

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

núm. 4.318. — Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

12 Septiembre 1936

ASOCIACION DE ESPASMOLITICOS

Esparmopaver

COMPRIMIDOS

AMPOLLAS
INYECTABLES

PAPAVERINA
ATROPINA
DIMETILAMIDO-FENAZONA
ACIDO FENILETIL - BARBITURICO
TEOBROMINA

EFFECTO ESPASMOLITICO REFORZADO



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

DOSIS PEQUEÑAS Y EFICACIA MAXIMA

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



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

GUIPSINE

REGULADOR

**DEL TRABAJO DEL
CORAZON**

FREINOSPASMYL

REGULADOR

**DEL SISTEMA NERVIOSO
SIMPATICO**

LABORATORIOS DEL D^R

M. LEPRINCE.

62, RUE DE LA TOUR - PARIS (16^e)

Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: Barcelona. — Apartado 685
Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

1.-IX-1936

La correspondencia de esta Sección deberá dirigirse al Sr. Director, con advertencia expresa de su destino: TERTULIA MEDICA; y la publicidad, a la Administración: Apartado 121.—MADRID.

Enseñanzas que aprovecha la Medicina para su historia con la lectura de «Don Quijote de la Mancha»

Conferencia leída en el Paraninfo de la Universidad de Alcalá por el Delegado oficial de Guatemala y del Colegio de Doctores de Madrid cerca del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Dr. D. Alfonso Fernández de Alcalde.

PROEMIO



L saber de la celebración de este X Congreso en España, nación mía, que tantas veces, desde vuestros hospitales países,

me expusisteis anhelos de visitar, fué desde el primer momento mi propósito corresponder en mi casa de algún modo a las infinitas atenciones que todos vosotros conmigo tuvisteis en las vuestras durante las muchas ocasiones que representé oficialmente a España en los anteriores Congresos.

Pensé que las vaharadas de un ága-pe se esfuman tras los postres, y de ello no queda más que débil memoria. Yo quería brindaros con algo más permanente y que siempre os re-

tos en él quisieran deleitarse con sus aromas, adentrándose en él, embriagado con sus esencias netamente españolas. Del vergel donde de consuno, por mandato del manchego Cervantes, guarda hierático sus puertas el siempre caballero Don Quijote, y

Diarreas estivales
ELDOFORMO

»Bayer«

cuida del condumio de ambos Sancho el previsor, quise traerlos las más fragantes rosas que servir pudieran al propósito que aquí nos une. Este inimitable jardín vive en nosotros por Mano Divina, a fin de que, por la Eternidad, España goce perennemente del hálito de la hidalguía, pues Cervantes escribió su obra, tras haber actuado en la más alta ocasión que vieron los siglos pasados, los presentes ni esperen ver los venideros... (Prólogo, 2.ª parte), no a fin de enterrar para jamás la práctica ensalzada por los libros de Caballería—como torcidamente en general se dice—, sino, al contrario, para que, ante el monumento elevado con la rígida figura de aquel cuyas valerosas hazañas y grandes hechos serán escritos en bronce duros y en eternos mármoles (Cap. XLVII, 1.ª), nunca olvide los principios de la verdadera nobleza, que es altruismo, aunque desde la base del pedestal lleguénle los refranes del egoísta escudero, que de continuo le incita a abandonar la empresa que para redención del Mundo desde lo alto se trazara de enderezar tuertos y desfacer agravios. Esta es la razón de que, habiendo ya casi desaparecido la estirpe de Amadís de Gaula, sigamos la mayoría en

España siendo Quijotes en el resto de la Tierra.

Y después de haber cuidadosamente elegido por todos los macizos del inigualado parque, salgo orgulloso de él, pues que os traigo, no una obra mía (que eso nunca sería motivo de vanagloria por mi parte, ni de justa correspondencia ante vuestro valor y pasadas atenciones), sino una exco-gitación de flores modestas y, al parecer, anodinas unas, arrogantes las más, y todas ellas utilísimas, formando con el conjunto un seleccionado ramillete, al que, por la virtud de no marchitarse nunca que sus corolas tiene, siempre podréis acudir para buscar la inspiración o hacer el comentario ante la sugerencia que en él pidáis para la Historia de la Medicina Española, que vivió en fama bien ganada durante los inmarcesibles días de su Siglo de Oro.

En esta antología que os ofrezco, mis *platinicos* (Prólogo, 1.ª) (¡los pobres!), veréis que son casi nulos. La

B A R A C H O L
Cura Eczemas, Erup-ciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

interpretación la dejo a vuestra individualidad, que será variada, pues que cada uno es como Dios le hizo, y aun peor muchas veces. (Cap. IV, 2.ª) Lo único que he tratado de hacer es presentaros la ofrenda con la debida entonación y gama, para que, cuando quisierais, de ella hagáis metódico análisis, pues matices y fragancias he procurado se ajusten a la serie y método a que las disciplinas médicas nos tienen enseñado.

Y si Don Quijote dice que el Caballero Andante, entre otras buenas cualidades, ha de ser médico para sa-

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

cordara mi perenne adhesión. Para ello traté de obsequiaros con algo que, como hacen las flores, llamara de continuo a los sentidos, tomando aquí la flor como el emblema universal, así del amor en todas sus formas como de la amistad más acendrada, que así lo hicieron los Tudor al emparejar con la granada del rey de las Españas.

Y para ofrendaros lo que mi corazón me dictaba, internéme en el jardín que el más acertado floricultor dejara acotado para los tiempos venideros, pero siempre abierto a cuan-

FIMONAL



VIAS
RESPIRATORIAS

nar las heridas, que no ha de andar el caballero a cada triquete buscando quien se las cure (Cap. XVIII, 2.^a), permitid que un médico acometa la caballerescas aventuras de introducirse por campos donde se rinde culto al más alto ideal, para mostraros las más ricas preseas que al arte de curar en él cultivó Cervantes.

Me diréis que muchos (son legión) acudieron ya al *Quijote* desde pasados tiempos para sus obras, conferencias, memorias y artículos. No se me oculta. Pero también sé que todos ellos añadieron al ingenio cervantino las glosas propias, y reconocamos que muchos acertaron: Mata, H. Morejón, Figueroa, Gómez Ocaña, Calleja, Oloriz, Salillas, Cajal, Rodríguez Marín, Royo Villanova, Goyanes y otros tantos más son palmaria muestra en España; Brüssais, Sydemham, Buchner, Lemerie..., del otro lado de nuestras fronteras acreditan lo que afirmo. Pero también aseguro que todos los citados y los muchos omitidos, por reconocerse aptos, hicieron aportaciones personales. Yo, que me creo inhábil para ello, pero que ante vosotros quisiera que este libro... fuera el más hermoso, el más gallardo y más discreto que pudiera imaginarse (Prólogo, 1.^a), al

SOPA DE AGRIMAX

Sopa de "Babeurre"

Leche parcialmente descremada y acidificada — con la adición de Hidratos de carbono —

MAX F. BERLOWITZ. Apartado 595.-Madrid
Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos

verle nacer al amparo de aquel que se engendró en una cárcel donde toda incomodidad tiene su asiento y donde todo triste ruido tiene su habitación, reconozco aún más mi insuficiencia, y os digo, no metafóricamente—como el glorioso manco—, que salgo ahora, con todos mis años a cuestas, con una leyenda, no ajena de invención, no menguada de estilo ni, menos, pobre de conceptos... (Prólogo, 1.^a) Y si yo no pongo anotaciones en el fin... (Prólogo, 1.^a) no es porque me sienta naturalmente... poltrón y perezoso de andarme buscando autores (Prólogo, 1.^a), sino porque contra el acertado pensar de Cervantes, que sabía decir sin ellos (Prólogo, 1.^a), no tengo nada que añadir a lo mucho que tales autores escribieron de quien todo lo dijo en las dos partes de un solo libro.

Nace, pues, esta mi comunicación de fusionarse la gratitud que os debo con el deseo de seros grato y útil ante mi falta de habilidad... y sobra de pereza (Prólogo, 1.^a). Mas voy tranquilo a mi afán, porque la escasez propia queda suplida con un ingenio tan maduro como el vuestro (Prólogo, 1.^a); y esta mi anunciada falta de comentario se puede remediar en que vos mismo os toméis algún

trabajo en hacerlo, y después lo podéis bautizar y poner el nombre que quisiereis (Prólogo, 1.^a); aunque al final, siendo vuestra labor todo, la

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

mía sea únicamente haberos dado material ajeno e insuperable para ello, aunque yo quede reputado como no Gramático, que el serlo no es de poca honra y provecho el día de hoy... (Prólogo, 1.^a)

Dada la naturaleza extranjera de la mayor parte de cuantos me escucháis y ésta después lean, parecía obligado que yo, cual en pasadas comunicaciones hice, presentara ésta en francés. Mas tened en cuenta que, al llamarse lengua cervantina por antonomasia a la española, transcribiéndolos aquí párrafos de *El Quijote*; después de haber sido yo el autor de la propuesta, que por unanimidad aprobasteis en uno de los pasados Congresos, de que se considerara entre los idiomas oficiales el español, ¿cómo queréis que en otro idioma que el puro castellano presente estas líneas? Máxime si recordáis que en el espurgo que de los libros de don Alonso de Quijano hace el cura dice que, si entre ellos se encuentra alguna obra de Ludovico Ariosto y viere que hable en otra lengua que la suya (Cap. VI, 1.^a), no la guardará respeto alguno; pero si habla en su idioma, lo pondré sobre mi cabeza (Cap. VI, 1.^a) en signo de la mayor pleitesía.

Por ello, DON QUIJOTE no puede escribirse ahora sino así: con J, tan característicamente castellana (1) como es difícil su fuerte pronunciación para el extranjero. Esa letra ruda, que sale rozando la lengua y paladar y tiene entresijo viril... Y SANCHE PANZA no debe permitirse prescindir en su dicción de la CH española del nombre y la Z del apellido o remoquete, cuyas dos letras, castellanamente pronunciadas, sirven

CARABAÑA: el mejor purgante

para redondear aún más la figura de tan bien perfilado escudero (2).

(1) Aunque en el Siglo de Oro de nuestras letras se escribiera con X; pero tengamos en cuenta que entonces ésta sonaba fuertemente como j.

(2) Además que prescindir aquí de mi idioma sería volver la espalda a la veneración que por él muestra Cervantes en su dedicatoria de la parte segunda al conde de Lemos: "...el gran Emperador de la China... suplicándome se le enviase porque quería fundar un Colegio donde se leyese la Lengua Castellana..

Y hablando ya de dibujos, protestamos aquí, aunque de pasada (si bien merecían cumplida reprimenda), de esas modernas películas en las que aparece un «Don Quichotte» danzarín y cantador (1), con raro atuendo, jamás pensado por quien le creó, y un no menos extraño «Sancho Panza» (de pronunciación suave), con una extraña montera (?), bailando en medio de ¡bocks! llenos de un líquido que jamás pasara por la Mancha. Tales engendros, peores mil veces que el temerario y justamente criticado de Avellaneda, debían caer en la censura de la Sociedad de Naciones, donde un negociado riguroso había de hacer se obedeciera la cervantina voluntad de mandar que ninguno fuera osado a tratar de las cosas del gran Don Quixote, si no fuera Cide Hamete, su primer autor (2). Sólo así puede una obra hacer bueno el aserto: Yo soy Don Quijote de la Mancha, aquel que de sus hazañas tiene lleno todo el orbe... (Cap. IV, 1.^a), que con aprobación escuchara Guinart el bandido.

Aquí en España, cuando alguien pretende escribir algo importante en demasía, dicese que va a escribir *El Quijote*. Yo, sin pretensión de superioridad, ¡Dios me libre!, me atrevo

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

a enderezar unas líneas de gran valor; ¿por qué?, porque son del propio QUIJOTE; pero escritas tras minucioso estudio, dirigido a hacer fácil el camino, así de médicos como de cuantos gustan de nuestro saber, y para que puedan encontrar, sin titubeos, la materia médica precisa o la preparación para ella, debidamente clasificadas al efecto que se proponga en el estudio de la época cervantina. Ello sirve de excusa a mi osadía, fundada en la afirmación de Don Juan, de que no hay libro tan malo que no tenga alguna cosa buena. (Cap. LIX, 1.^a)

Muchos comentan con desenfado pasajes de esta obra inmortal sin haberla casi saludado. Yo he releído de la cruz al colofón toda ella para facilitar las apostillas ajenas, que bien las merece quien, «a pesar de no haber tenido grados universitarios, fue humanista más que si hubiera sabido de coro toda la antigüedad griega»

(Continúa en la página X.)

(1) «¿Pensáis que todos los valientes son danzadores y todos los andantes Caballeros danzarines?» Cap. LXII. Segunda parte.

(2) «Porque esta empresa, buen Rey, para mí estaba guardada.» Cap. XXIV. Segunda parte.

LA MEDICACIÓN CLÁSICA DE LA

EPILEPSIA

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

Excelentes resultados en la gran mayoría de afecciones nerviosas.
(Corea, Histerismo, Convulsiones, Neurosis, etc., etc.)

PUREZA DE COMPONENTES



TOLERANCIA MAXIMA

Fórmula p. cucharada: Jar. nar. agr. 16,48 = Br. K. 3,50. Br. Zn. 0,02.

DOS NOVEDADES EGABRO

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

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

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

SERVIMOS MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS
Indicando estación destino.

Laboratorio EGABRC
CABRA (Córdoba) España.

LABORATORIOS

CAMPOS FILLOL

VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximun de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

En gastroenteritis, tóxicas diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de notable éxito

LACTOBULGARINA

Balneario CALDAS DE OVIEDO

Especializado en la curación de **Reumas - Catarros - Consecuencias gripales**

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

(En el mismo edificio de los baños, estufas, inhalaciones etc.)

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.

Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA



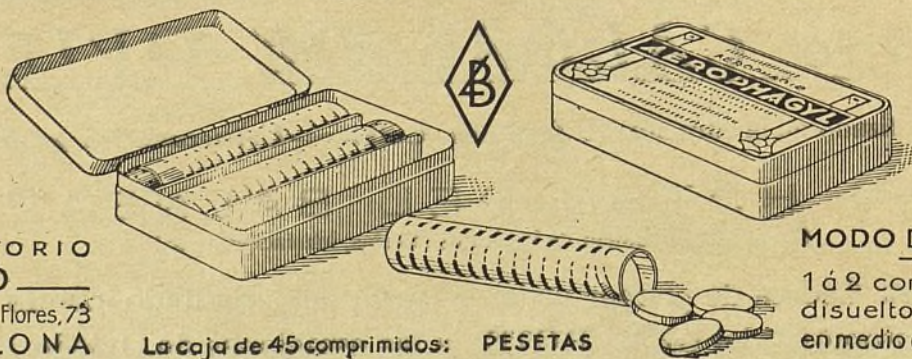
La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS



TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS.

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS

MODO DE EMPLEO
1 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

PROGRAMA CIENTIFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Toracoscopia y pneumolisis intrapleural (continuación), por el Dr. J. J. Carballo Martín.—Megacolon y dolicoColon, por el Dr. Diego Castro Nuño Juárez.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

TORACOSCOPIA Y PNEUMOLISIS INTRAPLEURAL⁽¹⁾

(Contribución al estudio de su técnica: indicaciones, complicaciones y resultados)

Por el Dr. J. J. CARBALLO MARTÍN

Localización.

