Envase original: Frasco de 200 c. c.

Productos Químicos Schering S.A. Madrid / Barcelona

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.

Barcelona
Caspé, 26

Madrid
Santa Engracia, 4

León
Avenida de Méjico, 4

NOTA CLÍNICA

Diente ectópico supernumerario en implantación palatina

por ANDRÉS FERNÁNDEZ MARTÍN

Esperanza Plaza, 11 años, natural de Castroverde de Cerrato.

Acude a la consulta con objeto de que se la haga extracción de un diente que hace erupción en el paladar y la lesiona constantemente la lengua.

Comenzó la erupción hace unos tres años; en la actualidad presenta un diente implantado en región palatina media, ligeramente desviado a la izquierda de la sinfisis; aflora al exterior solamente parte de su corona, que semeja un canino y se adivina reducido de tamaño (microdoncia).

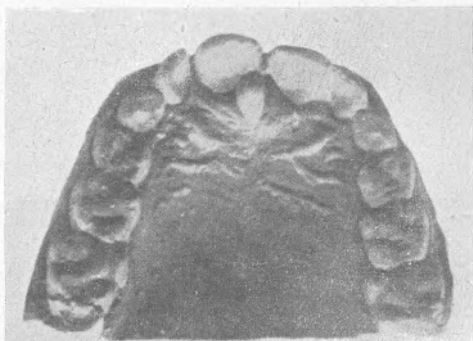
Por su aspecto facial podemos encuadrar al paciente en el tipo que Sertillón llama «digestivo»,—fuertes y potentes maxilares resaltan sobre el resto del conjunto cráneo-facial.

Labio superior corto, que impide ocultar los incisivos, de regular tamaño, separados por amplio diastema; caninos y molares caducos, excepto el de los seis años, en el que los superiores muestran muy pronunciado el tubérculo de Carabelli, y los inferiores afectos de caries de segundo grado; se advierte en región vestibular la prominencia producida por los caninos permanentes; forma y tamaño de las arcadas normal, con articulación que acusa ligera protrusión de los incisivos superiores,—tipo leve de respirador bucal—.

Por el examen bucal que antecede, ampliado por el radiográfico y de la impresión en escayola previamente tomada, vemos se trata de un diente (canino) supernumerario ectópico, cuya extracción está indicada.

Saint-Hilaire afirma que los casos de caninos supernumerarios ectópicos son raros.

Szabo, en su Tratado de Odontología Práctica, dice: «todo diente supernumerario, que se presenta en forma típica y evolucionada, debe considerarse como una formación atávica».



La avulsión no ofreció dificultad, efectuando—previa anestesia por infiltración—ligera incisión siguiendo la dirección de la raíz, determinada por palpación, es movilizado con botador y extraído con forseps recto de dientes superiores.

Todo diente supernumerario es debido a la aparición de un folículo dentario supernumerario también, que evoluciona más lentamente que los gérmenes dentarios normales y casi nunca llega a su total desarrollo en cuanto a tamaño y forma se refiere.

eficaz e inocuo tratamiento

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

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

OPHTHALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

DOCTOR VALLS MARIN: Casos clínicos.—Esta niña es un caso de estado residual de parálisis infantil, que presenta un pie cavus, talus y valgus. Es el tipo de pie paralítico más difícil de operar, debido a la extensión de la parálisis, que deja el pie en una forma imposible de ser utilizado para la marcha; como músculos útiles tenía los perines y algo del extensor común de los dedos. En la intervención, las cosas que teníamos que corregir eran: el cavus, para lo cual se le ha hecho una cuña en astrágalo y escafoides, de base antero-interna, para lograr que suba la parte anterior del pie y quede corregido el valgus; la parálisis del grupo posterior, da al pie una gran extensión de movimiento en la articulación tibia-astragalina, que hay que limitar haciendo una artrorisis anterior, para poner un tope a este movimiento. Para corregir el talus, se hace una cuña que coja la articulación astrágalo calcánea, de base posterior, y tanto más ancha cuanto más vertical está el calcáneo, hasta lograr colocar éste en su posición normal, para sujetarle y pasar a este punto la potencia de los peroneos; se tunelizó la porción inferior del calcáneo, pasando dichos tendones, lo que dará al pie una flexión útil. La operación, como se ve, es un poco complicada, y sobre todo muy traumatizante, por lo que nosotros, siempre que tenemos que hacer esta intervención en sujetos con pocas defensas, la hacemos en dos tiempos: primero, la parte anterior y después la posterior; pero en este caso, de una niña fuerte y que soportaba bien la operación, lo hicimos en un tiempo, y ahora ya se ve que el calcáneo ha quedado corregido en su posición y que la función muscular del grupo paralizado se conserva gracias a esta trasplatación de los peroneos al calcáneo. El curso post-operatorio de la niña ha sido completamente normal.

Esta otra niña llegó a la consulta diagnosticada de coxalgia, presentando un cuadro de dolor y claudicación. Se le hizo una radiografía y en ella pudimos apreciar una geoda de naturaleza tuberculosa, en cuello de fémur derecho que casi invadía el cartílago de crecimiento; en estas lesiones, que son yuxta-articulares, que hay que operar para evitar la producción de artritis, para lo cual se hace una trepanación, limpiando la cavidad cuidadosamente, evitando así la aparición de un proceso intra-articular. El problema que se nos plantea, es la vía de absceso, y la que nos parece mejor es la externa, pero aquí no la utilizamos, porque el foco estaba muy alejado, prefiriendo la vía anterior, que es muy cómoda y nos lleva directamente sobre el cuello. Después de limpiar la geoda con cucharilla, se hizo un relleno con pasta de Mossetig y se cerró completamente, teniendo un curso normal: a la enferma se la defiende con un vendaje de escayola. Es, como se ve, un caso curioso por la situación de la lesión, y porque estos procesos terminan invadiendo la articulación, cosa que con la intervención espero hemos evitado.

Este niño padecía un proceso osteomielítico de peroné. En este hueso, por su función, lo más cómodo es hacer una resección subperióstica, y se logra curar el proceso rápidamente. Es el único hueso largo en el que tratamos estos procesos apartándonos de la directiva que hacemos presidir esta clase de intervenciones, ya que la no regeneración, de existir, no supone ningún trastorno para el enfermo, ya que no es hueso de apoyo ni de función principal. Como ya he dicho en otras

ocasiones y volveré a repetir ahora, ustedes ya saben cómo yo trato estos procesos: primero, asegurar un buen drenaje y la no retención del pus, esperar a que se forme el sequestro y después ir sencillamente a quitar éste; después de la operación podemos ayudar la regeneración del proceso, empleando el método de las larvas de mosca o el método de Ohrr, rellenando el foco con gasa vaselinada y poniendo encima un vendaje que se renovará cada dos meses. Este último procedimiento es muy bueno para el enfermo, porque le ahorra muchas curas y le evita muchos dolores, y en casos de clínicas pequeñas, como la nuestra, permite la movilización de los enfermos; es molesto por el mal olor que despidе, siendo un único inconveniente, pero en realidad tiene poca importancia al lado de las ventajas que el uso de este método lleva consigo. Las vacunas dan resultados como medio de ayudar a la curación del proceso, dando defensas, pero no sirven para utilizarlas como medio curativo, ya que no tienen acción de limitar al proceso destructivo.

Estos dos niños, son casos operados de resección de rodilla por procesos fímicos. Hoy estos procesos, en esta articulación, se tratan de tal manera, que nos asegura su curación total, en unos tres meses. Esto se logra extirpando totalmente el foco afecto, o sea, sencillamente, haciendo una resección, con lo cual al operar vamos a zonas sanas de hueso y buscamos la producción de una anquilosis en buena posición y con buena estabilidad.

El proceso tuberculoso de por sí, tiene tendencia anquilosante y dejado a su evolución natural, cura provocando una anquilosis. Pero ésta puede resultar en muchos casos parcial, dando lugar a una rodilla insuficiente para la marcha, y en el mejor de los casos, esta anquilosis se produce después de más de tres años de duración del proceso, pudiéndola conseguir más segura con la operación en pocos meses. Esta intervención queda limitada generalmente a los adultos. La resección que hay que hacer no tiene que ser extensa. Hoy se hacen tan limitadas, que los enfermos, después de operados, no necesitan ponerse ninguna compensación en su zapato para poder andar bien. Por el buen resultado que obtenemos, amputamos hasta los ocho años la edad para operar.

En estas operaciones se nos presenta un problema que es el intervenir en aquellos casos en que la rodilla tiene bastante movilidad, pero ya he dicho que esto para mí no es problema, ya que creo que hay que operar siempre, pues la movilidad que tiene la articulación se ha de perder, y mientras no se pierda esta pierna no sirve como apoyo; hablamos, como es natural, de procesos extensos, con lesiones en hueso bien declaradas.

