

# REVISTA CLÍNICA CASTELLANA

publicada por

Andrés Bueno, V. / Bañuelos, M. / Cilleruelo, J.  
Gavilán, M. / Ledo, E. / Morales, L. / Villacián, J.

Royo-Villanova, R.

Redactor-Jefe

Baena, V.

Secretario de Redacción

Redactores

Allué Horna / Andreu Urra, J. / Argüelles, R. / Azpeitia, D. / Barrio de Medina / Bellogín, M. / Calama / Calvo Melendro / Casas Sánchez / Costero / Crespo Alvarez, D. / Cuadrado, F. / Díaz-Caneja / Fernández Martín / G.<sup>a</sup> Lorenzana, F. / González Calvo, V. / González Calvo, S. / Martín Escobar / Martín, C. Pardo, A. / Pelegrín / Querol / Sebastián Herrador, M. / Sáez, L. / Salazar, E. Suárez, F. / Vidal Jordana / Villa, I. de la / Villacián, A. / Villegas / Zapatero, E.

AÑO V

MAYO 1936

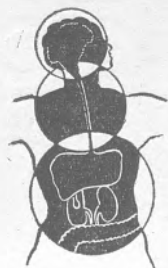
NÚM. 5

## ASOCIACION DE ESPASMOLITICOS

# Esparmopaver

COMPRIMIDOS  
AMPOLLAS INYECTABLES

PAPAVERINA · ATROPINA  
DIMETILAMIDO · FENAZONA  
ACIDO FENILETIL · BARBITURICO  
TEOBROMINA



### EFFECTO ESPASMOLITICO REFORZADO

DOSIS PEQUEÑAS Y  
EFICACIA MAXIMA

POR ACTUAR  
SOBRE LOS CENTROS NERVIOSOS  
SOBRE LAS VIAS NERVIOSAS  
SOBRE LA MUSCULATURA LISA DE LOS TEJIDOS

INDICADO EN: COLICOS HEPATICOS Y RENALES, ESTREÑIMIENTO ESPASMODICO, TENESMO VESICAL E INTESTINAL, ANGINA DE PECHO, HIPERTENSION ARTERIAL, JAQUECA, EPILEPSIA, DISMENORREA

LABORATORIOS JUSTE · MADRID · FRANCISCO NAVACERRADA 62 · HOTEL APARTADO DE CORREOS 3030

# REVISTA CLÍNICA CASTELLANA

ESPAÑA: 18 PTAS. - EXTRANJERO: 25 - ESTUDIANTES: 16 - NÚMERO SUELTO: 2,50

que serán abonadas por Giro postal o cheque de fácil cobro

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y PUBLICIDAD: Núñez de Arce, 4.-VALLADOLID

---

---

## TARIFA DE PUBLICIDAD

### PRECIO POR ANUALIDAD (12 NÚMEROS)

	Página entera		1/2 página	
	Pesetas		Pesetas	
<b>ANUNCIOS EN CUBIERTAS</b>				
Plana de cubierta exterior. . . . .	725	500		
Plana de cubierta interior. . . . .	425	300		
<b>SECCIONES PREFERENTES</b>				
Pie bajo sumario. . . . .	»	600		
Reverso sumario (cara al texto). . . . .	650	»		
Final texto (cara al texto). . . . .	600	»		
Final texto (cara a la cubierta). . . . .	500	»		
Anuncios intercalados en el texto . . . . .	600	400		
Pie de plana (35 × 120 m/m) intercalado en el texto . . . . .			300	

Esta tarifa se entiende para anuncios de composición ordinaria, facilitando en otro caso la entidad anunciadora, los clichés precisos.

La Revista acepta encartajes. Solicite presupuestos.

Forma de pago: se convendrá al formalizar el contrato.

---

---

**ULLOA - ÓPTICO**  
**GAFAS - LENTES •• CARMEN, 14 - MADRID**

HA INTRODUCIDO EN ESPAÑA  
**"SONOTONE"**  
EL MEJOR APARATO PARA SORDOS

## SUMARIO

Páginas

### ARTÍCULOS ORIGINALES

L. MORALES APARICIO Y L. FERNÁNDEZ GALLEGO.— <i>Osteodistrófia quística localizada. (Quiste óseo solitario)</i> .....	195
L. CORTEJOSO VILLANUEVA.— <i>Estudio clínico radiológico de dos casos de tumor de mediastino</i> .....	211
<i>Comentarios rurales</i> , por LORENZO SÁEZ.....	225

### REVISTA DE REVISTAS

#### Medicina interna.

<i>Tratamiento histidínico de la úlcera gastroduodenal</i> .—Dr. Sáenz de Santamaría y Marrón.....	227
--	-----

(Sigue)

---

# Preparaciones ETHOS

---

## TERMOTONA

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

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

## SUERO ESPAÑA

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

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

## FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

<i>El tratamiento del hipertiroidismo, ¿debe ser médico o quirúrgico?</i> Profesor A. Dr. Francisco Salamero.....	227
<b>Obstetricia y Ginecología, por Gómez Sigler.</b>	
<i>La medicación en Obstetricia.</i> —Dr. César Fernández Ruiz.....	228
<i>Los forceps de Zweiffeld a través de 157 observaciones.</i> — Sala S. L. y Carabas Vera D.....	228
BIBLIOGRAFÍA.....	250
NOTICIAS ..	252

# ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

## BOROLUMYL

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

INDICACIONES

**EPILEPSIA**

VOMITOS DEL EMBARAZO  
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

**YODUROS BERN-K. Y Na. 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, TIROIDES, NIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

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

CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA. — PROF.: DR. L. MORALES APARICIO

## Osteodistrofía quística localizada <sup>(\*)</sup> (Quiste óseo solitario)

por

L. MORALES APARICIO y L. FERNÁNDEZ GALLEGO

Catedrático de Cirugía

Ayudante de clases prácticas

La osteodistrofia fibro-quística localizada es una entidad clínica no admitida por todos los autores, puesto que algunos la colocan en la misma enfermedad ósea de Recklinghausen, otros la incluyen en un capítulo general con el nombre de quistes óseos solitarios (Looser) (1), y otros concluyen indicando que las formaciones quísticas son distrofias no específicas que pueden encontrarse en varias osteopatías (Lièvre) (2).

Engel von Recklinghausen en 1891 estudió las osteitis fibrosas en conjunto e hizo una clasificación de los distintos procesos que entonces se agrupaban bajo la denominación de osteitis fibrosas.

Reunió en este grupo la enfermedad de Paget, la leontiasis ósea y la osteitis fibroquística generalizada, aislada por él, denominándolas «enfermedades óseas metaplásticas» (Pons) (3), y las consideraba como colindantes en aquella clasificación, con el sarcoma benigno, el epulis, los tumores mieloides y los tumores de mieloplaxias.

Las formas localizadas de las osteitis fibroquísticas se tomaron entonces por el mismo Recklinghausen, y luego por Lecene, Lenormant, Schmorl, como variedades o formas iniciales de su enfermedad. Alguno de éstos llega a la conclusión de que el estar invadido un solo hueso de osteitis fibrosa implica el existir lesiones microscópicas en otros huesos.

Hoy podemos decir que se consideran las osteitis quísticas localizadas, llamadas por muchos quistes óseos solitarios, como procesos independientes por completo de la enfermedad ósea de Recklinghausen o enfermedad generalizada de los huesos.

EDAD.—La osteodistrofia quística se da como mayor frecuencia en la juventud entre los cinco y quince años; los «casos latentes» desapercibidos pueden presentarse más tarde. El sarcoma osteógeno tiene la edad de preferencia durante el desarrollo, y los tumores de mieloplaxias algo más tarde, entre los veinte y treinta años (Geschickter and Copeland) (4).

LOCALIZACION.—Los lugares donde se presentan los quistes óseos son particulares. Tienen preferencia por la región metafisaria de ciertos huesos largos. Por orden de frecuencia se dan en extremidad superior de fémur,

---

(\*) Comunicación a la Sociedad de Cirugía de Madrid.

húmero y tibia, es decir, en todos ellos en la región proximal. También se han descrito casos en hueso ilíaco, maxilar inferior, radio y metacarpianos. Hemos de indicar ante todo, que nuestro caso tiene una localización netamente diafisaria en cúbito.

Estas localizaciones metafisarias en los huesos largos tienen gran importancia para la diferenciación con los tumores de mieloplaxias, con los que puede ser fácilmente confundido, y que como veremos en la etiología, es probable que tengan el mismo origen.

Los tumores de mieloplaxias o de células gigantes tienen una localización meta-epifisaria, penetrando en su desarrollo paulatinamente en la epífisis. Estos tumores de mieloplaxias son muy parecidos a las osteodistrofias fibro-quísticas (Bastos) (5). La localización es lo que hace discrepar a unos de otros; éstos tienen predilección por la extremidad inferior de radio y la inferior de tibia. También pueden ser uniloculares o multiloculares, y para Loosser tendrían el mismo origen hemorrágico que las distrofias quísticas.

Nové-Josserand, Tavernier, Coley, Geschickter y Copeland, admiten una tercera variedad llamada «forma intermedia», «variante de células gigantes», que participaría de los dos procesos anteriores, tumor de mielo-

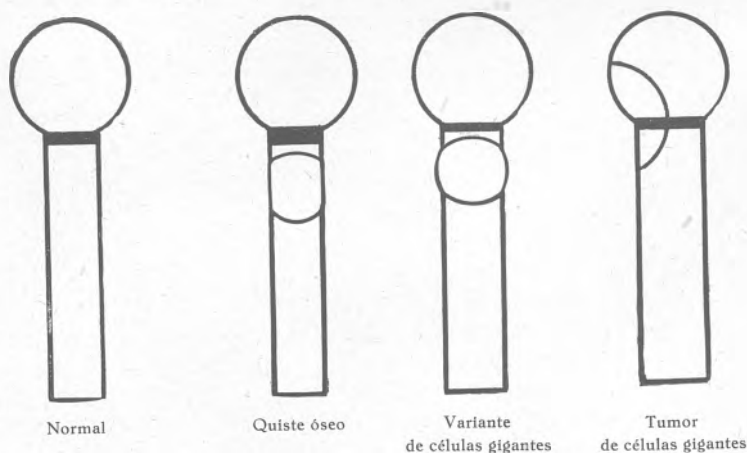


Fig. 1.º—Esquema que demuestra la localización respecto a la epífisis del quiste óseo, del tumor de células gigantes y de la forma intermedia de células gigantes (de Coley).

plaxias y distrofias quísticas. Estando en la metafisis como los quistes óseos, se situaría más cerca de la epífisis, ocupando un lugar intermedio (Coley) (6), figura 1.

Esto «verdaderamente», sólo tiene valor para explicar los tres casos de Tavernier, que evolucionaron de manera maligna destruyendo todo el hueso; los casos de Mouchet y Lecéne que también evolucionaron en la misma forma y de esta manera se explican todas esas evoluciones más o menos malignas alcanzadas por algunas formas tomadas como típicamente quísticas.

ETIOLOGIA.—Como en todo proceso cuya causa es desconocida, se han expuesto numerosas teorías para explicarlo.

La teoría de la *hemorragia traumática* tiene todavía muchos favorecedores. Para Pommer, Lang, Loosser, un trauma produciría «importantes hemorragias en la médula ósea que en determinadas circunstancias, por la presión, dificultad en la circulación venosa e irritación local pueden provocar un aumento de presión local en el hueso y acarrear en esta zona desgaste por compresión del mismo.» Pero también se ha visto que en fracturas patológicas por traumatismos insignificantes, una radiografía hecha inmediatamente ya muestra la formación quística. En apoyo de esta teoría, sus defensores aducen la curación que en algunos casos se obtiene con la fractura y con la ostotomía simple; en ambas el descenso de presión intraósea sería bastante para resolver el proceso.