Diehl y Kremer han comprobado por toracoscopia el punto exacto de implantación de las adherencias en 70 casos, y su resultado puede verse en el esquema de la figura 2.^a En él observamos que, casi el 95 por 100 de las adherencias, corresponden al lóbulo superior, y allí se distribuyen de la siguiente forma: en el extremo vértice se inserta el 29 por 100 de las adherencias; en el espacio comprendido entre segunda y cuarta costilla, y entre las líneas axilar anterior y posterior, se localizan el 32 por 100; en la región limitada por las tercera y cuarta costilla, línea escapular y columna vertebral, asientan el 29 por 100; y queda, por último, una pequeña zona en la línea mamilar, entre primera y tercera costillas, donde se fijan el 5 por 100 de las adherencias.

Cifras semejantes obtiene Mistal de la observación endoscópica de 50 casos y considerando las adherencias cilindrocónicas. Los resultados son los siguientes:

Adherencias apicales, 32 por 100; infraclaviculares y laterales, 28 por 100; vértebroescapulares, 30 por 100; retroesternales y mediastinales, 4 por 100; laterapostero-inferiores, 4 por 100; diafragmáticas, 2 por 100.

IV

INSTRUMENTAL

Una descripción, aunque fuese somera, de los diversos instrumentos ideados para la endoscopia y neumolisis intrapleural, sería impropia de esta Memoria. Nos limitaremos, pues, al instrumental que hemos utilizado, tanto en nuestra práctica como durante el periodo de aprendizaje de la técnica en los hospitales ingleses y alemanes. Solamente, y de forma breve, enumeraremos algunas de las modificaciones introducidas en los instrumentos y que consideremos de mayor utilidad práctica.

El aparato primitivo de Jacobaeus fué bien pronto modificado por Unverricht, y el modelo conocido con el nombre de Jacobaeus-Unverricht es el utilizado desde hace más tiempo, y, por ello, el más generalizado. En gracia a esto, enumeraremos los diferentes elementos de que se compone:

1.º Un sistema de óptica con visión lateral, de cinco milímetros de diámetro.

2.º Trocar de cinco milímetros, con su cánula de seis milímetros de diámetro para el sistema óptico.

3.º Cánula para la evacuación por aspiración de cinco milímetros de diámetro.

4.º Cauterio recto de tres milímetros de diámetro.

5.º Trocar recto de tres milímetros, con cánula de 3,8 milímetros de diámetro.

6.º Mango para el cauterio.

7.º Cauterio curvo de tres milímetros de diámetro que corta en la dirección del radio de curvatura.

7.º Cauterio curvo de tres milímetros de diámetro que corta en dirección perpendicular al radio de curvatura.

9.º Trocar curvo de tres milímetros y cánula de 3,8 milímetros.

10. Trocar de tres milímetros, provisto de una cánula flexible de 4,3 milímetros de diámetro por los cauterios.

11. Portacánula.

12. Trocar de cinco milímetros, con cánula flexible de 6,8 milímetros de diámetro para los cauterios, y que permite el intercambio de éstos y el sistema óptico.

13. Pinza de excisión de tres milímetros de diámetro.

Características de este instrumental son: utilizar exclusivamente óptica lateral y tener siempre necesidad de hacer dos punciones en el tórax, para practicar la sección de las adherencias. Inconveniente importante es que, cuando se utiliza el trocar de tres milímetros de diámetro por la segunda punción, no son intercambiables el sistema óptico y el cauterio.

El aparato de Kremer es el mismo de Jacobaeus-Unverricht, con algunas modificaciones que lo mejoran notablemente, constituyendo, a nuestro juicio, uno de los aparatos más completos en la actualidad. Estas mejoras son: las cánulas o camisas de los trocares, además de ser de igual calibre, son ambas flexibles y tienen un orificio lateral en su extremidad externa para ventilación; por tanto, son siempre intercambiables el sistema óptico y el cauterio, y durante todo el curso de la operación puede estar conectada la cavidad pleural con el manómetro del aparato de neumotórax, manteniéndose la vigilancia continua de las presiones intrapleurales, y asimismo es fácilmente ventilable la cavidad pleural, librándola de los humos que se producen durante la cauterización de las adherencias.

Consta, además, de un sistema óptico de visión directa, y tanto el cauterio recto como el curvo, tienen su cá-

(1) Véase el número anterior.

nula fiador provista de un orificio lateral para ventilación.

El instrumental de Maurer, con el que trabajamos, añade a los referidos la sonda de transiluminación y el cauterio mixto, susceptible de hacer pasar por él la corriente diatérmica y la galvánica. El asa del cauterio es de una aleación de platino e iridio, porque el platino

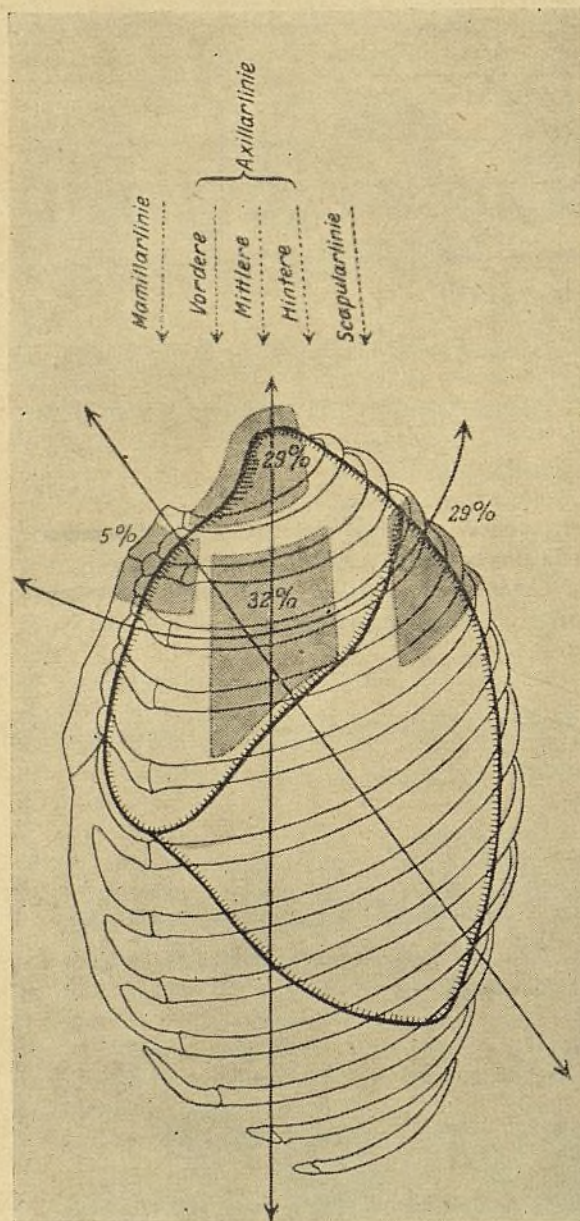


Fig. 2.^a—Localización de las adherencias según Diehl y Kremer.

puro resulta demasiado blando; además, la porción terminal del cauterio se compone de un tubo de unos cuatro centímetros de longitud, lleno de silicato de magnesio, lo que permite un aislamiento completo. El transformador de Maurer, construido por la Casa Purtschert, de Lucerna, según sus instrucciones, proporciona la corriente diatérmica necesaria para la coagulación de las bridas, así como la corriente galvánica para la endoscopia, la transiluminación y sección de adherencias. El aparato está provisto de un conmutador de pedales, que permite fácil y cómodamente intercambiar a voluntad la corriente galvánica y la diatérmica.

Semejante es el transformador de Schranz, construido según las indicaciones de Chandler, con el que se obtiene, además de la coagulación diatérmica, el bisturí eléctrico.

Con los aparatos referidos hay siempre necesidad de practicar dos punciones para la sección de las adherencias. Con el fin de evitarlo, surgieron los instrumentos mixtos o combinados, que Singer ideó el primero, y que reúnen en un solo vástago el sistema óptico de visión directa u oblicua y el cauterio, permitiendo llevar a cabo la operación haciendo solo una punción, y, por consiguiente, de forma menos traumatizante.

Chandler ha ideado también un pleuroscopio combinado, con un ángulo de desviación del plano de visión solo de 30 grados, lo que permite una orientación dentro de la cavidad pleural casi tan perfecta como con la óptica directa. El electrodo diatérmico coagulante es hueco, y está atravesado por un tubo fino, en el que se aloja un hilo de tungsteno, con el que se efectúa la sección y que se acciona mediante una palanca adosada al vástago del aparato.

El primitivo pleuroscopio de Jacobaeus, así como el modificado por Unverricht, tienen sólo óptica lateral, con un ángulo de desviación de 90°, y fué después de la introducción por Singer de los instrumentos combinados cuando se han construido pleuroscopios con visión directa y oblicua de ángulos diversos de desviación.

Las ventajas y los inconvenientes de los pleuroscopios de visión lateral y directa los resume Dehl y Kremer de la siguiente forma:

“Óptica lateral.—Ventajas: es solamente necesaria una ligera inclinación del instrumento dentro de la cavidad pleural para el examen pleuroscópico. Se puede observar la adherencia objeto de examen también por su parte posterior. En la pared torácica se pueden ver los alrededores del orificio de punción.

Inconvenientes: la orientación dentro de la cavidad pleural, a causa de la inversión del plano de observación, es difícil.

Óptica directa.—Ventajas: la visión es directa, y, por tanto, la orientación, sencilla, y se trabaja siempre en dirección normal.

Inconvenientes: es necesaria una gran inclinación del instrumento para obtener una buena visión. Es imposible ver la parte posterior del objeto estudiado, ni tampoco los alrededores del orificio de punción, y, además, no es utilizable el instrumento en los pequeños neumotórax.”

La óptica oblicua de que están provistos los más modernos pleuroscopios combinados pretende reunir las ventajas que ofrecen cada una de las ópticas lateral y directa, orillando al mismo tiempo sus inconvenientes.

Cuanto menor es el ángulo de desviación, más fácil es la orientación, pues las imágenes se aproximan a lo normal, aunque, naturalmente, resultan algo deformadas. El pleuroscopio de Davidson tiene una óptica de desviación de 25° solamente, y el de Chandler, ya referido, de 30°.

Gran predicamento gozan actualmente los pleuroscopios de Kalk y Graf, cuyo ángulo de desviación es de 45°, que deforma muy poco la perspectiva de las imágenes, y el ángulo muerto de visión es solo de unos 10°, mientras que en la óptica lateral es de cerca de 60°.

Entre nosotros, Partearroyo, Abelló y Blanco Ro-

dríguez utilizan el aparato de Graf preferentemente. Torres Gost, cuya estadística rebasa ya las 100 intervenciones, emplea exclusivamente el instrumental y la técnica de Maurer, de la que también es decidido partidario Avendaño.

Dignos de mención son también los pleuroscopios de Cutler, provisto de la óptica foroblicua de Mac Carthy, que permite dos modos de orientación, y el de Mändel-Kornitzer, con un ángulo de desviación de 60°. Kremer, Matson, Coba, Leendertz, Triboulet, etcétera, han ideado modificaciones tanto de la óptica como de los cauterios merecedoras de atención especial.

Mencionaremos, finalmente, las mesas operatorias de Güllbring, Wiegner, Kremer, y la silla operatoria de Redaelli.

La mesa de Kremer, que hemos visto emplear sistemáticamente durante nuestros períodos de asistencia en la Waldhaus Charlottenburgo (Berlín), servicios de los Dres. Ulrice y Diehl, y en la Reelitz Heilstätten (servicio del Dr. Kremer), es de una sencillez y de una utilidad que creemos no puede ser superada por alguna otra.

Esta mesa permite una rotación total alrededor del eje longitudinal, así como diferentes inclinaciones laterales hasta un ángulo de 70°.

Preparación del instrumental y del operador.

El sistema óptico, los cauterios y electrodos diatérmicos se esterilizan a los vapores de formol, para lo cual se les mantienen continuamente en una campana de vidrio donde se produzcan estos vapores; en algunos hospitales colocan en alcohol la óptica media hora antes de la operación, para arrastrar los vapores de formol, que molestarían al operador durante la intervención. El resto del instrumental puede someterse a la ebullición, como para cualquiera otra intervención quirúrgica. Algunos instrumentos, tales los de Chandler y Mandel-Kornitzer, pueden someterse totalmente a la ebullición, incluso la óptica y los cables.

En cuanto a las medidas de asepsia que debe tomar el operador, no existe armonía de criterio, pues mientras los ingleses Chandler, Christopherson y Nelson se preparan con el mismo rigor que para cualquier otro acto quirúrgico, los alemanes Ulrici, Diehl Kremer y Roloff practican sólo ligeras medidas de asepsia.

El fundamento del proceder seguido por los autores alemanes está en que el tercio externo del toracoscopio, donde va el ocular, con motivo de aplicar sobre éste los párpados y cejas durante la toracoscopia, deja inmediatamente de permanecer estéril; y como hay necesidad de tocar con las manos esta parte múltiples veces en el transcurso de la intervención, es natural que de la misma forma pierdan su esterilidad las manos. Por ello, mantienen un especial cuidado en conservar estéril los dos tercios internos del toracoscopio, es decir, la parte que aproximadamente penetra en la cavidad torácica.

Por nuestra parte, aun convencidos de la exactitud de este razonamiento, hemos preferido prepararnos para operar con el mayor rigor de asepsia, pues toda nueva técnica debe comenzarse con las máximas precauciones.

Viene siendo un medio preparatorio auxiliar, empleado por algunos autores, practicar la toracoscopia en un quirófano con escasa iluminación o en semipenumbra, con el fin de estar mejor acomodados para la visión pleuroscópica. A este respecto, hemos de señalar que

mientras Ulrici, Diehl y Kremer disponen de magníficos quirófanos hechos "ad hoc" para toracoscopia, Unverricht trabaja en sala de operaciones bien iluminada.

El quirófano del Sanatorio de Valdelatas donde trabajamos puede también ponerse en semiobscuridad, y lo consideramos grandemente beneficioso, no sólo porque, manteniéndonos constantemente acomodados, la visión es más perfecta, sino por el ahorro de tiempo y la comodidad que ello supone.

V

TORACOSCOPIA

Técnica.

El enfermo no requiere otra preparación que la de permanecer en ayunas, y aun ello no es condición indispensable, con tal que la ingestión de alimentos no haya sido copiosa. Es necesario practicarle una insuflación del neumotórax el día anterior o sólo momentos antes de la intervención, para que el pulmón esté en buen grado de colapso, proceder éste que seguimos nosotros. En los enfermos muy excitables, algunos autores aconsejan una inyección de morfina o dilaudid media hora antes de la intervención, práctica que raramente hemos utilizado, porque entorpece a menudo la operación, si se producen los vómitos tan frecuentes en las personas no habituadas al fármaco.

La posición que debe adoptar el enfermo es de acostado sobre la espalda y ligeramente inclinado sobre el lado sano. Con el empleo de la mesa giratoria de Kremer, la colocación del enfermo en la posición óptima, según la situación de las adherencias, se facilita grandemente.

Determinado el espacio intercostal considerado más conveniente—cuyo punto de elección suele estar entre los espacios quinto y séptimo, y entre las líneas axilar anterior y media—, previa desinfección de la piel, se procede a la anestesia. Se emplea novocaína al 0.5 por 100, y se empieza por anestesiar la piel con una inyección intradérmica en el sitio donde se ha de incindir con el bisturí; después se infiltra bien todo el espacio intercostal, y muy especialmente el borde inferior de la costilla superior.

