

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

	Páginas
FELIPE G. ^a -LORENZANA.— <i>Algunos conceptos sobre equinocosis respiratoria</i>	537
MARIANO BELLOGÍN.— <i>Lucha contra el cáncer</i>	547
DOCTOR MARCELINO GAVILÁN.— <i>El papel del laringólogo en la lucha antituberculosa</i>	553
<i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio</i> .—DR. B. DE M.	555

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna.

<i>El tratamiento de las úlceras gastroduodenales con histidina. 2 años de experimentación clínica</i> .—A. Stolz y A. G. Weis.	561
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

(Sigue)

Pyridium

Clorhidrato de 5-fenilazo-5,6-diaminopiridina

3 veces diarias - 1 o 2 tabletas

El
analgésico
y antiséptico
de las vías urinarias

Tabletas de 0,1 : en envases de origen de 12 y 25 tabletas.
Inyectables de 0,01 gr.
cajas de 10 ampollas de 1 cm.³

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 5.025

MADRID - Apartado 10.025

<i>Aspecto radiológico de las micosis óseas.</i> —Meyer.....	561
<i>Nota clínica con histidina al 4 por 100.</i> —Dr. José M. ^a Baamonds...	562
Dermatología y Sifilografía, por E. Ledo.	
<i>Acción de los rayos solares (ultravioletas) sobre la piel y acumulación de colesteroína.</i> —A. H. Roffo.....	563
<i>Estudio de los mecanismos de cancerización.</i> —Reding.....	563
<i>Sobre el substratum anatómico de las flebitis traumáticas y de las trombosis producidas por un esfuerzo.</i> - J. Delarue et X. J. Contiares	563
<i>Las ictericias de la quimioterapia antisifilítica.</i> —A. Tzanck, A. Ben-saude et Cachin.....	563
<i>Significación pronóstica de la presencia de la reacción de Wassermann positiva en el líquido céfalo-raquídeo en la neurosifilis tratada.</i> —M. J. Goodman and J. E. Moore.....	564

(Sigue)

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

MÁLAGA

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Representante para Valladolid-Palencia-León y sus provincias:

Don Arsenio Candelas, Teresa Gil, 25, 1.º - Valladolid

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 glicerosfosfórico	0,046 »
	{ Acido cacodílico	0,030 »
	{ Hierro asimilable	0,002 »
	{ Glicerosfosfato estricnico	1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Estudio de la pigmentación en las áreas peládicas.—Woringer et
Thee..... 565

Pediatría, por Allué Horna.

Sobre el tratamiento de la meningitis tuberculosa por los rayos X.—
Doctores S. Weiner, E. Doubow y M. Finkelstein..... 565

*Contribución al estudio de las pancarditis reumáticas subagudas en
los niños.*—Doctor Baillarge 566

BIBLIOGRAFÍA, por el doctor C. González Villanueva..... 368

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO-
NES 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: MAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

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

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

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

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

SURRETAL

extracto total suprarrenal; *inyectables.*

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; *gotas e inyectables.*

ERGAL

extracto medular suprarrenal; *gotas e inyectables.*

GONEAL

químio-proteínoterapia; *inyectables.*

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; *inyectables.*

NARCOTAL

extracto del opio; *gotas, comprimidos, inyectables.*

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

MASTAL

extracto de mama funcionante; *gotas e inyectables.*

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA
Agente: M. VIALE / Provenza, 427-BARCELONA, / Carretera de Maudes, 5, Hotel-MADRID

Algunos conceptos sobre equinocosis respiratoria

por FELIPE G.^a-LORENZANA (León)

La hidatidosis respiratoria es siempre un tema de interés, planteándonos cuestiones que merecen ser objeto de estudio. Si bien el tema es suficientemente conocido las numerosas aportaciones por parte de distintos autores a este objeto, ponen de manifiesto el interés que este proceso pulmonar despierta entre clínicos y patólogos.

He de comenzar por las vías de acceso al pulmón. Al penetrar las oncosferas en el tubo digestivo, queda en libertad por la distribución de su cubierta, debido a los jugos digestivos el embrión exacanto o escolex.

Pasa después al intestino delgado donde hará su fijación en la vellosidades de la mucosa, perforándola y merced a los pares de ganchos que posee penetrar en la circulación sanguínea o linfática.

El procedimiento clásico que explica el camino que estos embriones siguen hasta el pulmón, es el siguiente: Penetrando el embrión en la circulación, en las ramas que van a ir a formar la vena porta, ésta les conduce al hígado, del cual salen para llegar a pulmón por las venas suprahepáticas y penetrando en la vena cava son conducidos a la aurícula derecha y su ventrículo; y de aquí, siguiendo la arteria pulmonar, a pulmón. Sin embargo, es preciso pensar por qué se detienen los escolex en un punto determinado y ello no suele suceder más que contando con que llegue a un punto del que no pueda pasar. El embrión suele tener una longitud de unas 28 micras y un diámetro de 0'065 milímetros. Los capilares más pequeños tienen un diámetro de dos a cinco micras, luego llegarán a un punto del cual no puedan pasar. Pero esto que es perfectamente explicable para los quistes de hígado, resulta difícil concebir cómo puede llegar a pulmón ante semejante obstáculo. Y ante ello se ha pensado que o bien el embrión sea pequeño y le sea permitido el paso o bien que el capilar se dilate ante su presencia, habiéndose incluso llegado a decir que aun en los casos en que esto no sucede, el embrión pueda llegar a cambiar de forma y por consiguiente de tamaño; es decir, que se alargue y por lo tanto disminuya su diámetro, salvando así el obstáculo. el primer filtro. Salvado éste, llega a pulmón donde se originará el mismo mecanismo, y o bien quedará localizado en esta víscera o por el contrario salvará este segundo filtro, pasando a la circulación general, albergándose en cualquier lugar a donde sea conducido.

Queda otra vía a considerar. La vía linfática. Desde los trabajos de Leucker se le concede gran importancia. El escolex, una vez que ha atravesado la mucosa intestinal, puede no acertar en una rama de la vena porta y penetrar en los vasos linfáticos, de los cuales iría a parar al conducto torá-

cico, el cual acarrearía el parásito a la circulación venosa, desembocando con dicho conducto linfático en la vena subclavia, y de allí por el sistema de la vena cava superior a corazón derecho.

Quizá fuera necesario pensar que este sería el origen más frecuente de la localización respiratoria de la equinocosis, ya que el obstáculo hepático no parece que sea fácil de salvar. Y así, pues, podríamos pensar que la hidatidosis hepática tendrían siempre un origen hemático, vehiculado por la vena porta, mientras que la pulmonar seguiría la vía linfática, que es un camino más fácil. Sin embargo, si esto es fácil a partir de la cisterna de Pecquet, para continuarse en el conducto torácico no lo es en el trayecto hasta él, ya que a partir de mucosa intestinal ha de atravesar el filtro ganglionar, que es siempre un serio obstáculo. Resulta difícil concebir cómo los parásitos han de circular por la linfa por la fina malla que forma el reticulum de los senos linfáticos. Basta recordar la estructura anatómica ganglionar para comprender la dificultad. Y así circulando por los quilíferos y salvando ganglio por ganglio, parece más bien una carrera de obstáculos que hace poco probable la posibilidad de que esto sea factible.

Según esto, estas dos posibilidades clásicas de vehicular el embrión exacanto a pulmón, aunque sin desecharlas absolutamente, nos parece que no puede ser realizable y por consiguiente es preciso buscar el camino fácil por el que pueda hacerse. Si bien para el hígado está claro, para pulmón creo que no debemos admitirlo. Es, pues, preciso recordando la anatomía pensar que los embriones, penetrados en la circulación porta, han de llegar a pulmón sin pasar por hígado. Y para ello han de seguir la vía del sistema venoso de Retzius. Este sistema venoso se compone de un conjunto de venas anastomóticas que unen el sistema porta con el sistema cava-inferior y cuyas anastomosis se hacen en determinados puntos. Por una parte, la hemorroidal superior rama de origen de la vena porta que se anastomosa con las hemorroidales medias e inferiores, las cuales se vierten directamente en la hipogástrica o por medio de la pudenda interna. A nivel del cardias existe otra anastomosis, de las raicillas de la coronaria estomáquica que se unen a las venas esofágicas, las cuales van a parar a las intercostales o las azigos. Existe otro tercer grupo de anastomosis entre estos dos sistemas venosos, que es el más importante en la cuestión que nos ocupa. Parte de las raíces de las venas mesentéricas, origen de la vena porta, en vez de seguir el curso normal para formar las mesaraicas se desvían formando pequeños troncos que van a desembocar en la vena cava inferior directamente o a uno de sus afluentes.

Después de esta revista rápida a este sistema venoso de Retzius, resulta sencillo concebir cómo los embriones exacantos, si penetran en las raicillas que van a formar las mesentéricas el parásito irá a parar siguiendo la vena porta a hígado y originará un quiste hepático. Si por el contrario aciertan con las raicillas del sistema Retzius, pasarán directamente a vena cava inferior y de allí siguiendo el trayecto de la misma, sin el menor obstáculo, a

corazón derecho etc. Ellos nos explica también que el quiste de hígado sea mucho más frecuente, no desde el punto de vista de que solamente pasarán a pulmón después de haber pasado por hígado, es decir, que irán a pulmón, los fugados de aquella víscera, sino teniendo en cuenta de que los embriones acertarían más fácilmente con las raicillas mesentéricas por ser mucho más numerosas, que con las raicillas Retzius, que son más escasas.

Y después de todo esto, tenemos que pronunciarnos decididamente en favor de este camino, que es el más sencillo y nos permite explicarnos claramente cómo llega el parásito a pulmón.

Queda aun otra vía de acceso a considerar. La aérea. En algunos países como Australia, donde abunda extraordinariamente la equinocosis, los excrementos desecados de los perros pueden ser dispersados por el viento y ser aspirados al encontrarse en esta atmósfera pulverulenta. Devé ha demostrado experimentalmente la posibilidad de que así suceda.

Por último, hay que tener en cuenta, la llegada a pulmón de un quiste de hígado, que se abre paso por perforación a través del diafragma.

Una vez llegado el embrión a parénquima pulmonar se trasforma en vesícula hidatídica y tenemos constituido el quiste. Consta de dos membranas, una que pertenece a pulmón y otra propia. Esta, que es muy fina y fácilmente desprendible, tiene dos capas, una anhista externa y que se semeja a hojas de cebolla, siendo su misión hacer de barrera, es decir, evitar que salgan al exterior del quiste los parásitos, a la vez que impide el paso de gérmenes al exterior, evitando su contaminación. Deja pasar a su través, sin embargo, pequeñas cantidades de líquido, que pasando a la circulación determinará la sensibilización del organismo, fácilmente traducible por el diagnóstico biológico. La otra capa de la membrana del quiste es prolígera.

La vesícula hidatídica, una vez instalada en pulmón, comienza a crecer empleando un tiempo que ha sido objeto de estudio por los autores. Devé afirma que a los siete días el parásito se hace vesiculoso, siendo su crecimiento muy lento. A los veinticinco días mide 30 micras, y a los tres meses alcanza un diámetro de milímetro y medio. El parásito origina reacciones tisulares de tipo inflamatorio y necrosis de las células parenquimatosas. Esta reacción se hace a veces con aparición de células epiteloides, células gigantes y eosinófilas, destruyendo el propio tejido parenquimatoso para dar lugar al quiste, formar la barrera que constituirá la membrana adventicia que será cuando cesen las manifestaciones locales inflamatorias. Así constituido, crece progresivamente, aumentando su diámetro en unos cinco centímetros cada año. Sin embargo, la diversidad de opiniones de los autores hace que debamos pensar que no todos los quistes crecen con el mismo ritmo. En ello pueden influir distintos factores, como las condiciones propias del parásito o bien del quiste, el que éste sea más o menos prolífero. ¿Por qué razón todos los quistes han de ser igualmente prolíferos? Incluso se puede pensar que la misma localización sea un factor que facilite o estorbe su expansión más o menos rápida.