Uno de los niños vino hace tres años con una movilidad casi completa; no se la quiso resecar por ello y se le hizo la operación Robertson-Lavalle, y este chico, a pesar de la operación, sigue con sus lesiones, que han ido en aumento, y si antes tenía una movilidad como 10, hoy la tiene como 1; lo que demuestra esto que decimos, que a pesar de no haberle operado entonces de una resección por no quitarle la movilidad que tenía, ha perdido ésta, y a los tres años, le hemos resecado.

Con la operación de Robertson-Lavalle conseguimos la supresión del dolor, una recalcificación y favorecer la esclerosis de los tejidos blandos; pero no cura el proceso, por lo menos en nuestras manos, y este caso, entre otros que tenemos, lo demuestra.

DOCTOR YAGÜE.—Quiero hacer al doctor Valls dos preguntas, que son: ¿Cómo

se conoce cuál debe ser el punto límite de la resección?, y otra: Así como los procesos tuberculosos de vientre se benefician con el solo contacto del aire, ¿no ocurrirá lo mismo en estos procesos óseos?

DOCTOR VALLS MARIN.—Respecto a la última pregunta no sabemos si ocurre esto en los procesos tuberculosos óseos, ya que al intervenir sobre un foco de esta naturaleza, vamos directamente a realizar la operación, y no nos limitamos a ponerle en contacto del aire, y por lo tanto, si existen otros beneficios no los podemos apreciar y los atribuimos todos a la operación, pero por casos en que por error diagnóstico se han hecho artrotomías y se han cerrado sin haber hecho más operación, el proceso ha seguido su curso, sin beneficiarse en nada. En cuanto al límite que debe tener la resección, nos lo da siempre la radiografía, y en el acto operatorio lo vemos claramente, por el sitio a donde llega la parte enferma. Las lesiones destructivas en hueso, son fácilmente apreciables, y desde luego hay que tener cuidado de hacer la resección separándose bien del cartílago epifisario, para que quede en su integridad.

DOCTOR GALO LEOZ: Desprendimiento de retina.—Presenta un caso de desprendimiento de retina corrientemente operado.

A este enfermo le vió el doctor Maestre en los últimos días del mes de Septiembre. Había sufrido un traumatismo en el ojo derecho y se le había desprendido la retina en su mitad inferior; diagnosticó perfectamente el caso, localizando muy bien el desgarró, causa inmediata del desprendimiento. Como la enferma (muy miope) tenía gran interés en que la operase yo, próxima ya la apertura de curso en el Instituto, le recomendó reposo absoluto hasta que yo la viese, lo cual tuvo lugar el 28 del mismo mes.

No había más remedio que intervenir, y para preparar sus cosas, hizo un viaje a Segovia, donde vive, y por circunstancias que no nos importan, tardó en volver casi un mes.

Durante este tiempo, el desprendimiento se había extendido notablemente, y el desgarró de la retina, irregular y muy grande, había duplicado su extensión. Todas estas circunstancias aumentaban desde luego las dificultades para obtener un éxito, pero con todo nos creímos en el deber de intervenir, y hace quince días la operé empleando el clásico proceder de Gonin, cuyas particularidades ya conocen. Bloquee la rotura retiniana con cuatro perforaciones galvánicas, proponiéndonos como siempre, desarrollar una violenta y adhesiva reacción flogística de la

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

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

COMPOSICION: MALTA IRRADIADA con longitud de onda precisa - Extracto de hígados frescos de ternero - Lodo naciente (método BEAUDIN y COURTOI) - FOSFORO - CALCIO y Jarabe de Rabano perfeccionado

VITAMINAS A y D, más elementos útiles asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco
PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio
GRAINO

HEPATORRADIL

retina y de la coroides, en todo el contorno de dicha retina, para que ésta quedara por este mecanismo perfectamente ocluida, que es lo que se persigue en todos los casos.

Como el desgarro retiniano coincidía en su parte media con la inserción del resto externo (era alargado, siguiendo la dirección de un paralelo concéntrico a la córnea), la operación se hizo con toda comodidad, sin necesidad de recurrir a una tonotomía, de lo cual debemos huir sistemáticamente cuando hay visión binocular, por lo facilísimo que es determinar una diplopia, aunque procedamos con la máxima habilidad.

El curso post-operatorio fué normal; aunque el traumatismo había sido intenso, no determinó accidentes alarmantes, y todo parecía que iba muy bien, pues durante los doce días que la hice guardar cama, en la posición más conveniente y con la mayor quietud, nos decía siempre que veía mejor, y el campo visual manifiestamente, se había casi normalizado. Las malas condiciones de las salas (en las que entra luz y sol por todas partes) para hacer una mediana oftalmoscopia, me impidieron hacer un tan siquiera mediano examen de la región, y ayer, al reconocerla en la cama oscura, ví contrariadísimo que todo sigue igual, que no hemos conseguido absolutamente nada, pues yo creo que la rotura de la retina es todavía mayor.

Debo advertir que esta enferma, de constitución muy débil y neurótica en alto grado, padece un estreñimiento tan rebelde que se vence muy mal, aun a fuerza de purgantes y enmas, lo cual no ha hecho posible toda la quietud necesaria; y por otro lado, y a pesar de haber permanecido todo un día sentada en la cama antes de levantarse, el mismo día que lo hizo y los dos sucesivos, tuvo unos mareos y vómitos muy violentos, hasta el punto de caer desvanecida, y gracias a la oportunidad de una enfermera, que la auxiliara antes de dar con la cabeza en el suelo.

Huelga que les diga que casi todas las horas de estos últimos días los ha pasado recostada, y que nos hemos visto obligados a dejarla levantar, porque insiste en que si no se mueve no evacua el intestino, y ha llegado a tener fiebre de 38°.

En resumen, cualquiera que sean las circunstancias que hayan podido concurrir, cumplo con darles cuenta de este fracaso tan rotundo en un caso relativamente fácil, ya que en otras ocasiones, las más por fortuna, he podido mostrarles éxitos indiscutibles en casos más difíciles de intervenir.

Recurrí al Gonin, porque la gran hipotonía del ojo no nos permitía ensayar con éxito el método de Guist-Lindner (consistente, como repetidas veces dije ya, en practicar múltiples trepanaciones «simplemente esclerales» limitando el desgarro, seguidas de una cauterización química), y sobre todo, por no tener oportunidad a mi disposición el aparato de diatermia para practicar la electro-coagulación (método de Weve o de Pafar), que tan cómodamente se hace con el elegante e ingenioso electrodo del doctor Lacarrere. Este último proceder es sin duda alguna el más valioso, y cuando esta enferma se haya repuesto, y el ojo rehecho un poco, lo emplearemos en ella, esperando ser más afortunados.

Claro está que esto no quiere decir nada contra el tratamiento quirúrgico de los desprendimientos retinianos; no dice más, sino que no los cura todos, tal vez porque no hagamos siempre bien las cosas, pero sí un 50 por 100 en menos de muchos; más del 50 por 100 en lo más; más todavía en otras estadísticas, y sobre todo en las del doctor Arruga, de Barcelona, nuestro eminente compatriota.

Es evidente que para emplear todos estos tratamientos lo fundamental estriba

en la busca y rebusca del desgarro (causa inmediata de casi todos los desprendimientos) y la perfecta localización de los misfos, y el que no lo encontremos no quiere decir que no exista, sino tal vez que no lo hemos encontrado, pues la tarea es con frecuencia hartó pesada, y, o bien no hemos insistido lo suficiente, o fácilmente ha o han podido quedar ocultos entre cualquiera de los pliegues de la retina.

Hay opiniones muy respetables que suponen que el desgarro puede ser consecutivo al desprendimiento. Así puede ocurrir ciertamente, sobre todo cuando encontramos desgarros múltiples, y más si están muy distanciados unos de otros; pero tampoco esto confirma que la causa primera inmediata no haya sido un desgarro primero. Tiene un valor insuperable la demostración de que atacando la rotura por los procedimientos dichos, queda curado el desprendimiento.

Tengamos siempre en cuenta que en estos últimos casos, nuevas rasgaduras pueden originar nuevos desprendimientos, ya que suelen persistir las verdaderas causas fundamentales (corio-retinitis) de la primera rotura; citaré un solo caso, correspondiente a un enfermo con miopía maligna: Le operó Gonin primeramente, y dos meses después, a su llegada a Madrid, sufrió un nuevo desprendimiento en el mismo ojo, y entonces acudió a mí. Encontré una nueva rotura en forma de gonococo, precisamente en el extremo opuesto del diámetro, donde había tenido lugar la primera; la operé con éxito, y quince o veinte días después se abrió como una fisura contigua a la rasgadura que se acababa de cerrar y se inició un tenue desprendimiento. La operé una vez más, y volvió a curar de nuevo, y cosa de un mes más tarde, rompióse de nuevo la retina en el lado de enfrente, como si la retracción de la última cicatriz la hubiese determinado. Como ya supondrán ustedes, no volvimos a operar. El doctor Maestre, aquí presente, que me ayudó, conoce perfectamente este caso verdaderamente maligno, como otros muchos donde nada puede tener éxito duradero.