A continuación, y siguiendo la técnica de Maurer, introducimos en el punto elegido la aguja de Saugmann, con un mandril que sobresale de dos a tres centímetros, de la extremidad distal de la aguja, para así explorar si a ese nivel existe suficiente cámara de aire y evitar el riesgo de herir el pulmón con la punta del trocar.

Practicada la incisión de la piel con el bisturí, en una extensión de uno a dos centímetros, que de ordinario sangra escasamente, se procede a la introducción del trocar. Este, provisto de su cánula, se coloca en dirección perpendicular al plano del pecho, y con una suave, pero continua presión, se consigue atravesar fácilmente el espacio intercostal. Antes de la introducción del sistema óptico, será conveniente secar la sangre que, aun en pequeña cantidad, puede haber en la extremidad interna de la cánula, y que dificultaría más tarde la visión.

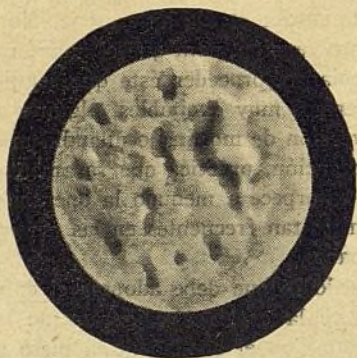
Es asimismo conveniente calentar suavemente a la llama de alcohol o con agua, a 50 ó 60°, la óptica del toracoscopio, para evitar que la condensación de vapores dentro de la cavidad pleural dificulte la visibilidad.



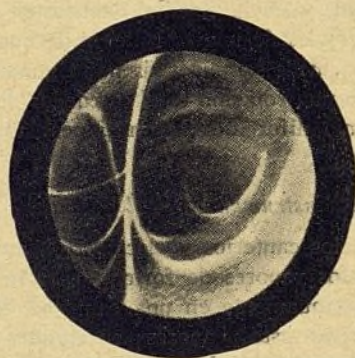
N.º 1.



N.º 2.



N.º 3.



N.º 4.

Fig. 3.^a

N.º 1. Adherencias seccionadas.

N.º 2. Pleura normal costal.

N.º 3. Pleuritis parietal.

N.º 4. Cavidad pleural después de la evacuación de exudado seroso (según Unverricht).

Para obtener de la pleuroscopia el mayor rendimiento en la investigación, es necesario examinar sistemáticamente cada una de las regiones intratorácicas (costal, mediastínica, diafragmática y apical).

En la pared costal se distingue claramente a través de la pleura los relieves costales, con su coloración blanco-amarillenta y los músculos intercostales rosáceos, con sus fibras y tendones (Fig. 3.^a, núm. 2). En la pared anterior se pueden reconocer los vasos mamarios internos.

En el mediastino, a la izquierda, es con frecuencia visible la vena semiácigos, como una cinta azulada a lo largo de la columna vertebral, así como la aorta. A través del pericardio, se perciben perfectamente los movimientos del corazón. En el mediastino posterior, y a la derecha, es visible también la gran vena ácigos, que presenta una clara pulsación negativa.

Cuando la pleura parietal no está alterada, es lisa y brillante; en los casos de exudado reciente da la impresión de estar edematosa y toma una coloración parduzca, y en los exudados antiguos la fibrina o el magma purulento hacen imposible diferenciar los espacios intercostales de los relieves de las costillas (Fig. 3.^a, núm. 3, y nuestra observación núm. 8).

En el diafragma se debe observar: su coloración, que en la parte central tendinosa es de color blanquecino; y en la parte periférica o muscular es de color rosado; la forma de su convexidad, si existen adherencias insertas en ella; si los senos están libres o contienen exudados, y

en caso de existencia de líquido, observaremos su movilidad, su color, su transparencia, etc. (Observaciones números 16 y 19.)

En la región de la cúpula pleural comprobaremos los relieves vasculares de los vasos subclavios, y cuando existieren adherencias en esta parte, sus relaciones posibles con aquéllas.

En el pulmón se ha de observar: su forma, la intensidad del colapso, sus movimientos—que son tanto más limitados cuanto mayor sea el grado de retracción—, y, sobre todo, la existencia de adherencias, que lo mantienen unido a la pared torácica, impidiendo muchas veces un colapso satisfactorio.

En una gran mayoría de casos no se puede efectuar una exploración endoscópica sistematizada, pues la presencia de adherencias reduce en gran extensión la amplitud de la cavidad pleural, y con ello las posibilidades de la visibilidad.

INDICACIONES

La indicación primordial de la endoscopia es el diagnóstico de la naturaleza, forma y localización de las adherencias pleurales, para la práctica de la neumolisis intrapleural, pues los datos que nos suministran tanto la radioscopia y la radiografía como la estereorradiografía sobre aquellas cualidades de las bridas son tan poco precisos, que en la gran mayoría de los casos la imagen endoscópica quedó insospechada en la observación radiológica.

**El desequilibrio endocrino
originado por la menopausia
es compensado eficazmente por el**



**CIBA SOCIEDAD ANONIMA DE
PRODUCTOS QUIMICOS**

BARCELONA, Aragón 285

MADRID, Marqués de Cubas, 5





alcachofina

primer producto nacional
a base de extracto alco-
hólico **integral** de hoja
fresca de alcachofa —

específico del hígado

Muestras y literatura:
E. BOIZOT

Madrid: Luis Cabrera, 47.

Barcelona: Salmerón, 247, pral.

Valencia: Av. 14 de Abril, 16.



El examen detenido de las adherencias, su implantación en la superficie parietal de la pleura, sus relaciones con los vasos, especialmente importantes si se trata de los subclavios o mamarios internos, la observación detallada de toda la superficie, para descartar la presencia en ella de pequeños tubérculos, así como su implantación en la superficie pulmonar, la transiluminación para conocer la naturaleza de su contenido y asegurarse que no aloja vasos importantes ni parénquima pulmonar, son preciosos datos endoscópicos sin cuyo previo conocimiento no es posible marchar rectamente en el camino de esta intervención.

En nuestra observación número 11 hubo que desistir de proseguir la operación y dejar sin desprender una banda fibromembranosa del vértice, porque su extremidad distal se implantaba junto a los vasos subclavios y su borde interno estaba unido a mediastino.

La oracosopia se emplea con éxito en el diagnóstico de localización y forma de las fisuras pleuropulmonares. Este grave accidente, que tanto se origina espontáneamente como consecuencia de la neumolisis intrapleural u otras intervenciones, pone en trance apurado la vida del enfermo y la situación del médico, dada la escasez de remedios eficaces que para su tratamiento disponemos.

La toracosopia se emplea con éxito en el diagnóstico (ver, Unverricht, Xalabarder, Sayé, Arnaud, etc.), y, según su importancia, practicar el tratamiento más adecuado. En dos casos, Unverricht ha conseguido ver la fistula e incluso introducir en su trayecto una solución de nitrato de plata al medio por 100, logrando su oclusión, y, por tanto, la desaparición del neumotórax espontáneo.

En nuestra observación número 8 no fué posible descubrir la fisura pleuropulmonar mediante la endoscopia, a pesar de haber utilizado la técnica de Ferrari, de introducir algunos centímetros cúbicos de solución de azul de metileno al 1 por 100 en la cavidad pleural para que la fistula fuera más visible, dada la mayor apetencia del colorante por los tejidos frescos.

Claro es que en nuestro caso se daba por descontado el fracaso de la endoscopia, como puso de manifiesto el resultado del examen detenido de la cavidad pleural, ya que un magma de pus cubría casi en su totalidad tanto la pleura visceral como la parietal.

No así en la observación número 10, donde la endoscopia descubre el desgarramiento espontáneo de una adherencia incompletamente seccionada, y que dió lugar a una perforación pulmonar y profusa hemorragia, con amenaza seria de la vida del enfermo.

En el caso número 16, la endoscopia pone de manifiesto la existencia de unos finos tubérculos sobre la superficie de la adherencia, y ello hace desistir de practicar la neumolisis, en evitación de un empiema tuberculoso.

En el caso número 14, muestra la rápida formación de adherencias fibrinosas después de los exudados pleurales, deduciéndose que las segundas intervenciones, cuando el exudado consecutivo a la primera no lo impida, no debe demorarse más de los veinte días, ya que aquí a los veintisiete se habían producido neoformaciones de bridas y una capa de fibrina amarillenta cubría las adherencias, impidiendo el diagnóstico de su naturaleza, indispensable para proceder con seguridad en la cauterización.

Cova ha podido seguir, mediante la endoscopia, el curso de las pleuritis agudas, que aparecen primero en placas aisladas recubiertas de un exudado gelatinoso, que más tarde concluyen constituyendo la pleuritis aguda total. De la misma forma ha diagnosticado las pleuritis purulentas, la tuberculosis miliar de la pleura, pleuritis sífilítica, nódulos carcinomatosos metastásicos de la pleura, etcétera.

Unverricht ha comprobado, mediante la visión endoscópica, tumores pleurales y quistes dermoides. Ulrici, Diehl, Kremer, Chandler, Jacobaeus, Güllbring, Gravesen, Maurer refieren asimismo casos interesantes de diagnóstico endoscópico.

Holmboe somete a la pleuroscopia todos los casos de neumotórax, incluso aquellos que no precisan la sección de adherencias.

Chabeaux considera indicada la toracosopia antes de interrumpir la colapsoterapia, para de ella poder deducir el grado de cicatrización obtenido en el proceso pulmonar.

La indicación más reciente de la endoscopia se debe a Mistal, con la introducción en la práctica de su electrodo para irradiaciones intrapleurales, con rayos ultravioleta, terapéutica que sería de gran utilidad en las pleuresías purulentas, cuando se ha practicado, naturalmente, la pleurotomía, y a través de cuyo orificio se irradia bajo el control visual las zonas pleurales deseadas.

VI

NEUMOLISIS INTRAPLEURAL

(Operación de Jacobaeus.)

Diagnóstico de la situación y naturaleza de las adherencias.

La práctica de la cauterización de las adherencias pleurales requiere un detenido estudio del enfermo por medio de la radioscopia y la radiografía, para adquirir la noción más exacta posible de la proyección topográfica de las bridas en el tórax, así como de su naturaleza.

El conocimiento de la situación de las adherencias es de trascendental importancia, pues de la precisa determinación del sitio óptimo para la introducción del trocar depende en gran parte el éxito de la operación, ya que desde él ha de alcanzarse la adherencia mediante el cauterio en forma adecuada.

Mediante la radiografía se obtiene el diagnóstico de las adherencias en general, menos de los finos cordones y de las membranas en tela de araña, sólo reconocibles por la endoscopia. De aquélla deducimos la dirección de las adherencias en relación con su punto de implantación en el pulmón, si es vertical, inclinada u horizontal. Con la radiografía estereoscópica que ofrece el relieve de las imágenes es posible llegar a conocer el verdadero punto de inserción costal.

En los servicios de los alemanes Ulrici Diehl y Kremer, así como en los de los ingleses Chandler y Christopherson, hemos visto emplear la estereoradiografía, aunque es verdad que con bastante limitación.

En cuanto a la naturaleza de las adherencias, según Sayé, es ya posible por la imagen radiográfica—densidad de la sombra, forma del cono pulmonar, superficie de inserción en la pared torácica—deducir aproximadamente si serán adherencias membranosas, parenquimatosas o sinfisarias. Sin embargo, en nuestra experiencia,

comparando los datos radiográficos con los aportados por el examen endoscópico, vemos que de 19 toracocautías, sólo en cuatro la imagen toracoscópica se aproximaba en número y naturaleza de las adherencias a la sospechada radiográficamente, siendo diferente en las 15 restantes.

Los autores ingleses Chandler y Christopherson, después de hacer un meticuloso estudio para la localización de las adherencias con los elementos ya enumerados, deciden el punto a elegir para la punción, auxiliándose con un esqueleto de la jaula torácica. Para ello señalan en éste los puntos en que las adherencias deben insertarse, y luego tantean con estiletes (que semejan los cauterios) a través de qué espacio intercostal la adherencia es más fácilmente atacable.

Como ya queda consignado, la elección del sitio de la punción está supeditada a la situación de las adherencias, y por ello ha de variar, naturalmente, en cada caso. No obstante, y como regla general deducida del estudio de la localización preferente de las adherencias, suele practicarse la punción entre los espacios intercostales segundo al séptimo, y entre las líneas axilar anterior y media (Unverricht y Maurer), ya que en esta región los planos musculares son más delgados que en alguna otra y los espacios intercostales más anchos, permitiendo una mayor facilidad en los movimientos del toracoscopio.

De todas formas, practicada la toracosopia según las reglas dadas anteriormente, se procede al examen pleuroscópico valiéndose para ello de ambas ópticas, la lateral y la de visión directa.

Examinadas las adherencias, se determina su número y clase, y para esto último, es decir, para conocer de qué tipo de adherencia se trata, es un poderoso auxiliar la óptica lateral, que nos permitirá examinar la adherencia en todo su contorno, dato que no se puede obtener con la óptica de visión directa.

Se determinan asimismo los puntos de implantación en la pared torácica y su dirección, procurando obtener su proyección en la superficie del tórax.

Es preciso también formar juicio aproximado de la estructura de las adherencias, a lo que coadyuva poderosamente la sonda de transiluminación de Maurer, ya que, mediante la visión por transparencia de las bridas, puede comprobarse si contienen vasos o parénquima pulmonar. Claro que no es rigurosamente necesario para esta exploración el empleo de la sonda de transiluminación. Kremer, Roloff, Diehl la practican iluminando la adherencia por detrás, con la óptica lateral y examinándola con la de visión directa, proceder que también hemos seguido nosotros en alguna ocasión.

La sonda de transiluminación se emplea también para practicar una especial palpación de la brida pleural, adquiriendo así noción de su tensión, elasticidad y resistencia. (Maurer, Sayé.)

Anestesia de la adherencia.

No hay unanimidad de criterio respecto a si debe o no practicarse la anestesia de la adherencia para proceder a su liberación.

Maurer, Chandler, practican la anestesia de la mayoría de las adherencias menos de los finos cordones; en cambio Unverricht, Ulrici, Diehl, Roloff, no suelen anestesiar ni aun tratándose de adherencias fibrosas y

con extensa zona de implantación, porque, según estos autores, se entorpece en alto grado la cauterización a causa de la infiltración de la adherencia por el anestésico.

De ordinario se emplea la solución de novocaínaadrenalina al medio por 100, que se inyecta directamente en la superficie de implantación costal de la adherencia con las agujas especiales de Maurer o Chandler.

Kremer, para las adherencias fibromembranosas extensas, emplea la técnica extratorácica de Brunner, bloqueando los nervios intercostales. Para ello, se introduce la aguja a unos tres centímetros de las apófisis transversa correspondiente a la costilla, a cuyo nivel se inserta la adherencia, y se hace llegar hasta la fascia endotorácica, donde se depositan cinco centímetros cúbicos de anestesia, y asimismo se infiltran los bordes superior e inferior de la costilla hasta el periostio. En las adherencias sinfisarias o de gran superficie de implantación es necesario bloquear hasta tres y cuatro nervios intercostales.

Por nuestra parte no fué nunca practicada la anestesia de las adherencias, ni aun de las más gruesas bandas, y, aun cuando en estos casos, los enfermos aquejaban dolor en algunos momentos, fué siempre en un grado tolerable.

Técnica.

Verificado el examen endoscópico de la cavidad pleural y obtenido el diagnóstico de localización y de estructura de las adherencias, se procede a la práctica de la neumolisis, para la cual debe considerarse en primer término la clase de instrumental que ha de emplearse.