SINTOMATOLOGIA.—Es extraordinariamente variable. Desde Dieulafoy, se admiten desde el punto de vista sintomatológico, tres períodos, latente, de estado y período de las complicaciones.

El primer período no produce síntoma ninguno o alguno tan discreto que apenas lo valora el enfermo. Ligera tos u opresión, algún esputo hemoptico que puede ser lo que le obligue a investigarse.

Posteriormente, cuando el quiste crece la sintomatología es más manifiesta. Ahora bien, asentado el quiste en aparato respiratorio, la sintomatología será la que da este aparato en distintas enfermedades del mismo. Como comprenderéis, no es posible diagnosticar un quiste hidatídico-pulmonar, por el solo hecho de que el sujeto presente tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico, disnea. Todos o cualquiera de estos síntomas lo único que hace, será llamar nuestra atención hacia pulmón para proceder a explorarle. La exploración física, será igualmente variable, nos dará matidez según la localización y el tamaño, y los signos acústicos estarán igualmente en relación. Así, pues, en el mejor de los casos, existiendo una clara y rica sintomatología funcional y objetiva física, siempre nos quedaremos en la duda, aunque podamos presumirle, mientras no hagamos la exploración completaria radiológica y biológica.

La imagen radiológica del quiste hidatídico de pulmón, descrita por Beclere, consiste según sus propias palabras «el quiste hidatídico da lugar a una sombra redondeada, densa, muy a menudo esférica, de aspecto homogéneo, de contornos netos como trazada a compás, cortante en la claridad del parénquima vecino».

Sin embargo, esto que realmente es así y que se comprueba en numerosos casos, muchas veces deja de serlo y nos plantea los dos siguientes problemas. Unas veces se observan quistes hidatídicos, que nos dan imágenes redondeadas y otras se observan sombras redondeadas que no son quistes hidatídicos.

De manera que una cuestión que se había considerado resuelta, resulta que no lo está. En la primitiva época radiológica se tendió a describir imágenes típicas para cada enfermedad, y cuando se sospechaba determinada afección y no daba la imagen deseada se desechaba y así nació la necesidad de tener que reconocer en la placa radiográfica el quiste hidatídico por su forma. Consecuencia de esto ha sido la reacción contraria, llegando Escudero a decir que cuando observa una imagen redonda, según la descripción de Beclere, desecha el diagnóstico de hidatidosis y que nunca se equivocó. Sergent se muestra de acuerdo con esta concepción; sin embargo, nosotros tenemos que ponernos en el justo medio y reconocer que realmente la imagen redonda del quiste hidatídico es absolutamente cierta en muchos casos, y que ante esta imagen es preciso pensar en la equinocosis, si bien en gran número también no se nos presenta con este tipismo.

Y así, pues, tenemos:

Sombras no redondas que son quistes hidatídicos.

Debemos considerar aquí, en primer lugar, la deformación que sufre el quiste en su crecimiento alcanza la cisura pulmonar y en este lugar se deformará destruyéndose su redondez.

Exactamente lo mismo ocurrirá cuando alcanza la pared postal. Por otra parte es preciso tener en cuenta que muchas veces el quiste se envuelve en una zona de atelectasia periquística, que le hace desaparecer su nitidez parietal ofreciendo un aspecto de bordes difusos que lo enmascara. Las pleuresias de vecindad contribuirán por la superposición de sombras a desfigurarle e igualmente nos sucederá en los casos de quistes múltiples dispuestos en distintos planos y con sombras superpuesta.

Pasaremos a las sombras redondeadas que no son quistes hidatídicos.

Estas imágenes exigen un cuidadoso diagnóstico diferencial, pudiendo presentarse en múltiples afecciones de la caja torácica, lo que nos obligará a evitar el error de confiar en dicha imagen redonda como de equinocosis. Procesos neoplásicos pueden ofrecernos este aspecto, así como aneurismas infiltrado redondo tuberculoso, linfogranulomatosis, absesos, pleuresias.

En los procesos neoplásicos el sarcoma de pulmón es el más semejante en la forma al quiste hidatídico, ofreciendo una opacidad densa y homogénea rodeada de tejido pulmonar sano.

Dentro de la semejanza se han planteado posibilidades diferenciales como la mayor opacidad del tumor y el crecimiento más rápido de este. Sin embargo, estos datos radiológicos apenas nos servirán para diferenciarlo y deberán ser los datos clínicos y biológicos los que fundamenten el diagnóstico diferencial. El carcinoma, no suele ser tan netamente redondeado, es más irregular y de aspecto más difuso. En este caso, no obstante, deberá tenerse en cuenta la localización, ya que la mediastínica y la carcinomatosis múltiple pueden ofrecer un aspecto parecido.

Algunas lesiones tuberculosas pueden igualmente dar imágenes redondeadas. el infiltrado precoz, el infiltrado redondo especialmente, exigirán el agotamiento clínico y biológico para su diferenciación.

El acceso de pulmón de origen embólico cuando no está situado en las cercanías de la pared costal o de cisuras puede adoptar igualmente.

Las pleuresias, especialmente las diafragmáticas, pero también las interlobares y de la gran cavidad enquistadas, pueden ofrecer aspecto semejante. Sin embargo, en los quistes suele encontrarse libre el seno costo-diafragmático.

Otra imagen también sospechosa la constituyen los aneurismas, pero como es natural, en éstas la fusión con los grandes vasos dirige la orientación, pero teniendo en cuenta que esta localización puede tenerla también un quiste.

Por último, podemos citar también los bocios intratorácicos, la linfogranulomatosis. En todos los casos la imagen será, pues, un dato más a valorar, pero siempre teniendo en cuenta la anamnesis, la exploración física cuidadosa y las pruebas biológicas correspondientes, obteniendo del conjunto de todos estos datos el concepto diagnóstico. No puede, pues, deducirse con

seguridad por la imagen radiológica simple que se trata de un quiste hidatídico.

Nos queda por exponer las posibilidades evolutivas de la equinocosis pulmonar, que corresponde a lo que Dieulafoy clasificó como período de complicaciones.

Existe por una parte la involución calcárea, accidente muy raro, pero posible. Devé publicó un caso. Calvo Melendro cita dos de hígado. Desde luego se ignora a qué se debe la evolución en este sentido ya que experimentalmente no ha podido conseguirse y por consiguiente, la terapéutica que tratará de conseguir este resultado es ineficaz totalmente.

Debe considerarse la pleuresia hidatídica la cual después de varias controversias hoy es admitida. Ficher dice que la más frecuente de las reacciones inflamatorias de los quistes es la pleural.

Otras veces el quiste origina un estado tóxico que puede alcanzar variada intensidad pudiendo llegar a ocasionar situaciones graves, dependiendo unas veces de los propios productos quísticos o de procesos supuratorios que se suman. Sin embargo, en quistes grandes o múltiples, es decir, cuando en el organismo existe una gran cantidad de antígeno hidatídico, bien debido a la masividad o a fisuración de la membrana, hace posible el paso lento y constante de antígeno al medio humoral que puede originar un estado de caquexia.

La supuración es otro incidente que puede producirse antes de la rotura, bien se origine en la periferia del quiste o en el interior del mismo si la membrana se encuentra fisurada. Se comprende cómo en este caso se sumarán los dos factores tóxico e infeccioso.

Llegamos al accidente más importante del quiste hidatídico. La rotura del mismo. Unas veces si el quiste ha sido diagnosticado con anterioridad puede ser esperada, pero si ha permanecido silencioso sin dar sintomatología, puede ser clínicamente la primera manifestación del mismo.

La rotura corrientemente se hace en bronquios, si bien puede hacerlo también en pleura, incluso a título excepcional en pericardio, intestino, etc.

La rotura en bronquios, es la más frecuente, da lugar a un accidente suficientemente conocido, la vómica. Los bronquios de la zona periquística si bien son desplazados, no son totalmente comprimidos, ya que a ello se opone el esqueleto fibrocartilaginoso que poseen, pero hace que en esa zona, con un déficit funcional sea fácil o bien un proceso infectivo o degenerativo que puede llegar a originar una necrosis e incluso llegar a perforarlo. Si se produce la perforación, se comprende que un pequeño esfuerzo sea capaz de provocar la rotura de la membrana que en esa zona se haya evaginado hacia la luz bronquial, pero simplemente por el proceso degenerativo determina una zona friable menos resistente que un esfuerzo puede provocar la rotura. El accidente que es casi siempre aparatoso da lugar al vaciamiento del quiste, poniendo al enfermo en una situación angustiosa que en ocasiones le pueden producir la muerte, bien de manera mecánica por taponamiento de la glotis o inundación del árbol bronquial por el líquido hidatídico o por un mecanis-

mo anafiláctico producido por el mismo líquido. La hemoptisis puede acompañar la vómica y en este caso se plantea la necesidad de un cuidadoso diagnóstico diferencial. Sin embargo, no siempre la eliminación del contenido se hace de manera violenta, pues si la perforación es pequeña, puede irse eliminando lentamente sin que el enfermo sufra el accidente brutal.

Hemos de decir la suerte del proceso después de la rotura. Puede ser la curación o por el contrario, puede ser asiento de procesos de supuración que complica el problema. Sin embargo, la mayor parte de los autores se muestran inclinados a considerar la vómica como favorable en la evolución del quiste pulmonar. Desde Trousseau hasta el momento, Devé, Lepicard, Billard, Pittaluga, Madinaveitia, Tapia, Copello, y los autores sudamericanos Prat, Morquio, Escardo, Anaya, etc., admiten que la perforación y vaciamiento del quiste es la curación. Calvo Melendro, en un documentadísimo trabajo, expone su opinión en que admite la curación del quiste por vómica, pero como la supuración es igualmente posible, estudia la proporción en que se produce uno u otro caso, que es realmente lo interesante. Para ello es preciso tener en cuenta la localización y el tamaño del quiste y admitiéndose que la localización central del mismo facilita la evolución favorable si además no tiene gran tamaño. Sin embargo, si bien estos datos son de tener en cuenta, debe admitirse con los autores americanos, con los que está conforme Calvo Melendro, que la vómica es curativa en un 90 por 100 en los casos.

El quiste puede romperse también en pleura. Sin embargo, caben varias modalidades. Por una parte, si se rompe la adventicia, puede caer la vesícula íntegra en cavidad pleural, originando una equinocosis primitiva heterotrópica (Devé) cosa excepcional. Si la vesícula se rompe da lugar al quiste secundario. Pero corrientemente lo que ocurre es que se abre en pleura y bronquios, dando lugar al hidrohempioeseroneumotorax.

Como se comprende, en este caso, la infección por una parte y por otra el schoch anafiláctico, constituyen un serio peligro.

La rotura en otros lugares, pericardio, intestino, etc., son muy raras y no podemos entrar a estudiarlas.

Vaciado el quiste, queda la cavidad, limitada por la membrana adventicia en su totalidad, o restos de la misma. Es el neumiquiste. Como se comprende, si la membrana no es resistente, la expansión de pulmón tiende a llenar el hueco. Si por el contrario, tiene un tamaño gigante o la membrana es resistente, contribuye a mantener el neumiquiste, facilitando la supuración. Sin embargo, esto tiene lugar siempre, pero no impide que se realice la curación, y solamente en un 10 por 100 evoluciona hacia absceso de pulmón.