DOCTOR YAGÜE.—Pregunta cuál es la frecuencia de la catarata como consecuencia de estas intervenciones, y si no hay medio de evitarla.

DOCTOR GALO LEOZ.—No puedo contestar al verdadero significado de la primera parte de la pregunta, y aun creo que nadie sepa contestarla. Aun refiriéndome sólo a mis fracasos operatorios en cuanto al desprendimiento, puedo decirle que no he tenido ni uno solo con catarata consecutiva, ni los operados que yo conozco directa o indirectamente hacen mención significada de esta complicación, como la hacemos de la uveitis, y sobre todo de la temida hemorragia, cada vez y por fortuna menos frecuentes.

Claro es que un traumatismo muy violento, una cauterización profunda y muy anterior junto al cuerpo ciliar, bien por desprendimiento del vítreo o por violenta congestión de los procesos ciliares, etc., pueden dar lugar a ellas, sobre todo en ojos ya predispuestos con vida anterior ya muy precaria, pero sin duda alguna como una cosa excepcional, como por ejemplo ocurre con el desprendimiento de la retina consecutivo a la extracción de la catarata, principalmente cuando la hacemos total, y sin embargo esta complicación pesa poquísimos, casi nada, en las objeciones que puedan hacerse a esta brillantísima y bienhechora operación.

Además, la opacificación del cristalino no sería en realidad una consecuencia inmediata del traumatismo operatorio, sino secundaria de otros procesos vítreos o uveales de mucha más importancia, ante los cuales probablemente ni habría que pensar en extraer la catarata, que por otra parte siempre tendría una importancia bastante menor que el desprendimiento.

Les diré también que el cristalino (que parece nutrirse por osmosis a expensas de los vasos del cuerpo ciliar) está muy expuesto por diferentes mecanismos, sobre los cuales no vamos ahora a discurrir, a sufrir o pasificación como consecuencia de los profundos trastornos que los desprendimientos de retina ocasionan en la vitalidad ocular, sobre todo en las grandes hipotomias que exageran más todavía, por cuya razón, ante una catarata que evoluciona rápidamente con mala proyección luminosa, etc., etc., donde sospechamos que pueda haber un desprendimiento extenso, nuestra conducta suele ser la abstención operatoria, salvo muy excepcionales casos, pues como he dicho antes, la catarata es entonces de las negras. Otro tanto, y por razones muy semejantes, ocurre con la catarata consecutiva al glaucoma.

Desde luego que no hay razón para que despreciemos sistemáticamente los tratamientos médicos que suelen ser un buen coadyuvante, y aun en rara ocasión los únicos de que nos podemos servir; pero el verdadero tratamiento eficaz, la gran adquisición terapéutica de los desprendimientos de la retina es la intervención quirúrgica, y sobre todo la electro-coagulación.

Mucho hemos adelantado en pocos años, pero mucho queda para llegar a la perfección del método, a la cual todos debemos contribuir con ahinco, aunque lo ideal sería un tratamiento médico de los mismos resultados, o mejor aún, que suprimiera las causas.

Doctor B. de M.

En los trastornos gástricos de todas las edades, en las digestiones difíciles, unas pocas gotas de

PEPTOPANCREASI SERONO

después de las comidas, alivian los sufrimientos y normalizan el quimismo gástrico.

PARA MUESTRAS, LOS SEÑORES MÉDICOS PUEDEN DIRIGIRSE A LAS OFICINAS DE PROPAGANDA DE LA CASA LEPORI,

BARCELONA: Pelayo, 62. — BILBAO: Ercilla, 16. — MADRID: Plaza Conalejos, 6. — SEVILLA: Martín Villa, 7. — VALENCIA: Plaza Emilio Castelar, 7.

CYTOGENINA

UN PROGRESO
EN LA HEPATOTERAPIA

TRATAMIENTO
EFICAZ DE LAS
ANEMIAS



DOSIS: De 3 a 8
comprimidos al día.



Comprimidos de amino-ácidos y vitaminas del hígado y mucosa gástrica, de ingestión fácil y tolerancia perfecta.

LABORATORIO LLOPIS, MADRID

HISTOGENO

ELIXIR GRANULADO

INALTERABLE

INALTERABLE

Es el tónico que debe recomendar siempre que necesite estimular un organismo enfermo o debilitado.



ADOPTADO por el Patronato para la Lucha Antituberculosa de Cataluña, Sanatorios, y Dispensarios de la Coruña, Lisboa, etc

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.

PEPTOVEL.—Jarabe de efetonina, calcio y gomenol. *Anti-congestivo, expectorante y antiséptico.*

COMPOSICIÓN POR CUCHARA DE 15 GRAMOS.....	{	Calcio-Yon, en combinación orgánica.....	0,073 gs.
		Efetomina.....	0,010 »
		Gomenol.....	0,100 »
		Benzoato sódico.....	0,400 »
		Cloruro amónico.....	0,125 »
		Alcaloides estabilizados contenidos en la cantidad de ipecacuana.....	0,020 »
		Elixir pectoral aromático C. S., para completar....	15,000 »

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)

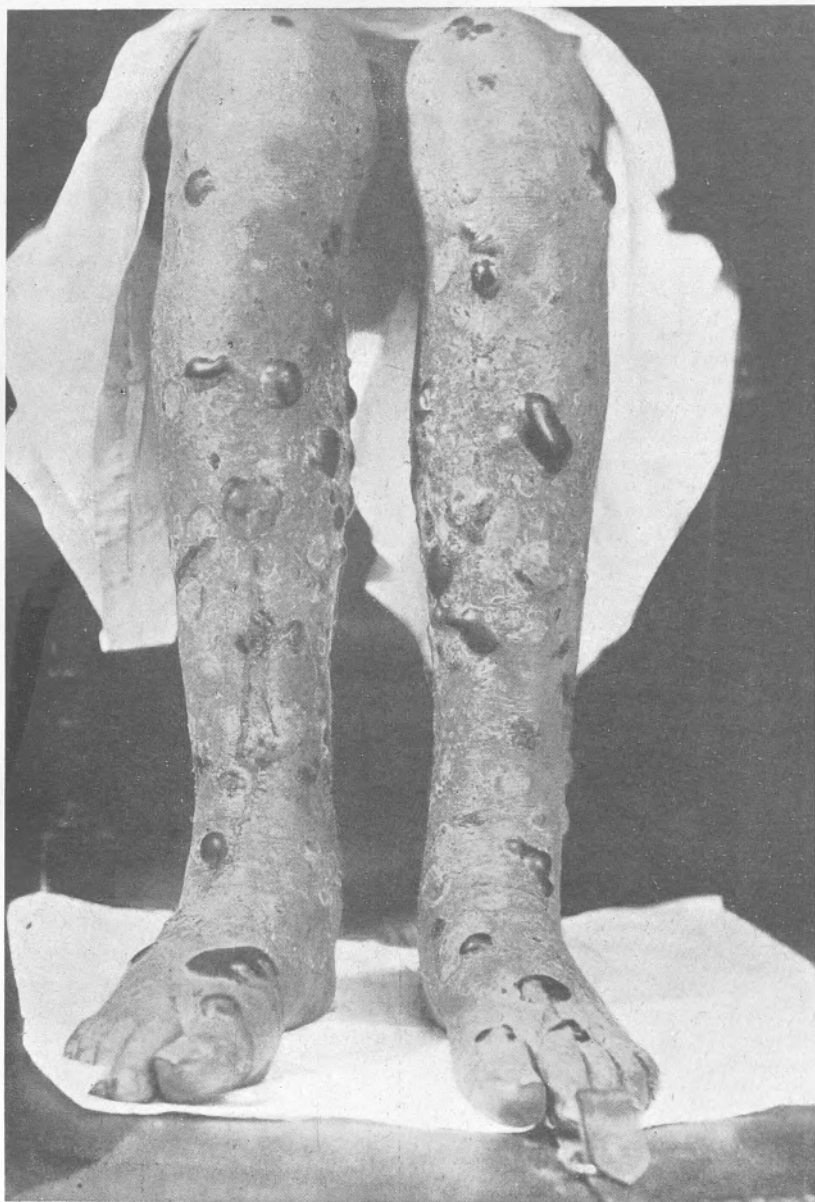
Imprenta Castellana

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

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

Didan una demostración de cualquier trabajo.

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



(Colección Dr. Ledo)

DERMATITIS POLIMORFA DOLOROSA

DERMATITIS POLIMORFA DOLOROSA

Ilustra esta fotografía un caso interesante de d. p. d. var. penfigoide.

Siguiendo a Brocq, a quien corresponde el mérito de la individualización de este grupo, recordaremos las características clínicas generales de los cuadros nosológicos que van de las d. p. d. agudas, que evolucionan de dos a cuatro semanas, a las d. p. d. crónicas de brotes sucesivos; desde una variedad eritemato-papulosa benigna (vecina de los eritemas polimorfos) de evolución aguda, a una forma severa, crónica, que puede pasar a un pénfigo foliáceo secundario, o más simplemente terminar el enfermo por una enfermedad intercurrente.