Otra teoría que fué defendida hace tiempo por Bloodgood, es la *inflamatoria*. Una infección intraósea, una medulitis, seguida de formación de tejido conjuntivo, sería la patogenia. Los análisis bacteriológicos nunca han dado resultado, y las investigaciones anatómicas de Pommer, Loosser y otros desechan en absoluto la existencia de una osteitis de la pared quística.

Otra teoría se basa en supuestas *alteraciones del metabolismo cálcico*, y así se han relacionado los quistes óseos con la enfermedad de Paget y con la osteomalacia. Un déficit de calcio sería favorable a la aparición de quistes óseos. Recientemente Coley ha estudiado en sus veintiséis casos el metabolismo cálcico encontrándole normal.

Podemos mencionar aquí los trabajos experimentales con Vitamina A de Collazo y Sánchez Rodríguez (7). Administrando cantidades crecidas de vitamina, creando de esta forma una hipervitaminosis, observaron alteraciones con perturbación de la osificación periostal y degeneración fibrosa de la médula con reabsorción del tejido óseo; estas alteraciones óseas van seguidas de fracturas espontáneas en la porción diafiso-epifisarias. Tanto en estos trabajos como en la anterior teoría, existe la ignorancia del por qué en unos casos aparecen los quistes óseos y en otros no.

La teoría más reciente es la preconizada por Geschickter y Copeland, una anormal hiperplasia de los osteoclastos. Estos autores, cuyas ideas son admitidas ya por muchos, relacionan los quistes óseos solitarios con los tumores de células gigantes o tumores de mieloplasias de los franceses, y a ambos los consideran como metaplasias de los osteoclastos. El tumor de células gigantes se formaría mediante una progresiva osteoclastia, y el quiste óseo por una regresiva osteoclastia; es decir, el proceso sería progresivo para uno y degenerativo para el otro. No se sabe cuándo y por qué se dan estas alteraciones en uno u otro sentido.

También son de interés los experimentos de Oberling y Guering (8) en gallinas, las cuales son encerradas durante más de un año en cajas metálicas sin grava. Los trastornos osteopáticos son muy importantes. Macroscópicamente, al corte de los huesos aparecen quistes óseos de tamaño variable,

únicos o múltiples, con caracteres idénticos a los de la patología humana. Sus paredes son lisas, forradas por tejido fibroso muy denso, en las que irregularmente se encuentran vestigios de tejido óseo en forma de laminillas corroidas. El contenido de la cavidad es líquido, amarillento-seroso o hemorrágico. Los autores han encontrado estos quistes en esternón, tibia, clavículas y hueso ilíaco.

Son de señalar las lesiones histológicas del tipo de la osteitis fibrosa encontradas por estos autores. La médula está formada por tejido conjuntivo joven, muy celular y muy rico en mieloplaxias. Estos elementos pululan literalmente y se originan a expensas del tejido conjuntivo. El periostio permanece indemne, es decir, que la osteodistrofia es intraósea, al igual que sucede en la osteitis fibrosa humana.

*La teoría endocrina*, dependiente de un hiperfuncionamiento de las paratiroides, fué iniciada por Askanasi en 1904, en que describió un caso de osteomalacia con tumor paratiroides. Después Erdheim relacionó estos tumores paratiroides como secundarios a las osteodistrofias fibrosas, y más tarde, numerosos hechos clínicos demuestran que el adenoma paratiroideo interviene en la patogenia de la enfermedad de Recklinghausen (Lawrence Abel, Thomson y Hawksley (9); Cutler y Owen (10); Dyke, Milnes y Freeman (11); Pons (3).

Un desequilibrio general como el producido por el paratiroidismo no concuerda con el proceso tan localizado de los quistes óseos solitarios. Esta patogenia endocrina está poco menos que desechada.

Por último, queremos reseñar los interesantes trabajos experimentales de Rutishauser, Brocard y Bianchi (12) con sustancias tóxicas creadoras de un estado acidósico del organismo. Las lesiones de osteitis fibrosas aparecen a las pocas horas de ingerirse sustancias exógenas como la glucosa, plomo y otros metales (osteopatías metálicas), y por ingestión de materiales endógenos en forma de caldos paratiroidianos y extractos tiroideos. Vizard (13); Austoni (14), etc.)

En estas intoxicaciones la curva de hipercalcemia es la medida más precisa de la rapidez de acción.

Las lesiones esteópáticas aparecen con más frecuencia en aquellos huesos cuyos cambios fisiológicos son más activos, maxilar inferior por ejemplo, en los huesos jóvenes y en aquellos huesos más diferenciados funcionalmente (fémur, húmero, etc.). Las imágenes histológicas de estos autores resaltan el desarrollo considerable de osteoclastos nacidos del endotelio vascular, de la lámina endostal, y de la liberación de células óseas de la médula fibrosa.

Nosotros al dar nuestro parecer aquí, nos inclinamos hacia una causa general (intoxicación endocrina, avitaminósica, etc.) y una causa local fijadora de aquélla.

También se han invocado en la etiología, anomalías de formación de los huesos o trastornos del desarrollo óseo.



**SINTOMATOLOGIA.**—Vamos a describir la historia del enfermo que élla nos da la pauta, de una manera general, de las sistomatologías de estos enfermos.

A. S. S., de ocho años de edad, natural y vecino de Valladolid. Sus padres viven y están sanos. Son seis hermanos, todos sanos; sin ningún aborto ni fallecimiento.

A. P., embarazo normal y parto a término. Crianza durante cinco meses al pecho, después leche de vaca y sopas. A los ocho meses comenzó la dentición. A los trece meses comenzó a andar, y a los diecinueve a hablar.

De pequeño padeció el sarampión benigno. A los tres años difteria, no quedándole secuela alguna. A los cinco años erupción impetigosa de medio cuerpo, curando completamente.

E. A. En Septiembre del año pasado, en ocasión de juegos entre hermanos, a sus padres les llamó la atención un engrosamiento que presentaba el enfermo en el antebrazo derecho. No tenía dolores espontáneos, pero sí a la presión. Los movimientos les realizaba normales y hacía ejercicios de fuerza con dicho antebrazo, no notando molestia alguna. En los ocho meses sucesivos sus padres, que le observaban casi todos los días, no apreciaron aumento de la tumoración, permaneciendo ésta igual que el primer día que lo vieron.

En Abril último, jugando, sufrió un traumatismo en dicho antebrazo que le ocasionó dolor momentáneo, y al día siguiente su madre dice que encontró la tumoración aumentada de volumen, por lo que acudió a una consulta.

E. A. Niño bien desarrollado en relación a su edad. Al observar al muchacho nos encontramos con un antebrazo deformado, globuloso, ensanchado en la parte diafisaria correspondiente a cúbito. Es evidente a la palpación la existencia de una tumoración, dura al tacto, alargada en sentido diafisario, no dolorosa espontáneamente y sí a la presión fuerte en su tercio inferior.

El dolor espontáneo más o menos intenso que existe en el osteosarcoma aquí falta por completo. No hay crepitación ósea, ni calor local ni general, tampoco se aprecia circulación venosa desarrollada, síntomas todos ellos que más o menos se presentan en los tumores malignos. También se señala el último síntoma en el tumor de células gigantes.

Los movimientos de flexión y extensión del antebrazo se realizan normales así como los de la muñeca. La pronación es algo dolorosa al final, pero puede realizarse, siendo normal la supinación. No hay ganglios axilares ni epitrocleares. El resto de los aparatos están normales.

**RADIOGRAFIA.**—El análisis de la placa radiográfica nos da una zona de decalcificación en forma de huso en plena diafisis cubital. Esta placa de decalcificación tiene borrada, absorbida, la cavidad medular, toda ella tiene un aspecto igual, uniforme, homogéneo. (Figura número 2).

Rodeándola a manera de cápsula, subsiste una delgada línea de cortical ininterrumpida que llega hasta región metafisaria. No hay reacción perióstica a este nivel. Cortical intacta, sólo en dos puntos hay ligera infacción,

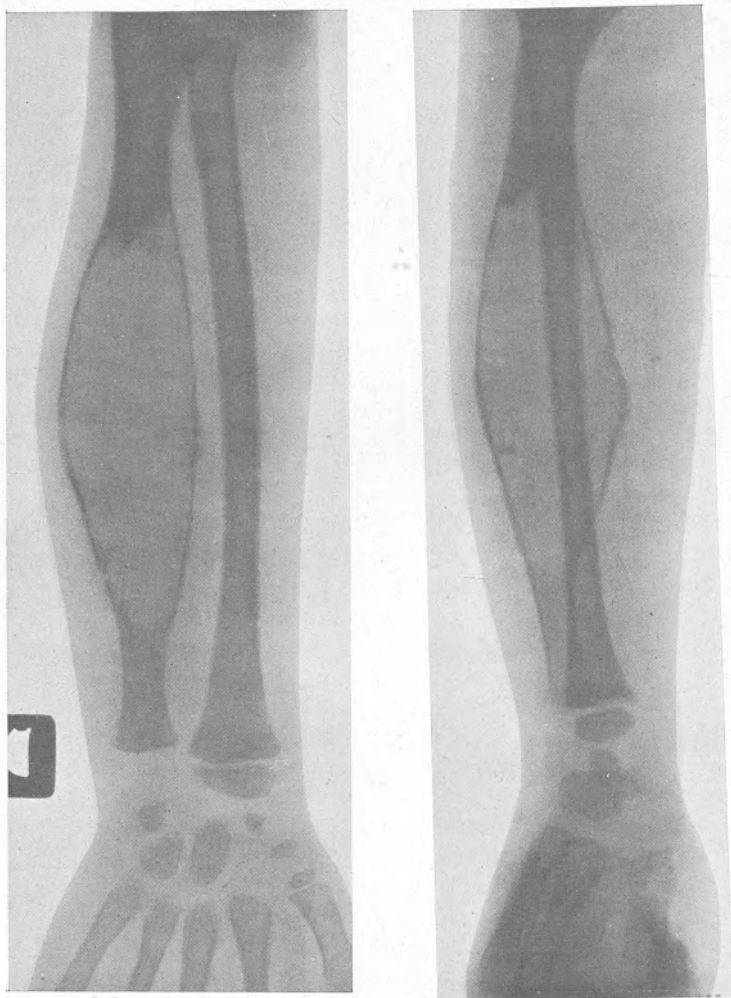


Fig. 2.<sup>a</sup> — Radiografía antes de la operación.

pero no queremos dar a esto mucho valor porque se han descrito casos en que estaba invadida cortical (Assmann) (15) e incluso avanzaba el proceso hacia epífisis.

En región metafisaria se ve espolón perióstico, lo que prueba que el

# VACUNAS LETI

## VACUNAS PER-OS LETI

Vacunas en forma líquida que se administran por vía gástrica.

**ANTITÍFICA PREVENTIVA  
ANTIMALTENSE**

## LISINAS LETI

Vacunas que se administran por vía gástrica, compuestas de gérmenes, antiviruses y bacteriófagos.

**EBERTLISINA  
COLILISINA  
ESTAFILOLISINA**

## NEOVACUNAS LETI

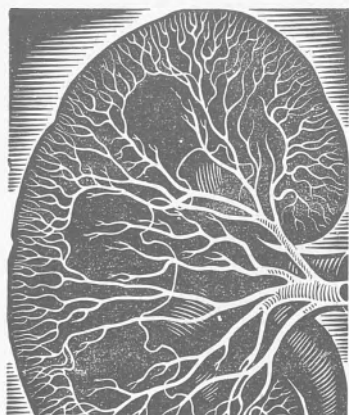
Vacunas conservadas en polvo que se administran por vía hipodérmica.