En estas condiciones, el lugar que ocupa el quiste ofrecerá determinado aspecto radiológico, que suele consistir en alguna opacidad determinada por procesos inflamatorios o atelectásicos. Posteriormente, cuando se resuelve todo favorablemente, se manifiesta por imágenes lineales residuales.

En los casos en que supura, da lugar al pioquiste; suelen descubrir los autores el signo de Bellor, consistente en la sinuosidad del nivel líquido o la sombra más densa en medio de la imagen redonda.

Consecuencia de la vómica es la diseminación broncogena, originando la equinocosis secundaria. Ahora bien, esto que es totalmente admitido para las serosas, no se admitía respecto de las mucosas, por lo que este proceso de diseminación no se tenía en consideración. Sin embargo, Devé demostró experimentalmente esta posibilidad. Posteriormente, algunos autores han observado el hecho y hoy es admitida esta diseminación intracanicular.

Este hecho es uno de los que limita el factor curativa de la vómica.

No obstante, y siendo perfectamente posible, no es frecuente, y esto nos da en sus experiencias y dice, que al romperse el quiste y sembrarse el árbol bronquial, no siempre la mucosa facilita la evolución del parásito, su transformación en vesícula hidatídica, merced a los procesos defensivos del organismo, por los cuales, los escolex son englobados, formándose nódulos que impiden la evolución. No es frecuente que esto sea observable radiológicamente, pero pueden ser, sin embargo, tan numerosos que lleguen a constituir lo que se ha denominado granulia hidatídica. El fin de estos nódulos es eliminarse al exterior con la expectoración. En los casos en que el parásito consigue evolucionar, que son los menos, es cuando se origina la hidatidosis múltiple secundaria broncogena.

Existe, sin embargo, una hidatidosis múltiple hematogena que tiene como caracteres el no haberse producido rotura alguna y ofrecer localizaciones varias extratorácicas.

He de citar, rápidamente, la coexistencia de la hidatidosis con tuberculosos y cáncer de pulmón. La coexistencia con tuberculosis es desde luego posible. Autores españoles confirman su existencia, Marañón, Tapia, Noguera, Toledo, Calvo Melendro. Parece, sin embargo, que si bien la coexistencia es simplemente de coincidencia, sin que por los distintos autores se haya podido demostrar una determinada influencia de la equinocosis sobre la marcha de la tuberculosis, por parte del cáncer tampoco ha sido posible establecer una influencia cancerígena del quiste hidatídico de pulmón.

Para terminar, he de decir algunas palabras sobre tratamiento, aunque no está en mi propósito entrar de lleno sobre ello. Los tratados correspondientes lo estudian. Ahora bien, creo interesante señalar las consideraciones que respecto al neumotórax artificial se han hecho en el tratamiento de la equinocosis respiratoria.

No estamos acostumbrados a este proceder en la hidatidosis, y por eso me interesa hacer resaltar sus posibilidades.

Un trabajo de Calvo Melendro pone al día esta cuestión. Se atiende fundamentalmente a la indicación después de la vómica, sobre todo en los casos en que advienta que si es gruesa no permite la adaptación espontánea. Si el quiste es pequeño, no es preciso el procedimiento, puesto que ha de curar espontáneamente. Todo esto, claro es, contando con la posibilidad de que

el neumoma sea factible por existencia de pleura libre. En ello influye, pues, la localización. Los quistes grandes y superficiales habrán provocado la sínfisis pleural, y el colapso no será posible.

Así, pues, si en unos casos la curación es espontánea, en otros no es posible, siendo por consiguiente el valor del tratamiento por neumoma escaso. Tiene sin embargo una plena indicación, que podemos establecer en los casos en que después de la vómica la curación se prolongue, y este proceder nos facilita la rapidez de la curación.

Igualmente encuentra otra indicación en las hemoptisis graves que sobrevienen en este proceso. Aunque si bien la hemoptisis es frecuente, la hemorragia intensa es rara. No obstante si se produce durante la vómica, la indicación es también absoluta.

El neumoma antes de la vómica no tiene por el contrario objeto alguno. Sin embargo, algunos autores lo defienden y lo practican. Bruno ha tratado algunos casos provocando la ruptura y con ello la curación.

Ahora bien, un detalle interesante consiste en que en estos casos la presión pleural ha de ser positiva, pues de otra manera sería mayor la presión atmosférica y facilitaría la rotura en pleura.

No obstante, parece no ha encontrado éxito ese proceder, que realmente por ahora debemos mantener la indicación de neumotórax en este proceso en el período post-vómica o en la complicación hemorrágica de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- CALVO MELENDRO.—*La Medicina Ibero*, núms. 881-882-883, 1934.
 CALVO MELENDRO.—*La Medicina Ibero*, Agosto 1935.
 CALVO MELENDRO.—*La Medicina Ibero*, núm. 788, Diciembre 1932.
 DEVE.—*Nouveau traité de Médecine*, tomo V, París 1934.
 DEVE.—*C. R. la S. de B.*, Mayo 1928.
 DEVE.—*Archivos de Med. y Esp.*, núm. 62, 1922.
 DEVE.—*Revue de Chirurgie*, 1925.
 DIAZ y NOVARRO.—*R. E. de T.*, núm. 3, 1933.
 EIZAGUIRRE.—*Revista clínica de Bilbao*, Enero 1935.
 ESTELLA.—*Archivos de Med. y Cirg. y Esp.*, 1932.
 GARCIA TRIVIÑO.—*Sociedad Española de Tisiología*, Enero 1935.
 GARCIA TRIVIÑO.—*Archivos de Med. y Cirg. y Esp.*, 1927.
 GARCIA TRIVIÑO.—*Archivos de Med. Cirg. y Esp.*, 1932.
 JIMENEZ DIAZ.—*Tratado de Patología Médica*, tomo I, 1935.
 LOZANO.—*Equinocosis*, 1931.
 MORQUINO.—*Archives de Med. des Enfants*, núm. 1, 1928.
 DE LA PUENTE.—*La Medicina Ibero*, núm. 720, 1931.
 TAPIA, ORENSANZ, DIEZ y NAVARRO.—*Trabajos del H. Nacional*, tomo II, 1931.
 TESTUT.—*Anatomía humana*.
 UNZAGA GONZALEZ.—*Medicina*, núms. 5 y 6, 1935.
 VALDES LAMBEA.—*La Medicina Ibero*, núm. 917, 1935.

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
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, insustitible 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 CUCHA- RADA 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 »
	Eter sulfúrico.....	0,10 »
	Y aceite de olivas, lavado y esterilizado, hasta completar 1 c. c., en ampollas de 1 y 2 1/2 c. c.	

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

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.

MEDICINA SOCIAL

Lucha contra el cáncer

por MARIANO BELLOGÍN

Como otros muchos competentes y entusiastas especialistas, Albert Soiland, (1) llama la atención de los médicos sobre la urgencia de llevar al público la noción de que el cáncer se cura, si se trata a tiempo; que esta propaganda sanitaria debe hacerse con la ayuda de la gran Prensa, pues es muy lamentable que tocante a este particular los periódicos no publiquen sino noticias ingratas, procedentes casi siempre de personas sin adecuada preparación. Dice que hay que felicitar a las grandes Compañías de seguros de vida en los Estados Unidos, por haber publicado en periódicos importantes noticias e informaciones concisas y claras, de curaciones de cáncer, modos de comenzar, signos sospechosos de su existencia y necesidad de consultar al médico inmediatamente que se advierten. Copia luego uno de estos reportes o noticias periodísticas, y termina insistiendo sobre la necesaria información que debe hacerse de los progresos de la terapéutica del cáncer, desde cuarenta años acá, ya que el porcentaje de curaciones no era superior a un diez por ciento en 1895, y alcanza un cuarenta en la actualidad.

Esta nota de interés general nos ha decidido a publicar estas cuartillas con el ánimo de llevar a los compañeros más aislados en el medio rural, el recuerdo de lo definitivamente estatuido y más interesante desde el punto de vista de la medicina social, de un tema que debe divulgarse por todos los medios a nuestro alcance.

Así lo primero que necesita el médico en general, y particularmente el médico rural, que conocen al enemigo, es realizar la acción médico social de divulgación, que significa el eficaz combate. Los Estados Unidos dedican una atención y actividad grandes a la educación del pueblo contra el cáncer, dirigiendo las enseñanzas, en este particular, a demostrar que es curable en su fase primera o local y que es necesario un diagnóstico precoz.

Será, pues, nuestra labor, ya directamente relacionados con el público, la de darle a conocer con la mayor claridad y sencillez posibles esta doctrina.

Les diremos que la palabra cáncer se aplica a los tumores malignos; es decir, de mala naturaleza, que crecen rápidamente, que destruyen los tejidos y los órganos donde asientan y que invaden el organismo ocasionando la muerte sino se interviene con oportunidad.

¿Cómo se manifiesta el cáncer en sus comienzos? Describiremos la característica de esta primera fase del mal, sencillamente, diciendo que el cáncer aparece en forma de tumorcito, que crece poco a poco y de esta misma manera va ganando los tejidos vecinos, por ejemplo, el cáncer de la mama;

(1) «Necessité d'éclairer ouvertement le public non médical sur la question du cancer», par Albert Soiland. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, 1934, p. 698, nota de «Office International d'Hygiène publiques», Octubre 1935, p. 2.036.

ya en forma de ulcerita que persiste, se extiende y ahonda, ejemplo, el cáncer de la lengua.

Daremos a conocer que continuando su desarrollo el cáncer, alcanza el segundo período o segunda fase de la enfermedad, en la cual los elementos celulares, esto es, las células cancerosas, «células revolucionarias», que forman el tumor, penetran en los vasos del organismo, sobre todo en los linfáticos, a los que afectan de irritación inflamatoria (linfagitis cancerosas), vasos esos que conducen a los ganglios, que a su vez reaccionan de parecido modo produciéndose, consiguientemente, las adenites de idéntica naturaleza.

Continuaremos nuestra sencilla enseñanza diciendo que luego de un «tercer período», que puede aparecer al cabo de un tiempo variable de seis meses, un año o más, la enfermedad se generaliza ocasionando la intoxicación general, expresiva de la ruina total del organismo (caquexia cancerosa).

Daremos una noción clara de las «metástasis» propias de este período, enseñándoles que este raro vocablo expresa en medicina la reproducción de un padecimiento en órganos distintos de aquel en que se presentó primero, producida por pequeños fragmentos de tumor, que arrastrados en la corriente de la circulación general son llevados a diversas partes del cuerpo: hígado, pulmón, bazo, etc., donde a su vez vegetan y originan nuevos tumores llamados «núcleos o tumores secundarios».

A estos diferentes signos—ulceraciones, tumores, invasión—hemos de cionales; los dolores frecuentemente muy intensos; la natural dificultad fungregar, con el mayor interés, aquellos otros que constituyen los síntomas funcional de los órganos donde asienta el cáncer, dando una sencilla pero suficiente explicación clara de estos trastornos fisiológicos.

Todo para concluir que *«no olvidemos esta verdad: un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato, es lo fundamental para la curación del cáncer.»*

Muchas mujeres han muerto cancerosas porque descuidaron una pequeña induración del seno, que apenas les hacía sufrir; porque no prestaron atención a un flujo anormal y hasta rechazaron una operación que el ginecólogo les propuso, juzgándola inútil las interesadas, en razón a las pequeñas molestias que las producía.