No sería necesario advertir que la mesa operatoria debe mantener al enfermo perfectamente aislado, para evitar el fenómeno de masa, durante el cual el enfermo experimenta un agudo dolor en el sitio de introducción del trocar al paso de la corriente.

La elección de instrumental debiera supeditarse al resultado de la toracosopia, pero no es así usualmente, y cada autor ensalza las ventajas del instrumento con que trabaja, considerándolas no superadas por ningún otro. Una posición ecléctica hemos visto adoptar a nuestro maestro Chandler respecto a este punto, pues de 19 neumolisis practicadas durante nuestro período de asistencia a su clínica, solamente en seis casos fué utilizado su modelo de instrumento combinado.

Ello pone de relieve, además, que la mayoría de las veces se necesita hacer dos punciones en el tórax para lograr la liberación de las adherencias. Hecho que abonan de modo concluyente las estadísticas más dilatadas de los grandes maestros de la pleurocastia: Jacobaeus, Unverricht, Güllbring, Matson, Moorer, Ulrici, cuyas intervenciones fueron llevadas a cabo siempre con la técnica de dos punciones.

Nosotros, que, como ya hemos dicho, operamos con el instrumental de Maurer, utilizamos la técnica de dos punciones, pero consideramos que el ideal sería disponer de ambos modelos de aparatos, ya que también el instrumento combinado tiene su adecuada aplicación.

Es de importancia la elección del sitio óptimo para la introducción del cauterio, pues un error en su localización lleva aneja la práctica de una tercera punción, con las consiguientes molestias para el enfermo y la prolongación del tiempo de la operación. De gran utilidad práctica es la maniobra aconsejada por Unverricht, consistente en hacer presión con un dedo en los espacios

intercostales y observar con el toracoscopio qué relación tiene el ligero abombamiento que se percibe en la pleura parietal, con la inserción de la adherencia. Como regla general, el lugar adecuado suele estar dos o tres espacios intercostales por debajo de la adherencia, cuando radica en el lóbulo superior, como suele acontecer en el 95 por 100 de los casos.

El cauterio debe introducirse en la cavidad pleural siempre bajo la comprobación endoscópica, a fin de evitar posible traumatismo del pulmón.

La adherencia debe ser atacada en dirección perpendicular a su implantación, y el sitio de elección para seccionarla es su tercio externo y lo más próximo posible a la pared costal.

Un especial cuidado debe observarse mientras se mantenga el cauterio incandescente en la cavidad pleural, debiendo tenerlo siempre bajo la vista, pues el más ligero descuido podría arrastrar lamentables consecuencias.

Pero si la elección de instrumental suscita algunas discusiones, mucho más en litigio está el punto de la técnica a seguir para la liberación propiamente dicha de las adherencias.

¿Galvanocaustia? ¿Diatermia? ¿Método mixto?

Heymer y Lüdtke, que en el servicio de Kremer han estudiado de modo experimental la acción del galvanocauterio y la diatermia, comprueban: que seccionando con la corriente galvánica hasta uno y medio centímetros en profundidad y con una escarificación de dos y medio milímetros, se detiene la hemorragia de la arteria central de la oreja del conejo, y que, mediante el electrodo diatérmico, se puede producir una sección de uno y medio centímetros de profundidad sin hemorragia en el hígado de un conejo, obteniéndose una coagulación ligera y con una zona de escarificación que no pasa de 0,8 milímetros.

Y comparando la galvanocauterización y la alta frecuencia, deducen: que para una sección en profundidad igual y sin hemorragia, la zona de coagulación es más estrecha con la diatermia que mediante galvanocaustia, pero que la primera suele penetrar mucho más profundamente en los tejidos sin riesgo de hemorragia.

La sección diatérmica es mucho más rápida que la sección galvánica, siendo, además, absoluta la ausencia de calor y de humo.

En la clínica, Jacobaeus utilizó desde un principio el galvanocauterio al rojo sombra, para lo que se precisa una intensidad de corriente de 12 a 14 amperios. El asa de platino del cauterio produce, al mismo tiempo que la acción cortante, la coagulación de los bordes de la sección, impidiendo la hemorragia. Una mayor intensidad de corriente que colocara el asa de platino al rojo blanco estaría desprovista de esta acción coagulante, y, por ello, su empleo sería peligroso. Pero Diehl y Kremer, después de las experiencias de Heymer y Lüdtke, ya referidas, y de otras propias en conejos, aconsejan forzar un poco el rojo sombra del cauterio, hasta llegar al rojo cereza, porque de esta forma la acción coagulante sería también mucho mayor.

Sin embargo, Coulaud, muy recientemente comunica el resultado de 350 neumolisis practicadas con galvanocauterio, e imputa al empleo de éste, demasiado caliente, la causa de la presentación de las hemorragias, y considera como punto óptimo "el cauterio llevado apenas al

rojo, de forma que la coloración no sea visible más que en la extremidad del asa de platino, colocada delante de un fondo negro".

La liberación diatérmica de las adherencias, de la que son decididos partidarios Matson, Triboulet y Chandler, no ha encontrado, en cambio, defensores entre los alemanes y escandinavos—Jacobaeus, Güllbring, Ulrici, Diehl, Kremer, Unverricht—, que siguen fieles a la técnica primitiva del profesor de Estocolmo.

Sin embargo, Chandler, que comenzó sus trabajos con la diatermia, tiende actualmente a limitar su empleo, substituyéndola por el galvanocauterio al rojo sombra en los hilos, cordones y adherencias membranosas, reservando aquélla para las adherencias extensas y fibrosas.

La resistencia de las diferentes partes de una misma adherencia es variable, después, sobre todo, de la coagulación, y ésta, al mismo tiempo, depende estrechamente de la naturaleza de los tejidos, así como de la intensidad y duración de la corriente diatérmica.

Para la coagulación de gruesas adherencias, se aconsejan corrientes débiles (150 a 200 miliamperios), actuando durante bastante tiempo. El empleo de corrientes de gran intensidad produce la rápida deshidratación de los tejidos, y con ello la carbonización, haciéndose malos conductores e impidiendo la coagulación en profundidad. (Chandler, Mistal.)

Pero otro factor es necesario considerar, y es que la anchura y profundidad de la zona coagulada es dependiente también de la superficie de contacto del electrodo, y cuando las adherencias son vasculares y jugosas o están infiltradas por la anestesia, se produce vapor, que puede extender el área de coagulación hasta una distancia no conocida. (Chandler, D'Hour.) Fácilmente se comprende que si se está trabajando en una zona próxima a parénquima pulmonar, la coagulación puede alcanzarlo, y más tarde ocurrir un neumotórax espontáneo, y, de la misma forma, si la zona de coagulación está en las proximidades de vasos importantes, es posible invada las paredes de éstos, originando hemorragias gravísimas.

A este respecto, queremos citar la referencia que nos hizo Unverricht del accidente ocurrido a otro profesor que, habiendo utilizado la diatermia y la óptica directa para la sección de una banda del vértice, sobreviene al día siguiente enorme hemorragia de la vena subclavia, por desprendimiento de una profunda escara de coagulación, seguida de *exitus*.

También en nuestra observación número 10 se produce una perforación pulmonar, acompañada de profusa hemorragia, que puso en trance grave la vida del enfermo, siendo verosímil que las alteraciones originadas por la diatermia en la adherencia incompletamente seccionada produjo en sus tejidos un estado de menor resistencia que los hizo fácilmente desgarrables.

Vemos, pues, que, no sólo la diatermia *cortante*, sino que también la acción coagulante sola, puede originar complicaciones serias, que han esgrimido los partidarios de la galvanocautia en desprestigio de aquel método.

Las ventajas e inconvenientes de la diatermia pueden resumirse, con Mistal, de la siguiente forma:

Ventajas.—Provoca una hemostasia automática por coagulación de la sangre y la esterilización de los tejidos, evitando la propagación de gérmenes, y, con ellos, los riesgos de infección. La ausencia de calor y de hu-

mo disminuye las complicaciones. La intervención es menos dolorosa que con el galvanocauterio.

Inconvenientes.—La necesidad de una coagulación previa; la dificultad de liberar las adherencias cordoniformes, porque la diatermia provoca una desecación rápida de los tejidos que no conducen la corriente, y, por tanto, no se produce la acción *cortante*. Y, además, la producción de sacudidas musculares, que pueden originar complicaciones importantes.

El método mixto de liberación de las adherencias preconizado por Mändel y Maurer, principalmente consiste en coagular, primero con la diatermia, y sobre esta zona coagulada seccionar con el galvanocauterio, y así se van haciendo, sucesivamente, pequeñas zonas de coagulación que se cauterizan a seguido, hasta que la adherencia queda liberada. Este proceder, que empleamos nosotros, es de gran sencillez y comodidad practicándolo con el cauterio combinado de Maurer. Basta para obtener una buena zona de coagulación llegar a la división 0,2 ó 0,3 del amperímetro del aparato de Maurer.

Maurer ha descrito una técnica personal para las adherencias gruesas y sinfisarias con gran superficie de implantación en la pared torácica, y en la que el parénquima pulmonar puede llegar a estar en contacto con la misma pared, y que consiste en la enucleación o despegamiento de la adherencia, en vez de seccionarla. Emplea la diatermia y la galvanocautia sucesivamente, y la técnica es difícil y peligrosa, ya que puede herirse algún vaso intercostal. Pero es sólo de esta forma como se logra un buen colapso en ciertos neumotórax, que, de no operarlos, no serían susceptibles de otra intervención que de la toracoplastia.

Maurer, antes de poner en práctica su método especial, había usado también el galvanocauterio, e imputaba ser ésta una "intervención mal reglada", la presentación del 10 por 100 de exudados pleurales que observó en su casuística. Contra esta afirmación se levanta recientemente Coulaud, quien, con la primitiva técnica de Jacobaeus, en 350 intervenciones ha tenido sólo un caso de empiema consecutivo a la operación; en cambio, observó varias hemorragias, tres de ellas graves.

Podríamos, desde luego, aportar una serie interminable de opuestas opiniones sobre la utilidad de la diatermia y de la galvanocautia, y a la vista de ellas tendríamos gran dificultad para pronunciarnos en un determinado sentido. Ello no obstante, en un terreno ecléctico es de considerar por fuerza la dilatada experiencia de los autores escandinavos y alemanes, que son resueltamente partidarios del proceder de Jacobaeus.

A nuestro modo de ver, el método mixto diatermocoagulación y galvanocautia consecutivos sería el proceder de elección, al menos al iniciarse en la técnica, pues si bien es verdad que el poseer las ventajas de ambos métodos, lleva anejos sus inconvenientes, produce en el ánimo del operador gran tranquilidad saber que posee con la diatermia un medio bastante eficaz para tratar las hemorragias que sobrevengan, y que no de otro modo sería posible cohibirlas, ya que ellas constituyen el mayor peligro de la intervención, por la rapidez con que llevan a consecuencias fatales.

Queremos señalar que, entre los autores alemanes, Kremer concede mucha importancia al poder hemostático de la diatermia, pues aunque emplea solamente el galvanocauterio, coloca al enfermo en la mesa de ope-

raciones provisto del electrodo diatérmico indiferente e inmediato, y dispuesto para ser usado, el aparato de diatermia para casos de presentación de hemorragia.

Volviendo sobre los detalles prácticos de la operación, diremos que cuando existan varias adherencias en la cavidad pleural, caso el más frecuente, debe comenzarse por las más sencillas o más fácilmente atacables, o bien las que con su sección produzcan mayor beneficio al colapso pulmonar.

Los finos cordones y los hilos, siguiendo a Chandler, los desprendemos siempre con el galvanocauterio, y también las pequeñas y estrechas adherencias membranosas. A veces, después de seccionada una ancha membrana, quedan al descubierto nuevas bridas que no podían ser observadas en la primera exploración endoscópica. Las adherencias membranosas gruesas y las bandas fibrosas, así como las tiendas, velos y sínfisis, son tributarias de la transluminación, y nosotros no prescindimos nunca de practicarla en estos casos, pues aunque prolonga el tiempo de la intervención, de gran seguridad para efectuar la pleurocaustia.

En ocasiones, las adherencias amplias no pueden quedar seccionadas en una sola intervención, y es necesario practicar una segunda sesión operatoria. También la existencia de varias y extensas adherencias pueden decidir a liberarlas en varias sesiones, tal como suelen proceder Sayé, Güllbring, Diehl y Kremer, que, en algunos casos, practican tres, cuatro y cinco intervenciones.

La sección parcial de una brida, tal como suelen hacer Matson, Brissaud, etc., sobre todo en presencia de sínfisis, haciendo una demarcación diatérmica o galvanocáustica sobre ella, en una extensión de tres a cinco centímetros, para producir su alargamiento, no nos parece exenta de peligro, pues aunque tal técnica nunca la hemos seguido, hemos comprobado que precisamente las perforaciones de nuestra casuística se produjeron siempre en enfermos con adherencias que se habían seccionado sólo parcialmente, por imposibilidad de continuar la operación.

El promedio de tiempo empleado en cada una de nuestras intervenciones oscila entre una y dos horas.

Después de la operación, nuestros enfermos han permanecido en cama de seis a ocho días, si el curso postoperatorio no fué acompañado de complicación grave.

VII

INDICACIONES

Siendo la neumolisis intrapleural un método operatorio complementario de la colapsoterapia por el neumotórax artificial, su indicación primaria ha de ser, pues, completar el colapso pulmonar parcial o insuficiente, favoreciendo de este modo la cicatrización del proceso destructivo pulmonar y alcanzar con ello la curación clínica o inactividad lesional.

Han de ser, pues, consideraciones de orden clínico y radiológico las que sentarán en principio la indicación toracoscópica, pero ha de ser, en definitiva, el resultado de esta exploración el que decidirá sobre la posibilidad de realizar la sección de adherencias.

La persistencia de la expectoración bacilífera en un enfermo portador de un neumotórax artificial es el primer factor a considerar para la práctica de la neumolisis, ya que ello traduce la ineficacia del neumotórax.

En un principio se ha considerado una antigüedad de tres a seis meses de neumotórax, necesaria para practicar la intervención, con el fin de que durante este tiempo las adherencias se distendieran (Voute) y las cavidades llegaran a colapsarse; pero actualmente, la mayoría de los autores (Matson, Unverricht, Ulrici), reducen el tiempo de espera, considerando que tan pronto como radiológicamente se descubren las adherencias pleurales que limitan el colapso, se debe intervenir, y ello, naturalmente, no exige una espera superior a los dos meses.

Desde luego, en cuanto se haya establecido un colapso—que permita la introducción del toracoscopio—se está autorizado a intervenir, en casos de hemoptisis que se repiten, a pesar de la instalación del neumotórax. Esta fué la indicación precoz de la intervención en nuestras observaciones números 5, 12 y 15. En el primer caso se efectúa la operación tres meses después de instaurado el neumotórax, y en los restantes, a los dos meses, siendo seguido de éxito por lo que respecta al síntoma hemoptisis en los tres casos; asimismo, la expectoración se hizo abacilífera en los dos primeros, pero persistía a los tres meses bacilífera en el tercero (número 15), a pesar del colapso total logrado sobre un pulmón atelectásico, siendo verosímil que el lóbulo inferior que permanecía adherido en su base al diafragma impida el colapso completo de las ulceraciones pulmonares. Sin embargo, el tiempo transcurrido es demasiado corto para dudar de la eficacia ulterior de la intervención.