**ANTICATARRAL  
(curativa y preventiva)  
ANTIGONOCOCCICA  
ANTIPIOGENA  
ANTIRREUMÁTICA  
ANTICOQUELUCHOSA  
ANTITÍFICA PREVENTIVA**

Laboratorio Experimental de Terapéutica Inmunógena

Director: Dr. PEDRO DOMINGO

Agencia en Valladolid: JOSÉ MARÍA REVUELTO - Apartado de Correos 41



# Pielitis Cistitis

Schering

En estas afecciones, como en todas las de naturaleza infecciosa-inflamatoria del aparato urogenital, proporciona la Neotropina los mejores resultados debido a su acción antiséptica, su poder de penetración y su efecto sedante en las inflamaciones.

ENVASE ORIGINAL:  
Frasco con 30 grageas de 0,1 gr.



SCHERING-KAHLBAUM A. G. BERLIN

# NEOTROPINA

SUSTANCIA COLORANTE BACTERICIDA

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona

# SPASMOSÉDINE

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

SEDATIVO  
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS  
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M. A. BALASCH**. Avenida 14 de Abril, 440-BARCELONA  
Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

aumento de la cavidad ha sido rápido. También en los límites metadiáfisarios se dibuja parte de la diáfisis todavía no invadida por el proceso pseudoquistico. Huesos vecinos, especialmente radio, sin signos de decalcificación. Un examen radioscópico del resto del organismo no da nada de anormal.

Un síntoma muy frecuente, y que en este enfermo no se presentó, es la fractura patológica después de mínimos traumatismos. Generalmente estos casos al radiografiarlos, dan la imagen quística en el foco de fractura.

**DIAGNOSTICO.**—El punto más importante para el pronóstico y para el tratamiento del proceso que se estudia, es el diagnóstico diferencial con los procesos malignos.

Puede confundirse con tumores metastásicos, pero la edad avanzada en éstos es un dato muy importante. Más difícil es el diagnóstico con una osteomielitis crónica (absceso de Brodie); aquí la localización, la edad más avanzada en que se da este absceso y la imagen a rayos X, es bastante para diagnosticarlo. La imagen de éstos aparecen en forma de espacios claros más o menos nítidamente circunscrito, pero suele haber una zona de esponjosa más compacta y evidentes aposiciones periósticas (Looser).

Con los tumores de mieloplasia para Bastos es imposible el diagnóstico, y en estos casos es cuando, aun después de muchas observaciones, hay que recurrir a la biopsia. Igual sucede con los fibromas centrales, los cuales radiológicamente son muy difíciles de distinguir.

El diagnóstico diferencial con el osteosarcoma es de capital importancia. Es necesario interpretar en todos sus detalles el cuadro clínico y la imagen radiológica. Tavernier (16), en un reciente artículo, indica el valor absoluto que algunos cirujanos dan a la biopsia e insiste en que el cliché radiográfico tiene tanto o igual valor.

Por el caso particular que reseñamos, hemos de insistir en el diagnóstico diferencial con los sarcomas osteógenos. Nuestro enfermo, por su historia y especialmente por su imagen radiológica, tenía el aspecto de un tumor maligno, y hemos de indicar aquí que así fué diagnosticado por un compañero, indicando a los familiares la amputación como tratamiento a seguir.

Sin embargo, el examen detenido y la experiencia clínica, dió como resultado el diagnóstico de tumor benigno, cuyos caracteres de manera general vamos a describir.

Los tumores benignos están caracterizados por su forma redondeada, regular, de contornos netos. Sus imágenes se destacan claras sobre el hueso vecino normal, sin reacción de vecindad hiperostósante ni decalcificante. Los aspectos radiológicos de los tumores malignos son extraordinariamente más variados, y no se prestan a una descripción general (Nové-Josserand, Tavernier) (17).

El sarcoma osteógeno de la metafisis da una imagen típica con zonas irregulares de destrucción ósea y sembrada de manchas opacas correspondientes a neoformaciones osteoides intratumorales, punteando la cortical. El aspecto de los sarcomas periósticos de la diáfisis, llamados por Losser

sarcoma osteógeno radiado, es más variado y más típico con la osificación en agujas perpendiculares a la diáfisis. El resto de los tumores presenta caracteres más diferentes y difíciles de confundir (Tavernier).



Fig. 3.<sup>a</sup>—A los ocho días de operado.

Cuando la tumoración intraósea crece más rápidamente que la neoformación perióstica, determina en los límites tumorales un engrosamiento perióstico, conocido con el nombre de espolón perióstico, dato también de valor en el diagnóstico diferencial (Argüelles) (18).

La integridad del periostio es un signo muy característico de la osteitis fibroquística, tanto radiológicamente como en el curso de la osteotomía exploradora.

**EVOLUCION.**—La evolución de las osteodistrofias quísticas, sin tratamiento, es muy variable. Pueden curarse, pueden fracturarse o sufrir la transformación maligna, cuando no sean verdaderos quistes óseos. Tenemos a la vista los interesantes trabajos de Auchutz (19) y de Duchamp (20).

Este último autor, recogiendo unas cuarenta observaciones seguidas continuamente durante dieciocho años, algunas, proporciona un juicio bastante aproximado. La curación espontánea es rara, y por lo general caminan hacia la fractura. Esta, más o menos tarde, sobreviene por crecimiento progresivo del quiste óseo. Hay casos que curan después de la fractura, pero como dice Duchamp, «cada vez se ven menos casos de los que se decían

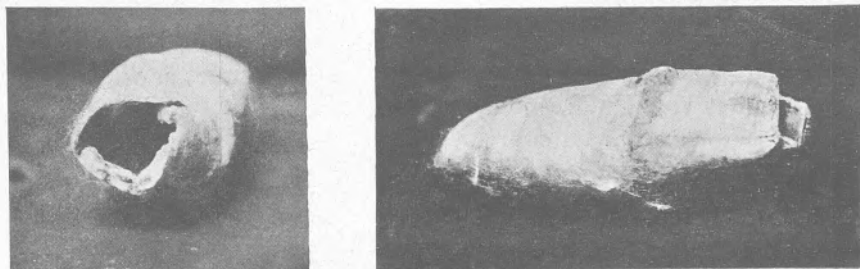


Fig. 4.ª—Diáfisis cubital invadida por el quiste óseo.

antes.» En los cuarenta casos observados, quince sufrieron fracturas repetidas, lo que prueba la no curación por la fractura.

La transformación de una osteitis fibrosa en tumor maligno, con todas las consecuencias que esto lleva consigo, también hemos de decir que es rara; los quistes óseos que sufrieran esta mutación serían tumores de célula gigantes o mejor las formas intermedias, que ahora algunos autores han sacado a luz, y en los que la histología encuentra enormes dificultades para diagnosticarlos. A veces es preciso recurrir al curso postoperatorio (Coley, Auchutz).

**TRATAMIENTO.**—Como hemos dicho, la evolución más frecuente, espontánea, de estas osteodistrofias, es el crecimiento constante con remisiones temporales a veces de seis y ocho años, pero que a la larga conducen a fracturas las más de las veces espontáneas.

Puede intentarse un tratamiento interno después de una de estas fracturas. Bever y Sorrentino (21) describen un caso de osteodistrofia quística fracturada curada mediante extensión continua, sellos de cal y extracto orquíptico.

Pero el tratamiento quirúrgico se impone en la mayoría de los casos.

Ya Mikulicz, hace más de veinte años, indicaba que el tratamiento quirúrgico debe ser eminentemente conservador, como la práctica había demostrado.

Existen numerosos procedimientos quirúrgicos: vaciamiento simple por



Fig. 5.ª — Al mes de la operación se aprecia una rapidísima formación ósea.

trepanación de la cavidad y raspado a cucharilla de la misma; vaciamiento y plomage con diversos medios; plomage yodoformado de Mossetig; pasta de Delbet; taponamiento muscular o adiposo.

Todos estos plombages y taponamientos están abandonados, porque dificultan la neoformación ósea; a veces había que dejar drenaje, que era seguido de infecciones secundarias, y más concretamente los pocos casos de injerto adiposo conocidos fracasaron repitiéndose el proceso (Duchamp).

El proceder más corriente es la osteotomía y raspado de la cavidad, seguido de la colocación de injertos osteoperiósticos tomados de tibia o injertos óseos masivos (Arnesen) (22). También Hertel (23) recomienda el morcellement del quiste, al igual que se hace en la pseudoartrosis; esta trituración de las paredes quísticas sería un buen vivero de regeneración ósea.



Es muy discutido. Lecéne (24) recomienda no hacer resección parostal y sí dejar un tallo de la misma pared quística.

En nuestro enfermo, cuya formación quística como ya hemos dicho recaía en diáfisis cubital, se realizaron los tiempos operatorios siguientes: Incisiones subcutáneas y musculares en región posterointerna de antebrazo, llegándose a cúbito que aparece como insuflado y aumentado extraordinariamente de tamaño. Incisión de periostio y despegamiento mediante legrado de todo él a la superficie ósea, llegando a ambas epífisis y por la diáfisis en toda su circunferencia. Sección de cúbito por sus dos regiones metafisarias, con pinza gubia, abriéndose la cavidad y derramándose un líquido ambirino sobre el campo operatorio. Una vez extirpado cúbito, y habiéndose

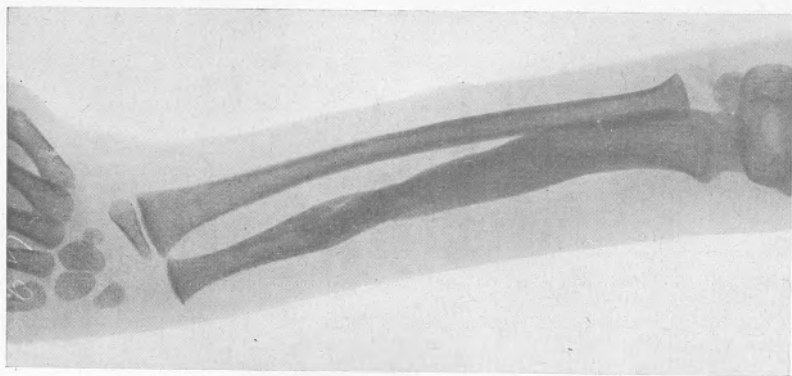


Fig. 6.<sup>a</sup>—Estado del cúbito a los seis meses de operado.

raspado los dos extremos óseos que restaban, se procedió a la sutura de periostio, quedando así una cavidad real entre ambas epífisis, rodeada en todo su contorno por el periostio. A los ocho días siguientes de la intervención, se le hizo nueva radiografía (figura 3).

La pieza anatómica (figura 4) tiene 7 centímetros de longitud por 3 centímetros de ancho. El hueso tiene un aspecto hipertrófico, liso de superficie, en la que se ven numerosos orificios, y en todo él, por fuera y dentro del hueso, resaltan extraordinariamente las líneas ásperas correspondientes a inserciones musculares aumentadas de volumen.

La imagen histológica de estas formaciones suele dar tres capas: una interna, que se baña en el líquido, formada por tejido conjuntivo; una capa media de células gigantes y una capa externa, formada por tejido conjuntivo y tejido óseo en fusión. Por lo tanto, al no existir revestimiento endotelial ni epitelial, es decir, membrana propia, se trata de un pseudo quiste (Lecene) (25).