Cuatro son los caracteres clínicos que fijan el grupo de las d. p. d.:

a) Síntomas subjetivos de intensidad variable. Frecuentemente de intensidad desproporcionadamente superior a los fenómenos eruptivos.

b) Polimorfismo de la erupción eritematosa, circinada, eritematosa-velosa, eritematoampollosa, simplemente urticada, herpetiforme (d. de Duhring); localizada, diseminada, universal.

c) Evolución característica en brotes sucesivos, acentuándose la tendencia a las recidivas, conforme se adentra en el grupo la variedad observada.

d) Conservación habitual del buen estado general, lo que contrasta con los fenómenos objetivos y subjetivos, aunque como se hace observar antes, puede, en raros casos, tener una terminación fatal.

Aparte de su polimorfismo habitual, que da cuadros de límites bastante netos, por su evolución pueden agruparse en tres grupos importantes.

A) **D. p. d. agudas:** Erupción polimorfa y fenómenos subjetivos intensos, que evolucionan en dos a seis semanas y curan siempre. Existe una variedad en la que estos fenómenos son recidivantes, estacionales muchas veces (primaveras y otoños), que no siempre pueden separarse de los hechos clínicos agrupados en los eritemas polimorfos (en las d. p. d. agudas recidivantes, las lesiones serían más circunscritas, la evolución sería en brotes sucesivos y los fenómenos dolorosos de una intensidad particular).

B) **D. p. d. crónicas** con ataques sucesivos, incesantes durante años, de variable intensidad, evolucionando en forma subaguda, crónica o grave (mortal) según los casos. Variedad rara ciertamente a la que pertenece nuestro caso (d. p. d. var. penfigoide). Desde el punto de vista de la intensidad y del tipo clínico, puede acentuarse el polimorfismo, siendo polimorfa en su aspecto, evolución y síntomas subjetivos.

C) **D. p. d. recidivantes** del embarazo (Herpes gestationis de Milton) que acompañan al embarazo desde la décima semana en adelante o siguen al parto, que comprometen seriamente la vida del feto y que muy polimorfes y de fenómenos dolorosos muy acentuados, pueden desaparecer después del parto o continuar su evolución durante semanas o meses.

Menos frecuente en nuestro país que en los pueblos anglosajones, afecta por igual a ambos sexos en todas las edades de la vida. Nosotros no la hemos observado en Castilla por debajo de los veinte años más que en formas circunscritas, recidivantes, vecinas de los eritemas polimorfos, siendo sus brotes periódicos en Abril-Junio y Septiembre-October.

La interpretación patogénica por la que nos sentimos más inclinados, es la de considerarlas como reacciones cutáneas de intolerancia frente a sustancias externas o endógenas.

El hecho de que exista eosinofilia sanguínea y local (en el contenido de las vesículas o ampollas) no invadida esta patogenia la o las sustancias frente a las que el organismo reacciona, serían las determinantes del trastorno hemático como lo son las infecciones, las parasitosis, etc., en otros casos de eosinofilia.

Todo lo que tienda a poner al organismo en condiciones de regularidad funcional, el evitar la ingestión de tóxicos, medicamentos o simplemente una buena higiene alimenticia, es favorable para el enfermo.

Los cuidados locales han de estribar en curas cuidadosas de las ampollas rasgadas para evitar su infección secundaria y favorecer su cutificación, y si las lesiones son universales, recurrir al «dry treatment» de los ingleses, acostando al enfermo desnudo, cubierto con abundante polvo de talco.

La quinina (1, 2 y 2,5 grs. al día), la adrenalina (XXX a LXX gotas al día), el neosalvarsán en series alternas y sucesivas, la autohemoterapia, etc., han sido útiles tratamientos generales.

Recientemente, por los alemanes se ha preconizado la germanina para el tratamiento del pénfigo y de las dermatitis polimorfos dolorosas. Nuestra corta experiencia nos muestra la utilidad de dicho compuesto, tanto en las d. p. dolorosas como en el pénfigo verdadero grave.



(Colección Dr. Ledo)

SICOSIS NODULAR TRICOFÍTICA
KERION DE CELSO

KERION DE CELSO

Importa precisar las diferencias que establecen el diagnóstico entre las foliculitis de la barba debidas al estafilococo dorado y las foliculitis micósicas.

En el labio superior, bajo los orificios nasales, es de todo punto excepcional la infección micósica. El estafilococo es dueño y señor de esta región.

En las mejillas, en la región submaxilar el diagnóstico es más embarazoso. El examen minucioso de las lesiones y los conmemorativos, darán la clave muchas veces sin recurrir a la investigación microscópica y cultural del parásito.

En la sicosis verdadera, debida al estafilococo, existen en torno a las placas de foliculitis ya constituídas, numerosas pustulillas peripilares que marcan la zona de expansión y crecimiento de la enfermedad.

En las formas micósicas, llama la atención la multiplicidad de puntos de ataque, puntos, plaquitas o placas, según su edad, independientes, distintos, bien limitados por contornos de piel indemne y coincidentes con lesiones vecinas en regiones sin pelo.

El enfermo de sicosis micósica llega pronto a nuestras manos; su historia es de semanas, generalmente. Su afición va más de prisa.

Cuando empezó era una o unas pustulillas peripilares en bigote o barba; largo tiempo después se constituyó la placa que nos muestra de sicosis estafilocócica.

Por una plaquita seca, folicular, que se infiltra y supura en unos ocho o diez días, y en esta supuración expulsa los pelos enfermos, comienza un kerion tricofítico. Y muchas veces, podremos establecer relación entre esta afición y el contacto con animales o pieles de los mismos por la profesión del enfermo o por su afición a los animales.

El kerion llega a adquirir dimensiones considerables y un aspecto tumoral que despista al no especialista. Domina en su evolución la violencia de las reacciones y fenómenos inflamatorios y supurativos.

En ciertas regiones (cuello, nuca), las molestias pueden acentuarse por las adenitis regionales. Por esta misma violencia evolutiva, su diagnóstico—como en el caso fotografiado—se impone.

En las formas menos intensas, menos características, puede ser indispensable la investigación del parásito en el pelo. Pero es necesario saber buscar el pelo que puede estar enfermo.

En la segunda semana de la evolución, la piel inflamada se desembaraza y expulsa los pelos enfermos.

Hay que buscar entre los raros pelos restantes aquellos más gruesos, grisáceos, quebrados por su mitad, que ceden fácilmente a la menor tracción de las pinzas.

Y no siempre es fácil esto. Aún se puede recurrir a la siembra en el medio de Sabouraud, de una gotita de pus. El hongo se desarrollará si existe.

Además el tratamiento local (pincelaciones de tintura de yodo mitigada al 1/5, fomentos de solución yodo-yodurada, desbridamientos a punta de gálvano para los abscesos, etc.), aconsejamos sin reservas las inyecciones intravenosas de la solución yodo-yoduradas recomendadas por Ravaut (yodo metalóidico, 1 gr., yoduro potásico, 2 grs., agua destilada, 100 c. c.), en dosis progresivas (de 1 a 5 o 6 c. c., diluídos en agua destilada o mejor en solución de glucosa al 5 o 10 por 100, para mejor tolerancia por parte de las venas).

Según nuestra experiencia, con este tratamiento general la evolución del kerion se modifica abreviándose mucho el plazo de curación, y así lo consignamos en trabajos anteriores.

MEDICINA Y CIRUGIA

Eteres guayacolados y Thiocol.—Comparación de su eliminación y de su acción farmacodinámica.—DOCTOR PEDRO FEBVRE.—«La Medicina Catalana», 15 Octubre 1935.

El autor hace un estudio fisiológico farmacológico y sobre el metabolismo basal, de los derivados de Guayacol, fijándose principalmente en el carbonato de guayacol y en el sulfoguayacolato de potasa (Thiocol); dice de este último, que es un buen expectorante que fluidifica las secreciones bronquiales, que su eliminación es rápida y notable por la orina, que acelera el ritmo respiratorio aumentando las oxidaciones y el metabolismo basal, y que el mecanismo de su acción es por actuar como excitador del sistema retículo-endotelial. Sus conclusiones son las siguientes:

Por los métodos de dosificación que hemos «puesto al día», hemos establecido las conclusiones siguientes, referentes a la eliminación del carbonato de guayacol y del Thiocol:

1.^a El carbonato de guayacol, compuesto insoluble, no ionizado, se elimina lenta e incompletamente por la orina, bajo la forma de éter sulfúrico de guayacol. El residuo de este medicamento se evacua por las materias fecales.

2.^a En el caso de la ingestión de carbonato de guayacol o de inyección intravenosa de guayacol, no se elimina el guayacol por vía pulmonar.

3.^a El Thiocol compuesto soluble e ionizado, se elimina, sin que sufra alteración, rápida y notablemente por la orina.

4.^a El ritmo de la eliminación de estos medicamentos sólo depende de la permeabilidad renal del individuo, como lo demuestra el paralelismo de eliminación del azul de metilo.

El estudio de la acción farmacodinámica del guayacol y del Thiocol nos ha permitido comprobar los hechos siguientes:

1.^o El guayacol provoca una disminución del tono y una lentitud de las contracciones del oviducto aislado de escuerzo no grávido.

El Thiocol aumenta ligeramente el tono de este órgano sin modificar la amplitud ni la duración de las contracciones.

2.^o En inyecciones intravenosas en el conejo, el Guayacol no actúa sobre el metabolismo basal, mientras que el Thiocol lo aumenta, y así provoca una ligera elevación de temperatura.

HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO

CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

La acción del Thiocol dura aproximadamente dos días y no hay adición de efectos de las inyecciones sucesivas.

3.º Si se bloquea el S. R. E. del conejo por inyección intravenosa de peptonato de hierro, el Guayacol y el Thiocol disminuyen ligeramente los cambios respiratorios. Pero cuando el bloqueo ha desaparecido, el Thiocol provoca de nuevo un aumento del consumo de oxígeno.

El Thiocol, parece pues, que actúa como excitador del sistema retículo-endotelial, sistema que jugará un importante papel en los cambios respiratorios.

A propósito de los gliomas de los hemisferios cerebrales.—DOCTOR BERGOTRAND.

Estocolmo. Congreso escandinavo.

Traducimos literalmente la referata que Pichón hace en «Annales d'Anatomie», para comparar con los estudios de clasificación hechos por el profesor Del Río Hortega.

Son las cuestiones de nomenclatura, más que las de descripción, las que trata el autor, recordando la clasificación de Cushing y Bailey hecha en 1925, que distingue 14 tipos de gliomas; parece que el mismo Cushing haya renunciado a esta concepción. El autor propone una clasificación que tiene ideas de la clasificación antedicha y de la de Roussy y Oberling.

1.º *Grupo de los tumores benignos.*—Comprende astrocitomas fibrilares, protoplásmicos y gigante-celulares.

El astrocitoma fibrilar, de arquitectura bien conocida, engloba los tipos de igual nombre de la clasificación Cushing, y también el espongio-blastoma polar.

Las figuras de transición se parecen al *astrocitoma protoplásmico*. Las células de este grupo parecen resurgir del grupo de las oligodendriales.

En este tipo se diferencian mal las de tipo maligno y benigno.

El astrocitoma gigante-celular, de Roussy, formado de grandes células y núcleos poliformes, serían astroncitos, por lo que Cushing los clasifica entre los astrocitomas fibrilares.

Bajo el nombre de astro-blastomas, los autores describen otro de los tumores poco diferenciados al parecer, derivados de los astroblastos, diferenciación enteramente arbitraria.

2.º *Grupo de los tumores malignos. Glioblastomas.*—Presentan zonas necróticas y hemorrágicas, el tejido nervioso invadido y destruido; estos caracteres, unidos a las habituales características de elementos malignos definen netamente estos tumores.

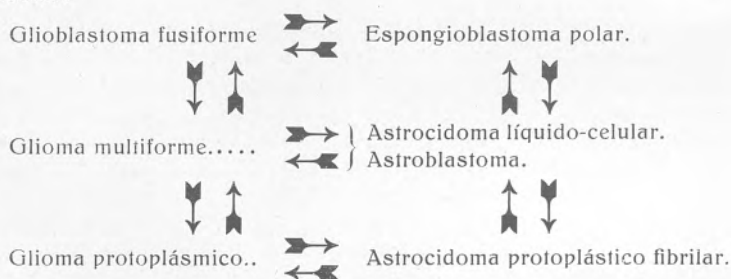
El glioblastoma multiforme ha sido descrito por Raussy Lhermitte y Cornil, después por Cushing, caracterizado por su polimorfismo celular.

Lo mismo que los astroblastomas, estos tumores presentan prolongaciones celulares fusionadas con vasos.

El glioblastoma fusiforme posee células alargadas en islote irregulares; son a menudo uni o bipolares, a veces apolares (Penfield). Sería el equivalente de un espongloblastoma maligno.

Los glioblastomas peptoplásmicos son derivados del astrocitoma del mismo nombre; las células extremadamente abundantes, cortadas, polimorfas, muy prolíficas, no tienen prolongaciones. Entre el benigno astrocitoma protoplásmico y este tumor maligno, la frontera es muy imprecisa; de aquí los errores posibles.

El autor se detiene a esquematizar este parentesco entre todos los tipos y da este cuadro:



Insiste, en fin, sobre las dificultades de clasificación y de interpretación de los tipos histológicos, en los cuales los aspectos son variables, y a menudo muy diferentes, como en los sarcomas osteogénicos.

En la discusión que sigue, el doctor Arvid Lindan defiende la concepción americana C e insiste sobre la importancia de la clínica y de la localización del tumor para la clasificación.

El profesor Harbitz admite la necesidad de volver a las ideas de Cushing y Bailey, pero es preciso revisar un importante material de investigación.

El profesor Bergstrand precisa la técnica histológico empleada.

El profesor Sjoval cierra la discusión admitiendo la simplificación de la nomenclatura americana, pero considera incompleto el trabajo, que sería aclarado por la evolución celular en los elementos normales.

A propósito del tratamiento preventivo de la trombosis y de la embolia post-operatoria (4.500 casos).—KONING (Leipzig).—«Deutsch. Med. Voch.», Mayo, 1934.

Koning expone en este artículo los resultados del tratamiento preventivo de la embolia post-operatoria que había preconizado en 1933, a saber: en todos los operados de más de veinte años:

a) Durante siete días después de la operación, tres veces por día, veinte gotas de simpatol, o si la vía digestiva no puede ser utilizada, tres veces por día una inyección subcutánea de un centímetro cúbico de simpatol.

b) Durante cuatro o seis días hacer practicar al enfermo cada hora inhalaciones de ácido carbónico.

El estudio de las estadísticas basadas en los 4.500 casos, muestran que la trombo-embolia ha pasado del 3,8 por 100 en los casos no tratados al 1,04 por 100 en los casos tratados.

El resultado es aún más elocuente si se comparan los casos de los enfermos que han sufrido intervenciones graves: de 6,2 el porcentaje cae a 0,95 por 100. La embolia, después de la resección gástrica por cáncer, cae del 10 al 3 por 100; la embolia consecutiva a las fracturas de miembros, del 3,3 al 0,5 por 100.

El empleo del ácido carbónico tiene, entre otras, la ventaja de disminuir los casos de complicación pulmonar: el control del 9,4 está descendido al 3,4 por 100.

Hay pues lugar de retener este método para emplearlo y propagarlo.

Los pequeños signos de insuficiencia tiroidea en los heredosifilíticos y su tratamiento.—
DOCTOR SUVILOVIEJ.—1934.

Trabajo orientado por P. Blum y que está enriquecido con cuatro observaciones. Se insiste en los pequeños signos de insuficiencia tiroidea: retardo físico y psíquico, trastornos de nutrición. Cualquiera que sean los antecedentes hereditarios o personales, se tratarán estas distrofias por extracto tiroideo, solo o asociado al suprarrenal, timo e hipófisis. Los heredo-sifilíticos así tratados en unión de los medios específicos, adquieren más que otros progresos estaturales y ponderales, sin hablar del desarrollo celular. La parte de la insuficiencia tiroidea en la génesis de estos trastornos, es difícil de establecer. Aún más difícil es establecer la parte opoterápica en la mejoría obtenida. Sea cual fuere, la asociación de la opoterapia con el tratamiento específico es recomendable; sus resultados son incuestionables.

Sobre un caso de sutura de corazón.—SCHASCHKO.—Vestnik Chirourguu de Leningrado. Tomado de «Journal de Chirurgie». Septiembre, 1935.

Un niño de 12 años fué herido por la explosión de un detonador de granada al quererlo utilizar como guarda puntas de su lapicero. A su llegada a la clínica, el 4 de Noviembre de 1932, estado general muy grave: estado anémico postrado, pulso apenas perceptible y frecuente, cara cianótica, los tres primeros dedos de la mano derecha los perdió en la explosión, y además presenta una herida de siete centímetros en la parte lateral izquierda del tórax, junto a la tetilla, ligeramente sangrante y de bordes precisos. A cada movimiento respiratorio se escuchan las características de estar lesionado el pulmón; se sospecha la herida de corazón.

Bajo anestesia general se prolonga la incisión de la herida, se resecan los cartílagos costales 4.^a y 5.^a y un trozo de la 6.^a costilla. En pericardio hay una herida sangrante a sacudidas; en el interior hay tres coágulos y sangre flúida. El corazón es de aspecto anémico y se contrae irregularmente. En su cara anterior, cerca del vértice y a la derecha de su arteria coronaria, en la región del ventrículo derecho, se aparcibe una herida de un centímetro y medio de longitud que sangra abundantemente.