La forma anatomoclínica pulmonar es necesario considerarla por lo que respecta a la precocidad de la intervención, pues en las formas unilaterales de tendencia exudativa y con siembras homolaterales existe el peligro de rápidas bilateralizaciones, y, por ello, cuanto más pronto se complete el colapso pulmonar, antes serán evitados los riesgos de diseminación. En nuestra observación número 13, con una tuberculosis infiltrativa ulcerada y con siembra extensa homolateral, las adherencias mantenían una cavidad colgante, que, por su emplazamiento subpleural, tardó unos cuatro meses en colapsarse totalmente después de practicada la intervención, y ésta se había llevado a cabo al mes y medio de iniciado el neumotórax.

Es comprensible que la demora de la intervención por algunos meses habría acarreado un endurecimiento de las paredes de la cavidad, rodeándola de una corteza pleural y situándola, por tanto, en condiciones menos aptas para el colapso, persistiendo el manantial bacilífero, con el peligro de una siembra broncogénica contralateral.

Güllbring practica la neumolisis intrapleurales cinco a seis semanas después de instaurado el neumotórax. Considera perjudicial las esperas largas, ya que las cavernas frescas se colapsan mucho mejor que las antiguas, y las adherencias se seccionan también más fácilmente cuanto más reciente sea su formación.

Pomplun y Stephani consideran de urgente indicación la práctica de la neumolisis en los neumotórax con cavernas colgantes.

En apoyo de la precocidad de la intervención, hay que considerar también las complicaciones que pueden surgir en los neumotórax incompletos por adherencias que, manteniendo las paredes de las cavidades distendidas, las exponen, cuando éstas son superficiales, a una perforación espontánea, creando un neumotórax valvular.

Launay y Dierichs aconsejan por ello adoptar una decisión inmediata en presencia de neumotórax con adherencias, para instituir una colapsoterapia más radical, siempre que la neumolisis no fuera posible.

Douady y Meyer han observado en los neumotórax intervenidos después de uno o dos años la inercia postoperatoria del pulmón liberado, a causa de que los muñones pulmonares están rodeados de espesa cubierta, y, aun libres de las adherencias, no llegan a retraerse espontáneamente.

Otra complicación del neumotórax, imputable la mayoría de las veces—aparte, naturalmente, la exudatividad lesional—a la presencia de adherencias pleurales, son los exudados de la más diversa naturaleza. Por ello, completar un neumotórax, aun cuando la expectoración no es bacilífera, debe ser indicación formal de la neumolisis intrapleurales. En nuestros casos números 3, 9 y 17 se efectuó la operación con el solo propósito de lograr un colapso completo, ya que la expectoración fué negativa para el bacilo de Koch por homogeneización.

Si bien, como puede comprobarse en la observación número 3, en la cual, además, la operación fué incompleta, resultó bacilífero el esputo por siembra en medio de Loewenstein y por inoculación a cobaya con posterioridad a la intervención.

La existencia de lesiones bilaterales no puede considerarse como una contraindicación, ya que el establecimiento del neumotórax persigue la finalidad de lograr el colapso pulmonar completo, o, al menos, eficaz. Sin embargo, podrá discutirse el momento de practicar la intervención, ante el temor de posibles complicaciones de la neumolisis que repercutieran de manera perniciosa sobre la evolución del proceso contralateral, en condiciones que impidieran todo intento de colapso. Estas consideraciones la ilustra nuestra observación número 15, donde, después de la neumolisis, se operó una marcada reactivación de la discreta siembra hemática del pulmón derecho sin alteración del estado general del enfermo, pero que ulteriormente no prospera, regresando a su primitivo estadio.

La labilidad de mediastino ha sido incriminada por Sayé como responsable de los trastornos circulatorios agudos consecutivos a un colapso masivo de pulmón, al liberar las adherencias, dando origen al *síndrome asfítico sobreagudo mortal*, por lo que este autor aconseja proceder cautamente en los casos con mediastino móvil, desprendiendo las diversas adherencias en varias sesiones, para evitar un colapso demasiado rápido y la consecutiva desviación mediastinal.

En nuestra observación número 12 se produce un colapso atelectásico, masivo, del pulmón, después de la neumolisis, con fuerte desviación de mediastino—como acredita la radiografía—, sin que diera lugar a alteración cardíaca alguna ni a modificaciones del otro pulmón.

La existencia de exudado en la cavidad pleural, que para algunos (Schmidt) tendría el peligro de dejar fístula en la parte costal después de la intervención, no es realmente una contraindicación, tratándose de exudados leves que no sobresapan la cúpula diafragmática e introduciendo el trocar muy por encima del nivel líquido. Tanto a Chandler como a Kremer les hemos visto seccionar adherencias en enfermos con exudado sin tener que lamentar consecuencia alguna. En 30 de las 141 inter-

venciones de Welles existía exudado antes de la operación. Desde luego, debe considerarse contraindicado intervenir en casos con exudados acompañados de fiebre alta, y que, por tanto, están en una fase aguda, pero tan pronto como este período ha remitido, puede operarse, haciendo preceder la intervención de una evacuación del exudado.

En nuestras observaciones números 1, 19 y 17 existían pequeñas cantidades de exudado en la cavidad pleural, que no fueron obstáculo para la intervención.

Unverricht, Jacobaeus, Güllbring, Sayé, Diehl, Kremer, Cova, Boseli, Gabe, etc., han practicado la neumolisis bilateral con resultados satisfactorios. En nuestra estadística figuran tres observaciones con neumotórax bilateral intervenidos. El caso número 18 fué operado con un intervalo de diecisiete días entre ambas neumolisis, y el resultado fué completamente satisfactorio. En el caso número 20 hubo de abandonarse el otro neumotórax, a causa de una perforación pulmonar leve en el lado intervenido, y en el número 19 se espera actualmente el aumento de la capacidad vital para completar la intervención.

Condición necesaria en estos casos es la rigidez del mediastino, que no permita su desplazamiento, actuando de manera favorable también la existencia de adherencias mediastínicas, que impiden un colapso completo de ambos pulmones.

La existencia de focos tuberculosos extrapulmonares no debe considerarse como contraindicación. Douady, Mistal y Sayé piensa que debe intervenir inmediatamente cuando un enfermo tiene tendencia a las diseminaciones extrapulmonares.

Zarco, Coulaud, etc., consideran como una indicación de urgencia el embarazo para hacer eficaz el neumotórax cuanto antes y evitar complicaciones posibles en el período peligroso del alumbramiento.

La capacidad vital debe tenerse en cuenta cuando haya lesiones bilaterales o si se trata de practicar la neumolisis de ambos lados; en general, no debe operarse con capacidad vital inferior a 1.000 centímetros cúbicos.

Las contraindicaciones deben fundamentarse únicamente en el estado general del sujeto, por la enfermedad en sí o a causa de procesos de otros órganos. Un mal estado general con fiebre alta que favorece los brotes, así como graves trastornos cardíacos o intestinales (tuberculosis), renales, etc., aconsejan siempre abstenerse.

Nuestros enfermos fueron casi todos operados en un excelente estado general como el proporcionado por la cura sanatorial durante algunos meses. Los detalles pueden observarse en la casuística.

(Concluirá.)

MEGACOLON Y DOLICOCOLON

POR EL

Dr. DIEGO CASTRO NUÑO JUAREZ

Hasta hace poco se ha venido hablando del megacolon y del dolico colon como enfermedad extraordinariamente rara, pero como cada día son más frecuentes las publicaciones sobre este asunto, queremos hacer resaltar que el megacolon o enfermedad de Hirschprung en su forma pura es relativamente raro, pero las formas localizadas o las combinaciones de mega y dolico colon se observan con mucha frecuencia, y aun más se observarían

si de una manera metódica exploramos a la pantalla todos los casos de estreñimiento.

Esta enfermedad está caracterizada por estreñimiento, borborismos y trastornos generales, acompañados casi siempre de fenómenos tóxicos. Esta sintomatología tan vaga y vulgar es la que hace que se nos escapen muchos de los casos que, con una buena y completa exploración, no quedarían catalogados en la vulgar colitis o en la autointoxicación por estreñimiento.

A pesar de ser una enfermedad congénita, hay que admitir que en algunos casos es adquirida, y, como decía Ishikawa, debida a una distrofia de origen neurógeno. La válvula rectosigmoidea, en condiciones anormales, puede dar lugar a cierta detención al paso de los excrementos, y el peso de los fecalomas allí acumulados determinar una dilatación que originaría, a su vez, el pliegue de Perthes.

Otros autores, entre ellos Concetti, Lenander, Bing y Retzlaff, creían que la producción del megacolon era debida a la hipotonía o a la hipomotilidad muscular, pero no es esto aceptable, porque es de todos conocido que en el megacolon hay hipertrofia muscular y, a veces, hiperperistaltismo, aunque esto es menos frecuente, sobre todo en los casos de gran dilatación, como en uno que nosotros hemos observado.

Estos hechos indujeron a Brunning a pensar que quizá se tratase de una disfunción nerviosa de origen congénito, y, por tanto, no sería el tono muscular, sino el tono trófico del simpático el causante de esos trastornos. Y se lo explica así porque, de la misma forma que la hipertonia del simpático puede acarrear la degeneración y la necrosis de un tejido, la hipotonía conduce a la regeneración, y la falta de esta función moderadora del trofismo puede dar lugar al gigantismo.

Así, pues, el megacolon, según él, se debe a una disontogénesis de los segmentos centrales del simpático. Esta concepción patogénica explica, según el autor, el que el recto no participe en el verdadero megasigma de su gigantismo, debido a que sus centros nerviosos radican en zonas más bajas de la medula.

Hay otros factores que intervienen en la formación del megacolon: unos, mecánicos, y otros, funcionales.

Entre los mecánicos tenemos el pliegue de Perthes, las acodaduras del sigma debidas al alargamiento del colon, no seguido paralelamente del meso, produciéndose las mesenteritis que dan lugar a las acodaduras o a las válvulas; las adherencias y las bridas pueden también contribuir a la formación del megacolon parcial. El estreñimiento es otra causa que mantiene el megacolon por la falta de adaptación del continente al contenido, que hace que remanse éste en algunos sitios.

Entre las causas funcionales tenemos, según Brunning, los espasmos locales. La acalasia, o falta de relajación de los esfínteres, fué aceptada para explicar el megaesófago, y como ya se ha visto y confirmado en muchos casos, la concomitancia del megaesófago con el megacolon, se ha llegado a pensar que esta misma causa fuera la determinante del megacolon, con la producción de éstasis, dilatación e hipertrofia.

Fisiológicamente explica Alvarez este mecanismo por la destrucción de los plexos nerviosos intramurales de Auerbach y de Meisner.

Normalmente, la motilidad gastrointestinal es autóno-

ma y miogénica, y la unión de este sistema y el central se hace por intermedio del vago, que regula su funcionamiento, y garantiza una actuación funcional según las necesidades orgánicas.

Hurt fué el primero en suponer que este proceso sería debido, como hemos dicho, a la destrucción de los plexos, y Rake, en autopsias practicadas, comprobó esta suposición, encontrando desintegración de estos elementos nerviosos. Estas lesiones destructivas se acentúan más en los esfínteres funcionales del intestino, principalmente en el esfínter perirrectal.

Estas mismas causas son las que determinan la producción del megaesófago, habiéndose ocupado Correia Neto de la similitud e incluso de la concomitancia de estas afecciones.

Se ha pensado también en procesos infecciosos como determinantes de esta enfermedad, pero, hasta el presente, a pesar de la multitud de causas etiológicas que se invocan para explicar su producción, no se sabe a ciencia cierta cuál es la verdadera causa del mal.

Otra relación que frecuentemente se observa es la del mega y dolico colon. Rara vez se presenta el mega o el dolico en su forma pura, y las observaciones radiológicas nos muestran la combinación de ambas formas con más o menos exageración por una de sus partes.

Se ha dicho que el más inofensivo en apariencia es el dolicosigmoide, pero como veremos más adelante, por la observación de uno de nuestros casos, puede dar lugar a sintomatología bastante aparente, pero de difícil diagnóstico etiológico, si anteriormente no conocemos la afección de nuestro enfermo.

Clínicamente, se caracteriza esta afección por el estreñimiento pertinaz y rebelde a todo tratamiento, y el meteorismo, presentándose unas veces desde el mismo nacimiento, y otras en el transcurso de la vida, ya al terminar la lactancia, o en la edad adulta.

La enfermedad es tanto más grave cuanto más al comienzo de la vida se presenta, por ser el organismo menos resistente a la intoxicación que supone el éstasis estercoráceo, muriendo a consecuencia de ella en los finales del primer año. Los que adquieren la enfermedad en la edad adulta se encuentran en mejores condiciones de resistencia y pueden sobrevivir a esta afección.

Anatómicamente se caracteriza por la dilatación del colon, dilatación que puede estar localizada en un tramo de este intestino, principalmente en el descendente y S iliaca, o puede ser generalizada, ocupando todo el tramo cólico. Esta forma es más rara, siendo lo más frecuente el encontrar el megacolon localizado.

La exploración del enfermo nos suministra datos, poniéndonos sobre la pista de la enfermedad. El vientre suele estar abultado, turgente, con zonas de meteorismo variables de una exploración a otra, pero más pronunciadas y persistentes en los ángulos cólicos, que, a veces, por la enorme distensión, empujan y elevan el diafragma, comprimiendo corazón y ocupando gran parte de la cavidad torácica, como en uno de nuestros casos.

Radiológicamente, la cosa ya no ofrece dudas, y encontramos todo o parte del colon dilatado, variando esta dilatación según el grado más o menos avanzado del proceso.

Como anteriormente hemos dicho, suelen combinarse el mega y el dolico colon, ofreciendo sintomatología un

poco más variada, y ofreciendo aspectos diferentes según la localización, alargamiento o ensanchamiento del colon.

Corrientemente suele observarse, además del estreñimiento, crisis o "débâcles" diarreicas, alternando con más o menos predominio de una u otra forma, pero principalmente el estreñimiento domina la escena, y la diarrea se presenta casi siempre, o por fermentaciones anormales o por rebosamiento.

El dolor es muy variable, oscilando de unos casos a otros entre el dolor agudo y prolongado a la crisis de tipo oclusivo, pasajero casi siempre, unas veces por deshacerse la torsión, y otras, como en un caso nuestro, por acomodarse la anatomía fisiológica a la nueva posición de las asas.

Las crisis dolorosas pueden localizarse en diferentes sitios del abdomen, y se presentan bruscamente sin síntomas premonitorios algunos. En algunas ocasiones, un movimiento quizá un poco brusco, como en el caso nuestro, puede ser el causante de la torsión y principio del dolor.

Gaston Durand describe diversas formas de presentación del megacolon o del megadolico colon.

Las formas medias son aquellas en las que el éstasis crónico tiene más importancia, pero el estreñimiento está un poco enmascarado por crisis diarreicas, o, como él llama, por incontinencia por plenitud. El dolor es del tipo de la seudooclusión, la aerocolia es más pronunciada en esta forma, y se manifiesta por el aumento de volumen del vientre en general, o sólo en un sitio determinado. Los trastornos generales en esta forma son también pronunciados, más que en el dolico colon puro.

Todas las variedades de esta enfermedad pueden dar lugar a formas atípicas, de sintomatología muy variada, simulando afecciones de vientre o de pecho, según la acumulación de los gases sea en un sitio o en otro. Así, pueden simular una apendicitis, una úlcera duodenal, una colitis, una afección cardíaca, medular, reumatoidea, etc.