Al mes de la intervención se le radiografía de nuevo y se observa una extraordinaria neoformación ósea que ocupa el espacio limitado por periostio

(figura 5). En fechas sucesivas se explora repetidamente al enfermo, apreciándose que recobra el miembro su función y no presenta ningún trastorno hoy día, a los 11 meses de la intervención (figura 6).

**CONCLUSIONES.**—Se expone un caso de osteodistrofia fibroquística localizada, en plena diáfisis de cúbito.

Se expone el diagnóstico diferencial con el tumor de células gigantes y el sarcoma osteogénico diafisario.

Se reseña el proceder operatorio seguido, que discrepa de los hasta ahora expuestos por los autores.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) LOOSER.—En Schinz: Röntgen-Diagnóstico. Tomo I. Salvat, 1932.
- (2) LIEVRE (J. A.).—*Lóosteose parathyroïdienne et les oosteopathies chroniques*. Paris, Masson et Cie., ed. 1932.
- (3) PEDRO PONS (A.).—En «Manual de Patología Médica», de M. Bafuelos, tomo 2.º, ed. Cient. Med. Barcelona, 1935.
- (4) GESCHICKTER and COPELAND.—Archiv. Surgery, vol. 21, núm. 21, página 145, 1930.
- (5) BASTOS (M.).—Tratado de Patología Quirúrgica General, pág. 751. Labor, 1932.
- (6) COLEY (B. L.) and HIGINBOTHAM (N. L.) SOLITARY BONE CYST.—Annals of Surgery, vol. 99, núm. 3, pág. 432, 1934.
- (7) COLLAZO (A.) y SANCHEZ RODRIGUEZ (J.).—Hipervitaminosis A. Anales de Medicina Interna, núm. 7, Julio, 1933.
- (8) OBERLING (CH.) et GUERIN (M.).—Osteitis par carence chez les poules maintenues en Cage; leurs rapports avec l'osteite fibreuse. Annales d'anatomie pathologique. Tomo XI, núm. 2, Febrero, 1934.
- (9) LAWRENCE ABEL, THOMSON and HAWKSLEY.—Generalised osteitis fibrosa. The Lancet, vol. CCXXV, núm. 5,740, pág. 525. Septiembre de 1933.
- (10) CUTLER and OWEN. Irradiation the Parathyroid. Sugery Gynecology and Obstetric., vol. 59, núm. 1, Julio de 1934.
- (11) DYKE, MILNES WALKER and Freeman.—Adenoma of the Parathyroid Associated With Generalised osteitis fibrosa. The Lancet, vol. 225, núm. 5,740, pág. 530. Septiembre de 1933.
- (12) RUTISHAUSER (E.), BROCARD (R.) et RIANCHI (M.).—A quel moment après la premiere injection de parathormona, de glucosa ou de plomb voit on apparaitre les premiers signes d'osteite fibreuse. Presse Medicale, núm. 39, pág. 789. Mai, 1935.
- (13) MONIER VINARD.—Maladie osseuse de Recklinghausen developpée au cours d'une abortition prolongée de poudre de corpsthyroide. Bulletins et Memoires de la Soc. Med. des Hosp. de Paris. Tomo 50, núm. 8, seance du 20 de mars 1934.
- (14) BENEDETTO AUSTONI.—Osteodistrof. fibro-quist. general por parathormona. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 38, fasciculo 3. Noviembre, 1934.
- (15) ASSMANN H.—Klinische Röntg. diagnostik der Inneren Erkrankungen. Tomo II, pág. 1.110, figuras 1.100 y 1.101.
- (16) TAVERNIER (L.).—La Radiographie et la Biopsie dans le diagnostie des tumeurs des os. Presse Medicale, núm. 55, pág. 1.116. Julio, 1934.



**DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA**

**VAGOTONIL**

Extracto OVARICO total. (TIP): Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA LUPINAL. (En grageas de 4 a 12 diarias.)

**DEL DOCTOR GRAÑO**

- (17) NOVE JOSSERAND et TAVERNIER (L.).—Tumeurs malignes des os Bibliotheque du cancer. Gastón-Boin, 1 vol. de 435 páginas. París, 1927. (Bibliografía amplia).
- (18) ARGUELLES (RAFAEL).—Patología Quirúrgica. Tomo I, 1934.
- (19) W. ANCHUTZ.—Osteodystr. Fib. Local. Medizinische Klinik. Año 1930, núm. 13. 29 de Marzo de 1934.
- (20) DUCHAMP (P.).—De l'évolution des kistes essentiels des os Revue D'orthopedie et de Chirurgie de l'appareil moteur. Tomo 21, núm. 2. Abril, 1934.
- (21) BEVER y SORRENTINO.—*La Reforma Médica*. Año 48, núm. 9. Febrero, 1932.
- (22) ARNE (J. A.).—Arnesen. Deux cas opérés d'osteite fibreuse. (Acta chirúrgica Scandinávica. Abril, 1935). Referata en Journal de Chirurgie. Diciembre, 1935.
- (23) HERTEL (E.).—Der Chirurg. Año 5.º, núm. 24. Diciembre, 1933.
- (24) LECENE y LERICHE.—Terapéutica Quirúrgica. Tomo I, pág. 442.
- (25) LECENE.—En Begouin. Patología Quirúrgica. Tomo I, pág. 728. 1934.

## 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, insustituble 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 CUCHARADA 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)

## DOS NOVEDADES EGABRO

**PARALENTER:** Alimento anti-diarréico sin astringentes. Fórmula originalísima. Alto índice nutritivo y asimilación total. Energética en estado naciente: Indicado en **dispepsias, gastro-enteritis, enterocolitis** y en todos los trastornos gastro-enterícos de tipo emético o tipo diarréico con o sin fiebre. Siempre que se quiera conseguir el *restitutio integrum* de la función digestiva del niño, del infante o del adulto. Cada caso de ensayo será un éxito clínico indudable.

**FEBRIFUGOL AL PIRAMIDÓN:** El máximo de las probabilidades curativas de las fiebres tíficas colibacilares, etc., por los maravillosos efectos de la **Plata coloidal** y la **Urotropina** acentuados acusadamente con el **Piramidón**, antitérmico definido por Krel en sus matices de tolerancia e inocuidad.

**Indicaciones y dosis:** Las mismas exactamente que las del FEBRIFUGOL simple.

Servimos muestras a los señores Médicos indicando estación destino.

*Laboratorio Egabro*

**CABRA (Córdoba)**  
**(ESPAÑA)**

# Jodarsolo

primer producto de

yodo y arsénico

BALDACCI - Pisa

## 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

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO CENTRAL DE VALLADOLID

DIRECTOR: DR. MERINO ZUMÁRRAGA

## Estudio clínicorradiológico de dos casos de tumor de mediastino

por L. CORTEJOSO VILLANUEVA

No es ciertamente de bastante frecuencia la comprobación de la localización mediastínica de los procesos tumorales. En la bibliografía examinada por nosotros con motivo del presente trabajo, hemos podido apreciar la relativa rareza de esta localización al lado de la frecuencia, cada vez mayor, con que la literatura médica se enriquece con el estudio de tumores de variada naturaleza y cuyo asiento corresponde a las distintas partes del aparato respiratorio encerradas en la caja torácica.

Es por esto por lo que la observación de dos casos interesantes de tumor de mediastino nos ha movido a explicar la presente publicación, sin otra pretensión, por nuestra parte, que la de aportar al estudio de los procesos tumorales del mediastino el fruto de nuestra modestísima experiencia.

Dado el carácter de clientela ambulatoria que tienen los enfermos de dispensario, el estudio de nuestros casos tiene que ser esencialmente clínico, sin una comprobación necrópsica que nos confirme la certidumbre del diagnóstico establecido en vida. No obstante, hemos de conformarnos con un estudio parcial, lo más completo posible, de esta clase de enfermos, pues de otro modo, teniendo en cuenta el ambiente social de que proceden, se perderían en absoluto para la investigación.

Algunos autores engloban en el estudio de los tumores de mediastino procesos que nada tienen que ver con una formación tumoral. Así, por ejemplo, se han incluido en este estudio observaciones de abscesos por caries vertebral, bocios retroesternales, adenopatías postinfecciosas, etc., que no tienen de común con los tumores mediastínicos más que la localización, ya que lo que distingue al verdadero tumor es su carácter de neoformación y su desarrollo, provocando alteraciones de índole general o amenazando la existencia del individuo por comprometer el funcionamiento normal de órganos vecinos. En este sentido hemos eliminado nosotros—al repasar las historias de más de 2.000 enfermos vistos en la consulta del dispensario—todas aquellas afecciones que podían inducirnos a error, quedándonos tan sólo con los dos casos recogidos, cuyo diagnóstico de tumor nos parece indudable, como razonaremos en momento oportuno.

Nuestros casos han sido entresacados de un archivo en el que figuran unos 2.300 enfermos, la mayor parte de los cuales padecían procesos intratorácicos diversos, especialmente tuberculosos. Ahora bien; si a éstos añadi-

mos la cifra de personas reconocidas radiológicamente en investigación familiar o sistemática—3.500 aproximadamente—, nos daremos cuenta de la rareza con que se observan estos procesos, al menos en la zona de acción del dispensario, dato interesante para el conocimiento de nuestra patología regional.

No parece que la mayor parte de los autores que se han ocupado de los tumores de mediastino hayan sido muy afortunados con la recogida de casos, pues salvo la estadística de Radonicic, que ha logrado reunir en un extenso servicio, durante diez años, 65 neoplasias mediastínicas diversas, la mayor parte de las publicaciones se apoyan en el estudio de casos aislados. Winternitz, en un trabajo que alcanza la cifra de 42 casos de tumoraciones intratorácicas, menciona sólo uno con localización mediastínica, y A. Vitale, de la clínica quirúrgica del profesor Alessandri, entre 27, sólo refiere tres. La mayor frecuencia parece corresponder a teratomas y quistes dermoideos, de los que Bége y Shich—citados por Walzel—han reunido 119 y cerca de 100, respectivamente, en estudios dedicados a poner de manifiesto el resultado del tratamiento operatorio de los mismos. En cambio, parece ser extraordinariamente rara la observación del carcinoma primitivo del mediastino.

Hechas estas consideraciones previas, entremos en el estudio de nuestros enfermos, cuyas historias clínicas son como sigue:

Enfermo núm. 739. (19 Diciembre 1933).

F. del R., de cuarenta y seis años, casado, natural de Tordeirábano (Guadalajara). Guarda de tren.

*Antecedentes.*—Madre y cinco hermanos sanos; uno fallecido a los veintidós años de tuberculosis pulmonar; no convivió con él. El resto, hasta trece, fallecieron en la primera infancia de afecciones propias de la edad. Esposa sana; nunca tuvo hijos ni abortos. Resto, sin interés.

A los quince y a los diecisiete años, neumonía crupal genuina, sin complicaciones. A los dieciocho, blenorragia bien tratada. Gran bebedor y fumador.

*Enfermedad actual.*—Desde hace diez años fuertes accesos de tos, durante los cuales bruscamente se le presentan mareos y sensación de «disminución de la sensibilidad» en el lado izquierdo del cuerpo. En un principio se le pasaba con rapidez, quedando completamente bien. Los accesos de tos se repetían durante varios días, alternando con temporadas de mejoría, que cada vez se hacen más cortas. Hace dos años hemoptisis brusca, de mediana intensidad, seguida de melena; guardó reposo durante dieciocho días, reanudando su vida ordinaria.

Desde hace poco tiempo, dolores en pecho y zonas interescapulo-vertebrales que irradian a costado izquierdo. Aumenta la tos, especialmente por la noche, con escasa expectoración blanquecina. Disnea de esfuerzo y alguna vez de reposo. Sin embargo, su estado general es excelente; no pierde peso, conserva buen apetito y nunca desde el comienzo de los accesos de tos tuvo fiebre ni edemas. En el resto, normalidad.