¡Cuántos hombres muestran en los labios, en la lengua, úlceras pequeñas! Un poco intranquilos acuden al médico. Si éste duda, si acaso se inclina a pensar que el enfermo fuma mucho, o que tal vez la caries dentaria o la sífilis; suprimirá el tabaco al paciente o le cuidará la boca, le tratará la sífilis y el enfermo creerá satisfecho en su alivio durante unas semanas; mas la triste verdad es que se está dejando pasar el primer período del cáncer, durante el cual es fácil y completamente curable.

En este primer período el cáncer a más de ser local es indolente, y esta cualidad es causa de que los enfermos no presten ninguna atención al tumorcito o a la pequeña induración que se han notado un día, por casualidad, sin que dolor ni molestia alguna les advirtiera de ello. Hemos de lla-

mar la atención general acerca del hecho de que la indolencia de una lesión no quiere decir que sea seguramente benigna ; pues el dolor a que antes nos referíamos corresponde, sin duda, al cáncer cuando es perfectamente aparente. Más he aquí, que hemos de insistir en nuestra labor divulgadora sobre el hecho de que el cáncer no es aparente siempre, ni mucho menos. Los cánceres de estómago, hígado e intestino, representan casi el cincuenta por ciento de los casos.

Este, como emboscamiento funesto de aparecer el mal, ha inspirado a los sabios higienistas de *The American Society for the control of cancer*, de la cual es director Mr. A. Soper, la práctica periódica de lo que ellos llaman «*health examination*», —examen de la salud—, y he aquí la traducción que dan a conocer para la divulgación de esta práctica.

«Lo que es un examen de la salud :

Un examen de salud responde exactamente a lo que su nombre indica : un examen de vuestra salud.

Un examen de la salud es una revista completa de vuestro cuerpo, realizada por un médico competente, que no desatenderá a ningún sistema, a ningún órgano y que procederá a la práctica del análisis que sea necesario, para poder afirmar con certeza cómo os encontráis de salud.

¿Por qué razón esta investigación?

¿Por qué? Aun en el caso de no hallarse enfermo, puedes encontrarte en el estado de no gozar de la salud plena, ni del vigor que te pertenecen.

¿Por qué? Hay enfermos que en su primer período no perciben ni una sospecha de la existencia de éste.

¿Por qué? Una enfermedad descubierta en sus comienzos, tiene probabilidades grandes de ser curada rápidamente.

¿Por qué? Está comprobado que los exámenes de la salud realizados regularmente, ayudan a vivir mejor y más tiempo.

¿Por qué se debe ir a casa del médico de la familia al examen de la salud?

Porque conoce tu familia, se interesa más por ella, tiene tu confianza, conoce vuestras particularidades morales y físicas, puede atenderos siempre fácilmente.

¿Cuál debe ser la frecuencia de los exámenes de la salud?

Hasta los seis meses, una vez por mes ; de seis a dos años, cada tres meses ; de dos a cinco años, cada seis meses ; de dos a cinco años, cada seis meses ; de cinco a veinticinco, una vez por año ; de veinticinco a cuarenta y cinco, una vez cada dos años ; de cuarenta y cinco a sesenta y cinco, una vez al año ; de sesenta y cinco en adelante, una vez cada seis meses».

Después de dar a conocer la utilidad de este tan sencillo y a la vez meditado cuestionario, convendrá al médico instructor poner unos ejemplos de casos de la práctica diaria, demostrativos de la enorme importancia de esta medida. Ciertamente que nada hay más frecuente que la constipación. El número de personas, sobre todo mujeres, que la mayor parte de su vida tienen

necesidad de combatir la rebeldía indomable de su estreñimiento, es muy crecido. La constipación no puede, pues, ser mirada de un modo general como un síntoma revelador de cáncer. Pero si ese síntoma no aparece hasta los cuarenta o cincuenta años, entonces sí que puede tener grande y aun grandísima importancia el signo descubierto desde el comienzo, y decidir al médico a practicar una exploración atenta.

Otro tanto sucede con las diarreas persistentes a cierta edad; la pérdida del apetito, el adelgazamiento, la palidez...

En todos los casos el enfermo debe someterse a un examen completo. Sólo con esta condición podremos diagnosticar precozmente el cáncer.

Si con harta y deplorable frecuencia este diagnóstico se pierde, débese principalmente, a que el enfermo se cree un paciente de «enterocolitis», de una simple dispepsia..., opinión que desgraciadamente comparte alguna vez con él el médico, que no se acaba de decidir a realizar exploraciones necesarias, porque teme molestar al enfermo inútilmente.

Hemos de hacer ver, repito, en nuestra obra divulgadora de medicina social, que en muchos casos el diagnóstico precoz de cáncer podría hacerse utilizando los medios de exploración clínica, hoy dichosamente a nuestro alcance. Pensemos en esos enfermos (hablando sin rebozo), cuyas hemorragias de ano se califican de hemorroidales; en esas mujeres, a cuyo flujo hemorrágico no se atiende cuando no más que un examen directo de lo más simple hubiera bastado para hacer un diagnóstico de un cáncer curable.

Nunca insistiremos demasiado en llevar al ánimo del público, auxiliados en esta labor con la elocuencia de la exposición del hecho real, indestructible, que el cáncer abandonado o tratado demasiado tarde, conduce a la muerte con rapidez inevitable. Apoyados sobre la realidad indiscutible del historial de la patología de cáncer, llevaremos el convencimiento de cuán necesario es adquirir esta enseñanza. El desconocimiento de ésta explica ese abandono incalificable del canceroso a sus propias fuerzas o a dar prácticas supersticiosas de curanderos, dando lugar al aumento cada año de fallecimientos por cáncer, no obstante ser cierta la tasa que hemos dado de Albert Soiland, precisamente porque hace referencia a estas neoplasias cancerosas en la primera fase curativa. Lo tristemente cierto es que esta dolencia se considera en medicina social como una plaga, cual la sífilis y la tuberculosis. Es más, según las más recientes estadísticas de alguna nación sobre este particular, ejemplo, Nueva York en los últimos años, el cáncer ha producido más fallecimientos que la tuberculosis.

Y no achaquemos los estragos del cáncer a la ignorancia de las causas que le producen.

En este punto la ciencia se halla en tinieblas y ha de valerse del artificio de las hipótesis; la imaginación de muchos sabios conviene en la creación de unas teorías, según las cuales el cáncer es originado por un trastorno anárquico de las células. Hagamos conocer a nuestro público, que la vida y el funcionamiento de estas células, —elementos microscópicos que consti-

tuyen nuestros tejidos y nuestros órganos—, hállese reglado merced a leyes físico-químicas de extremada y delicadísima precisión que puede alterarse por causas múltiples. Y aún este influjo puede hacerse a distancia del grupo celular cancerígeno, —«causa mitógena»—. Plena oscuridad. Para los técnicos, en fin, la célula cancerosa o cancerígena, «célula revolucionaria», que decíamos antes, en sus comienzos no difiere de la sana. Y en tan densa confusión etiológica todo son incertidumbres cuando se quiere alumbrar la causa primera de esa reproducción anormal de las células productoras del cáncer: un trastorno de los cambios nutritivos, un choque, una irritación lenta y progresiva, un parásito animal o vegetal... Mas en estas vaguedades y apretadas sombras, la medicina social se orienta con la ciencia de los estadísticos aplicada a este particular.

¿Nos hallamos tal vez ante ciertos elementos que han sobrevivido incluídos en la trama de los órganos o tejidos, provenientes aquéllos de la vida embrionaria (gérmenes embrionarios), y que estos elementos estimulados por las citadas causas de irritación, al cabo de un largo período, como de reposado sueño, despierten y se multiplique copiosísimamente? Nada sabemos, sólo el dato estadístico nos enseña con la fuerza del hecho.

Así, la creencia tan acogida en otros tiempos, relativamente a la influencia ejercida en el desarrollo del cáncer por el clima, la alimentación, el suelo, la humedad, en fin, las llamadas con la emoción de un misterio truculento, «casas del cáncer», tiene hoy el valor de la leyenda, merced, sobre todo, a la estadística. Esta sí nos enseña la influencia grande de algunas profesiones y oficios, que pagan al mal un luctuoso tributo: obreros de las industrias de la parafina, de las breas y alquitranes, deshollinadores; profesionales que manipulan con los rayos X. Todo esto tiene una gran importancia práctica, porque el cáncer puede colocarse en el cuadro de las enfermedades profesionales, con todas sus consecuencias jurídicas, desde el doble punto de vista de las leyes de seguro obligatorio y el de las cuestiones de responsabilidad en materia de higiene social.

También se sabe, por la estadística, que una serie de lesiones crónicas: heridas de larga fecha, úlceras o cicatrices mal curadas, en fin, todas las lesiones crónicas que mantienen así irritaciones o inflamaciones duraderas de la piel, de la mucosa de la boca o de otros órganos, son causas que incitan, digámoslo así, a la producción del cáncer: ejemplo conocido de todos, «el cáncer de los fumadores».

Extendamos nuestra campaña contra el cáncer con estas divulgaciones, que si la medicina social recomienda con el mayor interés a todo médico, con más afán aún lo hace con respecto al médico rural, por las características de este medio. Hoy el médico, inspector municipal de Sanidad, en el medio campesino puede realizar esta labor con poderosos auxiliares del éxito, que años atrás no disponía, merced a la reciente instauración de los centros primarios y secundarios de higiene, bajo los auspicios de la Jefatura de la Sanidad provincial.

BARDANOL

**Elixir de Bardana
y estaño eléctrico**

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA



**TONICO
CARDIACO**



LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

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

Avenida 14 de Abril, 440.-BARCELONA

Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

El papel del laringólogo en la lucha antituberculosa

por el doctor MARCELINO GAVILÁN

En el magno problema de la lucha antituberculosa tiene el laringólogo un papel secundario, pero eficaz. No es este el momento oportuno para reproducir la defensa, ni la importancia, de los medios empleados en la lucha contra el «abismo blanco de la tuberculosis», que por otra parte caen fuera de la órbita de nuestros estudios, pero sí conviene recordar la organización actual de la lucha, para precisar el papel que en ella cabe al laringólogo.

Siendo el problema una cuestión social, tiene como base una serie de leyes de este carácter que constituyen los pilares sobre los que asienta la lucha, sobre todo en aquellos países cuya organización ha permitido a la Sanidad un desarrollo regularmente elevado. Pero independientemente de las leyes sociales, existen otros elementos de índole puramente médica, específicos por decirlo así, que son los que nos interesan. De estos medios de lucha, el principal es el Dispensario, y éste en sus diversos grados. De él han de arrancar los establecimientos de curación, Sanatorios, Hospitales para tuberculosos graves y salas de hospital para los enfermos que no se pueden desplazar.

El *Dispensario* es el eje principal de la lucha; su fin es descubrir los enfermos de tuberculosis pulmonar, vigilar los expuestos, propagar los medios de prevención, en una palabra, la profilaxis de la enfermedad. Hay en todos ellos un laringólogo que coopera en sus funciones; su trabajo podemos dividirlo en dos partes, una que se refiere a la profilaxis y otra al diagnóstico precoz de las localizaciones de la tuberculosis en el campo de la especialidad. Pudiera añadirse a éstas una tercera, correspondiente al tratamiento, puesto que en esos centros se hace, como ampliación de sus fines, la terapéutica ambulatoria de los tuberculosos económicamente débiles, pero por ahora no todos los Dispensarios están dotados de los medios que se necesitan para llenar los fines terapéuticos, cada día más extensos, de nuestra especialidad.

El laringólogo contribuye eficazmente a la profilaxis en el adulto y en el niño, no sólo de las tuberculosis que a él le competen, sino también de la pulmonar.