Las formas frustradas se dan con más frecuencia en la infancia y en el dolico colon, con o sin dilatación. El dolor y el estreñimiento pueden pasar desapercibidos si no se insiste sobre ellos, dado lo insignificante de sus manifestaciones, y los familiares no suelen parar atención sobre éstos. Son los síntomas generales los de mayor relieve, y con frecuencia encontramos astenia, anemia, inapetencia, estado subfebril, adelgazamiento, etcétera, desviando nuestra mirada hacia otros órganos, que no son los verdaderos causantes del mal, descubriéndose a veces la enfermedad por verdadera casualidad.

Nosotros agregaríamos a estas variedades otra que podría denominarse "forma gigante", debido a las extraordinarias dimensiones del intestino. Uno de nuestros casos, como después veremos, podría catalogarse dentro de esta variedad, y en su sintomatología están exacerbados los fenómenos de éstasis y meteorismo.

Entre las complicaciones, la más frecuente suele ser el vólvulo incompleto, que debe constituir el indicio que nos ponga sobre la pista de la enfermedad; pero a veces puede acompañarse de dolores tan localizados y tan netos en regiones tan apartadas, que nos alejan la idea de una afección intestinal. Pero el dolor, las melenas, a veces el pensar en una pericolicitis supurada, nos debe in-

ducir a una exploración radiológica, que nos pondrá en vías de hacer el verdadero diagnóstico.

Como hemos visto, el diagnóstico radiológico será el que nos dé la seguridad de la afección que padece nuestro enfermo. Por tanto, no debemos escatimar la exploración por este medio, aun cuando síntomas de otra naturaleza distraigan la atención en otro sentido.

El mejor medio de relleno del colon para la observación de estos casos es el enema. De esta forma, podremos apreciar la dilatación real del colon, las adherencias, si existen, la movilidad o fijeza de las asas, etcétera, pero también tropezamos en esta vía con el inconveniente de los niños, de la dificultad para retener, y, en personas mayores, si es muy voluminoso el colon, como en uno de nuestros casos, de la gran cantidad de líquido que hay que inyectar.

El tratamiento será diferente, según el grado de extensión de las lesiones y según sea un dólico o un mega.

El dolicocolon, cuando no es demasiado avanzado, le trataremos médicamente, procurando dar una alimentación pobre en toxinas y en elementos fermentescibles, y que deje pocos residuos.

Se procurará dar laxantes suaves a base de parafina, aceite de ricino, enemas abundantes, pero a débil presión, para que no irriten la mucosa, ya de por sí congestionada por las retenciones excrementicias a que está sometida.

El dolor, procuraremos calmarlo con antiespasmódicos.

Con todos estos medios, lograremos mejorar el estado del enfermo, es decir, reduciremos los sufrimientos, el estreñimiento, el dolor, las fermentaciones, etc., pero las lesiones ya constituidas, de aumento de volumen y de longitud, éstas no se corrigen o sólo lo hacen en grado pequeño, por lo que tendrá que estar sometido el enfermo a todas estas prácticas higiénicas y medicamentosas, para no verse amenazado continuamente de recrudecimientos que pueden ocasionarle serios disgustos.

En los casos más avanzados de dolicocolon, a pesar de todos estos remedios farmacológicos, incluso recurriendo a las corrientes galvánicas, no obtenemos más que un alivio muy pequeño, y habrá que recurrir, si queremos curar al enfermo, a someterlo a una intervención cruenta, a pesar de los riesgos que con ello corremos, dado la traumática de la operación.

El vólvulo, como hemos dicho, es la mayor y más grave amenaza que suele presentarse en estos casos, pero, debido a la longitud del intestino y de los mesos, la obstrucción casi nunca es completa, pudiendo a veces hacerse crónica esta semiobstrucción o deshacerse la torsión. De todas formas, procuraremos médicamente salvar el obstáculo, y cuando el grado de obstrucción avanza y se hace completa, entonces recurriremos a la intervención quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico está supeditado a una porción de factores, de estado general, edad, etc., pudiendo hacerse una intervención radical y definitiva, o paliativa e incompleta, como en algunos casos, en los que nos limitaremos a hacer una enteroanastomosis, o también, cuando las circunstancias lo requieran, hacerlo en varios tiempos, evitándonos así graves riesgos, debido a lo traumática de la operación radical.

Algunas operaciones paliativas que se han practicado y aun se practican, como es la simple detorsión del asa,

incluso con fijación de la misma, no es la operación recomendable, porque casi siempre vuelve a reproducirse la torsión, y es preferible hacer un ano artificial, que es casi menos traumático, y, por lo pronto, nos salva la situación.

El procedimiento ideal, cuando las circunstancias lo permitan, es el radical en un tiempo, siguiendo la técnica de Mayo, Lockart-Mummery y Rutherford Morrison.

Una vez hecha la extirpación del trozo dilatado, se introduce un tubo de goma en el cabo distal, hasta que salga por el ano; puesto en esta forma, se introduce el extremo superior del tubo en el cabo oral del colon, sujetándole mediante una fuerte ligadura alrededor de dicho tubo; se tira entonces del extremo del tubo que sale por el ano, haciendo que se invagine el cabo oral del colon en el distal, y practicamos entonces una sutura para unir los dos extremos, y hecho esto volvemos a tirar un poco del tubo, con objeto de invaginar esta sutura y practicar otra por encima, serosa-serosa, de protección y refuerzo.

El curso postoperatorio suele ser excelente con este procedimiento; el tubo nos facilita la eliminación de gases, y, por tanto, nos evita la distensión de las suturas.

El tubo suele caer a los cuatro u ocho días, quedando la circulación perfectamente normalizada.

Cuando la extensión de las lesiones alcanza a todo el colon, se hace la secreción, abocando el ileon a la S iliaca.

Recientemente, Guinard y Merz proponen un medio operatorio del dolicosigmoide, con o sin vólvulo, hecho en un tiempo y extraperitonealmente, porque de esta forma se evitan muchos riesgos de infección. Proceden de la forma siguiente: incindiendo el abdomen por parte media o lado izquierdo, se exterioriza el asa dilatada y, una vez bien protegida, se punciona para que no esté tan tensa y se fija al peritoneo por una línea de sutura. Ya así aislada, en la cavidad abdominal se liga el meso, se extirpa el asa y se anastomosan terminiplateralmente la boca aferente con la eferente, suturando encima músculos, aponeurosis y piel.

Indudablemente, el proceder es más fácil y los peligros de infección son menores, pero las probabilidades de formación de fístula me parecen mayores que con las otras técnicas, aunque los autores aseguren lo contrario.

(A continuación, el Dr. Castro Nuño presentó una colección de historias clínicas con numerosas radiografías.)

PERIODICOS MEDICOS

M. BRODIE y W. H. PARK.—*Inmunización activa contra la poliomielitís.*

La dificultad de combatir la propagación de las epidemias de esta dolencia mediante las medidas higiénicas de aislamiento y desinfección, dado el gran número de portadores de gérmenes aparentemente sanos y la frecuencia de casos abortivos que pasan desapercibidos, y lo difícil que es aplicar suero de convalecientes, así como su escasa eficacia para dar inmunización pasiva previa, han hecho pensar a los autores en la necesidad de re-

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada,
inalterable, de los principios
activos de las levaduras
de cerveza y de vino.

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX**, etc.

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

Comprimidos compuestos de *Hipófitis*
y *Tiroides* en proporción prudencial,
de *Hamamelis*, *Castaña de India*
y *Citrato de Sosa*.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

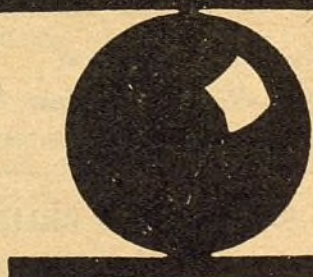
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS Y C.^a-AVDA. Eduardo Dato, 10. Madrid.

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

Deprime el tono vagal y
devuelve el equilibrio
al sistema nervioso
vegetativo



ES EL MEDICAMENTO ESPECIFICO
DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFEC-
CIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO,
COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERONEUROSIS,
CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 mgr
Estr. Belladona 2 »
- Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
el día



Representante para España: Dr. J. Valles y Ribó. Enrique Granados, 90-92. Barcelona

Asociación
Digitalina - Uabaina



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias.—Dosis mediana: 30 gotas diarias.

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur.-PARIS

Muestras y José M.^a Balasch Cuyás (Farmacéutico)
literaturas: Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA

INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

OPTOBALSAN

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

Fórmula Adultos

Optoquina.....	0,03 gr.
Hidrastina.....	0,002 gr.
Colesterina.....	0,05 gr.
Alcanfor.....	0,20 gr.
Gomenol.....	0,20 gr.
Guayacol.....	0,10 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 3 cc.

Fórmula Niños

Optoquina.....	0,015 gr.
Hidrastina.....	0,001 gr.
Colesterina.....	0,025 gr.
Alcanfor.....	0,10 gr.
Gomenol.....	0,10 gr.
Guayacol.....	0,05 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 1,5 cc.

Representante para Madrid:

Don Antonio Sánchez Soubrier.- Glorieta San Bernardo, 8. Tel. 32267

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MÉDICOS

LABORATORIO VIUDA DE SALVADOR S. ORTIZ. - BAZA (Granada)



BARACHOL



Antiséptico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna
sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

currir a las vacunas. Como prueba de la inmunidad adquirida, recurren a la busca y dosificación de los anticuerpos en la sangre de los vacunados. En el hombre sano aumenta espontáneamente la cantidad de anticuerpos con la edad del sujeto. En cambio, en los monos los anticuerpos sólo se encuentran en los convalecientes. La vacuna la preparan los autores sirviéndose de la medula espinal de monos infectados; inactivan este virus por el calentamiento a 37° durante ocho a doce horas, y agregan 0,1 por 100 de disolución de formaldehído, para evitar la descomposición. En los animales-testigos bastan dosis de cinco centímetros cúbicos de vacuna preparada para obtener una buena inmunidad, desde luego más eficaz que la que proporciona una poliomiéltis atenuada. Comprobado que la vacuna era inofensiva para el niño, se procedió a evacuar a varios, dándoles una o dos dosis de cinco centímetros cúbicos, de los que uno a dos centímetros cúbicos se inyectaban por vía intradérmica y el resto por vía subcutánea. En unas 2.300 inoculaciones sólo observaron tres veces reacciones generales desagradables, y 23 veces reacciones locales excesivas. Comprobando la existencia y cantidad de anticuerpos mediante la inoculación intracerebral al mono de una mezcla de suero y cantidades diversas de virus, se vio que los anticuerpos aparecían en la primera semana, alcanzaban su máximo a la tercera o cuarta, y aun se los descubría al cabo de ocho meses. Una sola dosis de cinco centímetros cúbicos es eficaz, en el 75 por 100 de los casos, y dos dosis en el 100 por 100. Sólo su empleo en graves y extensas epidemias podrá determinar el verdadero valor de esta vacuna.—(*Journal of Amer. Med. Association*, 1935, tomo CV, pág. 1.089.)—F. G. D.

J. BERBERICH y H. STRAUSS.—*Hipotonía como causa de trastornos vestibulares y nerviosos.*

La hipotonía puede originar, además de los síntomas que le son característicos, otros trastornos, relativamente frecuentes, por parte del sistema nervioso y del aparato vestibular que llevan los enfermos a los respectivos especialistas, donde no obtienen ninguna mejoría, por no relacionarse los síntomas con la causa que los produce.

Ambos tipos de síntomas existían en gran número de enfermos observados por los autores, en los cuales la presión sistólica era inferior a 105 milímetros de mercurio en los hombres, y a 100 milímetros Hg. en las mujeres.

Por parte del oído, los síntomas más corrientes son: vértigo (rotatorio principalmente); zumbidos de oídos; pérdida de la sensación de seguridad al pasar de la posición decúbica o sentada a la vertical; en la mayor parte de los casos van acompañados estos síntomas de los típicos: cansancio fácil, palidez del rostro, cianosis de las manos y de los pies, etc. Los zumbidos y el pulso son isocronos. Objetivamente se encuentra en estos enfermos hipotonía, bradicardia, y sólo en casos excepcionales alteraciones del aparato vestibular. El nervio acústico es completamente normal. A veces existe nistagmus espontáneo. Todos estos síntomas no mejoran con los medios empleados cuando dependen de alteraciones del oído (quinina, calcio, bromo, etc.), y desaparecen, en cambio, rápidamente, cuando se eleva la tensión con el empleo de simpatol, efetonina, etc.

Por parte del sistema nervioso se encuentran, además de los síntomas de cansancio y dolores de cabeza, estados depresivos, que es difícil a veces diferenciar de los de origen endógeno. Los estados depresivos, muy intensos por la mañana, mejoran en el transcurso del día, a medida que aumenta la presión por la plétora digestiva, etcétera. La melancolía de estos sujetos no es influida por los métodos psicoterapéuticos, y mejora con simpatol y efetonina. (De *Med. Woch.*, núm. 227, 7 febrero 1936.)—M. B.

NONNENBRUCH.—*Trastornos renales en enfermedades del hígado.*

En el curso de las enfermedades del hígado pueden presentarse anurias:

1.º En las infecciones y toxemias, que afectan por igual a hígado y riñón (hepatonefritis, de los franceses), lo mismo si se trata de procesos con lesiones puramente inflamatorias como si hay lesiones degenerativas marcadas.

2.º En las estasis crónicas del hígado, sin que en tales casos se encuentren lesiones renales, aparte de una estasis moderada del riñón, insuficiente por sí sola para explicar la anuria.

3.º Tras las operaciones sobre las vías biliares, y algunas veces después de cólicos hepáticos, haciendo así más difícil el diagnóstico diferencial entre éstos y los nefríticos del lado derecho (¿anuria refleja?).

Asimismo se observan hipostenurias con eliminación normal de urea y de nitrógeno residual. También la eliminación de cloro es normal, y sólo faltan los elementos orgánicos ricos en C, de donde el escaso peso específico de la orina. Esta hipostenuria hepatorenal se explica por un trastorno en el llamado preriñón. En los casos graves con trastorno en la eliminación de sustancias azoadas por el riñón y valores anormales por exagerados de urea y nitrógeno residual en la sangre es preciso tener en cuenta que, además, pueden existir las alteraciones mencionadas en la eliminación de sustancias orgánicas. Este factor extrarrenal de las hipostenurias no debe perderse nunca de vista en los enfermos de hígado.

Hay relaciones constantes entre los valores de urea y de nitrógeno residual en sangre, en tal forma, que todo descenso de la urea va acompañado de un aumento del nitrógeno residual. La urea resulta por esto un excelente remedio para luchar con éxito contra los estados graves debidos a un exceso de N residual en sangre. Iguales éxitos terapéuticos se obtienen con las inyecciones de preparados de hígado.

Para establecer indicaciones precisas en los casos en que se aconseje la interrupción del embarazo por enfermedades del parénquima y por toxicosis hepática es preciso tener a la vista análisis completos de sangre. El estudio de funciones aisladas, la prueba de la bilirrubina y la de la galactosa son insuficientes por sí solas. Basta muchas veces con terapia salina o con administrar urea para que tales trastornos desaparezcan. Incluso casos graves de toxicosis gravídica se mejoran pronto y bien si se las trata como azoenias por hipocloruremia, dando inyecciones de ClNa asociadas a limonadas con urea o a preparados de hígado.