*Exploración.*—Sujeto pícnico, bien conformado, con un peso de 69,800 para una talla de 1,64 centímetros. Temperatura, 36,4. Piel normal; no se palpan ganglios.

El tórax es de forma normal, sin retracciones ni atrofas musculares. No hay dolor provocado.

La percusión no demuestra más que una zona estrecha de disminución de sonori-

dad sobre el hemidiafragma izquierdo, plano posterior, y por auscultación se recoge una disminución de murmullo vesicular en las partes bajas y algunos roncus diseminados en todo el plano posterior. Vibraciones vocales, normales.

Los tonos cardíacos son puros, no percibiéndose soplo alguno. El segundo tono aórtico está reforzado. Tensión arterial, 14 Mx. y 8 Mn. Pulsaciones, 86.

El examen radiológico (véase radiografía número 1) muestra, aparte de un ligero velo que cubre ambos vértices, especialmente el derecho, una extensa sombra redon-



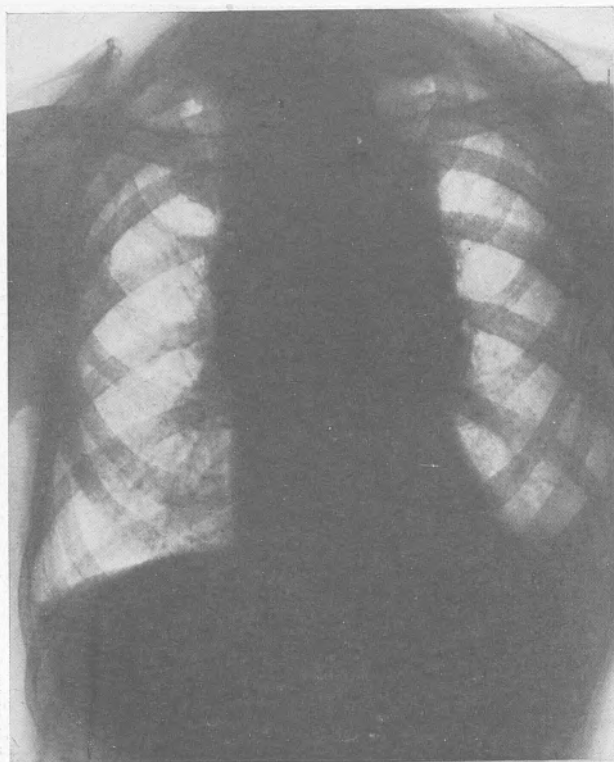
Radiografía núm. 1

deada, de gran tamaño, homogénea, de opacidad análoga a la de la imagen cardíaca, cuyo contorno se extiende desde ambas articulaciones esternoclaviculares hasta casi el ángulo cardiofrénico en el lado derecho y hasta la proyección anterior de la cuarta costilla, junto al borde del corazón, en el lado izquierdo.

Esta sombra se extiende más sobre el campo pulmonar derecho que sobre el izquierdo; no es pulsátil excentricamente ni en ninguna dirección, y al verificar el enfermo una espiración prolongada, resulta impresionante ver la escasa cantidad de parénquima pulmonar que queda a ambos lados.

En las posiciones oblicuas y transversal, aun con dificultades, por tratarse de un tórax muy grueso, se observa que la parte inferior de esta imagen patológica se confunde con la proyección del corazón, teniendo una localización supracardiaca y extendiéndose por todo el mediastino anterior. Los grandes vasos y la tráquea aparecen rechazados hacia atrás, donde el espacio retrocardiaco queda limitado a una estrecha zona clara.

Los exámenes complementarios ofrecen el siguiente resultado: Intradermo a la



Radiografía núm. 2

tuberculina (1/5,000), 5 X 4 a las veinticuatro horas. Esputos, no se encuentran bacilos de Koch. Velocidad de sedimentación (Westergreen), 2 mm. a la hora. Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos, 72 (5 de núcleos en bastón); eosinófilos, 1,5; monocitos, 2; linfocitos, 24. Wassermann, Kahn y Citocol, negativos; reacción de Weinberg negativa; Cassoni, negativo.

*Diagnóstico.*—Tumor benigno de mediastino.

*Evolución* (12 Marzo 1934).—Aumentan los dolores y se queja de cefalea algunos días. El resto del cuadro subjetivo persiste igual. Ha ganado de peso.

Sigue sin ganglios. Signo de Olivier-Carderelli, negativo. Se aprecian en ambos lados del cuello dilataciones venosas que se unen en la parte media, descendiendo por



la cara anterior del tórax. Los tonos cardíacos son puros, no habiendo variado la exploración ni la imagen radiológica. Velocidad de sedimentación, 7.

El examen del laringólogo no acusa nada anormal.

20 de Diciembre de 1934: Aumentan la tos y las molestias dolorosas, que se extienden en forma de cinturón. Aparecen edemas maleolares. El resto, invariable.

21 de Octubre de 1934: Aumenta el edema maleolar y las dilataciones venosas se hacen más ostensibles, hasta el punto de que las venas de la base del cuello aparecen ingurgitadas.

4 de Diciembre de 1934.—Tose más; duerme muy bien, sin embargo. Estreñimiento. Algunos días observa el enfermo que la cara y cuello aparecen edematosos.

La exploración, especialmente la radiológica, no ofrecen modificación sensible. Predominan las molestias dolorosas. Disnea escasa.

El enfermo no ha perdido su hábito de fumador y bebedor, ni ha dejado de trabajar en todo este tiempo. A los pocos días, hallándose en sus ocupaciones, muere de un modo súbito, según nos dicen después.

Enfermo núm. 1.246. (28 Agosto 1934).

V. A., de setenta y dos años, casado, natural de Zamora, Escribiente.

*Antecedentes.*—Once hermanos fallecidos, ignora de qué; sólo del último, que murió hace cuatro años, en edad adulta, sabe que padecía una afección laríngea desde tres años antes de su muerte; convivió con él algún tiempo. Primera esposa fallecida a los treinta y seis años, de carcinoma de útero. Segunda esposa y un hijo de la primera, sanos.

A los veinte años, sarampión. A los sesenta y cinco, erisipela de la cara; quedó bien.

*Enfermedad actual.*—Desde hace dos meses, proceso catarral con frecuentes accesos de tos que en ocasiones le han durado noches enteras, sin expectoración ni fiebre. Disnea de esfuerzo y últimamente de reposo, acompañada de un dolor intenso, esternal e interescapular. La disnea le obliga a permanecer sentado en cama, porque no soporta el decúbito. Pérdida progresiva de peso. Anorexia. Resto, normal.

Todo este cuadro subjetivo se ha ido haciendo cada vez más alarmante, y cuando el enfermo acude a la consulta, en un estado de nutrición lamentable, tiene que ser sostenido por dos familiares.

La exploración nos pone frente a un enfermo leptosómico, emaciado, muy pálido, que pesa 43 kilogramos para una talla de 1,58. La temperatura es de 36,2.

Los labios, mejillas y cuello aparecen cianóticos. No se palpan ganglios. El tórax es cifótico, senil, con hundimiento de las fosas supraclaviculares y atrofia general de la musculatura. No tiene dolor provocado.

La percusión pone de manifiesto en la zona interescapulo vertebral derecha, en casi toda la altura de la escápula, una faja de matidez en la cual se oye un soplido espiratorio suave y broncofonía. En todo el resto del plano posterior, algunas sibilancias. Nada en plano anterior y laterales. Las vibraciones vocales no se pueden explorar por la disnea, que se intensifica al menor esfuerzo.

Los tonos cardíacos son un poco apagados, pero puros; no se perciben soplos. Taquicardia. La exploración del resto de los aparatos es normal. Tensión arterial, 9 Mx. y 6 Mn.

El examen radiológico (véase radiografía núm. 2) nos muestra: movilidad de ambos hemidiafragmas disminuída, con ambos senos costodiafragmáticos ocupados, más el izquierdo. Vértices velados en la parte alta por una gruesa callosidad apical.

En la parte central, sombra ovalada, densa, homogénea, de contornos borrosos y desflecados, que se extiende a ambos lados del mediastino en toda la altura de la proyección anterior de las cuatro primeras costillas, prolongándose hacia arriba de modo que se hace invisible la claridad traqueal. Campo pulmonar inferior izquierdo ligeramente velado.

En las diversas proyecciones oblicuas y en la transversal (véase radiografía nú-



Radiografía núm. 3

mero 3) se ve perfectamente que la imagen descrita ocupa toda la zona anterosuperior del mediastino, hallándose bien separada de la sombra cardíaca y prolongándose algo hacia atrás de modo que se hacen difícilmente visible la claridad traqueal y la del espacio posterior de Holzkecht.

Los exámenes complementarios dan el siguiente resultado: esputos, no se encuentran bacilos de Koch; velocidad de sedimentación (Westergreen, 86 a la hora. Fórmula leucocitaria: polinucleares, 78; eosinófilos, 1; monocitos, 1; linfocitos, 20. Wassermann, Kahn y Citocol, negativos.

El examen del laringólogo acusa normalidad, salvo la existencia de faringitis crónica.

*Diagnóstico.*—Tumor maligno de mediastino en un enfermo con lesiones residuales de pleuritis.

*Evolución.*—Se intentó estudiar más detalladamente al enfermo, procurando investigar con el mayor cuidado la presencia de algún ganglio con el que proceder a una biopsia y ampliar los exámenes de laboratorio, pero los dolores, la tos y la disnea progresan de tal modo que el enfermo fallece a los pocos días sin que pudiéramos volver a verle.

Vamos ahora a razonar brevemente el diagnóstico de nuestros casos. Es evidente que en ambos ha existido, en un principio esbozado y después bien manifiesto, el llamado «síndrome mediastínico», y que nuestro primer intento había de dirigirse a desenmascarar el proceso que originaba tales cuadros subjetivos.

Nuestro primer enfermo, con unos antecedentes poco significativos, no presentó el síndrome mediastínico indudable hasta casi el final de su evolución. Es entonces cuando el aumento de la tos y de las molestias dolorosas, pero sobre todo la aparición del clásico collar de Stokes traduciendo la compresión de vena cava superior, cuando se impone el diagnóstico del síndrome, aun sin recurrir al examen radiológico. Sorprende en este caso que una tumoración de tal tamaño—el enfermo nos confesó después que hacía diez años le examinaron radiológicamente estableciendo un diagnóstico análogo al nuestro—haya dado tan escasa sintomatología subjetiva, permitiendo una vida activa e incluso desordenada durante tanto tiempo.

Sin embargo, la relativa escasez de síntomas, señalada por Nicol entre otros, puede explicarse perfectamente, porque el lento desarrollo del tumor haya permitido a las partes vecinas ir adaptándose a los cambios de posición. Existen ya bastantes observaciones de este tipo no sólo relativas a tumores, sino también a voluminosos quistes hidatídicos y aneurismas gigantes, los cuales han llevado una evolución tan asintomática que han merecido el nombre de «silenciosos» por García Triviño y «mudos» por K. Nicol. Hagamos notar, sin embargo, que la mayor parte de estas observaciones se referían a procesos intratorácicos, pero con localización fuera de mediastino.

Nuestro enfermo cuenta haber tenido una vez melena, a raíz de una hemoptisis. No refiere, en cambio, ningún episodio imputable a posible lesión del aparato digestivo, por lo cual estamos autorizados a pensar que la sangre deglutida durante la hemoptisis originó aquel síntoma.

Aclarada la existencia del síndrome mediastínico, hemos de establecer el diagnóstico diferencial con los distintos procesos capaces de dar una sintomatología semejante. Y el primero y el más importante es el aneurisma de la aorta.