En el adulto el papel principal del laringólogo consiste en la *investigación sistemática* de los tuberculosos pulmonares para descubrir precozmente la localización laríngea, más frecuente de lo que se cree y ligada íntimamente a la afección pulmonar, con la que forma una entidad indisoluble. Por otra parte, tiene una gran importancia el diagnóstico de los enfermos cuya manifestación aparentemente inicial, ya que no primitiva, asienta en la laringe, enfermos que deben pasar al tisiólogo inmediatamente. Además

estas exploraciones sistemáticas permiten al mismo tiempo despistar todas aquellas afecciones de nariz, faringe o rinofaringe, que ponen al enfermo en estado de menor resistencia o facilitan el desarrollo de infecciones en las vías respiratorias altas.

La investigación sistemática de los escolares permitirá descubrir un contingente numeroso (hasta de un 12 por 100) de niños, con defectos de la respiración nasal por afección rinofaríngea, deficiencias respiratorias que les predisponen a enfermar, impiden un desarrollo normal de su aparato respiratorio o crean, en otros, un estado constante de catarro de estas vías con rinobronquitis descendentes, que constituyen un terreno abonado para la germinación del bacilo. Por eso será interesante al mismo tiempo instruir a los niños en las cuestiones elementales de higiene de las vías respiratorias, enseñándoles con ejemplos prácticos los peligros de la respiración de atmósferas cargadas de polvo y haciéndoles ver la necesidad de respirar por la nariz y los inconvenientes de hacerlo por la boca. En una palabra, se contribuirá por todos los medios a la profilaxis de *exposición* tan necesaria en la edad escolar.

Esta investigación escolar puede ser uno de los fines de los Dispensarios antituberculosos, pero en realidad corresponde más bien a otros organismos estatales, como lo son algunos ya creados, dependientes de los institutos provinciales de Higiene, donde tal investigación constituye un elemento imprescindible de la ficha familiar a la que contribuyen diversos especialistas, y entre ellos el laringólogo.

Las actividades que ha de desarrollar el laringólogo en el Sanatorio antituberculoso y en el Hospital, son esencialmente semejantes, aunque existe una diferencia notable entre los enfermos de uno y otro centro. En el primero, los enfermos sufren, antes de ser admitidos, una selección, por la cual se descartan un número considerable de casos, los más desfavorables, que por el contrario, son los que van a poblar las salas de los hospitales. Por otra parte, el Sanatorio reúne siempre, por su situación, condiciones climatológicas especiales, de las que en general carecen los hospitales, y que influyen de un modo favorable en la evolución y en los resultados del tratamiento.

Lo mismo en los sanatorios que en las salas de tisiología de los hospitales, el laringólogo debe explorar a su ingreso todos los enfermos de tuberculosis pulmonar, con los mismos fines que he expuesto al hablar de los Dispensarios, de descubrir otras localizaciones, y en especial la laríngea, lo más precozmente posible. Pero el sanatorio y el hospital son lugares de tratamiento principalmente, y en ellos es donde puede el laringólogo desarrollar sus actividades terapéuticas, de acuerdo siempre con el tisiólogo, y seguir de cerca los resultados del tratamiento que cada día dan una esperanza un poco mayor en estas localizaciones de la tuberculosis en que nuestra especialidad interviene, y que hasta ahora han tenido un pronóstico tan fatal.

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

DOCTOR BOTIN: Caso para diagnóstico.—Presenta una enferma que considera de algún interés, por tratarse de un diagnóstico dudoso.

Mujer de 34 años, soltera, nulipara. Menarquia a los 15 años; reglas siempre escasas e indoloras. Tipo 3/25.

El padre gozó de buena salud, muriendo de edad avanzada. Vive la madre. De antecedentes patológicos sólo recuerda haber padecido frecuentes catarros.

Acusa ligeras molestias en fosa ilíaca derecha y región sacra, que aumentan con el ejercicio. Cefaleas frecuentes. Estreñimiento. Sequedad de garganta.

Por palpación combinada, se aprecia una tumoración redondeada, de superficie lisa, de consistencia sólida, del tamaño de una cabeza fetal, que ocupa el centro del vientre—región hipogástrica—, situación anterior con respecto al útero. Muy móvil, desplazándose fácilmente en sentido anteroposterior y lateralmente, siguiendo al parecer, los movimientos que a la matriz se imprimen.

La primera impresión fué que se trataba de un mioma de la cara anterior del útero nacido en el istmo y desarrollado subperitonealmente.

Reconocida bajo anestesia, por ser difícil el reconocimiento vaginal, pudimos precisar que el útero era independiente de la tumoración. La histerometría nos dió una cavidad de tamaño normal—6 centímetros—. Matriz rechazada abajo y a la derecha. Con estos datos y la falta de pérdidas de sangre, síntoma muy constante en todo fibroma y que no faltaría al tratarse, como sería en este caso de un tumor intersticial, descartamos el diagnóstico hecho y pensamos en la posibilidad de otras tumoraciones sólidas del aparato genital que encajaran en el cuadro sintomatológico presentado. ¿Un fibroma de ovario? No estaría tan centralizado. Su situación sería más lateral; desde luego la movilidad corresponde a esta clase de neoplasias por lo largo que suelen tener su pedículo, pero a menos de haberse desarrollado en un útero que con anterioridad ocupara una situación anormal, no pueden estar tan centrales y encontrarse libre de tumor los fondos de saco laterales.

Podría tratarse de una celulitis; entre estos procesos, recordamos algunos de naturaleza tuberculosa, operados con diagnóstico de miomas de la cara anterior y fondo del útero, parecidos en todo al caso que presento.

Investigaciones de laboratorio: Análisis de orina, normal; fórmula leucocitaria, sólo ligera polinucleosis; valor globular, 0,88; esquema de Arnecht, con ligera desviación a la izquierda; tensión, normal; intradermo-reacción, negativa; cutirreacción, positiva. Se repite la cuti, 48 horas después, resultado igualmente positivo.

Explorado el aparato respiratorio por el doctor Zúñiga, nos dice que encuentra un soplo en el lado izquierdo, en vértice, que interpreta como un proceso tuberculoso antiguo; queda pendiente de una radioscopia.

Las celulitis de causa tuberculosa invaden zonas limitadas en el tejido conjuntivo pélvico. Este no es terreno abonado para el desarrollo del bacilo de Koch. Reacciona a su estímulo y se determina su hiperplasia, se atenúa su vorulencia al no encontrar condiciones abonadas, como he dicho, y en vez de sobrevenir una rápida destrucción celular, la acción irritante da lugar a formaciones hipertróficas conjuntivas, que toman tipo tumoral y forman, como dice Forgue y otros autores,

masas de diferente consistencia, pero sólidas, que engloban el útero y remontan por encima del pubis.

Yo he operado algún caso de éstos, con el diagnóstico de miomas del fondo de la matriz, por afectar la infiltración el espacio de Retzius, estando, por consiguiente, la masa adosada al fondo uterino y seguir los movimientos que se imprimían al órgano al hacer reconocimiento combinado. Esta movilidad se explica por la misma limitación del proceso, que sólo afecta determinadas zonas, no penetrando los tabiques de separación de las zonas limítrofes y el cambio del tejido infiltrado al tejido sano es brusco. En este caso particular y en otros que hemos tenido con iguales características, no invade la infiltración el tejido celular de relleno de los ligamentos anchos y el peritoneo de cubierta no adhiere a la masa tumoral, y como estas hojas serosas son amplias y deslizables, permite a la tumoración toda clase de movimientos.

Se diferencian estos procesos de otros inflamatorios, en que las flogosis de otra naturaleza invaden extensas zonas del tejido conjuntivo pélvico, rompiendo los tabiques de separación, adquiriendo la forma de plastron, que impide delimitar la tumoración, y llegando en ocasiones la infiltración inflamatoria hasta las paredes pélvicas, inmovilizando los órganos genitales. Además, los fenómenos locales y generales, fiebre, dolores, etc., que en estos últimos casos son muy violentos, en las celulitis tuberculosas son muy poco acentuados, pasan desapercibidos o no existen.

¿Tratamiento a seguir en este caso? Yo puedo decir que en los casos operados por mí, con el error de diagnóstico a que hice referencia y que naturalmente se limitó nuestra intervención a extirpar un pequeño trozo del tejido infiltrado para que el laboratorio nos aclarara el diagnóstico, como así sucedió, de tres de las enfermas que recuerdo, uno de llos volvió a los seis meses completamente curada, resuelto el proceso local y repuesta de su estado general que era bastante mediano. Otra vino nuevamente a la consulta, al año, en estado de gestación; la tercera igualmente curada.

Ya sé que se operan enfermos con lesiones tuberculosas, pero ahora bien, en este caso particular, con lesiones fímicas en pulmón, que cualquier operación puede reactivar y sin urgencia por el proceso local que obligue a intervenir, lo mismo si se trata de una celulitis fímica que de un tumor ovárico benigno; ¿no sería conveniente y más científico, un tratamiento médico que modificara las lesiones altas, antes de intervenir? Mi opinión es que de momento debemos abstenernos de toda intervención quirúrgica, hasta que la radioscopia y lo que el doctor Zúñiga considere conveniente hacer nos aclaren si el proceso pulmonar está en actividad.

DOCTOR ZUÑIGA.—El doctor Botín requirió nuestra opinión respecto a la enferma cuya historia acaba de exponer. Era necesario averiguar si en pulmón había algo lesional, de igual sospecha que el diagnóstico por él establecido, y por tanto que, existiendo, hiciese variar el tratamiento a seguir. Efectivamente, en la misma enfermería fué sometida a exploración, apreciando en vértice derecho y en región biliar del mismo lado un soplo respiratorio con resonancia, haciéndonos pensar tal vez en la posibilidad de un proceso fímico antiguo y no en evolución actual. Pro-

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

pusimos se hiciese una radiografía que aclarase estos datos, cuyo resultado daremos a conocer el jueves próximo.

DOCTOR BOTIN.—Desde luego, yo creo que se trata de una enferma que tiene un proceso celulítico tuberculoso del espacio conjuntivo vesico-uterino, y que no se trata de una tumoración ovárica.

En vista de las dos cuti-reacciones que se han hecho y han resultado positivas, una cuarenta y ocho horas después de la otra, yo quería saber si estas lesiones que tiene en pulmón, con el traumatismo operatorio podrían agudizarse, sin son activas.

DOCTOR ZUÑIGA.—Piénsese si se agudizarán sus lesiones pulmonares.

DOCTOR BOTIN.—El proceso local, sea tumoral o proceso celulítico, si es tuberculoso con más razón responderá a ese tratamiento médico, y si fuera lesión tumoral ovárica, como quiera que es una neoplasia benigna, nada se pierde con aplazar la operación, si el proceso pulmonar pudiera reactivarse.

DOCTOR YAGÜE.—Al lado de esta cuestión que entraña la resolución de un problema personal, hay otra que en mi opinión envuelve motivos de conducta general para la práctica de la Medicina. ¿Hasta qué grado los enfermos que tienen lesiones localizadas fímicas son intervinibles? Este punto previo en relación con este caso y con los demás, me alegraría que tuviera la bondad de esclarecerlo el doctor Rodríguez Zúñiga, mi médico y persona para mí tan estimable en su valer profesional. Porque parece que el motivo de la dificultad para intervenir a los que tienen procesos que lo exigen, y cuando el efecto no radica en el pulmón, aunque tengan, sin embargo, lesiones pulmonares, es el que éstas sean susceptibles de agravar el pronóstico, y éste difiere mucho, según la clase de anestesia que se emplee al operarlos. Puesto que un fímico con proceso evidente, pero no en plena actividad, o cuando más en esa actividad media en que suelen estar los fímicos cuando se defiende bien, el pronóstico es muy diferente si se le interviene con anestesia general a sí, compelidos por la necesidad, se le opera con anestesia local.

Las lesiones fímicas, en general, no son siempre motivo de contraindicación operatoria, sobre todo si ésta tiene indicación vital, porque sus peligros dependen en gran parte de la anestesia que se emplee.

Este criterio personal no está la suficientemente generalizado para que pueda estimarse como verdad consagrada, y por ello conviene que los demás expongan su criterio, ya que la realidad pone al profesional en circunstancias de obligarle a dar consejo a este respecto, a sujetos positivamente tuberculosos que pueden o no estar apagados, y precisa estimar el margen de influencia que la forma de anestesia puede



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

Sulfoguyacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína 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.

tener en ellos, para que con esta base cada cual pueda constituir o afianzar su parecer en cuanto a las posibilidades de conducta en casos semejantes.

DOCTOR BOTIN.—En la cuestión quirúrgica, lo mismo que sea la lesión pulmonar dependiente de la lesión local, que primitiva, tengo siempre el criterio de no operar cuando hay lesión pulmonar, si está en actividad, porque he tenido casos muy desgraciados; uno de ellos hace ya tiempo, con una tan sencilla operación como es una laparotomía exploradora.

DOCTOR YAGÜE.—¿Con qué anestesia?

DOCTOR BOTIN.—Con anestesia clorofórmica.

DOCTOR ZUÑIGA.—Con respecto a esta anestesia general, efectivamente hay una agudización positiva de enfermos que tienen lesiones acantonadas. Pero hay pacientes en los cuales la indicación se antepone a todo. Un ejemplo: yo he visto ayer hospitalizado uno que tiene estenosis mitral. Como decía el doctor Pallarés, no tiene más remedio que operarse de urgencia por su úlcera duodenal. ¿Qué pone más en peligro, su lesión o una anestesia que va a sufrir? Prudentemente llevada esta anestesia, perfectamente graduada, yo creo que este enfermo puede soportar su enfermedad y podrá salir airoso de un proceso que, de otro modo, le llevaría a la muerte en plazo inmediato.

Si esto fuese vital, lo que tiene la enferma a que nos venimos refiriendo, no habría más remedio que recurrir a un procedimiento quirúrgico; pero puede ser más beneficioso un tratamiento médico bien llevado y un tratamiento local bien dirigido, que una intervención.

Creo que esta mujer, que tiene lesiones dormidas, primitivamente fímicas y que posteriormente ha tenido metastasis, tal vez del mismo origen, es portadora de un tratamiento médico que mejorara no sólo las cosas acantonadas, mucho más si a esto se une un tratamiento local de lámpara de cuarzo, por ejemplo.

Con respecto a la anestesia, indudablemente hay enfermos que unen a un proceso una debilitación y pueden sufrir una bronquitis por una anestesia un poco prolongada o por anestesia etérea no bien dirigida. Estos enfermos presentan con mucha frecuencia agudizaciones debidas a su estado de debilitación. Por eso todas las circunstancias de intervenciones quirúrgicas se deben adaptar al enfermo y no hacer norma general respecto a ello.

Por lo que a este caso se refiere particularmente, creo que es más portador de un tratamiento médico que quirúrgico.

DOCTOR GARCIA TRIVIÑO.—Respecto al caso de que nos ha hablado el doctor Zúñiga, he visto que ha hecho las cosas como él las hace, como en todo lo referente a la exploración, percusión, auscultación, etc. Lo que observo es que en este Instituto se hace bastante la prueba diagnóstica con tuberculina. Nosotros en nuestros dispensarios, al contrario que en la mayoría de los sitios, no hacemos ninguna prueba diagnóstica ni terapéutica con tuberculina, por una razón, cual es que en los adultos la prueba con tuberculina no tiene ningún valor. Otra cosa sería si se estuviese al frente de un dispensario infantil. En cosas de investigación infantil es por el contrario, un delito no hacer estas pruebas (igual me da la intradermo-reacción).

Quería solamente hacer con esto la aportación de que a mi modesto juicio, y respetando, como es natural, la opinión y el criterio ajenos, los valores de la tuberculina, desde el punto de vista diagnóstico en adultos, carecen de valor.

Nuestro querido amigo, el doctor Yagüe, ha planteado, como siempre, cosas muy interesantes, derivadas de estas en lo que respecta a intervenciones quirúrgi-

cas en tuberculosos. Yo creo que actualmente en los tuberculosos se hace todo género de operaciones, de las más arriesgadas y de las más traumatizantes. No es que con esto quiera yo decir que se deban hacer en la enferma de que se trata, sino insistir en que hoy día se hacen en tuberculosos las operaciones más traumatizantes que existen en alta cirugía, cuales son las toracoplastias totales, operaciones verdaderamente brutales, que además de costillas se lleva parte de pleura, sin que ocurra nada en tales enfermos. Ocurre así, que hay una gran mortalidad, porque tiene que haberla, pero no porque sean tuberculosos.

En cuanto a la anestesia que se emplea en estos casos, que era la cuestión planteada por el doctor Yagüe, es cosa perfectamente sabida que las estadísticas de mortalidad por anestesia general han sido muy grandes.

Respecto al caso concreto del doctor Botín, opino y me asocio a mi compañero Zúñiga, en creer que se debe hacer un tratamiento médico, porque no hay indicación de urgencia para la operación. Si se tratara de un tumor sólido de ovario, situado anteriormente, tampoco perdería nada con esperar, desde el momento que se trata de un tumor benigno.

DOCTOR ESCANCIANO: Presentación de enfermo.—Se trata de una mujer de 30 años, soltera, que se presentó porque había notado una tumoración en el vientre hacía dos meses. Nos pareció a primera vista un útero miomatoso con nódulos subserosos, pero acusaba una menorrea de tres meses.

Es una mujer siempre bien reglada, con reglas más bien abundantes. En Mayo, Junio y Julio, había tenido una amenorrea absoluta, y luego en Agosto, Septiembre y Octubre, hemorragias que duraban cuatro días, cada quince o veinte.

Antes de decidir el tratamiento quirúrgico o de reducción con rayos X, quisimos desechar la idea de una probable gestación, más habiendo una permeabilidad de himen, que permitía reconocerla perfectamente por vagina y en las mamas una areola bien marcada.

Hicimos una reacción de Friedmann que resultó negativa, con lo que desechamos la idea de la gestación en estado activo, pero nos quedaba la duda de que pudiera ser una gestación interrumpida con una muerte fetal. Hicimos una radiografía y tampoco se notó sino una ligera sombra del tumor, lo que nos dió una demostración de que tampoco era una gestación de seis meses, que es la que corresponde a la amenorrea. Por lo tanto teníamos ya la certeza de que no había gestación ni de seis meses con feto vivo, y se podía proceder a la irradiación o tratamiento quirúrgico.

Yo hubiera querido presentarla antes de decidir el tratamiento, pero ya se ha empezado a hacer la irradiación.

El interés de este caso es que siempre que hay amenorrea en una mujer bien reglada, debe pensarse en una gestación y no proceder a ningún tratamiento hasta no convencerse de que no existe.

DR. B. DE M.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander



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 tónica 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

MEDICINA INTERNA

El tratamiento de las úlceras gastroduodenales con histidina.—Dos años de experimentación clínica.—«Presse Médicale» número 43, 1935, página 864.

Desde principios de 1933, A. Stolz y A. G. Weiss experimentaron sistemáticamente la acción de la histidina en la úlcera gastroduodenal. En 42 casos utilizaron este ácido aminado, concluyendo toda otra terapéutica médica o quirúrgica.

El interés principal de la histidina estriba en que parece actuar, no solamente en las crisis dolorosas, sino sobre el ritmo y la intensidad de las mismas. 21 enfermos, tratados desde 1933, han conseguido remisiones mucho más largas que las obtenidas antes del empleo de la histidina. Además, al recidivar la enfermedad ulcerosa los accesos han sido menos intensos que los anteriores, cediendo rápidamente a una nueva cura de histidina.

Ciertas comprobaciones histológicas, experimentales o clínicas, conducen a los autores a la creencia de que la histidina posee sobre la mucosa digestiva una acción trófica casi específica que favorece la cicatrización de las lesiones ulcerosas, aumentando la resistencia de dicha capa en lo que se refiere a los efectos corrosivos del jugo ácido péptico.

Los autores estiman que la histidina tiene el valor de un verdadero medicamento de base de la úlcera gastroduodenal, lo que no excluye el uso de tratamientos usuales, los cuales actúan más sintomáticamente, mientras la histidina modifica el mismo terreno de su evolución.

Para que el tratamiento de histidina pueda ser más eficaz, las curas serán repetidas con suficiente frecuencia. Esto conduce a la institución de curas periódicas repetidas 2 o 3 veces al año, habiendo o no ocurrido accesos ulcerosos repetidos.

Aspecto radiológico de las micosis óseas.—MEYER.—«Le Scalpel», Octubre, 1934.

El diagnóstico de las micosis óseas no puede ser llevado a cabo más que por el examen anatomopatológico y bacteriológico. Meyer piensa, sin embargo, que es bastante posible determinar la imagen radiológica tipo de las lesiones micóticas de los huesos; se aleja bastante de los tipos clásicos de vastas destrucciones con decalcificaciones difusas, extendiéndose a los huesos vecinos.



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

COMPOSICIÓN: MALT'A IRRADIADA con longitud de onda precisa - Exta. de hígados frescos de ternero - Lodo naciente (matado BEAUDIN y COURTOT) - FOSFORO - CALCIO y Jarabe de Rotiano perfeccionado

VITAMINAS A y D, mas elementos sales asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio GRAINO

HEPATORRADIL

Sobre diez casos constatados bacteriológicamente, Meyer ha encontrado regularmente un foco de destrucción netamente delimitado, de una extensión intermedia de una lenteja y una cereza, de forma redonda u ovalada, y en su centro un poco de hueso más condensado. Alrededor del hueso una capa dura y densa lo separa del hueso vecino, no decalcificado, sino al contrario, hipercalcificado. Esta disposición, completamente contraria a las ideas clásicas, se observa con la misma claridad, tanto en las diafisis de los huesos largos como en los huesos cortos, donde los focos son a menudo múltiples. La reacción perióstica es excepcional.

Meyer aporta en su trabajo diez observaciones completas de micosis óseas.

Nota clínica sobre la terapéutica con histidina al 4 por 100.—DOCTOR JOSE MARIA BAAMONDE.—«Annale de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau», 15-II-35, páginas 692 a la 694.

El autor hace una relación del empleo desde 1933, de la histidina en la terapéutica del úlcus.

Según el resultado global de los casos tratados, ha observado una mejoría subjetiva evidente de todos ellos, con atenuación o desaparición del dolor y al mismo tiempo una mejoría radiológica con desaparición del hiperperistaltismo e hipomotilidad gástrica, que con tanta frecuencia acompaña al úlcus.

Expone a continuación una historia clínica bien detallada de un caso particular de violenta gastralgia no ulcerosa, consecuencia de un proceso abdominal de origen tuberculoso con intensa participación peritoneal y termina su exposición en forma interrogante:

¿Es posible pensar que la histidina haya podido normalizar el metabolismo proteico alterado hasta el punto de mantener el equilibrio nitrogenado perfecto por la adición de este ácido animado?

Según esta hipótesis la interpretación de patogénica de los úlcus curados por este procedimiento, tendría que achacarse a trastornos íntimos albuminoideos normalizados por la introducción de un ácido animado. Serían ulceraciones «por carencia».

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

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Acción de los rayos solares (ultravioletas) sobre la piel y acumulación de colesteroína.—

A. H. ROFFO.—Académie des Sciences, 30-IX-35. París.

Para Roffó, en el adulto, la piel de las regiones expuestas al sol contiene una cantidad más elevada de colesteroína, llegando a ser hasta cinco y siete veces superior a la contenida en la piel protegida contra las radiaciones.

En el feto existe una diferencia muy pequeña entre la cantidad de colesteroína de la piel de la cara y la del vientre, por la ausencia de acción solar. Después del año, se acentúa la diferencia en relación con la vida en pleno sol que se inicia.

Experimentalmente, sobre ratas blancas, demuestra un aumento del contenido en colesteroína con relación a la exposición al sol o bajo los rayos ultravioletas.

Estudio de los mecanismos de cancerización.—REDING.—Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer s. 17-VI-1935. París.

Para el autor un cáncer precisa el concurso de un foco local de regeneración celular y un estado de receptividad, y este segundo factor puede provenir fuera de la herencia, de la reabsorción de desechos protéicos originados en la lisis celular de un foco local. Actuarían dichos desechos protéicos influenciando la división celular y paralizando el sistema retículo-endotelial por fijación y digestión de los colides orgánicos. Estas proteínas determinarían del mismo modo alteraciones humorales favorables a la división celular y de aquí puede concebirse cómo de un foco de regeneración celular puede nacer el estado de receptividad general y aparecer la malignidad.

Sobre el substratum anatómico de las flebitis traumáticas y de las trombosis producidas por un esfuerzo.—J. DELARUE et X. J. CONTIADES.—Société Anatomique, 4-VII-1935. París.

Los autores han estudiado clínica y anatomopatológicamente un cierto número de casos de esta clase, sacando la conclusión de que existen varios factores patogénicos capaces de provocar trombosis venosas post-traumáticas: lesiones directas de la pared venosa, acción trombosante de los productos de desintegración muscular, alteraciones humorales y disturbios vasomotores locales engendrados por el traumatismo o la infección. Cada caso procede de varios de estos factores asociados, y si anteriormente existían lesiones del tronco vascular, se origina tanto más fácilmente la flebitis.

Las llamadas «flebitis por esfuerzo» no tienen lugar más que en aquellos sujetos portadores de grandes varices y lesiones venosas crónicas, creando una insuficiencia circulatoria inminente que el esfuerzo acentúa.

Las ictericias de la quimioterapia antisifilítica.—A. TZANCK, A. BENSUADE et M. CACHIN.—«Presse Médicale», 28-VIII-1935, núm. 69, pág. 1.345.

Pasan revista los autores—con motivo de su casuística personal—a las diferentes teorías propuestas para explicar la patogenia de las ictericias de la quimioterapia antisifilítica y concluyen que alguna de entre ellas: reacción de Herxheimer, hepatorecivida son raras y responden a circunstancias precisas y que otras—intoxicaciones—aunque encierran una parte de la verdad, no aclaran más que un lado del problema.

Intolerancia y biotropismo son las dos teorías que quedan frente a frente para

explicar la casi totalidad de las ictericias. Un cierto número de casos encontrarían justificación indudable en la primera, pero otros, los más frecuentes, no encajan en ella y es más difícil pronunciarse.

Cada una de estas teorías tiene su lado de hipótesis y la interpretación de los hechos queda en el terreno doctrinal y por consiguiente, difiere según los autores.

Significación pronóstica de la persistencia de la reacción de Wassermann positiva en el líquido cefaloraquídeo en la neurosífilis tratada.—M. J. GOODMAN AND J. E. MOORE.—«Arch. of Internal. Medicine», t. 55, núm. 5. Mayo, 1935, páginas 826-833.

Doscientos doce enfermos tratados y seguidos durante largo tiempo por los autores son agrupados en dos secciones. En la primera, 95 enfermos presentan el Wassermann constantemente positivo en el líquido cefaloraquídeo; en el segundo, 117 sujetos cuyas reacciones fueron negativas por el tratamiento.

Las observaciones de Goodman y Moore muestran que existe en la neurosífilis una relación cierta entre la respuesta de la reacción del líquido cefaloraquídeo al tratamiento y la probabilidad de la progresión ulterior de los accidentes y de las recaídas.

Así, de 181 enfermos tratados únicamente con medios quimioterápicos, las recaídas se mostraron cuatro veces más frecuentes en aquellos en los que la reacción de Wassermann se había mantenido positiva. Y también observaron que la progresión y recaídas son más frecuentes en aquellos sujetos afectados de formas parenquimatosas—tabes y parálisis general—que entre los otros en los que lesiones vasculares o meníngeas habían respetado el parenquima. Sientan que cuando un enfermo cuya neurosífilis no es de modo aparente de forma parenquimatoso, recae, su sífilis presenta tendencia al tipo de la P. G.

Sólo en dos enfermos entre los 31 tratados por piroterapia (paludización en la mayoría de los casos), la enfermedad progresó o se produjeron recaídas.

Aunque la persistencia de la positividad del líquido cefaloraquídeo tenga una significación pronóstica más a tener en cuenta que la persistencia de la serología positiva en la sífilis latente y en la heredosífilis tardía, no indica de modo alguno que fatalmente la sífilis nerviosa continúa su evolución o que ha de recaer la enfermedad. Tampoco el grado de la negatividad puede ser tomado como único guía para determinar la duración del tratamiento de la neurosífilis.

HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO

CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

Estudio de la pigmentación en las áreas peládicas.—WORINGER et THEE.—«Presse Médicale», 23-X-1935, núm. 85, pág. 1.652.

Para Sabouraud, la función pigmentaria estaría profundamente alterada en la pelada. Genner, de Copenhague, fué el primero que puso en duda la hipopigmentación de la placa peládica.

Los estudios histológicos comparativos de los autores muestran que no existe disminución de la pigmentación en el epidermis de la placa peládica; el pigmento y la pigmentogénesis se conservan; la palidez de la placa peládica sería más aparente que real. Por el contrario, los bulbos pilosos son dopa atenuados y dopa negativos, y muestran la profunda alteración de las melagénesis a su nivel, que se traduce clínicamente por los cabellos acrómicos de la repoblación. Sería prematuro sacar conclusiones pronósticas. Parece ser sin embargo que la curación sea precedida por un retorno a la melanogénesis. Una dopa negativa indicaría una pelada grave cuando alcanzara a todos los bulbos pilosos. El proceso peládico sería en todos los estadios de su evolución, proceso primitivamente y exclusivo del dermis y del tejido subdérmico en la vecindad inmediata de los bulbos.

LEDO

PEDIATRIA

Sobre el tratamiento de la meningitis tuberculosa por los rayos X.—DOCTORES S. WEINER, E. DOUBOW y M. FINKELSTEIN.—«Arch. de Med. des Enfants.» Septiembre, 1935.

Es casi invariablemente fatal el pronóstico de la meningitis tuberculosa; justifica que todo lo escrito sobre esto sea escépticamente acogido por los médicos. Los casos de curación las más de las veces, no son verdaderas meningitis, y si se trata de hallazgos de bacilos de Koch en L. C. R. en formas de tuberculosis no acompañadas de meningitis o de un síndrome meníngeocerebeloso de Förster sinulando la M. T.

Las posibilidades pues, de curación, se darían: 1.º En un caso de afección tuberculosa primitiva de las meninges sin granulia general; 2.º En los casos en que se trata de infección poco virulenta; 3.º En un organismo muy resistente con tubérculos poco abundantes.

Muchos tratamientos se emplearon a base de Hg. y de Y. (calomel, sublimado, unguento napolitano, ioduro potásico, biyoduro de mercurio, etc.). Se hizo proteino-terapia en todas formas (autohemoterapia, transfusión de sangre, inyección de leche,



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

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

Laboratorios del Norte de España, S. A.
e Especialidades Quím., Mañanó, Barcelona. 3 3

de diversos preparados albuminosos, etc.). Punciones e inyecciones raquídeas de urotropina, rivanol, etc.. Pneumoencéfaloterapia y hasta el intervencionista.

El tratamiento por los rayos X comenzó por Bokay con una estadística de cinco curaciones de 17 casos. Siguiéron trabajos de Kúmel (1897), Williams, Bergonié, Kapp. Más tarde las irradiaciones se hicieron sobre el bazo.

Estudian detenidamente la acción de los rayos X sobre los cultivos de bacilos de Koch y sobre los animales inoculados.

Tratan 25 enfermos, 12 niños y 13 niñas, el mayor de 13 años; a todos se les analiza el L. C. R. y se comienza el tratamiento el tercer día de estar ingresados y de los días 4 al 10 del comienzo de la enfermedad.

Constatan los tres estados de la enfermedad que describen Simón y Redeker. Aparecen perfectamente detallados voltajes, distancia dermo-focal, filtros, etc.

Las conclusiones son éstas: 1.º El tratamiento de la meningitis tuberculosa por los rayos X no ha dado resultado en los 25 casos. 2.º No influye en la marcha del proceso, no agravando pero sin dar mejorías; no ha acortado la duración de la enfermedad ni la ha alargado. 3.º Los meningíticos autopsiados tenían a la vez tuberculosis miliar. 4.º Es necesario continuar este estudio, no habiendo inconveniente en comenzar el tratamiento en un estado muy precoz.

Contribución al estudio de las pancarditis reumáticas subagudas en los niños.—DOC-TOR BAILLARGE.—(París, 1934).

Esta tesis ha sido inspirado por Nobécourt. Contiene siete observaciones. Se sabe desde hace mucho tiempo que las localizaciones del reumatismo más importantes en el niño son las cardíacas. «El reumatismo cardíaco es evolutivo»; evoluciona siguiendo modalidades diversas, durante semanas, meses, años, hasta la extinción del proceso infeccioso. Las cardiopatías reumáticas infantiles son casi siempre complejas; el endocardio, miocardio, pericardio, son interesados simultáneamente. Se trata de una verdadera pancarditis. Hay dos formas de evolución de las pancarditis reumáticas:

1.º «Forma discreta» correspondiendo a una lesión cicatricial compensada, pero pudiendo, después de recidivas, transformarse en pancarditis grave:

2.º «Forma severa» que se termina lo más a menudo por la muerte o por la invalidez del corazón.

El hecho capital sería la existencia de un «síndrome miocárdico». Se traduce por «la dilatación del corazón»; se la investigará por la percusión minuciosa, por los ortodiagramas. El futuro del niño está ligado al estado de su miocardio. El salicilato de sodio no parece tener acción sobre la marcha de la cardiopatía reumática. El reposo prolongado, buena higiene, pueden ayudar al músculo cardíaco a conservar una actividad funcional suficiente.

ALLUÉ HORNA

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VACOTONIL (En pastillas de 4 a 12 diarias)

Extracto OVARICO total. (TIPO); Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUMINAL.

DEL DOCTOR GRAÑO

BIBLIOGRAFIA

La Tuberculosis crónica de la laringe del adulto.—Dr. GAVILAN BOFILL.—Un volumen de 304 páginas con 48 figuras.—Casa Editora: «Cuesta».—Valladolid.

Prologado por el profesor A. Garcia Tapia, el prestigioso profesor de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Valladolid, doctor Gavilán, ha dado a la publicidad este libro que, entre otros muchos aciertos, tiene el de ser de una gran oportunidad su aparición por la gran necesidad que se sentía en nuestra especialidad, y sobre todo en España, de que alguien compendiará, recopilara y ordenara las numerosísimas publicaciones de estos últimos años, dedicadas al estudio de tema tan interesante como es la tuberculosis crónica laríngea en el adulto.

Da idea de esta necesidad el hecho de que prescindiendo de revistas y libros extranjeros, limitándonos solamente a nuestra patria y singularmente a los últimos cinco años, la tuberculosis laríngea haya sido objeto del mayor número de trabajos publicados sin duda alguna en relación con los que se han escrito para los otros temas de otorrinolaringología. Razones: La gran transformación experimentada en los conocimientos de la tuberculosis pulmonar, los enormes progresos conseguidos en su exploración, diagnóstico y tratamiento, modificando profundamente las ideas fundamentales de hace veinte años en esta materia, tenía que revolucionar totalmente, y así ha sido, las ideas y conceptos sobre la tuberculosis laríngea, hasta el punto de que casi todo en ella resulta nuevo, tanta es la variación sufrida en tan poco tiempo, para lo laríngeo no llegará a dos lustros, en el estudio de la tuberculosis del órgano vocal.

Como otros muchos, nosotros, acuciados por el afán de renovar esos conocimientos, hace cinco años dedicamos preferentemente nuestras actividades científicas, durante dos cursos, a la observación clínica y exploración detenida de la tuberculosis laríngea en todos los enfermos tuberculosos pulmonares del Servicio de Fimatología del Hospital Militar de Carabanchel, a cargo del doctor Valdés Lambea, publicando en 1932 y 1933 diversos trabajos sobre distintos apartados de la fimia laríngea en «Revista Española de Tuberculosis». Posteriormente, a fin de conocer por nosotros mismos el verdadero valor del tratamiento de la tuberculosis laríngea, con la lámpara de Cemach hemos frecuentado la consulta del doctor Ager en el Dispensario Antituberculoso de Buenavista de Madrid. Datos son estos que citamos para dar idea de cómo nos han preocupado a muchos laringólogos las nuevas concepciones surgidas últimamente sobre la tuberculosis laríngea, hasta hace poco casi totalmente separada, hoy unificada, con la tuberculosis pulmonar.

No era tarea fácil, nosotros lo afirmamos, poner al día todo cuanto se sabe hoy de tuberculosis laríngea. El doctor Gavilán lo ha realizado con

una competencia innegable, de la manera más completa; por esto su libro será un éxito de publicidad y tendrá gran difusión entre los especialistas españoles, quienes sin recurrir como hasta hoy a hojear multitud de revistas y publicaciones, sólo leyendo este libro aprenderán cuanto se refiere a la tuberculosis laríngea.

Someramente desmenuzaremos su contenido: Un capítulo de historia muy documentado, en el que se hace resaltar los trabajos interesantísimos del inmortal Ariza, precede a la fijación del concepto e ideas actuales sobre la tuberculosis en general, así como la pulmonar, originaria práctica y clínicamente de la tuberculosis laríngea en tan compelta unidad, que etiológicamente no se tiene en cuenta la forma primitiva, por su difícil comprobación, aunque no se niegue teóricamente su posibilidad, para pasar a estudiar únicamente la tuberculosis laríngea secundaria a la fimia pulmonar.

En «Patogenia» se hace un estudio acabado de las vías de penetración del germen en el pulmón; la aérea y la digestiva, analizando el valor de cada una. Así como también son objeto de minucioso estudio las vías a través de las cuales se infecta la laringe: la canicular, la hemática, la linfemática y la linfática.

Admite la clasificación de Lubarch en «Anatomía Patológica», describiendo los tres tipos de reacción elemental de los tejidos por la presencia del bacilo de Koch: alternativos, casi sin interés en la tuberculosis; exudativos y productivos. Las alteraciones secundarias y consecutivas de la tuberculosis laríngea como caseificación, ulceración, alteraciones musculares, pericondritis y condritis, tuberculomas y reacción perifocal, son tratadas con bastante extensión.

En el apartado de «Clínica», los síntomas laríngeos, síntomas pulmonares, exploración nasal, exploración buco-faríngea, exploración laríngea y examen de laboratorio, son expuestos con la maestría y clarividencia de quien posee una experiencia clínica poco común.

Al «Estudio Laringoscópico» le concede la enorme trascendencia que en sí lleva, estudiando detalladamente las formas de tuberculosis laríngea «de iniciación o principio», describiendo todas las descritas por nosotros en 1933, más la «corditis doble», que a nuestro juicio se debe considerar dentro de las formas del período de estado, dada la extensión y calidad de sus lesiones, infiltración de ambas cuerdas vocales y engrosamiento de la región interaritenoides, impropias ya para catalogarlas en una forma de principio. Y siguiendo la clasificación anatomopatológica en el período de estado, analiza las formas de predominio productivo: infiltrante y vegetante y formas predominantemente exudativas: infiltro edematosas y ulcerosas, para llegar más tarde a la descripción de las formas finales constituidas por el predominio de las alteraciones secundarias de índole destructiva.

Y tras los capítulos de diagnóstico, evolución y pronóstico de la tuberculosis laríngea, se ocupa del «Tratamiento», dando cabida en él, con gran sentido práctico, sólo a lo que va quedando ya como clásico, de lo

que pudiéramos llamar antiguo, unido a los tratamientos modernos, algunos de ellos, como el tratamiento por la lámpara de cuarzo, todavía en sus primeros años de aplicación y de cuyos resultados ya se empieza a formar juicio clínico, tal vez algo menos favorable de lo que teóricamente se esperaba con la actuación de la lámpara de Cemach, si se exceptúa su evidente acción sobre el síntoma dolor, ya que la disfagia cede mucho en los enfermos, que esto sí que es innegable.

Algunos de los capítulos están redactados por el doctor Rodríguez Berceuelo, discípulo del doctor Gavilán, y en su forma se marca el sello de la escuela que éste ha creado.

* * *

En definitiva, repetimos que el libro del doctor Gavilán, como viene a llenar un vacío existente hasta hoy en la bibliografía española, tendrá una excelente acogida entre los laringólogos. El libro, además, está magníficamente presentado, lo cual acredita grandemente a la Casa Editora «Cuesta», de Valladolid, a la que juntamente con el doctor Gavilán, felicitamos.

Doctor C. González Villanueva
Madrid

Clínica de las enfermedades del riñón.—DOCTOR L. LICHTWITZ.—Editorial Labor, S. A. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, 1925.

Constituye este libro una magnífica obra de 394 páginas, en el que se estudian, en una primera parte, los fundamentos anatomofisiológicos y de patología general de las nefropatías, así como también los trastornos funcionales del riñón, limitándose exclusivamente a las llamadas enfermedades médicas de este órgano, con exclusión de las enfermedades tituladas quirúrgicas.

El autor del libro es sobradamente conocido en el mundo entero por sus importantes estudios de investigación acerca de numerosos problemas que se relacionan con las funciones renales.

Por lo cual, y por una experiencia clínica considerable, esta obra tiene un sello personal, que la hace extraordinariamente atractiva.

Por otra parte, el libro está hecho con una sistematización que facilita de modo extraordinario su lectura y comprensión, lo que justifica el gran número de ediciones alcanzadas por esta obra desde su primera edición en 1924.

Éxito análogo alcanzará en España por sus propios merecimientos y encarecidamente la recomendamos a escolares y médicos que quieran conocer las nuevas concepciones de la patología renal, expuestas de un modo muy completo, en un libro no excesivamente voluminoso.

La traducción muy correcta, y la presentación, como es costumbre en la Editorial Labor, magnífica, añadiendo un mérito más a los muchos que tiene contraídos al servicio de la cultura patria.

M. BAÑUELOS

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)

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 **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmópatas de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fue quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER**, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OPHTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

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

Índice de autores de artículos originales

	<u>Páginas</u>
Añué Horna	53
Aschéim	75
Andrés Bueno	101, 179, 211 y 253
Alonso F. Cortés	453
Baena	121 y 205
Barrio de Medina	33, 183, 237, 275, 383, 429, 436 y 437
Bañuelos	175, 321 y 497
Bellogín, Mariano.....	301, 365, 413, 438, 511 y 547
Bertoloty	283
Costero	53
Cortejoso	233 y 521
Coste	235
Casas de la Fuente	453
Crespo, José M. ^a	475
Diez Fernández	445
García Lorenzana, Felipe	329 y 537
Gavilán, Marcelino	553
Gómez, J.	29
González Calvo	395
Hoyo, José M. ^a	317
Jalón	5
Laguna, Antonio	225
Ledo, Eduardo	267, 293 y 295
Martínez Sagarra, José María	113
Martínez Bruna, Julio	405
Morales Aparicio	53
Núñez Bachiller, Luis	161
Román, Manuel	161
Royo Villanova, R.	9 y 67
San Juan Zapatero	7

— Índice de artículos originales

Accidentes del trabajo.—Conducta del médico ante las lesiones que no deben ser admitidas como	179
accidentes.—Prevención de	253
alimentación adecuada en el niño después del primer año y su importancia para evitar la aparición de trastornos internos.—La	317
antianofélicas. Estudio técnico económico de las medidas—, con el método práctico de combatir los mosquitos en los poblados	453
Clorosis.—El hepato en la.....	7
climas. Acciones patológicas que los—en relación a su humedad, ejercen sobre la salud del hombre	321
cáncer del pulmón.—Signos clínicos de la pseudo-tuberculosis por	395
cáncer gástrico.—Algunos problemas quirúrgicos del.....	475
congreso Español Pro-Médicos. El primer—visto por dentro	521
Equinocosis respiratoria.—Algunos conceptos sobre	537
exóstosis de crecimiento	53
expectoradores. Sanos de bacilos de Koch	329
Gripe. —Caracteres clínicos de la actual epidemia	157

Hormonas ováricas.—Sobre el tratamiento con	75
hipófisis.—Estado actual de la fisiopatología de la	121
Jornadas profilácticas de Burdeos.....	293
Litiasis ureteral.—Algunos comentarios a la.....	113
lucha contra el cáncer	547
lucha antituberculosa.—El papel del laringólogo en la	558
Mortalidad infantil. Estudio crítico de la— en medio rural	301
Numerus clausus	9 y 67
Pulmonía.—Estado del tratamiento de la	497
Reacción de aglutinación.—Valor diagnóstico práctico de las ideas actuales sobre	405
Silicosis. La— de los mineros de carbón de España	101
sol.—Técnica general de la cura de	225
sarampión. Sus complicaciones y mortalidad	235
sífilis.—Por y contra el s. Jimado en el tratamiento de la.....	267
séptico-piohemia de origen auricular sin tromboflebitis	5
sesiones clínicas del Instituto Rubio..... 55, 185, 237, 275, 337, 383, 429 y	555
Tisis galopante	161
tiroides.—Estado actual de la fisiopatología del	205
tuberculofobia	233
tuberculosis infantil.—Sobre la separación entre infección y enfermedad en la...	445

Índice de Revista de Revistas

MEDICINA INTERNA... 41, 83, 84, 85, 86, 87, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 191, 193, 194, 141, 242, 243, 244, 287, 288, 289, 487, 488, 526, 527, 528, 561 y	562
NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA.....	42 y 244
OTORRINOLARINGOLOGIA..... 45, 46, 88 y	89
PEDIATRIA..... 91, 92, 93, 529, 530, 565 y	566
DERMATOLOGIA, SIFILIOGRAFIA Y VENEREOLOGIA... 137, 138, 139, 140, 141, 195, 196, 245, 246, 247, 248, 289, 290, 489, 490, 563, 564 y.....	565
TUBERCULOSIS..... 142 y	143
CIRUGIA	528
—————	
BIBLIOGRAFIA..... 94, 144, 197, 291, 349, 491, 531 y	567
LIBROS RECIBIDOS..... 96, 146, 199, 291 y	352
NOTICIAS..... 47, 48, 95, 147, 200, 293 y	294
NECROLOGIA	295