También debe hacerse examen completo de sangre an-

tes de emprender operaciones, para combatir *icterus parenquimatosus*. Cuando se vean graves trastornos en la regulación del N residual y de urea en sangre, el pronóstico es malo y los resultados de las intervenciones serán malos.—(M. M. W., 1936, núm. 16.)

PROF. HUSLER.—*Medidas que deben tenerse en cuenta para evitar las contaminaciones interiores y exteriores en los hospitales de niños.*

Es el problema que estas líneas enuncia de un valor muy grande—nos dice el autor de esta comunicación a la Conferencia de Pediatría Preventiva de Bal. Su trabajo vamos a ir revisándolo con la brevedad de esta sección en las partes que él lo ha dividido:

Infecciones hospitalarias por vías digestivas.

Infecciones hospitalarias: divide a éstas en cuatro grupos, según su modo principal de transmisión dentro del hospital. Las tres principales son el tifus, el paratífus y las disenterías. Merced a la profilaxis, hoy puede afirmarse se hallan todas desterradas del hospital.

Infecciones por contacto directo o indirecto: erisipela, blenorragia y sífilis; la segunda es la más abundante.

Infecciones transmisibles a cortas distancias: tos ferina, escarlatina, gripe y anginas.

Infecciones transmisibles a gran distancia: varicela y sarampión; causan éstas las mayores dificultades en un hospital.

Medidas de profilaxis general.

Estima, no sólo la necesidad de separación de enfermos, según Ranuchfuss, sino que cree necesarias las habitaciones con muy pocas camas, a más de la instalación de la cuarentena localizada en cada sala o "unidad".

Pide un reglamento sumamente estricto para las visitas y un examen radioscópico pulmonar anual a todo el personal, igualmente a la entrada de los internos y enfermeras.

Medidas de profilaxis espacial.

Expone la profilaxis de cada una de las infecciones antes mencionadas; en todas ellas puede decirse es de modo general la separación y la higiene. ("Copte Rendu de la cinquième Conférence de la Association Internationale de Pédiatrie Préventive." Bale, 1905.)—H. S.

J. CORNET.—*Diagnóstico de la peritonitis y de la ascitis en el lactante.*

Se trata de un niño de dos meses de edad, con 3.530 gramos de peso; bruscamente, una mañana, ocho días antes, rechaza el alimento, se agrava intensamente. Vómitos frecuentes, llanto. Así persiste varios días; aumenta de volumen vientre y escroto; deposiciones, de amarillas se cambian en oscuras; circulación abdominal colateral muy acentuada; muguet.

Al examen: mal estado general, deshidratación, líquido libre en vientre, con matidez de convexidad inferior, y sensación de ola. En el momento del examen orina, que, recogida en tubo de ensayo, aparece limpia.

Ante este cuadro se piensa en trombosis venosa, cirrosis hepática, obstáculo a circulación porta. Al día siguiente, el niño se agrava intensamente, y, de urgencia,

se hace una paracentesis, extrayendo corpúsculos en suspensión. La palpación de vientre aprecia tumor lumbar derecho, fijo, de contornos poco precisos, desbordando las costillas y continuándose con el hígado.

El líquido de punción dió: 6,25 gramos de albúmina al Esbach, y numerosos polinucleares. En sangre, 21.000 leucocitos, con 77 por 100 de polinucleares y 23 por 100 de linfocitos.

Al tercer día fallece, y en la autopsia encontramos: líquido libre en cavidad abdominal; riñón derecho, voluminoso, ocupando la fosa lumbar; uréteres, dilatados; "verumontanum", fuertemente hipertrofiado; partiendo de su parte inferior, dos válvulas que se implantan lateralmente, formando un tabique transversal en el nacimiento de la uretra membranosa que dificulta el paso.

Caso clínico muy interesante de malformación congénita de "verumontanum", dificultando el paso de orinas al exterior. Como consecuencia, ha habido hipertrofia de vejiga, dilatación de uréteres e hidronefrosis bilateral, con riñón derecho infectado y aumentado de volumen, constituyendo un tumor.

En este caso se ha cometido falta grave al no analizar orina; se ha tomado el líquido abdominal como de ascitis, pero que por la limitación de albúmina debe llevar a conceder poco valor a la cantidad de albúmina de un líquido abdominal. Finalmente, el poco valor concedido a la temperatura (oscilando entre 36 y 37°), y a la leucocitosis.—(La Scalpel. Bruselas, 13 de junio 1936. Año 89, núm. 24, pág. 753.)—M. A. C.

RICHARD JAHIEL y C. ARMAND.—*Lesiones necróticas de la piel curadas por un tratamiento digestivo.*

Los autores nos presentan dos observaciones realizadas en dos pacientes que hacía ya años manifestaban lesiones de piel importantes y fenómenos de índole general grave. A causa de la morfología obscura de las lesiones, los autores no pudieron precisar en ambos casos un diagnóstico dermatológico preciso. Cuentan cómo a pesar de los numerosos tratamientos utilizados no obtuvieron ningún resultado. Y fueron los magníficos habidos con un tratamiento opoterápico y, sobre todo, dietético, lo que les llevó a publicar estas observaciones.

Exponen acto seguido las historias, que por su extensión no traemos aquí, y nos dicen tras éstas: "En resumen: nos hemos encontrado en presencia de enfermos en los cuales, de una parte, existían trastornos de la piel graves, y de otras, molestias de índole digestiva muy marcada. La hipótesis que establecía una relación entre estos dos grupos de síntomas y que nos indujo a una terapéutica dietética permitió juzgar de modo definitivo los accidentes cutáneos."

Dice que, por desgracia, no se pudo biopsiar elemento alguno, si bien el aspecto morfológico de las lesiones recuerda de manera muy típica a los estadios de los fenómenos hiperérgicos cutáneos. Atribuyen que ésta se desencadenó por los trastornos de índole digestiva. Con respecto a los antecedentes séricos de los enfermos, dicen que pueden ser la prueba de la sensibilización que haya desembocado en la necrosis cutánea recidivante. A esta enfermedad, estiman podríasela incluir en el cuadro de las complicaciones tardías de la seroterapia. (Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, núm. 1, pág. 42, 20 enero 1936.)—J. H. S.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional. Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Disposiciones oficiales.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. Crónicas.—Tertulia.

BOLETÍN DE LA SEMANA

HA MUERTO EL Dr. AMALIO GIMENO

A las nueve de la mañana del miércoles último ha dejado de existir entre nosotros el Prof. Amalio Gimeno y Cabañas, presidente de la Academia Nacional de Medicina y presidente del Consejo Científico de EL SIGLO MÉDICO.

La larga y penosa enfermedad que desde mayo de 1935 tenía en cama a nuestro ilustre amigo y maestro fué paso a paso hacia su final inevitable, sometiendo dentro de los límites del más amargo dolor a cuantos vimos la lucha de aquella naturaleza, pocas veces igualada en fuerza y valor ante la ley de inexcusable cumplimiento.

Ha muerto el Prof. Gimeno a los ochenta y seis años, cumplidos el 31 de mayo próximo pasado, y su dilatada existencia se empleó sin descanso en el estudio y el trabajo en pro de las ciencias y las artes, de las que todas fueron motivo de sus desvelos, empujado a ello su espíritu por insaciable curiosidad y devotísimo servicio al progreso de su patria.

Pocos hombres habrá en la historia de España que hayan paseado su figura y su influencia por tan varios medios sociales como el Prof. Gimeno: la Medicina, las Ciencias físicas y naturales, la Historia, la Literatura, la Política, la Diplomacia, las Bellas Artes, y, en particular, la Música y la Pintura... ¡El Hospital, la Cátedra, el Parlamento, los Congresos científicos y diplomáticos, las Redacciones de periódicos, los palacios prósperos y las humildes viviendas, las cubiertas de los buques de guerra y el apacible retiro de los talleres de arte!...

¡Hermosa vida ésta del Prof. Gimeno, que se apaga dándonos a todos la punzante sensación de que el elemento agotado en ella no es nada biológico ni humano, sino ese soplo animador de todo empeño y que se constituye por el interés hacia las cosas que nos rodean!

Descanse en paz el glorioso español, y reciban su viuda y familiares el testimonio del profundísimo duelo que nos abruma a todos los de esta Casa, en la que tanto se amó y respetó a Don Amalio, y en la que perdurará su recuerdo eternamente.

DECIO CARLÁN.

NOTA.—En el número próximo reproduciremos el estudio biográfico del Prof. Gimeno, que fué escrito por el Dr. F. Javier Cortezo y figura en la Antología dedicada a D. Amalio en el homenaje que se le rindió el 31 de mayo de 1935.

DISPOSICIONES OFICIALES

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

DECRETOS

A propuesta del ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en admitir la dimisión que del cargo de subsecretario de Sanidad y Beneficencia ha presentado don José Tomás y Piera.

Dado en Madrid a seis de septiembre de mil novecientos treinta y seis.—MANUEL AZAÑA.—El ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, *José Tomás y Piera*.

* * *

A propuesta del ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en nombrar subsecretario de Sanidad y Beneficencia a D. Jaime Aguadé Miró.

Dado en Madrid a seis de septiembre de mil novecientos treinta y seis.—MANUEL AZAÑA.—El ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, *José Tomás y Piera*.

* * *

De acuerdo con el Consejo de Ministros, y a propuesta del de Trabajo, Sanidad y Previsión,

Vengo en disponer que D. José María López Valencia cese en sus funciones de delegado de este Ministerio para la administración, con carácter provisional, de la Previsión Médica Nacional y sea substituído por don Miguel Portolés Train, inspector del Cuerpo Técnico de Seguros.

Dado en Madrid a seis de septiembre de mil novecientos treinta y seis.—MANUEL AZAÑA.—El ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, *José Tomás y Piera*.

(Gaceta del 7 de septiembre.)

* * *

Subvenciones a Mutualidades Obreras y Cooperativas Sanitarias que tengan establecido para sus asociados el Servicio Medicofarmacéutico:

(Continuación. Véase el número anterior.)

	Subvención
Cooperativa Sanitaria Humanitat, de Mataró (Barcelona)	783
Sociedad de Beneficencia, Mutua de San Lorenzo, de Igualada (Barcelona)	209
Socorros mutuos Espíritu Social, de Ciudadela (Balears)	158
Sociedad de Socorros mutuos de Orifices y Plateros, de Córdoba	124
Sociedad de subsidios para los obreros y empleados de la Fábrica de Plomo de la cuenca de Peñarroya, de Pueblonuevo (Córdoba)	101
Sociedad Mutualidad Unica de mineros, de Córdoba	84
Caja de Socorros de obreros y empleados de la Fábrica de Vagones, de Beasain (Guipúzcoa).	337
Mutualidad de Enfermas de los Sindicatos obreros femeninos de Nazaret, de San Sebastián (Guipúzcoa)	83
Mutualidad obrera Sanitaria provincial, de Huelva	101

Subvención

Socorros mutuos La Obrera, de Calañas (Huelva)	100
Sociedad de Socorros La Previsora, de Silos de Calañas (Huelva)	186
Sociedad La Benéfica, de Minas de Tharsis (Huelva)	112
Sociedad Cooperativa La Unión, de Valverde del Camino (Huelva)	123
Sociedad Santa Bárbara, de Auxilios mutuos de obreros de la mina de Arrayanes, de Linares (Jaén)	241
Montepío familiar de obreros Sociedad Hullera Vascoleonera, de Santa Lucía (León)	107
Mutualidad obrera Laceana, de Villablino (León).	403
Montepío de la Sociedad Instructiva de Dependientes de Comercio, de Lugo	53
Asociación ferroviaria medicofarmacéutica, de Madrid	2.875
Cooperativa Sanitaria Plus-Ultra, de Madrid	62
Hermanidad Sanitaria Española, Sociedad de Asistencia Sanitaria y Previsión Social, de Madrid	382
Mutual medicofarmacéutica de retirados del Ejército y la Armada, de Madrid	111
Mutual Sanitaria Nacional, de Madrid	1.065
La Mutualidad Obrera, de Madrid	3.750
Mutual Sanitaria de Funcionarios públicos, de Madrid	152

(Continuará)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

En la semana actual han dominado las infecciones estafilocócicas, en forma de furunculosis tenaces, y las enteritis agudas.

En los niños, en los que durante toda la época de calor son frecuentes los trastornos intestinales, se han mantenido éstos en proporción excepcionalmente baja durante esta primera quincena de septiembre, lo que resulta muy favorable, porque hay en la actualidad numerosos forasteros.

CRONICAS

"Inmunidad".—Esta obra sobre higiene es el mejor libro del ilustre Dr. Manuel Martín Salazar (con un folleto del Dr. Marañón). 20 pesetas ejemplar. Pedidos, a EL SIGLO MEDICO.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplar. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Indicaciones del fórceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Doctor R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres Gráficos. Altamirano, 50. Madrid.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^a

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^a, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estircina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de coleslerina, gomenol, alcanfor y estircina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

Tratamiento bismútico de las espiroquitosias en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipertonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.—Apartado 384.—Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.—Buenos Aires.



THUS-SERUM

FÓRMULA	Tiocol	0'25
	Gomenol	0'05
	Lactofosf. cálcico	0'25
	Extr. Malta	0'5

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

Lipiodol Radiológico

Acete Vegetal y Yodo puro
del Doctor **LAFAY**

**"ASCENDIENTE" Y
"DESCENDIENTE"**

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
Laboratoires
André GUERBET & C^e
22, rue du Landy
Saint-Ouen — Paris

Solo se ha de aceptar el producto que lleve el marbete "AZUL".



En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias: B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: "El Siglo Médico", la "Revista de Medicina y Cirugía Práctica", "El Genio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico", "El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Médico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a Æsculus hippocast, novocaina, anestesia, etc. Cura HEMORROIDES internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

ga y latina», como de Cervantes dice el insigne Menéndez y Pelayo, quien reconoce tal valía en el libro tan genial, que con feliz presentimiento de

CATARROS, TOS JARABE MADARIAGA BENZOCINAMICO

su autor léase en él: *Yo apostare —dijo Sancho— que antes de mucho tiempo no ha de haber bodegón, venta ni mesón o tienda de barbero donde no ande pintada la historia de nuestras hazañas.* (Cap. VI, 1.^a)

Improbable labor supone aunar tantas y tan diversas materias como se condensan, con acertado concierto, en la obra que nos ocupa. Y del cuidado que su autor puso para componerla da idea lo que se lee en la licencia que se otorga para imprimir la segunda parte, donde se le reconoce *haberlos costado mucho trabajo y estudio*, máxime que en la dedicatoria de la misma al conde de Lemos añade: *...yo no estoy en salud para ponerme en tan largo viaje*, indicio de que se sentía viejo y enfermo.

Es verdad que los sucesos de Don Quijote se han de celebrar con admiración... (Cap. XLIV, 1.^a), y esto desde todos y cada uno de sus numerosos puntos de mira. En materia jurídica es Cervantes de tal modo experto (*), que cuando yo ejercía la profesión de abogado, mi costumbre antes de informar era, tras el estudio «del asunto», abrir EL QUIJOTE al azar, seguro de que siempre hallaba alguna sentencia, consideración o refrán apropiados, que, al ser por mí expuestos en el informe, merecería los plácemes de la Sala.