¿Aneurisma o tumor? En ambos casos el contorno de la imagen radiológica es preciso; el borde, limpio; la superficie, redondeada. Puede o no apreciarse la existencia de pulsación, incluso excéntrica en casos de

tumoración, como en un caso citado por Assmann, en cuya autopsia se comprobó que la aorta estaba incluida en la masa tumoral a la que transmitía su pulsación, por lo cual no nos sirve este dato diferencial más que de un modo relativo. En ambos casos, según Sergent, se pueden presentar pequeñas hemoptisis, tos desgarradora, afonía y dolor. Hemos de buscar, pues, otros signos diferenciales que encontramos principalmente en la evolución.

Nuestro enfermo no podía padecer un aneurisma, porque las reacciones serológicas de sífilis eran todas negativas; pero además, tratándose de un aneurisma tan voluminoso como tenía que ser éste, por fuerza hubiera llegado a establecerse una insuficiencia aórtica que se hubiera traducido en la existencia de soplos, y habría habido diferencias entre el pulso de las dos radiales. Además cabe preguntarse si un aneurisma de tal tamaño, visible radiológicamente durante más de diez años, no hubiese concluido por desgastar la pared torácica, haciéndose fácilmente apreciable a la exploración externa.

No parece tratarse tampoco de un teratoma o quiste dermoide, pues éstos, aunque asientan por lo común en mediastino anterior, son a veces pediculados y dan imágenes radiográficas que tienden a la unilateralidad o son francamente unilaterales, mientras que los tumores de mediastino se reparten bilateralmente. No obstante, no nos atrevemos a desechar en absoluto esta posibilidad.

Fácilmente se pueden excluir una serie de procesos, tal como quiste hidatídico, tumor mediastínico consecutivo a leucemia, abscesos, linfogranulomatosis, etc., los cuales tienen una fisonomía propia difícil de consentir un error. No obstante, Clément y Cayle han descrito un caso de localización única de la enfermedad de Hodgkin, en forma de tumor de mediastino, que permitió, a pesar de todo, el diagnóstico diferencial por las alteraciones hemáticas, el prurito y los brotes febriles reptidos.

Parece lógico, por tanto, que nos quedemos con el diagnóstico de tumor de mediastino, benigno sin duda, a juzgar por la evolución. Nada podemos decir, sin embargo, acerca de la naturaleza de la tumoración, porque carecemos de elementos de juicio para hacerlo así. Incluso es a veces muy difícil determinar la benignidad o malignidad del proceso cuando, como en el caso presente, no se puede llegar a practicar una biopsia. Lenk por un lado y Williams y Currin por otro, afirman que antes de pronunciarse categóricamente en uno u otro sentido es preciso esperar el resultado de la irradiación roentgénica, que no tendría eficacia, según su experiencia, sobre la evolución de los tumores benignos de mediastino.

Esto no obstante, creemos poder establecer una afirmación respecto a la naturaleza benigna de la tumoración de nuestro enfermo.

Para el diagnóstico diferencial del cuadro clínicoradiológico que presentaba nuestro segundo enfermo, nos sirve gran parte de los razonamientos expresados en el caso anterior. Aquí los principales procesos con que pudiera

confundirse son la linfogranulomatosis de localización única, mediastínica, absceso de origen periesofágico y mediastinitis supurada.

No hemos de insistir sobre los signos propios de la linfogranulomatosis; aparte de la rareza de una localización única, el dato fundamental, la respuesta de una biopsia, nos estaba vedado en este caso por la ausencia de ganglios. El absceso periesofágico y algunos otros procesos con estenosis del cardias podían dar una imagen radiológica de algún parecido—en proyección dorsoventral—; pero la radiografía transversal obliga a desechar inmediatamente esta suposición, aparte la ausencia de antecedentes digestivos y de trastornos en la deglución. Respecto a los hematomas de mediastino y mediastinitis supuradas, suelen revelarse radiográficamente por una línea casi siempre vertical hacia abajo o formando un ligero arco, mientras que en los tumores los contornos suelen ser irregulares, redondeados o policíclicos (Assmann, Delherm). Además, los abscesos, como las mediastinitis, no evolucionan sin fiebre.

Desde luego, en este enfermo, los antecedentes familiares son valorables. El hermano, fallecido en edad adulta, con un proceso laríngeo que le duró tres años y que acabó por ocasionarle la muerte, es muy posible que padeciera una neoplasia maligna. Por otra parte, la primera esposa falleció de un carcinoma de matriz. Dado lo que sabemos acerca de la etiopatogenia de las afecciones neoplásicas, esto no puede valorarse en otro sentido que en el de una disposición familiar favorable a padecer esta clase de procesos. Nada más, aunque es un dato orientador.

Por otra parte, el cuadro subjetivo que presentaba el enfermo al llegar a nosotros es típico de neoplasia maligna. Un sujeto de setenta y dos años, que desde hace dos meses viene perdiendo progresivamente de peso, que tiene una tos desgarradora, por accesos, que le impide dormir y adoptar el decúbito, en el cual se establece poco a poco una disnea que llega a hacerse intensa y que últimamente presenta un dolor profundo, que no se calma con nada, es casi con seguridad un enfermo de neoplasia con localización intratorácica. La exploración, la considerable elevación de la velocidad de sedimentación de hemáties—86 a la hora—y el hallazgo radiológico aportan después elementos de juicio suficientes. Y por si esto fuese poco, la evolución, con el rápido final del enfermo, no deja lugar a dudas.

De todo el cuadro subjetivo, la progresiva pérdida de peso, la disnea y el dolor intenso son los síntomas más valorados por los autores—Hoffmann, Winternitz, Haagensen, Monti, etc., etc.—en favor del diagnóstico de neoplasia maligna. «Un aumento duradero de la disnea, con tos paroxística irritativa, debe hacer sospechar una tumoración», dice K. Nicol. Y es evidente que nuestro enfermo tenía, en este aspecto, cuanto se podía exigir por el menos tolerante.

Pero además, de no tratarse de una tumoración maligna, ¿qué podía ser? ¿Podía existir en este caso una patogenia tuberculosa?

Neumann dice que en todo caso de tumor de mediastino con serología

negativa para la sífilis deben ponerse a contribución todos los medios disponibles para demostrar o excluir la patogenia tuberculosa. Desde luego nuestro enfermo presentaba un doble casquete apical de aspecto calloso y una ocupación indudable de los senos custodiafragmáticos, especialmente el izquierdo. Respecto a éste, como existe un ligero oscurecimiento del campo pulmonar por encima del diafragma, podía pensarse en la existencia de un pequeño derrame, cosa que constituiría un argumento más en favor del diagnóstico de neoplasias; pero la línea del supuesto derrame en su porción interna es demasiado recta, de trazo limpio, sin esa disminución suave de la tonalidad que suelen dar, al ascender, las pequeñas capas de líquido. No obstante, no cabe duda que el hemidiafragma está algo más elevado y esto se deberá, o bien al englobamiento del frénico en el proceso tumoral y paresia consecutiva, o bien a las adherencias originadas en un proceso pleurítico anterior. En un enfermo que presenta otras imágenes residuales de pleuritis parece lógico suponer que ésta sea también una imagen residual y que obedezca a la misma patogenia.

A pesar de estas cicatrices indudables, que no sabemos en qué época se habrán producido, el proceso mediastínico parecía de fecha reciente. En otros aspectos, una lesión tuberculosa no suele evolucionar tan rápidamente a esta edad, ni acostumbra a dar una velocidad de sedimentación tan elevada, aparte la dificultad de encajar el aspecto radiológico de la lesión en una forma anatomoclínica bien definida. Además, como hace resaltar el mismo Neumann, los procesos mediastínicos tumorales de naturaleza tuberculosa sólo producen síntomas ligeros de compresión, y en nuestro enfermo el síndrome mediastínico era más bien alarmante.

Nos quedamos, pues, con el diagnóstico de neoplasia maligna de mediastino, seguramente de naturaleza carcinomatosa, a juzgar por la evolución, teniendo en cuenta, como dice Asmann, que los cánceres bronquiales no es raro que se propaguen con mayor intensidad en mediastino y que evolucionen bajo el cuadro clínico, radiológico y aun anatómico de una neoplasia mediastínica, no reconociéndose su origen sino en la necropsia.

Digamos, para terminar, que en ninguno de nuestros casos ha podido apreciarse en el curso de la evolución el síndrome atelectásico descrito, entre otros, por K. Nicol, Alvarez y Sciuto, como tampoco el síndrome neurológico observado por Huguenin y Decourt, ni la somnolencia referida por Hernando, así como tampoco la afonía señalada por Nicol como síntoma precoz de estas alteraciones patológicas.

Terapéuticamente, nada podíamos hacer nosotros en beneficio de estos enfermos. Por carecer de medios en un caso; por la gravedad del pronóstico en el otro.

## RESUMEN

Se hace el estudio de dos casos de tumor de mediastino, en los cuales la historia clínica, la exploración y, sobre todo, el examen radiológico, permitieron, sin grandes dificultades, llegar a establecer el diagnóstico. El primero de los casos referidos, que presentaba un síndrome mediastínico claro, es notable por tratarse de una tumoración gigante que permitió al enfermo una vida normal, sin abandonar su trabajo, durante más de diez años. El segundo, en enfermo de setenta y dos años con síndrome mediastínico y sintomatología subjetiva que orientaba rápidamente hacia un diagnóstico de neoplasia maligna, tuvo una evolución rapidísima hacia la muerte con fenómenos progresivos intensos de dolor y disnea.

## BIBLIOGRAFIA

- ACHARD.—Journal des Praticiens. 2 Abril 1921.  
 Alexander (H.).—Röntgenpraxis (Hft 10), 4 Mayo 1932.  
 ASSMANN (H.).—Diagnóstico radiológico de las enfermedades internas. Tomo I. Editorial Labor, 1935.  
 BELOT (J.).—Soc. des Sc. Méd. de Gannat, séance du 7 février 1932.  
 BERETERVIDE, FAZIO y CARDENAN.—Prensa Médica Argentina, 10 Junio 1931.  
 BETTMANN.—Sur. Clin. N. Am., 1925.  
 BLONCIAN.—Soc. Bruxelloise O. R., séance du 24 octobre 1929.  
 CAUSADE, DECOURT y DUROIZEL.—Arch. Méd. Chirurg. de l'app. res., núm. 3, año 1933.  
 CETRANGOLO y HERNANDEZ.—Rev. Soc. de Med. Inter. y Soc. de Tisiología. Marzo-Mayo, 1931.  
 CHAUFFARD.—Journ. des Praticiens, 4 Abril 1925.  
 CLEMENT y CAYLA.—Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, núm. 16.  
 COMESSATTI (G.).—Riv. di Pat. e Clin. Tuberc., 31 Mayo 1930.  
 DELHERM (L.).—Huit. Conf. de Cancerologie, 1931.  
 ETCHEVERRI (J.).—Tesis de Paris, 1934.  
 FLEISCHNER.—Wien. Klin. och., 14 Octubre 1926.  
 GARCIA TRIVIÑO.—Med. Ibero, 4 Enero 1936.  
 GONZALEZ SUAREZ.—Arch. de Med., Cir. y Esp., Junio 1932.  
 HERNANDO (T.).—Arch. de Med., Cir y Esp., 25 Febrero 1933.  
 HOCHREIN.—Münch. Med. Woch., 1926, pág. 869.  
 HOFFMANN (A.).—Tratado de Diagnóstico diferencial de Honigmann Tomo I. Editorial Labor, 1932.  
 ISELIN (M.).—Médecine. Mayo, 1932.  
 KNUPPEL.—Med. Welt., 20 Agosto 1927.  
 LAURE y MALARTIC.—Revue de la Tuberculose. Diciembre, 1930.  
 LAVERGNE, ABEL y DEBENEDITTI.—Bull. et Mem. Soc. Méd. d'Hôp. de Paris, 10 Febrero 1930.  
 MARIMON.—Med. Ibero, 12 Agosto 1933.  
 MONTI.—Wien. Klin. Woch., 1925, pág. 1.802.  
 MOULONGUET y DONIOL.—Soc. Laryngol. des Hôp., 9 Junio 1926.  
 NEUMANN (W.).—Clínica de la tuberculosis pulmonar en el adulto. Editorial Labor, 1935.  
 NICOL (K.).—Zeit. f. Tbk. y Rev. Esp. de Tub., 1933, núm. 5.  
 PIAZZA-MARTINI (V.).—Rassegna di Clin. Terap. e Sc. Aff. Septiembre-Octubre, 1929.  
 RADONICIC.—Arch. Med. Chirurg. de l'App. Resp., núm. 4, 1932.  
 RAMON DE CASTRO (J.), de Castro, (L.) y Bouzon.—Rev. de Tub., núm. 28, 1934.

# Especialidades VIAN - Laboratorio Químico Biológico

Doctor B. ROIG PERELLÓ - San Pablo, 33 - Barcelona

**Fermentos lácticos VIAN.**—Caja de 12 tubos. Cada tubo de 2 c. c. contiene 500 millones de bacilos lácticos y búlgaros seleccionados, puros y vivos.

INDICACIONES: Gastroenteritis, diarrea verde de los niños, enterocolitis tifoideas, cirrosis hepáticas, trastornos nerviosos de origen intestinal, artritis, dermatosis, etc., etc.

**Tuberculsyl VIAN.** (*Arseno-tuberculina*).—Asociación de arsénico orgánico y tuberculina mediante preparación especial, con la cual se obtiene una acción antitóxica superior a la tuberculina.

INDICACIONES: En casos de tuberculosis quirúrgicas, fibrosas y pulmonares de primer grado, escrofulismo y bronquitis crónicas.

## Ovolarsyl VIAN.

INDICACIONES: Anemia, neurastenia, agotamiento por surmenage, clorosis, linfatismo, convalecencias y en todos los estados en que precise una medicación energética y de resultados positivos.

FÓRMULA.	}	Lectina de huevo..	0,10
		Colesterina .....	0,05
		Cacodilato sódico.	0,10
		Suero isotónico ...	1 cc.

Ampollas de 1 1/2 cc. y 5 cc.

**Bacteriófagos VIAN.**—Antifético, Anticolibacilar, Antiestáfilo-Estreptocócico.

USO: Vía hipodérmica y gástrica.

# Eficaz e inocuo tratamiento



se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATIS, 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 fue 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

OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona



## Comentarios rurales

por LORENZO SÁEZ, médico titular de Iscar (Valladolid)

Desde hace muchos años ha sido aspiración de los médicos titulares, independizarse de los Municipios, y pasar a ser funcionarios del Estado. Aspirábamos a ello en defensa de dos intereses: uno general, la salud de los pueblos; el otro de índole particular, muestra mejora en el vivir. Desde el punto de vista sanitario, jamás cumplieron los Municipios las obligaciones que la Instrucción general de Sanidad primero, y el Estatuto municipal después, les imponían en defensa de la salubridad pública. No era solamente la incomprensión de los problemas sanitarios, ni la situación económica, la causa de que la mayor parte de las Corporaciones municipales tuvieran abandonados esta clase de servicios, sino que su organización caciquil oponía resistencias activas o pasivas, a todo aquello que rozase en lo más mínimo los intereses particulares del jefe o afiliados al partido político que mandase en el pueblo, y escribo mandar, porque gobernar, no fué siquiera ilusión y mucho menos propósito en aquellos cuya ignorancia y despotismo no eran compatibles con el bienestar de los pueblos. Un botón de muestra: La obligación de situar los estercoleros a la distancia reglamentaria del casco de la población, ha sido causa de que muchos titulares, que cumpliendo su deber exigían lo dispuesto en el Reglamento de Sanidad municipal, sufrieran inicuas persecuciones e incalificables atropellos. La realidad es esta, pues en el ambiente pasional de la vida rural, la cosa más nimia puede traer consecuencias dolorosas e irreparables. En el aspecto económico, ya por mala administración o por mala intención, la mayor parte de los Municipios no pagan al médico titular con la regularidad que la ley ordena, elevándose a muchos miles de pesetas la cantidad que adeudan a sus facultativos.

Ante el abandono de los servicios sanitarios y la serie de aplazamientos, obstáculos y humillaciones que encontraba y sufría el médico titular para lograr el cobro de sus haberes, el gran benemérito de la clase, Pérez Mateos, al ocupar la Subsecretaría de Sanidad confeccionó la Ley de Coordinación Sanitaria que fué aprobada por el Parlamento en lucida votación de quorum, y en cuyas bases se tiende a una mejor organización sanitaria y a garantizar al médico titular el pago regular de sus dotaciones. La aprobación de la citada Ley produjo gran satisfacción en las clases sanitarias rurales, pero una de las muchas crisis políticas impidió a Pérez Mateos completar su obra redactando todos los Reglamentos de la Ley de Coordinación, lo cual, unido a las resistencias pasivas que los encargados de cumplir y hacer cum-



## HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO  
FORMULA

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

Jarabe agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.

plir la ley oponían a la aplicación de la misma, fué causa de que el entusiasmo con que se recibió su promulgación comenzase a enfriarse y se iniciara cierto desaliento en los rurales, temiendo que corriese la misma suerte que otras cuyo articulado también nos favorecía, pero que al reglamentarlas y al aplicarlas no nos sirvieron para nada. Fué significativa la coincidencia de que al aprobarse la Ley municipal, por la cual quedaban garantizados los derechos de los funcionarios administrativos de los Municipios, las resistencias pasivas y silenciosas que se desarrollaron contra la Ley de Coordinación, se transformaron en una campaña ruidosa y violenta de Municipios y Diputaciones, que a voz en grito pedían su derogación (y la siguen pidiendo), porque les priva de ejercer cierto dominio sobre los sanitarios y al parecer no les permite darse el gustazo de destinar sus haberes a otras atenciones de mayor grado o rendimiento, según su saber y entender. En cambio les parecen justas, y de ello no han protestado, las ventajas y garantías que la Ley municipal concede a los funcionarios administrativos, similares en todo a las que la Ley de Coordinación ofrece a los sanitarios. El juego está visto y por sucio merece nuestro desprecio.

Sucedió a Pérez Mateos en la Subsecretaría, el doctor Bermejillo, hombre de buena voluntad e intenciones en favor de los rurales, pero coaccionado por la política dió a su labor cierto viso de confusión y falta de energía, que anulaba el rendimiento que quiso darla Pérez Mateos. Total, muy poco tiempo falta para que se cumpla el segundo aniversario de la promulgación de la referida ley, y esta se encuentra incompleta en su reglamentación e incumplida en su aplicación, por las Juntas de Mancomunidad, cuyos componentes no sanitarios, o no saben o no quieren cumplir sus deberes y obligaciones. Sin embargo, a pesar de su fracaso, debido a los tradicionales obstáculos que siempre encontraron cuantos intentos se hicieron para independizar al médico titular de los Municipios, algo hemos ganado, por demostrarse, de una parte la razón que teníamos al pedir garantía en el pago de nuestras dotaciones y de otra que la sanidad, como función municipal es cosa completamente ilusoria. Déjese la autonomía para otra clase de funciones, pues la salud es algo sagrado que no puede quedar a merced de la incultura y partidismo en que desenvuelven sus actividades la mayor parte de los Municipios rurales.

Parece próximo el momento de que el estado actual sanitario y de asistencia rural, sufra una transformación radical y profunda con la implantación del seguro de enfermedad. Esta modalidad de seguro, en la parte correspondiente a sus ser-

# MORRHUÉTINE

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

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

LABORATORIO MIRABENT

vicios de asistencia facultativa general y domiciliaria la tienen implantada los médicos rurales con la llamada iguala médica, mediante la cual y por una pequeña cantidad tienen las clases pobres y ricas del agro un servicio, que si no responde su organización a los progresos de la medicina actual, ofrece la ventaja de la prontitud y asiduidad con que se presta. El Estado y las organizaciones médicas han pensionado a cultos y competentes compañeros para que estudien las técnicas del seguro en diversas naciones europeas y después informen sobre la aplicación y adaptación que debe darse al seguro de enfermedad en España del fruto de sus estudios. Todo ello me parece muy bien, pero estimo deficiente el estudio, sino va acompañado de otro, detallado y completo, de las diversas modalidades de asistencia médica en las distintas regiones españolas, ya que los matices que el ejercicio profesional ofrece son muy diferentes en los grandes núcleos de población andaluces y extremeños que el que presenta en los pequeños castellanos y en los diseminados de Galicia. Creo beneficioso para las clases débilmente económicas del medio rural y para sus médicos, la implantación del seguro de enfermedad, pero temo que el defecto apuntado, unido al desconocimiento que de la vida rural existe en la entidad organizadora de este seguro, den lugar a la confección de una técnica inadaptada a la psicología, costumbres y economía de los campesinos y que en esa técnica no se garantice a los médicos rurales un modesto bienestar que les proporcione la interior satisfacción en cumplimiento de sus altos deberes profesionales y sociales.

Mucho se ha discutido si las funciones sanitarias deben estar unidas o separadas. En el medio rural no es posible su separación, porque además de ser antisanitario y antieconómico el procedimiento, ya no puede sostenerse por razones de índole social el postulado de la liberalidad de nuestra profesión, sino que esta tiene que cumplir una función social, y tener el carácter de funcionarios los técnicos encargados de cumplirla.

El tema de la sanidad y la asistencia pública en el campo, es amplio para desarrollarlo en un artículo, y por lo tanto dejamos para otros sucesivos aquellos extremos que en la técnica del seguro son objeto de mayor discusión. El interés del médico rural es que se le garantice el desempeño de su cometido y se le den medios y enseñanzas para desarrollarlo conforme al progreso de la Medicina. No rehuimos trabajo ni responsabilidad, pero sí exigimos garantías para nuestra función y nuestra vida, pues hoy ser funcionario en un pueblo tiene mucho de héroe y no poco de mártir.

---

# 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**

# ELIXIR RECA

clorhidropéptico

Clorhídrico, pepsina, B O L D O ,  
CONDURANGO, etc.

## INDICACIONES

Anaclorhidria, Hipoclorhidria,  
Aguilia gástrica, Litiasis biliar  
con anaclorhidria, Convalecencias,  
Anorexia, Diarreas crónicas, etc.

## DOSIS

Una copita o cucharada al comienzo o final  
de las comidas.

Niños, cucharaditas.

*Sabor delicioso.*

# ORTHOMIL JIMÉNEZ

solución

Salicilato sódico purísimo  
en asociación alcalina y  
diurética.

DOS GRAMOS POR  
CUCHARADA GRANDE

## INDICACIONES

Reumatismo articular  
agudo.

*Perfecta tolerancia.*

LABORATORIO CÁNTABRO - Apartado 222 - SANTANDER

## MEDICINA INTERNA

**Tratamiento histidínico de la úlcera gastroduodenal.—DOCTOR SAENZ DE SANTA-MARIA Y MARRON, de Logroña.**—«La Medicina Ibera», núm. 947, 4 Enero 1936, páginas 5 y siguientes.

El autor hace una detallada exposición de las principales teorías para la determinación de la terapéutica de estos procesos. Para valorar la eficacia de la histidina se fija preferentemente en su actuación, muchas veces favorable, sobre el triplete sintomático que le es peculiar (dolor, hemorragia y datos radiológicos).

Según su experiencia de dos años, en 20 casos de úlcera gastroduodenal tratados con histidina al 4 por 100, la considera como un recurso entre los más eficaces, para atenuar y espaciar las fases evolutivas en toda su modalidad siempre que a la misma se asocie el tratamiento dietético e higiénico de rigor. Obra como proteino-terápico para específico un tanto especializado localmente por su acción angiomiolítica antiéptica cicatrizante y trófica. No considerándola como remedio específico con exclusión de todo otro tratamiento y de toda dieta y medicación.

**El tratamiento del hipertiroidismo, ¿debe ser médico o quirúrgico?—PROFESOR A. DR. FRANCISCO SALAMERO.**—(Facultad de Medicina de Barcelona. Cátedra de Patología Quirúrgica). «Revista Médica de Barcelona», núm. 146, página 137. Febrero, 1936.

Establece bien la diferencia entre los estados de simple hipertrofia glandular de los normotiroides. Los primeros no requieren tratamiento, sino en el caso de producir por su situación y volumen síntomas de compresión o por fines puramente estéticos. El tratamiento no puede ser más que el quirúrgico.

Los casos del segundo grupo requieren un tratamiento médico largo y sostenido (reposo físico y psíquico, quimioterapia (diyodotirosina, lugol), electroterapia, etc.). El tratamiento quirúrgico sólo está indicado cuando fracasados los tratamientos médicos persisten o se acentúan los fenómenos tirotóxicos.

El autor presenta un grupo de historias muy demostrativas, en las que se ve que tras un tratamiento médico de reposo, diyodotirosina, lugol y radioterapia, los enfermos tratados han salido de la Facultad sin molestia alguna.

La orientación dada a este problema tan clara y terminante tiene más valor considerando que el autor es ante todo cirujano.

---

# HEPATOCALCIO

## DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO

CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**La medicación antiespasmódica en Obstetricia.—DR. CESAR FERNANDEZ RUIZ.—**  
«Crónica Médica», págs. 289-305. 15 Abril 1936.

Con la mayoría de los modernos autores aconseja como tratamiento de los estados hipertónicos casi exclusivamente esta medicación.

Entra en el estudio completo y detallado del cloroformo, éter, protóxido de nitrógeno, cloruro de etilo, morfina sola o con atropina, escopolamina, etc.

Refiriéndose a la spasmalgine cita las opiniones y casuísticas de Kreis, Verstraete, Schockaert, Peralta, Ramos, Boero y la suya personal, llegando a decir con ellos, que mediante ella las distocias dinámicas hipertónicas han sido favorablemente resueltas.

**El forceps de Zweiffeld a través de 157 observaciones.—SALA S. L. y CARABAS VERA D.—**«La Sem. Med. de Buenos Aires», 2.146, 559-562, 1935.

La característica principal del forceps de Zwiiffeld, es la de poder permitir casi constantemente el realizar presas hiparietales, cualquiera que sea la variedad de posición y altura de la presentación, realizando además rotaciones acentuadas y permitiendo el desprendimiento con las cucharas invertidas, sin tener que recurrir a una segunda aplicación del instrumento.

Realiza el autor una crítica del mismo a través de su experiencia. Dice ser el causante directo de gran número de desgarros del cuello uterino y del resto de las partes blandas del canal del parto. Con él la morbilidad materna es muy elevada; la fetal es escasa.

La mortalidad fetal es inferior a la registrada por los demás modelos de forceps; la mortalidad de la madre se puede equiparar a la habitual (2 por 100).

No debe ser empleado en las aplicaciones altas por no resolverlas satisfactoriamente en todos los casos para la madre y el hijo. No puede usarse con tractor sin modificar su construcción.

GÓMEZ SIGLER

# ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa  
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

### HEPATORRADIL

[Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAIRO]

COMPOSICION: MALTA IRPADIADA con longitud de onda precisa - Exto de hígados frescos de ternera - Iodo naciente impido BEAUDIN y COURIOI. - FOSFORO - CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado

VITAMINAS A y D, mas elementos sales asimilables.

Precio: 4.15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio GRAIRO

# HEPATORRADIL

# Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

## Efectos terapéuticos

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

### INDICACIONES

1.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

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

---

## *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, cardiopáticas, neumonías, etcétera, etcétera

### Productos "Roche", S. A.

Barcelona  
Caspe, 26

Madrid  
Santa Engracia, 4

León  
Avenida de Méjico, 4

# BIBLIOGRAFIA

**TERAPEUTICA CLINICA** por el doctor **A. Martinet**, con la colaboración de varios eminentes doctores. Tercera edición española, corregida por el profesor doctor Lutier, traducida con notas y adiciones por el doctor Angel Ortega Díaz. Madrid, 1935. Un tomo en cuarto mayor (25 × 18 cm.) de 1.515 páginas y 352 grabados. Rústica, 60 pesetas; encuadernado, 70 (por correo una peseta más). Bailly-Bailliere Editor.

Este tratado aborda el problema terapéutico en todos sus aspectos: tratamientos de los síntomas y de las enfermedades, estudio de los agentes terapéuticos y, finalmente, detalles técnicos indispensables para el manejo de éstos, de donde resulta su importancia y su utilidad. Utilidad que queda de manifiesto por el éxito indiscutible y rapidez con que se han agotado las dos primeras ediciones.

El profesor Lautier, colaborador de A. Martinet, ha efectuado la revisión de esta tercera edición, que ahora comentamos, con sumo acierto y escrupulosidad, añadiendo capítulos enteros y modificando otros con arreglo a los últimos conocimientos médicos y puede decirse que no hay capítulo y casi ni aun página en que no haya una modificación.

Ha agregado un gran número de medicamentos que han adquirido carta de naturaleza en terapéutica (alcanfores solubles en agua, efedrina, acetilcolina, neptal, flavurol, extracto de alcachofa, mucina, etc., etc.).

Son nuevos los capítulos siguientes: las inyecciones intravenosas de alcohol en



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 Condejas, 6  
SEVILLA: Marín Villa, 7.—VALENCIA: Plaza Emilio Castelar, 7.



los procesos agudos pulmonares. Nuevas indicaciones del cloruro sódico. Acido carbónico, carbogenoterapia y carboterapia. Intoxicación barbitúrica. Valoración de los extractos opoterápicos. La vacuna B. C. G. Las sales de oro en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Terapéutica por ondas cortas. Acumputura. Inmunotransfusión. Punción suboccipital. Vacunas empleadas en el reumatismo articular agudo. Tratamientos modernos de pretensión patogénica en las úlceras gastroduodenales. Piretoterapia y Malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general. Ia anatoxina diftérica, etc.

Otros han sido modificados por completo: el Bacteriógrafo, Vitaminas, Corrientes de alta frecuencia, Tratamientos de los asma, Insulina, etc.

Plan de la obra: 1.º Agentes terapéuticos (quimioterapia, dietética, fisioterapia y psicoterapia). Numerosos cuadros y esquemas hacen la exposición a la vez clara, breve y concreta.—2.º Técnicas terapéuticas, exponiendo desde las más sencillas hasta las más delicadas (punción del pericardio, inyecciones neurotóxicas, etc.), cuya práctica es actualmente indispensable.—3.º Terapéutica de los síntomas, que aparece expuesta siempre que es posible en cuadros físico-farmacodinámicos; y 4.º Terapéutica de las enfermedades, con la explicación clara, sucinta y sustancial del estado actual de Terapéutica china. Pero no espere el médico encontrar en esta obra un anuario médico-terapéutico ecléctico y desengañado de todas las opiniones. El autor y sus colaboradores han hecho resueltamente la elección, consiguiendo así un libro eminentemente práctico y útil, que difícilmente podrá ser mejorado.

El texto se encuentra adicionado por el traductor en los siguientes conceptos:

Aguas minero-medicinales españolas; Estaciones climatológicas y mapa de la división climatológica de España; Cuadro comparativo de los elementos climatológicos y unos gráficos de las Isotermas, Isobaras y Zonas de lluvia de la Península Ibérica; La insulina en el tratamiento de las diabetes; Medios de que dispone España para la lucha oficial contra la tuberculosis. Y al final se ha insertado el Reglamento vigente sobre el comercio y dispensación de las sustancias tóxicas, materia interesante y cuyo desconocimiento podría hacer incurrir al médico español en responsabilidades penales muy lamentables.

Una edición, en resumen, muy cuidada y bien presentada como es costumbre, en la casa Bailly-Bailliere.

Por todo se espera que esta tercera edición de la «Terapéutica Clínica» tendrá la misma acogida que las anteriores.



Medicamentos para la DERMOSIFILOLOGÍA  
la OFTALMOLOGÍA y la OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

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

**L**aboratorios del Norte de España, S. A.  
c/ Especificadores Cuol., Mazon, Barcelona. 3 3

# NOTICIAS

---

---

## Agasajo al médico forense don Gerardo de Dios Gil

Con motivo de su traslado a Orihuela, fué obsequiado con un banquete, el médico forense del distrito de la Audiencia de esta capital, don Gerardo de Dios Gil.

Alrededor del agasajado se sentaron hasta medio centenar de amigos suyos, en los que figuraban representaciones de las clases sanitarias, magistratura y judiciales.

En la presidencia tomaron asiento, con el doctor de Dios, el Vicerrector de la Universidad, profesor doctor Angüelles, catedrático doctor Pérez Martín, doctor Díez Crespo y Magistrado señor Pérez del Río.

A los postres, el iniciador del homenaje, don José María Revuelto, ofreció el agasajo al doctor de Dios, para el que tuvo sinceras frases de elogio, deseándole en su nuevo destino los éxitos a que se hace acreedor por su talento y laboriosidad, agradeciendo a todos su asistencia al acto.

A continuación dió cuenta de las adhesiones recibidas: Señor Presidente de la Audiencia Territorial y los doctores Benito Voces, Plaza, Bañuelos, Ledo, Villacián, Laguna, Toca, Plaza, Paniagua, Aranda, García Conde, Sierra, Francia, Gavilán (don Marcelino), Cilleruelo, Tejerina, Palencia, Quemada y otros compañeros, así como también del Magistrado señor Ibáñez Cantero, y farmacéuticos de la plaza, señores Guerra y Gutiérrez. Hizo uso de la palabra en representación de los médicos de los pueblos de la provincia, don Federico Velasco, titular de Medina del Campo, en sentidos párrafos y elocuentes frases. El doctor Sisniega (don Francisco), también se adhirió al homenaje.

El doctor de Dios, vivamente emocionado, agradeció la asistencia al homenaje, que juzga inmerecido, a las representaciones de la Facultad de Medicina, Colegio de Médicos, de Practicantes, Magistratura, Personal judicial, al catedrático señor Pérez Martín, que fué profesor suyo, a la Prensa local, y muy particularmente al señor Revuelto, expresando no olvidará a Valladolid, al que quiere y lleva en el corazón.

Manifestamos al querido compañero nuestra adhesión y hacemos votos por una brillante gestión en su nuevo cargo.

## EDITORIAL CIENTÍFICO-MÉDICA

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

ACABA DE PUBLICARSE

# MANUAL DE PATOLOGÍA MÉDICA

PARA MÉDICOS Y ESTUDIANTES

★ ★

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

★ ★

### DISTRIBUCIÓN DE MATERIAS

#### TOMO PRIMERO

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

#### TOMO SEGUNDO

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

#### TOMO TERCERO

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

## **Imprenta Castellana**

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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