Con una aguja delgada de intestino, después de haber colocado en su sitio el corazón, es suturado con puntos sueltos de catgut, y el pericardio con puntos de catgut y seda. Después de haber limpiado la cavidad pleural con compresas, la fija al pulmón, el cual está retraído y anémico, por medio de tres puntos de sutura. La pleura parietal fué suturada en parte, y el resto fué tapado con un trozo de músculo pediculado. En la piel es necesaria otra plastia, debido a la pérdida de substancia.

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

El período postoperatorio es de grandes complicaciones, pero adelantamos que todo se resolvió bien. El autor se ve obligado a hacer toracentesis por dos veces, obteniendo un líquido sero-hemorrágico sin gérmenes 500 y 300 centímetros cúbicos). La herida se cierra menos en su parte externa, donde se forma una fístula comunicante con la cavidad pleural. A los ocho días neumonía izquierda.

Por radioscopia se ve el corazón forzado hacia la derecha, y todo el pulmón izquierdo oscuro. Se practican otras dos punciones (50 y 250 centímetros cúbicos) seguidas de un contenido sero-purulento, rico en estrpto y estafilococos.

Estado general del chiquillo bueno, pero la fístula persiste.

Algunos días después, el autor hace la resección de la novena costilla, y cae sobre una cavidad purulenta en la cual encuentra una compresa olvidada doblada en cuatro.

Desgraciadamente, durante esta intervención, el cirujano tiene que auxiliarse de una lámpara de petróleo, a consecuencia de una avería sufrida en la conducción eléctrica.

Después del drenaje consecutivo, todo cicatriza, y el enfermo es dado de alta el 4 de Enero, dos meses justos después del accidente.

Se le ha visto seis meses después, y la cicatrización es completa, algo deforme, de suerte que tiene una pequeña foseta que sigue las contracciones cardíacas. Desde el punto de vista funcional, el corazón está normal, y únicamente un poco desviado a la derecha.

Sobre los abscesos crónicos de los huesos.—LUIGI BAJ.—«Giornale di Bateriaologia».

Cuatro observaciones de absceso de Brodie: dos eran metafisarias y ocupaban la extremidad inferior del fémur, o la extremidad superior de la tibia; las otras dos eran diafisarias y estaban en la diáfisis humeral. Dos casos eran en enfermitos de 6 a 9 años, los otros dos en adultos; de los cuatro casos, tres eran en el sexo masculino. Todos dan importancia al traumatismo sufrido, que en dos de ellos juega papel localizador. En los antecedentes se ven dos osteomielitis y una infección tífica; la patogenia queda oscura en el cuarto caso. Baj ha encontrado en dos de los casos un estafilococo dorado de virulencia atenuada; en otro caso el pus era estéril. Había un secuestro en uno de los casos y en otro el absceso se había exteriorizado. Dos enfermos fueron trasladados por apertura y vaciamiento del absceso y han curado en cinco o seis semanas; en otro, una simple punción ha sido suficiente para la

MORRHUËTINE

JUNGKEN

YODO - HIPOFOSFITOS COMPUESTOS - FOSFATO SÓDICO - GLICERINA

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD

MEDICACIÓN **YODADA** POR EXCELENCIA
SABOR GRATÍSIMO

SE USA TODO EL AÑO

DEPURATIVO - RECONSTITUYENTE

SUBSTITUYE AL ACEITE DE HIG. DE BACALAO
Y A SUS EXTRACTOS Y EMULSIONES

LABORATORIO MIRABENT

desaparición de los dolores y no queda más que una ligera tumefacción del hueso; en el último caso toda intervención ha sido rechazada.

A propósito de estas observaciones, el autor hace un estudio corto pero sustancioso de estos abscesos crónicos de los huesos que se traducen por un dolor a menudo muy vivo y ligera tumefacción del hueso con calor local, y que no se acompañan en general ni de fiebre ni de leucocitosis.

Insiste sobre el valor del análisis radiológico, revelando una zona clara, de límite neto con zona de esclerosis pericavitaria y a menudo reacción perióstica. Estos caracteres se oponen a los de la tuberculosis metafisaria—único diagnóstico a discutir—en las cuales el absceso es menos voluminoso, de contornos anfractuados y dentellados, rodeado de una zona de osteitis rarefaciente, tendiendo a la vez a invadir la epífisis y la articulación mientras que la extensión epifisaria es excepcional en el absceso de Brodie.

ALLUÉ HORNA

OTORRINOLARINGOLOGIA

Los tumores fibrosos hiperplásicos del macizo maxilar superior.—G. PORTMANN y P. E. CAYE.—«Revue de Lar., Otol. et Rhinologia», núm. 7, 1935.

El proceso fibroso, que es un modo de reacción vanal en la economía y desprovisto frecuentemente de todo carácter evolutivo, presenta a nivel del macizo maxilar superior, particularidades especiales debidas a su frecuencia y a las fórmulas histológicas que reviste a este nivel.

Desde el punto de vista anatomo-patológico son tumores fibrosos con proliferación fibroblástica intensa y tendencia a la producción de mieloplaxias. En su evolución dominan tres hechos, que ponen en manifiesta *discordancia* la clínica y la anatomía patológica. Son estos: la rapidez de su desarrollo, la frecuencia de las recidivas y la ausencia de los otros signos que se encuentran en los tumores malignos (ganglios, metástasis, signos generales, caquexia). Los autores engloban bajo el nombre de «tumores fibrosos hiperplásicos del maxilar superior» los tumores que entran en este cuadro; son hiperplasias fibrosas histológicamente benignas y clínicamente malignas por su desarrollo rápido y por las recidivas.

Distinguen en su sintomatología un período de *latencia*, más o menos largo, según la rapidez del proceso, que no está marcado por ningún signo importante que llame la

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

atención, aunque ya desde el primer momento puede presentarse algún síntoma que varía con la localización y que casi siempre son dolores neurálgicos cuyo punto de partida indica la implantación del tumor. Viene después un período de *deformación*, en el cual la lesión se desarrolla, aumenta de volumen y produce deformaciones importantes a nivel de la región máxilo-facial. Finalmente hay un período de *invasión*, en el cual estas deformaciones progresan más o menos rápidamente, pero en general de prisa, y el tumor sin invadir las paredes y los tejidos vecinos, les empuja delante de él, de tal modo que la resistencia variable de los diferentes planos condiciona y dirige este poder invasor. Los trastornos que provoca son mecánicos y exclusivamente debidos al volumen del tumor.

En presencia de estos tumores, que a pesar de su estructura histológica benigna, tienen una evolución clínica grave, son partidarios de aplicar precozmente la terapéutica de los tumores malignos y en particular la cirugía extensa, único modo de dominar el mal y poner al enfermo al abrigo de las recidivas.

Las otitis tuberculosas.—D. ELLA CIOPPA.—(Archivio di Laringologia, Oto., Rin.) Fasc. VII. 4.^a serie, vol. XLIII.

El autor, que ha tenido ocasión de seguir algunos enfermos interesantes, cree que las otitis tuberculosas son más frecuentes de lo que se dice.

De todas las formas que se puedan observar, la más frecuente es la otitis purulenta, como asimismo es la más grave y la que se observa en los bacilares confirmados. Existe también una forma seca, ya descrita por Gradenigo, de diagnóstico difícil y caracterizada al examen otoscópico por una ligera congestión de la membrana timpánica.

Dice que la mayor parte de los autores no creen en la existencia de una otitis tuberculosa primitiva. Para Brunetti son formas debidas a ultravirus, ocasionadas por una granulia prebacilar en el sentido de Calmette.

La infección auricular se hace por vía tubaria, principalmente, pero también hay formas debidas a la propagación por vía hemática y por vía linfática. Bilancioni atribuye al estado de desnutrición de los bacilares la mayor abertura del orificio tubario, lo cual facilitaría la penetración de los bacilos de Koch, en los enfermos con expectoración abundante.

El diagnóstico es algunas veces difícil y no puede descansar en la investigación del bacilo en la secreción auricular, puesto que pocas veces esta es positiva; debe fundarse en los antecedentes y en el examen clínico. El comienzo suele ser insidioso; la otitis se establece sin dolor, la supuración es abundante y la sordera progresiva. La observación de perforaciones timpánicas múltiples, no deja lugar a dudas.

Las complicaciones son frecuentes, lo mismo por propagación a la mastoides, que al oído interno o a la cavidad craneal. Contribuyen a favorecerlas la asociación de los piógenos, y así mismo el mal estado general y la predisposición individual. El pronóstico en cuanto a la función auditiva es casi siempre fatal.

Debe asociarse el tratamiento local, común a las demás otitis, la helioterapia directa y el tratamiento general (sales de oro, calcio, etc.).

M. GAVILÁN

GINECOLOGIA

La esterilidad, su tratamiento, sobre todo por procedimientos quirúrgicos.—DOCTOR B. SOLOMONS.—«Surgery, Gynecology and Obstetrics».—Febrary 1935. Volumen LX, núm. 2, pág. 352.

Esta amplia monografía del doctor Solomons, es el fruto de muchos años de trabajo en la especialidad, después de observar varios miles de casos. En ella realiza un completo estudio de las causas de la esterilidad, y como un punto importante de su tratamiento señala la profilaxis de la misma por el consejo del ginecólogo en las dos épocas decisivas para la mujer, la pubertad y el matrimonio. Menciona los tratamientos médico, hormonal, físico, etc. y sus resultados. Realiza últimamente un amplio bosquejo del tratamiento quirúrgico y sus resultados empleando la sección de adherencias, dilataciones del cervix, operaciones correctoras de las retrodesviaciones uterinas, extirpación de miomas, etc. Valora la insuflación tubárica y el tratamiento quirúrgico de la esterilidad de origen tubárico, describiendo las técnicas por él empleadas. Aporta su casuística de 336 intervenciones quirúrgicas.

La uterosalpingografía por inyección fraccionada e interrumpida.—DR. M. N. HYAMS. «Surgery, Gynecology and Obstetrics».—February 1935. Vol. LX, número 2, página 224.

Describe el autor un nuevo procedimiento de uterosalpingografía, inyectando cantidades pequeñas, y con descanso de algunos minutos, lo que tiene la ventaja sobre los procedimientos usuales de no producir molestias, y tener mucho menos peligro. Se requiere instrumental apropiado y una técnica difícil de adquirir. Este procedimiento puede practicarse ambulatoriamente, en la mayor parte de los casos.

Lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino.—DOCTOR E. HENRIKSEN. «Surgery, Gynecology and Obstetrics».—Mars. 1935. Vol. LX, núm. 3, pág. 653.

El conocimiento de las llamadas lesiones precancerosas, es la base para el diagnóstico precoz del epiteloma de la portio. En los exámenes anatomopatológicos de cuellos con epitelio al parecer normal, se encuentran a veces mitosis que no se pueden considerar como lesiones precancerosas, sino tapas del crecimiento y cicatrización de una simple erosión cervical. La leucolapsia de la portio, produce alteraciones semejantes a las que se originan en el cáncer, y hemos de considerarla como una lesión precancerosa. Cita dos casos de enfermedades de Bowens y Paget, con sus correspondientes preparaciones histológicas y modificaciones no descritas en la literatura. Señala un caso de epiteloma cervical, diagnosticado por la prueba de Schiller; juzga de grandísima importancia la biopsia, sobre todo teniendo la precaución de fijar el producto prematuramente y hacer cortes seriados. Destaca por su gran importancia la «Iodopinselung» o prueba del Lugol y la inespecificidad de la Schiller.

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VAGOTONIL

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

DEL DOCTOR GRAÑO



Anestesia local en Ginecología.—DAVIS.—Londres, «The British Médical Journal», núm. 3.873, del 30 de Marzo de 1935, págs. 636-638.

La anestesia local en las operaciones ginecológicas no ha gozado nunca, dentro de la escuela inglesa, de gran favor, contrastando con la popularidad lograda por la misma en las escuelas norteamericanas y en el antiguo continente. Quiere hacer resaltar sus ventajas, para lo cual comienza el autor por hacer relación de los inconvenientes de las anestésias, por inhalación, de la espinal, intravenosa, rectal, sacra, parasacra e hipogástrica. La anestesia local está desprovista de todos los inconvenientes de las anteriores; en la práctica, no tiene mortalidad. Así Rollison, cita seis casos de muerte en 6.062 anestésias generales y ni una sola en 1.981 locales. Las ventajas de la anestesia local son: disminución de la hemorragia por la adrenalina que acompaña al anestésico, el poder ingerir líquidos antes, durante y después de la operación, y la recuperación y cicatrización más rápida del enfermo. En cuanto a la técnica señala el autor la conveniencia de una preparación con morfina-escopolamina, o mejor aún, con mambutol, del cual tiene una experiencia ampliada. Refiere la técnica de la anestesia en las operaciones de genitales externos, la que emplea en la cirugía del cuello del útero (inyectando el anestésico en el plexo pelviano de Lee-Frankenhauser) y el bloqueo del nervio pudendo, útil en la colpoperineorrafia. No emplea la anestesia local para las histerectomías vaginales y operaciones abdomino-pelvianas.

GÓMEZ SIGLER

Jodarsolo

primer producto de

yodo y arsénico

BALDACCI - Pisa

BIBLIOGRAFIA

GREGORIO MARAÑÓN.—*Ginecología endocrina.*—Espasa Calpe, S. A.

Una nueva obra, traducida por la inteligencia poderosa y la pluma brillante de Gregorio Marañón. Es el acontecimiento grato que tenemos que registrar en las notas bibliográficas en el día de hoy.

En otros idiomas existen algunos libros buenos sobre la cuestión, como el de Mazer and Goldstein, en idioma inglés, y el de Stemmer, en idioma alemán. Pero en nuestro idioma no existía un trabajo de conjunto sobre la cuestión, y por eso el libro de Marañón viene a llenar un vacío muy importante en nuestra producción médica.

Nadie más autorizado que él entre los médicos de habla española, para llevar a cabo una tarea semejante. Y preciso es reconocer que lo ha conseguido, de un modo brillante, superando a los autores anteriormente mencionados.

El estilo inconfundible y claro de Marañón campea en todo el libro, haciendo extraordinariamente atractiva e interesante la lectura, pues, como unánimemente se reconoce, es Marañón, además de un maestro en esta clase de estudios, un escritor que domina como muy contados el uso del idioma español.

La obra, que consta de 310 páginas, lleva algunas ilustraciones, y al final de cada capítulo una reseña de las obras que el lector puede consultar.

Las ideas sustentadas corresponden a las conocidas del autor sobre la misma materia, y aparecidas en multitud de artículos y trabajos de tan eminente figura médica.

La obra ha sido presentada por la Casa Espasa-Calpe de un modo sencillo, que no cae bien con el mérito científico de la obra, ni con la personalidad del autor. Sin duda, debido a ello, a querer vender a un precio barato—diez pesetas—tan notabilísima producción.

M. BAÑUELOS

DOCTOR RUDOLF FRANCK.—*Tratamientos dietéticos modernos.*—Editorial Labor, S. A., 1935.

Un volumen de 185 páginas, excelentemente presentado, y traducido de la segunda edición alemana. Constituye, por su contenido y la variedad de exposición, un magnífico libro de gran utilidad para todo médico. Y, en cuanto a las ideas expuestas, todas podrían ser suscritas por cualquier persona versada en estos estudios.

En suma, un verdadero acierto de la Casa Labor, que lo ha vertido al castellano y un libro utilísimo en la biblioteca de todo médico.

M. BAÑUELOS



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
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
Hepatarradil C S. para	150 -

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

Compendio de Bioquímica.—PROFESOR PIETRO RONDONI.—Cuarta edición, 1935. Editorial Labor, S. A.

La Bioquímica del sabio profesor de Milán es, hace ya tiempo, bien conocida por el público español y acaso sea el libro que más se consulta sobre la materia, por cuantos precisan conocerla para hacer aplicación de los conocimientos al campo de la Medicina.

Son cuatro las ediciones que van hechas de este libro, lo que dice el acierto de la Editorial Labor al verterle al castellano. La traducción, muy correcta, es obra del doctor Armengol.

Esta nueva edición, de más volumen que la anterior, tiene la tendencia a la ampliación de las cuestiones eminentemente químicas y trata con más detalle temas, sobre los cuales recae actualmente la atención de los especialistas, y de gran interés en el campo de la Medicina. Así por ejemplo, el capítulo dedicado a las vitaminas aparece enriquecido con una gran cantidad de notas bibliográficas, y conservando la orientación de la edición anterior en cuanto a la exposición de las materias, dedica atención a la activación de estos factores de la alimentación por medio de la irradiación y a la aplicación de estos conocimientos al tratamiento del raquitismo; estudia detalladamente, a este objeto, la ergosterina, ocupándose también de su toxicidad por la que da lugar a cuadros de caquexia, hipercolesterinemia, etc. Todo el estudio de este reformado capítulo contiene datos muy interesantes para el médico.

El capítulo dedicado a los enzimas o fermentos, de tan alto interés en Fisiología, ha sido también aumentado. En él se estudian los fenómenos de catalisis, las leyes de la acción de los fermentos, la acción sintética de los mismos (dedicando espacio a la «carboligasa» de Neuberg), se estudia la formación de los fermentos en las células, etc.

Es magnífico el capítulo destinado al estudio del recambio material y energético, que también ha sido enriquecido en esta edición. Hace un estudio detenido de las oxidaciones intraorgánicas, con las teorías de la activación del oxígeno y del hidrógeno. Considera luego el metabolismo de glúcidos, lípidos y prótidos, siempre sacando consecuencias y apuntando los hechos de interés para la medicina; y así ocurre por ejemplo, cuando estudia el metabolismo intermediario de los nucleoproteidos en relación con la gota. El recambio mineral, la acción biológica de la luz, las correlaciones químicas y las hormonas, y la exposición de las leyes del metabolismo cierran este magistral capítulo.

Llama también nuestra atención el dedicado al estudio de la organización química y físico-química de la sangre y la linfa. En él figuran cuestiones de tanto interés como las reacciones inmunitarias que se exponen comenzando por el estudio del complemento para continuar con el de antígenos y anticuerpos; entre lo referente a aquéllos, se trata de los llamados «antígenos complejos», «aptenos», etc. Se estudian las toxinas microbianas y termina con el estudio del mecanismo de la reacción de Wassermann a la luz de las nuevas concepciones. Hay a continuación un interesantísimo capítulo, de gran aplicación práctica, dedicado a la discutida cuestión de la Proteino-terapia.

En suma, es muy difícil dar una idea completa del contenido de la obra del profesor Rondoni que termina con un capítulo dedicado a la descripción de los métodos analíticos de laboratorio al servicio de la Química fisiológica y que es de gran valor para cuantos dedican sus actividades al Laboratorio.

De la aceptación que ha tenido el libro que nos ocupa dice lo suficiente el hecho

de que en el transcurso de ocho años, han visto la luz tres ediciones italianas y cuatro españolas.

La Editorial Labor se apunta un triunfo más al continuar prestando atención a la evolución de tan interesante libro y apresurarse a proporcionarlo a los médicos españoles. La presentación es irreprochable.

E. ZAPATERO

El problema de la infección focal de las amígdalas y su importancia en Medicina.—

DOCTOR R. ROMERO RODRIGUEZ.—Imprenta de la Divina Pastora. Sevilla, 1935. 150 páginas.

El doctor Romero Rodriguez, prestigioso especialista de Sevilla, acaba de publicar una monografía de 150 páginas sobre el siempre sugestivo tema de la significación etiopatológica del foco séptico amigdalino en Medicina Interna.

Es el fruto de un decenio de trabajo personal en su consulta privada y en la del Hospital de la Cruz Roja de Sevilla dedicado a tan interesante tema, por lo que todos los capítulos de la obra rebosan originalidad, pero donde ésta se hace más palpable es en el dedicado a exponer y comentar su prueba personal para el diagnóstico de este foco, que unida a la de Viggo Schmidt debe ser empleada siempre que no haya contraindicaciones especiales; y en el que estudia aquellos detalles personales que ha introducido en la técnica de la amigdalectomía para lograr el mejor resultado.

La anatomía y fisiopatología general de las amígdalas son tratadas con detalle en capítulos especiales. Son de gran valor para el clínico aquellos en que trata de los distintos síndromes que pueden estar en relación con este foco: febrículas, adenitis cervicales, nefropatías, neurológicos y muy especialmente en los que se refiere y estudia las relaciones entre amígdalas y reumatismo cardio-articular.

Avalora por último esta monografía una numerosa colección de historias clínicas extraídas de su casuística personal y que muestran los efectos de la amigdalectomía en tales síndromes.

Creemos que pronto ha de figurar en la biblioteca de todos los que se interesen por este problema. La presentación tipográfica ha sido muy cuidada.

J. ANDREU URRÁ

E. MIRA.—Manual de Psiquiatría.—Salvat. Barcelona, 1935.

La medicina española se ha enriquecido recientemente con la importante obra que el doctor Mira, tan conocido en el mundo científico, ha escrito sobre enfermedades mentales. Pocos autores tan preparados como él, por su enorme cultura psicológica, para hacer un libro de clínica psiquiátrica tan perfecto, que sin hipérbole puede calificarse de magnífico. Como buen conocedor de la materia, en un estilo natural, sencillo y llano, se hace entender por cualquier clase de lector; lo oscuro y difícil conviértelo en sencillo y diáfano, mérito de los más importantes, a nuestro juicio, en atención a la carencia casi absoluta de claras nociones psiquiátricas en que, por lo general, la clase médica se ve obligada a desenvolver sus actividades profesionales.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander

Los quince capítulos que dedica a la parte general, son una cosa acabada. Después de unas precisas prenociones psicológicas elementales, se ocupa en sendos capítulos de las causas endógenas, de las psicosis, de las exógenas y de la exploración mental, para entrar de lleno, a continuación, en la psicología normal y patológica de cada una de las facultades mentales—seuopercepción, memoria, comprensión, asociación de ideas y curso del pensamiento, actividad delirante, lenguaje e inteligencia; afectividad y conación y acción—, acabando esta primera parte con un capítulo, tan actual, dedicado a la constitución y tipologías psiquiátricas más en boga. La parte especial la constituyen otros quince capítulos, donde con maestría singular desenvuelve el reputado psicólogo y psiquiatra de Barcelona, las diferentes entidades nosológicas que forman la patología especial mental, con una claridad en los conceptos, exactitud, concisión y precisión en la descripción de los cuadros clínicos, a lo largo de una prosa suelta, amena y fluida, que su lectura resulta realmente cautivadora.

Estamos seguros que Mira ha contribuido, con la obra que comentamos, a desterrar de nuestra patria la incuria en que los profesionales de la medicina mantienen a la psiquiatría. Aunque no fuera por otros motivos, sólo ese le haría acreedor a reconocimiento sincero por todo aquel que sienta intensamente los problemas culturales de nuestra patria en los momentos actuales, pues, aparte la lucha contra la desidia mencionada, el analista más meticuloso no podrá encontrar en este Manual nada que no sea sustancia, concreción y detalle de valor. No creemos que pueda pedirse más a un libro, y ante estas cualidades, recomendar su lectura a médicos y estudiantes es casi un deber.

La editorial Salvat ha sabido presentar la obra del modo magnífico a que nos tiene acostumbrados.

J. LANGE.—Psiquiatría para el médico general.—Editorial Labor. 1935. (De la colección «Cursos de clínica médica»).

Libro cuyo principal mérito estriba, a nuestro entender, en que se lee en tres horas, lo que quizás sea ventajosísimo para resolver un caso urgente imposible de admitir demora. Igualmente, el estudiante que pretendiera exclusivamente pasar unas pruebas finales de curso no demasiado exigentes, encontraría en la obra de Lange, el famoso colaborador del inolvidable Kraepelin en la redacción de la novena edición de la clásica «Psychiatrie» su tabla de salvación.

La traducción, de A. Vallejo Nájera, tan esmerada como la edición hecha por la editorial Labor.

J. M.^a VILLACIÁN

LIBROS RECIBIDOS

Lor tratamientos del dolor.—LOEPER, BUSQUET, HEGUENAU, etc., etc.—Traducción española por el doctor J. González del Campo Cos y un apéndice del doctor G. del Campo. Un tomo en cuarto, de 236 páginas con 11 grabados, encuadernación en tela. Marín, Editor. Madrid, 1935. Precio: 15 pesetas.

Tratado de histología y anatomía microscópica, de L. Szymonowicz. Edit. Labor, Barcelona 1935.

CONGRESOS

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA INSUFICIENCIA HEPATICA

Del 16 al 18 de Septiembre de 1937, tendrá lugar en Vichy este Congreso bajo la presidencia del profesor Loeper, siendo continuación del Congreso Internacional de la Litiasis Biliar, que se reunió en 1932 bajo la presidencia del profesor Carnot.

Los trabajos encajarán en las dos rúbricas siguientes: Medicina y Biología, y Terapéutica médica, quirúrgica e hidrológica.

REUNIONES INTERNACIONALES PERIODICAS DE FISIOLOGIA, PATOLOGIA Y TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

Cada tres o cuatro años se reunirán en Royat (Francia), convocados por las agrupaciones médicas locales, para estudiar una cuestión de actualidad en la fisiología, patología y terapéutica cardio-vascular.

La primera sesión tendrá lugar en la Pascua de Pentecostés de 1936 y tratará de los **Espasmos vasculares**, siendo ponentes los doctores siguientes: C. Heymans (Gante) y L. Brouha (Lieja), **Sobre el tono vascular**; Riser (Toulouse), **Los espasmos vasculares del encéfalo**; Leirche y Fontaine (Strasbourg), **Los espasmos vasculares de los miembros**; G. Marañón (Madrid), **Los espasmos vasculares en su relación con la endocrinología**; Loeper (París), **El tratamiento de los espasmos vasculares**.

Para toda clase de detalles dirigirse a la Compagnie fermière des Eaux de Royat (Puy-de-Dôme, Francia).

REUNION HIDROLOGICA Y CLIMATOLOGICA DE MONTPELLIER

MARZO DE 1936

Bajo los auspicios de la Sociedad de Ciencias Médicas y Biológicas de Montpellier y del Languedoc Mediterráneo tendrá lugar esta asamblea, siendo las cuestiones estudiadas las siguientes: 1.º «El coup de soleil», ponente: profesor Aimes (Montpellier); 2.º «El ataque de calor», ponente: el profesor Mouriquand (Lyon); y 3.º «Accidentes debidos a la luz»; ponente: el profesor Agr. Jausion, seguidas de la discusión de estas ponencias y de la lectura de las comunicaciones relacionadas exclusivamente con los temas propuestos.

Para más detalles: Profesor Puech. 1, rue du Cannau; Montpellier.

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

Valladolid: Imp. Castellana, Montero Calvo, 17 Teléfonos 2258 y 2259