Pero no divaguemos y concretémonos al asunto que encabeza esta ponencia:

Habiendo seguido párrafo a sílaba la magistral obra que *Pinta los pensamientos, descubre las inclinaciones, responde a las tácticas, aclara las dudas, resuelve los argumentos; finalmente, los átomos del más curioso deseo, manifiesta*, en consonancia a

CALGINHEMOL ALCUBERRO Poderoso antianémico ALCALA, 88. — MADRID

tal detalle, con minuciosidad he procurado, según ya he expuesto, entre-sacar párrafos, frases y aun palabras que, estudiadas y analizadas por vosotros, hallarán a su tiempo la interpretación y el gusto de cada cual

(*) ¡Cómo no!, conociendo su forzada vida de recaudador para el Fisco sin entrañas.

y de su época. Por ello, me abstendré todo cuanto pueda de unir al desglose mi opinión, que, para unos, acaso fuera comedida y aun razonada, mientras la mayoría la encontrara digna de figurar, ya de combustible o bien de pala en aquel infierno, que desde la puerta viera la desenvuelta Altisidora con unos diablos: *con cuatro dedos de brea de fuera, porque parecieren las manos más largas* (Cap. LXX, 2.^a), y añade: *Lo que más me admiró fué que les servían en lugar de paletas libros, al parecer, llenos de viento y de borra...*, y así *me-nudeaban libros nuevos y viejos que era una maravilla.* (Cap. LXX, 2.^a)

(Continuará.)

La localización de las percepciones auditivas en la corteza cerebral humana

Por el Dr. MAX DE CRINIS
Profesor de la Universidad de Colonia

Desde que el célebre Gall intentó localizar las diversas facultades psicológicas en determinadas regiones cerebrales, cuya conformación creía reconocer en la forma externa del

IRRIGACIONES RADIO-ACTIVAS
MONTURIOL
CURAN FLUJO BLANCO
Muestras Farmacia Monturiol,
San Bernardo, 60

cráneo, quedó sentado el sillar fundamental de las investigaciones sobre el cerebro. Incluso el profano ve en la conformación frontal el signo externo de determinadas facultades del intelecto, y, para él, un marcado desarrollo de la región temporal significa una particular predisposición del individuo que lo presenta para el cultivo de la música.

Un largo proceso de investigaciones clínicas y anatómicas nos ha llevado al conocimiento científico de estas cuestiones, aunque el estudio en este terreno no está hoy, ni con mucho, agotado.

Wernicke, basado en la experiencia clínica, descubrió la relación entre la capacidad auditiva y el desarrollo del lóbulo temporal, y aportó la prueba de que este lóbulo es, en efecto, el receptor central del sentido auditivo.

La parte cardinal de la corteza auditiva está constituida por la *circunvolución transversal*, situada en la cara superior del lóbulo temporal, y que tan sólo se hace visible cuando se separan enérgicamente los bordes de la cisura de Silvio. La descripción de la circunvolución transversal he-

cha por Heschl recalca mucho su importancia. Según Heschl, dicha circunvolución nace aproximadamente en el centro del labio externo de

IODARSOLO

Primer producto de yodo y arsénico
BALDACCI-PISA

la primera (superior) circunvolución temporal. Es siempre la mayor de las circunvoluciones transversales, en caso de que existan varias; con frecuencia se anastomosa con las próximas, y termina, ya sola, ya en unión de la siguiente (segunda) y separada de ella por un surco (surco de Heschl), en el ángulo posterior de la cisura de Silvio (hacia el lado del *pliegue curvo*), aproximadamente a un centímetro de la entrada al cuernecillo inferior.

Gracias a un detenido estudio de la circunvolución transversal, de su origen, de su curso y de sus relaciones, Heschl pudo realizar un hallazgo anatómico que permite establecer notables diferencias entre cerebros masculinos y femeninos, e incluso entre los hemisferios derecho e izquierdo. En especial, el origen, a partir de la primera circunvolución temporal, es, según Heschl, característico, y la diferencia consiste en que la circunvolución transversal se anastomosa por completo con la primera temporal, formando un bien marcado arco. En este caso existe siempre un surco posterior muy profundo, al cual aboca inmediatamente el surco temporal superior (surco paralelo), y de este modo se prolonga hasta la parte interna más posterior de la cisura de Silvio.

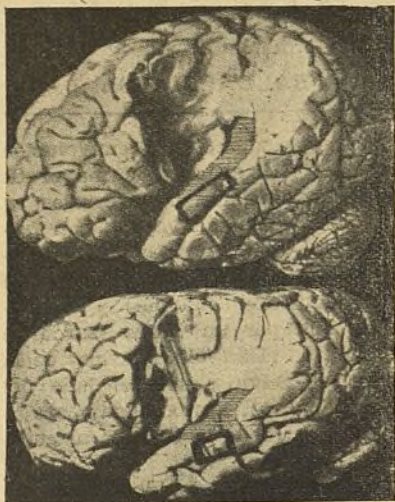
Esta formación particular la encontró Heschl para 632 cerebros masculinos, 91 veces al lado izquierdo (14,4 por 100), tan sólo dos veces al lado derecho, y tres veces a ambos lados (hemisferios). En 455 cerebros femeninos tan sólo se encontró esta particularidad en un 4,2 por 100 a la izquierda, un 0,2 por 100 a la derecha, y 0 por 100 a ambos lados (véase la figura). Se llega así

Ioduros Bern De K y Na y cafeinado, químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

a la conclusión de que esta particular estructura de anastomosis en arco de la circunvolución transversal en la primera temporal se presenta con mucha más frecuencia en el sexo masculino que en el femenino, y además, aun cuando tan sólo en cierto porcentaje, se revelan diferencias de formación en dichas circunvoluciones

al comparar cerebros masculinos y femeninos.

R. A. Pfeifer, que se ha ocupado a fondo del problema de la participación cortical en la percepción auditi-



Arriba.—Tipo de «caída escarpada» de la circunvolución de Heschl. Cerebro masculino.

Abajo.—Tipo de «caída suave» de la circunvolución de Heschl. Cerebro femenino

El rayado hace destacar la circunvolución transversal de Heschl, tan sólo visible cuando se diseccionan las regiones cerebrales que sobre ella yacen. Dicha circunvolución está en el lóbulo temporal y se continúa por la primera circunvolución temporal. El campo limitado por el cuadrilátero en negro es el centro de Wernicke.

va, distingue, según el curso de la circunvolución transversal, dos tipos en la circunvolución de Heschl: el de «caída escarpada» y el de «caída suave» (véanse las figuras).

De las publicaciones de Pfeifer se deduce que el primer tipo coincide con el descrito por Heschl (en 14,4 por 100), en el cual la circunvolución transversal se anastomosa en arco

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página IX)

con la primera temporal. Con otras palabras: aquel tipo de circunvolución transversal descrito por Heschl para los cerebros masculinos, y en especial para el lado izquierdo de los mismos, se puede considerar igual al tipo de circunvolución transversal «escarpada» de Pfeifer, pues también de las numerosas figuras de Pfeifer

se desprende que este tipo es más frecuente para el sexo masculino y para el hemisferio izquierdo. En consecuencia, no es pura casualidad que entre 12 de los cerebros representados en el trabajo de Pfeifer, nueve presenten la anastomosis en arco descrita por Heschl (circunvolución transversal de caída escarpada de Pfeifer), pues ocho de tales cerebros procedían de cadáveres masculinos.

SIL-AL

Protege mucosa gástrica

También yo mismo he podido convencerme de que ambos tipos (en realidad, se trata de una misma particularidad anatómica) se presentan con frecuencia incomparablemente mayor en el hemisferio izquierdo de los cerebros masculinos.

El estudio de cerebros de personas dotadas de talento musical muestra que en ellos la circunvolución transversal está particularmente desarrollada, predominando en general el tipo de cerebro masculino. Esto es muy importante, porque en este caso tenemos un fundamento anatómico para una facultad hereditaria. En mi opinión, apenas si se puede dudar de que el talento musical es hereditario. La investigación genealógica muestra que, para la capacidad musical de los hijos, no sólo cuenta el talento musical de los padres, sino también el de los abuelos y ramas colaterales. Como ya es sabido, la educación y la enseñanza tan sólo tienen importancia dentro de los límites de las posibilidades de desarrollo dadas por la predisposición hereditaria.

Ahora bien: de estas investigaciones no se debe sacar la conclusión de que la circunvolución transversal es el único fundamento de la predisposición musical. Su anormal desarrollo da otra forma y estructura a la totalidad del lóbulo temporal; pero nuestro conocimiento de la localización de las sensaciones y percepciones auditivas es todavía muy imperfecto. La circunvolución transversal ha de ser considerada como centro auditivo primario; esto está apoyado

por la experiencia clínica y anatómica, que muestra que las fibras del nervio acústico terminan allí. Quizá tenga la misión de analizar las impresiones auditivas que le son transmitidas desde el órgano sensorial periférico (el caracol o cóclea), y luego distribuirlas a otras regiones corticales inmediatas asentadas en el mismo lóbulo temporal, que servirían para hacer posible el reconocimiento de las impresiones auditivas, como ruidos, fonaciones del lenguaje o sonidos musicales. Así, por ejemplo, el tercio posterior de la primera circunvolución temporal—el centro de Wernicke—tiene la misión de recibir las impresiones del lenguaje, retenerlas en la memoria y reconocerlas al ser reproducidas. Un centro semejante para el reconocimiento de los sonidos musicales estaría situado, según Henschen, en la parte delantera de la primera circunvolución temporal (polo temporal).

Lo cierto es que el lóbulo temporal de la corteza del cerebro humano constituye el fundamento anatómico en la elaboración de las percepciones auditivas.

MI DAMA DE LAS CAMELIAS

Cual la heroína de Alejandro, fuiste tan bella como amable y pecadora; de tus favorecidos de una hora fui una cifra de tantos como hubiste.

Sé que te hallas enferma y pobre y [triste, desposada, por fin, y aunque a des- [hora, con el hombre infeliz que no atesora ninguno de los sueños que tuviste.

HIJOS DE A. DEZA ÓPTICOS

Exacta ejecución de recetas de los señores Oculistas. Cristales ópticos de las mejores marcas.

(Casa fundada en 1850)

Carretas, 25 moderno (33 antiguo). MADRID

Mucho sufrir me hicieron tus años [tojos; pero olvidar no puedo que, a tu lado, y bajo el reverbero de tus ojos,

gocé momentos de placer no usado, del que no restan ya ni los despojos en este corazón desengañado.

N. M.

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

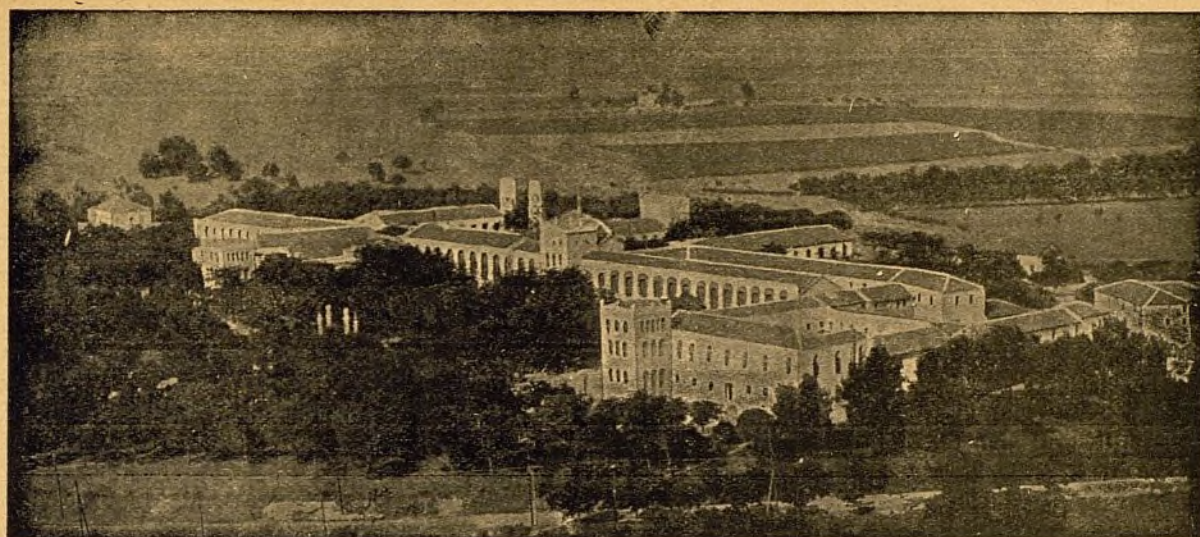
El empleo de la Soja en la Panificación, acontecimiento científico inapreciable, es una patente nacional de la

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

¡DIABÉTICOS! ¡NATURISTAS! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

DEPÓSITOS CENTRALES: Mantequerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. . . { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20

DULCIMIDA DULZOR DE RÉGIMEN

PASTILLAS DE 0'03 gr. :: PRODUCTO NACIONAL Muestras y Literatura: LABORATORIOS MORATÓ



LOS OJOS REQUIEREN EL MÁXIMO CUIDADO

Hágase despachar
la receta de sus gafas
con cristales

"PUNTUAL CUYÁS" ANACTÍNICOS

(PRÁCTICAMENTE BLANCOS.)

IMÁGENES PUNTUALES PERFECTAMENTE
CLARAS EN TODOS LOS ÁNGULOS DE VISIÓN.
FILTRAN LA LUZ, ABSORBIENDO LOS RAYOS
ACTÍNICOS.

EN VENTA EN TODOS LOS ÓPTICOS.

ANALISIS

de orinas, esputos, leches,
sangre, aguas, etc.

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Adquiera usted la colección de Monografías

© editadas por EL SIGLO MÉDICO ©



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

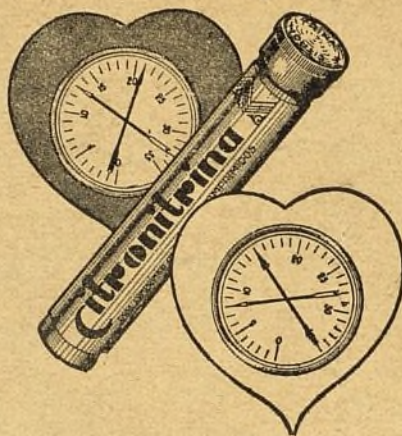
Ayuntamiento de Madrid

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

Vergés & Oliveres



CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrito sódico y la hipoviscosa del citrato.

INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

Composición por comprimido: Citronitrato sódico, 0'10. Citrato sódico, 0'40. Sustancia inerte, c. s.

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosis corriente, 3 comprimidos.

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

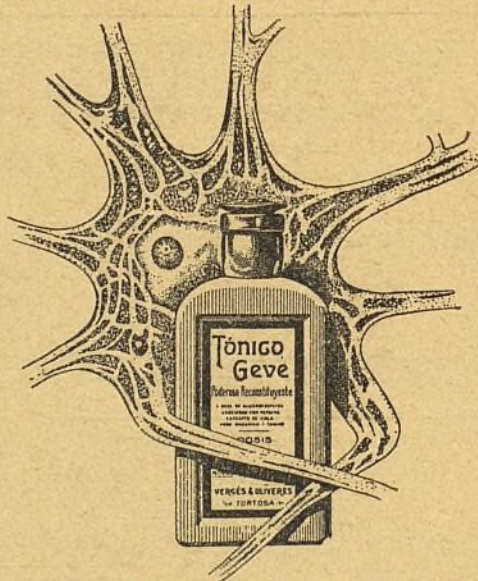
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

TÓNICO "GEVE"

Granulado a base de glicerofosfatos asociados a la kola y con pepsina



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

Dosis. *Adultos:* Cucharadita de las de café, bien llena, después de la comida y cena.—*Niños:* Mitad dosis.

Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA