

# la medicina aragonesa

Publicación mensual

Zaragoza, Febrero 1935

Admón.: Alfonso I, 12, ent.º izq.ª



## EPIVOMIN SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como  
el más eficaz de los ANTIEPILÉPTICOS  
(vómitos del embarazo-insomnios-tic-coqueluche)  
Fórmula: Sales calc. (clor. calc.)-brom. potas.-ac. feniletilbarb.  
Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

Muestras y literatura: LABORATORIO SANAVIDA - Apartado núm. 227 - Sevilla

La Dirección y Administración de esta Revista  
se ha trasladado a la calle de Don Alfonso I,  
número 12, entresuelo izquierda. Rogamos diri-  
jan la correspondencia a estas nuevas señas.

# *la medicina aragonesa*

---

## COMITÉ DE HONOR

**Dr. Pedro Ramón y Cajal**

Catedrático de Medicina

**Dr. Ricardo Royo Villanova**

Catedrático de Medicina

**† Dr. Ricardo Lozano Monzón**

Catedrático de Medicina

**Dr. Vicente Gómez Salvo**

Ex-Decano de la Beneficencia Provincial

**Dr. García Vélez**

Inspector Provincial de Sanidad

## COLABORADORES

**Dr. Alvira**

Académico.  
De la Beneficencia Provincial.

**Dr. Gota**

Académico.  
Director del Laborat. Municipal.

**Dr. Oliver**

Académico. De la Fac. de Medicina  
Subdelegado de Medicina.

**Dr. Aznar**

Académico. De la Fac. de Medicina.  
De la Beneficencia Provincial.

**Dr. Íñigo**

Académico. Cirujano.

**Dr. Pedro Galán**

Especialista en Pediatría, del Dispensario Oficial Antituberculoso.

**Dr. De Gregorio**

Académico.  
Director del Dispens. Antivenéreo.

**Dr. López Buera**

Especialista del aparato respiratorio.

**Dr. Perrote**

Especialista en Oftalmología.

**Dr. Fernández García**

Académico.  
De la Beneficencia Provincial.

**Dr. Lorente Sanz**

Académico  
Catedrático de Medicina.

**Dr. A. Ramón Vinós**

Profesor A. de la Facultad.  
De la Beneficencia Municipal.

**Dr. García Bersabé**

De la Beneficencia Municipal.

**Dr. Lozano Blesa**

Profesor A. de Quirúrgica  
en la Facultad de Medicina.

**Dr. Royo-Villanova  
Morales**

Catedrático de Medicina.

**Dr. Martín Clavería**

Medicina general.

**Dr. Seral**

De la Soc. Internac. de Hidrología

## REDACTORES

**Dr. Eizaguirre**

Director del Dispensario Oficial  
Antituberculoso.

**Dr. Pérez Fornari**

Oculista.

**Dr. Sandro Machetti**

Especialista en Cirugía y trans-  
fusión sanguínea.

**Dra. Diego Rosel**

Especialista en niños y Ginecología.

**Dr. Ramón Riera Aisa**

Pediatra.

**Dr. Jesús Sardaña**

Del Hospital Provincial.

**Dr. Midón Andía**

De la Beneficencia Provincial.  
Del Disp. Oficial Antituberculoso.

**Dr. Sancho Castellanos**

Profesor Auxiliar de la Facultad  
de Medicina.

**Dr. Val Carreres  
Ortiz**

Del Hospital Provincial.

**DIRECTORES: Dres. Almarza y Lorente Laventana**

**SECRETARIO DE REDACCIÓN: DR. SERAL CASAS**

Redacción y Administración: Alfonso J, 12, entr.º izq.ª

Suscripción, 15 pesetas al año



# LABORATORIOS "UNITEX"-S. A.

MATARÓ

## Esparadrapo "Unitex" al O. Z.

Los quirúrgicos han reconocido en el **Esparadrapo «Unitex»** al O.Z. sus inmejorables cualidades de adhesividad, flexibilidad y no producir dermatitis ni en la más tierna piel de las criaturas.

## Sinapismos "Unitex"

(Papeles de mostaza)

Los Médicos que han usado estos **Sinapismos** saben que son de garantía absoluta, y exigen siempre esta marca.

REPRESENTANTE:

AURELIO S. BRETOS

Pl.<sup>a</sup> San Miguel, 6

ZARAGOZA

# Laboratorio Farmacéutico PONS, MORENO y C.<sup>ia</sup>

Director: D. BERNARDO MORRLES - Burjasot (Valencia-España)

Representante en Zaragoza: LUIS HERNÁNDEZ-Cerdán, 57 y 59

## Jarabe Bebé

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

Agentes exclusivos: J. URIACH y C.<sup>a</sup>, S. A. - Barcelona

## Tetradinamo

**Elíxir e inyectable.** Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

## Septicemiol

**Inyectable.** Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colestestina, gomenol, alcánfor y estricnina.

## Eusistolina

**Solución 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 espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras, indíquese estación de ferrocarril.

# Reconstituyente por excelencia del sistema nervioso y muscular

## GLICO ARRHENAL GRANULADO

(SIN ESTRICNINA)

**Composición por 20 gramos:** Glicerofosfato de cal, sosa y extracto de nuez de kola ana, 0,10 grs.; Glicerofosfato de hierro, 0,05 grs.; Arrhenal, 0,01 gr.; Escipiente, azúcar y cacao, en forma granulada.

**Modo de usarlo:** Tres cucharaditas al día, una antes o después de cada comida, disuelto en un poco de agua.—**Niños:** Medias cucharaditas.

## PECTOSOTAL

MEDICACIÓN ESPECÍFICA CONTRA LAS AFECIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

**Fórmula:** Jarabe clorhidrofosfato de cal, 20 gramos; Gomenol, 0,10 grs.; Bálsamo Tolú, 0,20 grs.; Extracto tl. Grindelia robusta, 0,05 grs.; Codeína, 0,02 grs.; Benzoato sódico, 0,02 gramos.

**Dosis:** **Adultos:** De cuatro a seis cucharadas al día, siempre separado de las comidas, solo o disuelto en tisana caliente.—**Niños:** A cucharaditas.

## Elíxir GLICO ARRHENAL

(CON ESTRICNINA)

**Fórmula:** **Composición por dosis:** Glicerofosfato de sosa, 0,40 gramos; Arrhenal, 0,03 grs.; Sulfato de estricnina, 0,001 grs.; Extracto de quina y coca, 0,10 grs.; Extracto de nuez de kola, 0,30 grs.; Elíxir, *Coñac y Propilglicerina*.

**Dosis y administración:** **Adultos:** Una cucharada antes o después de almorzar, comer y cenar.

**Niños:** De dos a cinco años, media cucharadita mañana y tarde; de seis a diez años, una cucharadita antes o después de las tres comidas; de once a catorce años, una cucharada de las de postre a las mismas horas, solo o mezclado con sifón, agua o vino.

## GOTAS SANGUÍNEAS PALÁ

Medicación tónico-reconstituyente, a base de Albuminato de hierro, 0,05 grs.; Tintura Stropantus, V gotas; Tónico-aperitivos y Propilglicerina, 1 gramo.

**Dosis:** Ocho gotas antes o después de cada comida, disueltas en agua o vino.

De solubilidad perfecta.

Similar a los alimentos y no indiferente a las células encargadas de asimilarlo.

Obran en pequeñas dosis.

No produce estreñimiento ni intolerancia de ninguna clase.

Gusto agradable.

## YODOFUCOL

**Fórmula:** El Jarabe YODOFUCOL contiene por cucharada sopera: 0,10 gramos de yodo orgánico; 1 gramo de principios activos del Focus vesiculosus y de las hojas y drupas de nogal, y 0,50 gramos de Bifosfato sódico.

**Dosis:** **Adultos:** Tres cucharadas soperas, una antes de cada comida.  
**Niños:** A cucharaditas.

## YODOFUCOL

ARRHENALADO

con 0,05 gramos de Arrhenal por dosis

**Dosis:** **Adultos:** Tres cucharadas soperas, una antes de cada comida.  
**Niños:** A cucharaditas.

Literatura y muestras a **Laboratorios Palá** - Valencia, 229 - BARCELONA

# *la medicina aragonesa*

*Revista científico-profesional**Publicación mensual*

## SUMARIO

Páginas

### TRABAJOS ORIGINALES

- DR. R. ROYO VILLANOVA: «La clínica electrocardiográfica». III. Electrocardiogramas. . . 29
- DR. A. VALCARRERES ORTIZ: «A propósito de un caso de vólvulo gástrico». . . . . 37

### SECCIÓN PRÁCTICA

- J. LORENTE LAVENTANA: *Oto-rino-laringología*. «Enfermedades del pabellón auricular». 40
- P. PÉREZ FORNARI: *Oftalmología*. «Enfermedades de los anejos del ojo». . . . . 42
- R. RIERA AISA: *Pediatría*. «El vómito en la infancia». . . . . 45

### ANÁLISIS DE REVISTAS

- Cirugía, por el Dr. IÑIGO. . . . . 51
- Hidrología y Climatología, por el Dr. SERAL. . . . . 53
- Pediatría, por R. RIERA AISA . . . . . 53
- Oto-rino-laringología, por J. LORENTE LAVENTANA. . . . . 55



# CAJA GENERAL DE AHORROS Y MONTE DE PIEDAD DE ZARAGOZA

Instituto benéfico-social

Unico establecimiento de su clase en la provincia

Fundado en el año 1876

Inscrito en el Ministerio de Trabajo y Previsión por R. O. de 13 de Diciembre de 1930 y sometido a su Protectorado e Inspección conforme al Estatuto de 14 de Marzo de 1933.

## OPERACIONES QUE REALIZA:

Admite imposiciones desde una peseta en adelante en libretas ordinarias y especiales, abonando el 3'50 por ciento de interés anual, desde 1.º de Enero de 1934.

Abre libretas al portador al 2 por ciento de interés.

Recibe imposiciones al plazo de un año al 4 por ciento de interés.

Las ganancias líquidas que se obtienen se destinan a incrementar los fondos de reserva que garantizan el capital de los imponentes y a obras benéfico-sociales que tiendan principalmente a favorecer a los imponentes que no tienen más medios de vida que el producto de su trabajo.

Admite depósitos de valores, alhajas, muebles y ropas. Concede préstamos con garantía de valores públicos e industriales.

Efectúa préstamos hipotecarios.

Hace préstamos sobre ropas, alhajas, muebles y efectos análogos.

Se encarga gratuitamente de la compra de valores por cuenta de sus imponentes.

Oficinas: San Jorge, núm. 10; San Andrés, 14, y Armas, 30



Gripe, Neumonías,  
Bronconeumonías y  
todas las afecciones  
pulmonares.

Profiláctico de  
la gripe

Quinina  
básica y alcanfor  
en solución etereo-  
balsámica-oleosa.

ADULTOS: Caja de 10 ampollas de 2 ½ c. c.

NIÑOS: Caja de 5 ampollas de 1,1 c. c.

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos **ABELLÓ**

Vinaroz, 5 y Suero de Quiñones, 16 y 18 (Prosperidad), MADRID.

Agentes exclusivos para España: HIJOS DE H. RIESGO, S. A. - Calle Mayor, 7, Madrid.

# La clínica electrocardiográfica (\*)

POR EL DOCTOR

RICARDO ROYO VILLANOVA

I. Electrocardiografía. — II. Electrocardiógrafos. — III. Electrocardiogramas.

## III ELECTROCARDIOGRAMAS Y SU INTERPRETACIÓN

Veamos primero el trazado normal en cada una de las tres derivaciones

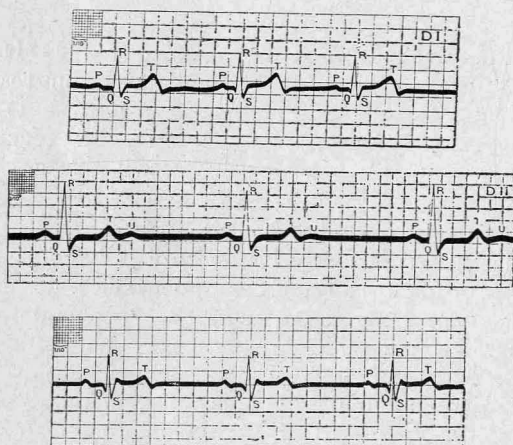


Fig. 1.\*

Electrocardiograma normal en las tres derivaciones.  
(Esquema).

En todas ellas hay que estudiar tres elevaciones y dos depresiones.

Las tres elevaciones se designan P R T y las dos depresiones Q S.

(\*) Del «Curso de enfermedades del corazón» en la cátedra del Dr. Royo Villanova.

Al electrocardiograma se le llama en abreviatura E C G.

Las distintas derivaciones se denominan D I, D II y D III.

Comenzando el E C G por la elevación P, siguen luego en este orden la depresión Q, la elevación R, la depresión S, y la elevación T, según el orden de estas consonantes en el alfabeto.

La elevación P o primer accidente del E C G, corresponde a la propagación de la onda de excitación en las aurículas, sobreviniendo la contracción auricular 0,01" después de la aparición de P. La altura media de P en D I es de 0,52, correspondiente a las divisiones convenidas de la escala electrocardiográfica; en D II de 1,16 y en D III de 0,81. De suerte que P es más marcada en D II, menos en D III y todavía menos en D I P y precede al vértice del flebograma 0,10" a 0,15".

La depresión Q es una pequeña onda negativa que suele faltar muchas veces y cuya inconstancia, presencia o ausencia no tiene interés clínico.

La elevación R que sobreviene enseguida es la mayor onda positiva del E C G, cuya altura en D I es de 1,16, en D II, 2,32, y en D III, 1,70; siendo como P más elevada en D II, menos en D III y todavía menos en D I. Su duración viene a ser de 0,04" y precede a la correspondiente elevación del flebograma 0,01" a 0,15" y a la contracción ventricular 0,30". Prácticamente acompaña al primer ruido porque nada significa que en ocasiones le preceda en 0,02" o le siga en 0,01".

La depresión S, que suele medir 0,20" en D I, 0,25" en D II y 0,17" en D III, es más pro-

**CEREGUMIL FERNÁNDEZ**  
Alimento completo vegetariano      Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales  
**FERNÁNDEZ & CANIVELL -:- MÁLAGA**



nunciada en D II, menos en D I y todavía menos en D III.

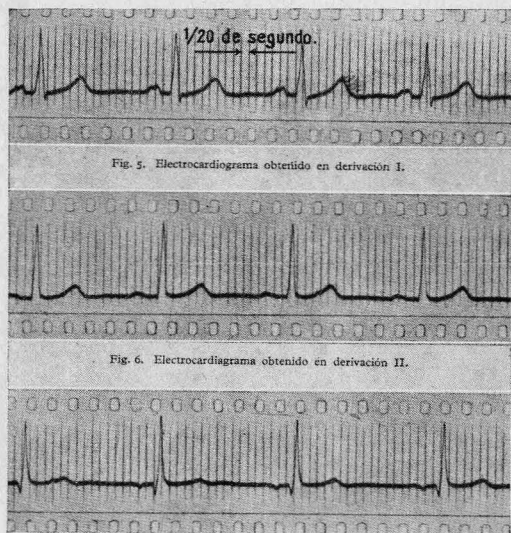
La elevación T, último accidente del E C G, aparece después de una fase isoelectrica que mide 0,09" a 0,11" y alcanza una altura de 1,50 en D I, 1,90 en D II y 0,61 en D III. Su duración de 0,19" coincide con el segundo ruido, aunque en realidad precede en 0,02", pudiendo, sin que esto tenga ninguna significación patológica, ser difásica y hasta acompañarse inmediatamente de otra onda menos alta y redondeada que se denomina V y sigue a T 0,03" ó 0,04".

La onda P es auricular y el conjunto Q R S T V constituye el complejo ventricular.

Las distintas derivaciones, la forma del corazón, la posición del cuerpo y los movimientos respiratorios influyen en el E C G normal sin que sus variaciones tengan valor alguno en la clínica cardíaca.

Así, por ejemplo, P es más acusada, según hemos dicho, en D II, menos en D III, todavía menos en D I y hasta puede apenas percibirse en las tres derivaciones. Q es inconstante, sobre todo en D III. R es, generalmente, más destacada en D II y algunas veces en D III en cuyos casos apenas se señala en D I; apareciendo, algunas veces bífida en D I y en D III. S es casi constante en D I y en D II y a veces muy acentuada en esta última derivación. T es siempre constante y siempre positiva; excepcionalmente puede aparecer negativa en D III. V sólo se encuentra en una tercera parte de las observaciones en D I y en D II; muy rara vez en D III.

Es decir, que en los casos normales la más típica es la derivación segunda.



Electrocardiograma obtenido en derivación III.

Fig. 2.

Electrocardiograma como el anterior, pero original, obtenido por el aparato de Siemens.

En cuanto a la influencia de la forma del corazón, la onda R es mayor en D II que en D III, y ésta más que en D I en la forma normal. Lo mismo ocurre en los casos de corazón vertical. En cambio en corazón horizontal R es mayor en D I, menor en D II y todavía menor en D III.

Por lo que se refiere a la actitud del cuerpo, sentado o acostado sobre el lado derecho, aumenta la altura de R en D I y en D II. Acostado sobre el lado izquierdo la altura de R es mayor en D III. Lo mismo ocurre en decúbito-dorsal.

Los movimientos respiratorios modifican el electrocardiograma en el sentido de que en la respira-

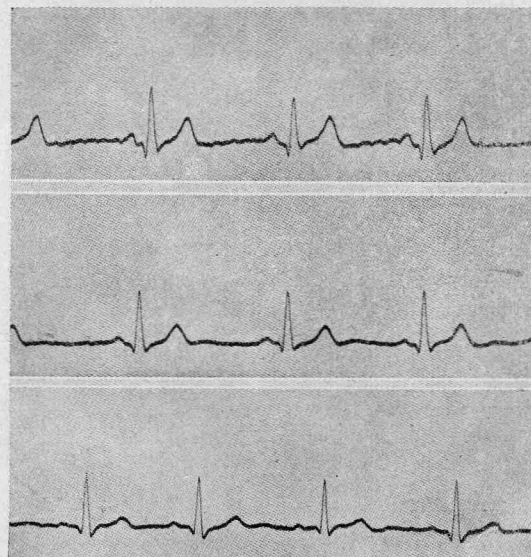


Fig. 3.

El mismo electrocardiograma anterior obtenido en otro enfermo por el electro-cardiógrafo Siemens.

ción normal R es mayor en D I que en D II y ésta mayor que en D III, mientras con respiración forzada o acelerada R es mayor en D II que en D I y ésta mayor que en D III. Además, la elevación T puede desaparecer y hasta convertirse en depresión.

Otro punto interesante en E C G es el valor de los intervalos entre las ondas y la longitud del complejo ventricular. Estas dimensiones, consideradas expresamente en fracciones de segundo, deben calcularse sabiendo que las estrías verticales trazadas sobre el papel corresponden a 1,25" ó 1,50", según lo marca cada aparato. El espacio o intervalo entre P y R mide normalmente de 0,11 a 0,17 y, por consiguiente, una extensión superior a 0,20 es anormal, revelando trastorno en la conductividad.

El complejo ventricular desde la base de R hasta el fin de T, mide 0,58. La parte inicial de Q R S no debe pasar de 0,07. La extensión del espacio S T varía normalmente de 0,09 a 0,11, la onda T tiene una duración de 0,19".

Siguiendo la moda del léxico actual, que habla de complejos y constelaciones, podemos decir que el E C G se compone de dos complejos, el auricular y el ventricular.

El complejo auricular, que no parece ser tal complejo, puesto que sólo está formado por una onda o accidente (la onda P) correspondiente al sístole auricular, por su aspecto elemental monofásico, parece diferir esencialmente del complejo ventricular constituido por cuatro ondas Q R S T y aun cinco si le añadimos la V; pero si considera-

mos las opiniones de Hring, Weill, Pachón y Fabre, según los cuales la onda P estaría constituida por la síntesis de dos ondas, una procedente de la aurícula derecha y otra de la izquierda, sería en realidad una onda *difásica*, lo cual explicaría el desdoblamiento frecuente de esta elevación, por faltar, en ocasiones, el isocronismo de ambas aurículas; y aún podría estimarse como polifásica, según las experiencias de Frederich y Eiger, cuyos autores, suprimiendo la cavidad ventricular en animales de sangre caliente, han conseguido obtener un electrocardiograma auricular con un verdadero complejo, como el de la contracción del ventrículo en el que se pueden distinguir una onda R y una onda T.

En cuanto al complejo ventricular, la onda Q representa para los unicitas la entrada en actividad del *septum* por el intermedio de la rama izquierda. R es una onda o accidente ventricular derecho y proviene de la transmisión de la onda de abajo hacia arriba al nivel del ventrículo izquierdo. T representa la fase de declinación de la onda ventricular, cuya fase inicial o de invasión estaría representada por el grupo Q R S.

Los *dualistas* suponen que el grupo Q R S y la onda T son de origen esencialmente distinto, según lo atestiguan la diferencia de forma entre R T y la versatilidad de T, tan opuesta a la fijeza de R. Para Meyer Q R S traducirían el paso de la *corriente de acción* y T el de la *deformación* por la replección de las cavidades cardíacas. Para Frederich Q R S expresarían la *puesta en marcha* de la *excitación de las miofibrillas* y T la de la *excitación del sarcoplasma*.

El miocardio sería, por su riqueza en sarcoplasma, algo intermedio entre el músculo liso y el estriado.

En el estado actual de la electrocardiografía clínica, los trazados obtenidos por el aparato de Siemens, que nosotros consideramos el más práctico, cuando son correctamente interpretados, sirven para el diagnóstico y para el pronóstico de los siguientes procesos:

I.—*Angina de pecho*.—El diagnóstico precoz de esta enfermedad, mejor dicho, de este accidente, con frecuencia mortal, de la estenosis coronaria, más o menos ligada a una arterioesclerosis generalizada, y la posibilidad de su evitación o de su repetición en los casos en que el primer ataque no fué mortal, es de un interés práctico y por consiguiente clínico, enorme; y aunque confesemos que muchas veces no podamos definir aquello ni conseguir esto, aun valiéndose del electrocardiógrafo, la verdad es que sólo este aparato nos permite lograr ambos propósitos en un gran número de casos.

Cuando esto ocurre, se presentan anomalías en el electrocardiograma, que consisten principalmente en la llamada *onda coronaria de Pardee* o sea un aspecto especial de la onda T que aparece invertida o negativa, es decir, hacia abajo, muy profunda y precedida de un segmento curvo que esfuma en parte la depresión S. Pero basta sólo el hecho de la inversión de T para establecer un pronóstico sombrío.

II.—*Infarto miocárdico*.—Descrito por vez primera en 1911 por Obrastroff y Straschesko, consiste en un cuadro anginoso de dolor intenso con estado lipotímico y reacciones peritoneales y peri-

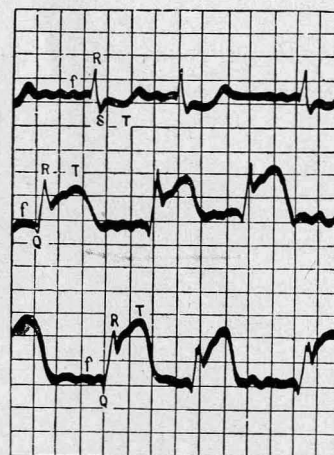


Fig. 4.

Elevación de T en cúpula; trazado recogido cuatro horas después del principio de la trombosis coronaria y fibrilación auricular asociada

cardíacas, en el cual, aunque se consiga la desaparición de los dolores con la morfina, se continúa el estado lipotímico sin pulso, pero con plena lucidez intelectual, que sobrecoge al más acostumbrado a escenas de esta índole.

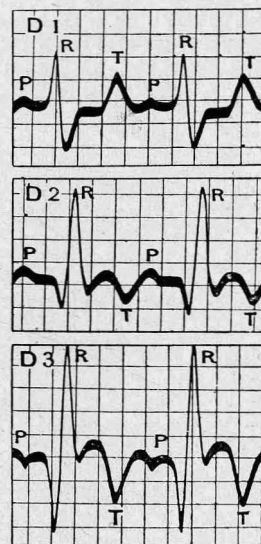


Fig. 5.

Infarto de miocardio. Alargamiento y aumento de amplitud del propio Q R S, y sobre todo, aumento de amplitud de la onda R, que aparece invertida y puntiaguda en D I y D II. Onda T, coronaria de Pardee.

En estos casos, casi siempre mortales, pero que suelen durar días, el electrocardiograma presenta las siguientes modificaciones: La *onda coronaria de Pardee*, como en el caso precedente, y que por eso no hemos de describir; la *onda T en cúpula*, con supresión del espacio S T, y las anomalías de Parkinson y Bedford, que consisten en T negativa y puntiaguda en derivación I, plana en D II y positiva en D III. T positiva en D I y D II y



negativa o positiva en D III (tipo segundo) o T negativa en las tres derivaciones (tipo tercero).

III.—*Insuficiencia ventricular*.—Cuando se traduce en el electrocardiograma, lo cual no suele ocurrir muchas veces en que otros signos clásicos la delatan, la insuficiencia ventricular provoca anomalías que pueden referirse a Q R S y T conjuntas, a Q R S aislados o a T aislada.

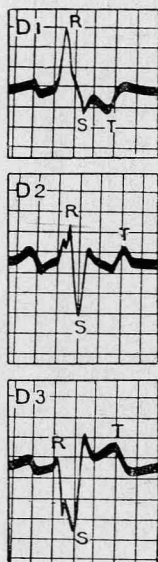


Fig. 6.°

Bloqueo de la rama derecha con predominio izquierdo.

Las anomalías conjuntas de Q R S y T pueden presentar cuatro tipos: 1.° Predominio ventricular izquierdo por probable bloqueo de las ramas del haz de His con ensanchamiento y mayor amplitud del grupo Q R S asociado a la presencia de un gancho sobre la oscilación principal, más aumento de amplitud y modificación de la direc-

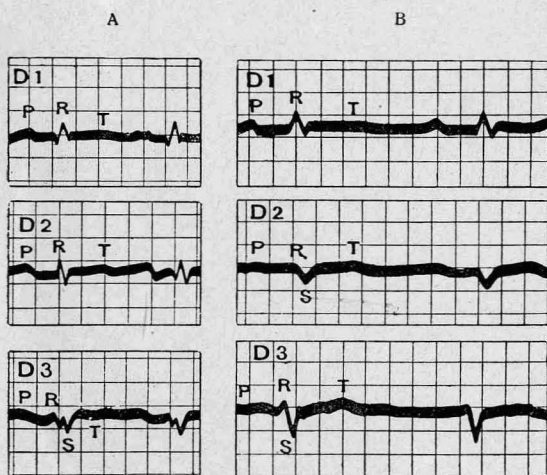


Fig. 7.°

A) Bajo voltaje del complejo ventricular, sin ninguna otra anomalía.  
B) Lo mismo, con espaciamento y alargamiento Q R S.

ción T, dando al conjunto un aspecto difásico. Según Levy, quien presenta estas anomalías no suele vivir más allá de diez meses en un sesenta o setenta y dos por ciento de los casos. 2.° Trazado de bajo voltaje con alargamiento y aplastamiento de

los complejos que, con frecuencia, no son más que débiles oscilaciones en torno de la línea isoeletrica con atipismo de T en una o muchas deriva-

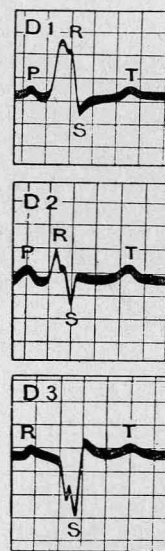


Fig. 8.°

Forma atípica de bloqueo de la rama derecha.  
La amplitud no es exagerada y la dirección de la onda T no se opone a la de la deflexión principal.

ciones. Según Levy, en un ochenta y cinco por ciento de estos casos, la vida no suele prolongarse más allá de dieciocho semanas. 3.° Trazados que

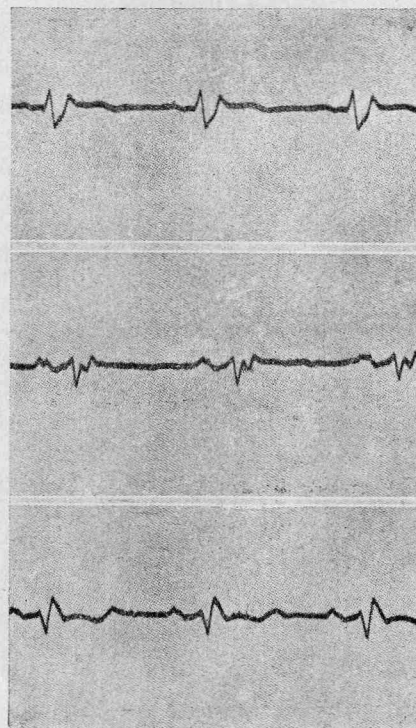


Fig. 9.°

Bloqueo de arborización.  
Q R S = 0'15, complejo raquíptico, T invertida en III.

participan a la vez de los dos anteriores sin la exageración ni excesiva disminución de aquéllos. Es lo que Levy llama *bloqueos intraventriculares*, que en todos los casos pronostican la muerte en un

CONCURSO DE PREMIOS  
DEL  
**BOLETÍN REUMATOLÓGICO**  
SOBRE  
TEMAS DE REUMATISMO

El BOLETÍN REUMATOLÓGICO ha organizado un concurso de premios cuyas condiciones se expresan a continuación:

Se concederá **UN PREMIO DE QUINIENTAS PESETAS** al mejor trabajo sobre

**“IMPORTANCIA SOCIAL DEL REUMATISMO CARDIO-ARTICULAR”**

Se concederá otro premio de **QUINIENTAS PESETAS** al mejor trabajo sobre

**“REUMATISMO Y GLANDULAS ENDOCRINAS”**

Las bases generales del concurso son las siguientes:

- 1.º Podrán concurrir todos los médicos españoles.
- 2.º Los trabajos serán originales e inéditos, y no excederán de cincuenta cuartillas escritas a máquina, por una sola cara.
- 3.º Dichos trabajos ostentarán un lema y en sobre cerrado y lacrado con el mismo lema en el exterior se enviará el nombre y domicilio del autor.
- 4.º Los trabajos admitidos al concurso se publicarán en el BOLETÍN REUMATOLÓGICO en el curso de este año, realizándose la elección del mejor por votación entre los lectores de dicho BOLETÍN.  
Para llevar a cabo esta votación el BOLETÍN REUMATOLÓGICO proveerá de una papeleta a sus lectores, los cuales la remitirán al BOLETÍN REUMATOLÓGICO con la indicación de los artículos (uno para cada tema) que consideren mejores de los publicados.
- 5.º Los originales de los trabajos premiados quedarán propiedad del BOLETÍN REUMATOLÓGICO, teniendo el autor derecho a cien apartes de su trabajo; y
- 6.º Los trabajos deben remitirse antes del 1.º de Abril del presente año, a la siguiente dirección:

**BOLETÍN REUMATOLÓGICO-Apartado de Correos 9030-Madrid**

**Lipocil**  
(INJECTABLE)  
FORMULA  
Cinemato de Bencilo  
Colesterina  
Alcanfor  
Gomenol  
Eucaliptol  
Guayacol  
Estricnina  
Aceite de Oliva. 25 cc  
Indicaciones: Tuberculosis, Asma, Bronquitis, Pneumonías, Catarros crónicos, Gripe y sus complicaciones, etc., etc.

**Cacodil Intensivo**  
Injectable de cacodilato de sosa anhidro en dosis progresivas crecientes  
INDICACIONES:  
Tuberculosis, Linfatismo, Enfisema pulmonar, Bronquitis crónicas, Neurastenia, Anemia, Convalecencia, Eczemas crónicos, Psoriasis, Prurigo y Paludismo.  
Ampollas de 0.10-0.20-0.25-0.30-0.40-0.50 y 0.60

**Yodocaf**

Compuesto yódico a base de yoduro de cafeína, 0,25 gr. por cucharada de café, 2 a 4 al día.

**NI INTOLERANCIA NI IODISMO**

Indicaciones: Asma. Opresiones. Enfermedades de los vasos y del corazón, Arterioesclerosis. Bronquitis crónicas. Angina de pecho Intoxicaciones. Uremia.

**Apartado núm. 35**

**Solicite muestras al  
Laboratorio Saval**

**MALAGA**





LABORATORIOS JUSTE • MADRID  
APARTADO DE CORREOS 9030

# 3

PRODUCTOS  
NETAMENTE ESPAÑOLES  
CONTRA  
EL



# REUMATISMO

## SALIVENAL

AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIÓICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA  
AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.  
1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

## Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA  
2 GRs. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA  
FRASCOS DE 250 GRs.  
2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

## Atoftiro

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL • QUINOLIN • CARBÓNICO (ATOFAN) Y TIROIDINA  
TUBO DE 20 COMPRIMIDOS  
2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

**TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES**

plazo máximo de diez semanas. 4.º Trazado de tipo indefinido, donde las alteraciones de Q R S T no encuadran en ninguno de los otros tipos anteriores y que dan una mortalidad del cincuenta por ciento.

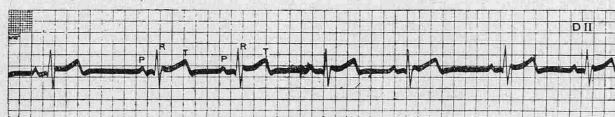


Fig. 10

Arritmia sinusal irregular.  
Nótase el aspecto típico de los complejos.

Las anomalías aisladas del grupo Q R S pueden consistir en alargamiento, asociado o no, a deformaciones del grupo, cuya significación carece de importancia mientras no van unidas al bajo voltaje de complejo. En este caso la mortalidad es del ochenta por ciento en diez semanas.

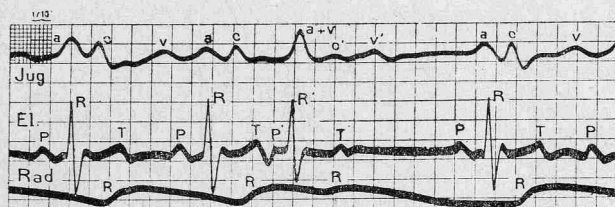


Fig. 11

Extrasístole auricular. Trazado triple.  
Nótase en P' la contracción prematura interesando la totalidad del corazón. Sin embargo, la onda auricular P' se nota bajo forma de muesca en vez de una elevación en la contracción normal P.

Las anomalías aisladas de la onda T consisten, aparte las indicadas, en la *angina de pecho* y en el *infarto del corazón*, en inversiones, difasismos y aplastamientos de la onda, comprobables en D I y D II, en D II y D III, o en las tres derivaciones, lo cual da una mortalidad del cincuenta por ciento.

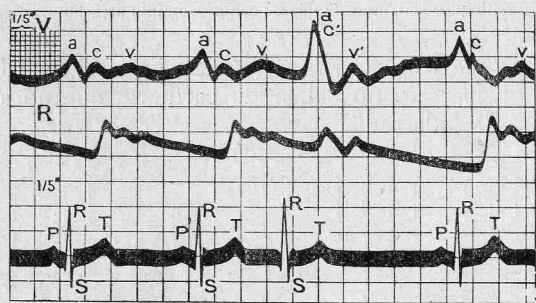


Fig. 12

Extrasístole nodal. Trazado triple.  
V, venoso; R, radial y eléctrico en D II. Nótase, en el momento del extrasístole inscrito sobre el trazado radial, la ausencia de la onda P en el trazado eléctrico y la onda exagerada en el flebograma revelando la suma de la onda ventricular prematura c', más la elevación auricular a, igualmente prematura.  
El grupo R S T, correspondiente al extrasístole, es típico.

IV.—*Extrasístoles*.—Según la clásica definición de Clerc, extrasístole es una contracción suplementaria del corazón que, nacida antes de tiempo, altera la sucesión regular de los latidos norma-

les y sólo la electrocardiografía puede manifestar el origen de esta contracción suplementaria, la cual, percibida generalmente por el enfermo, determina una preocupación hipocondríaca origen de una afección angustiosa y en extremo rebelde.

Según su sitio de origen los extrasístoles pueden ser *sinusales*, *auriculares*, *nodales* y *ventriculares*.

El extrasístole *sinusal* surge a consecuencia de un estímulo extrasistólico en las proximidades del núcleo sinusal de Keitch y Flack, y aunque es prácticamente despreciable y de origen excepcional, debe consignarse. El electrocardiograma correspondiente no presenta otra anomalía que la aparición de una contracción anticipada, dentro de lo normal, sin hacer otra cosa, al decir de Noel, que *cambiar el paso* del ritmo higiológico.

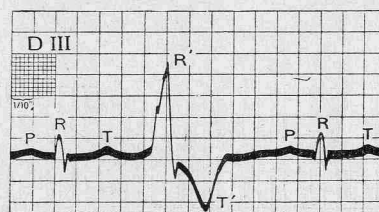
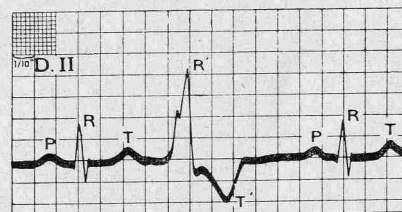
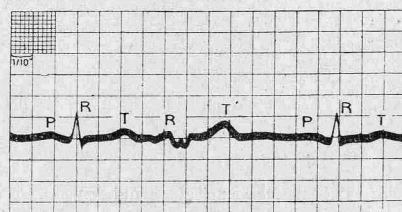


Fig. 13

Extrasístole del ventrículo derecho, con R' negativo y T' positivo en D I y de revés en las derivaciones II y III.

El *extrasístole auricular* sobreviene por un estímulo a nivel del miocardio de las aurículas y se traduce por una pareja aurículo-ventricular completa, comprendiendo una onda P y un complejo ventricular, con la anomalía de que el espacio P R es más corto, el espacio entre P y P' más largo y la onda P presenta distinto aspecto, según que el estímulo nazca en sitio más bajo en el trayecto entre el seno y el nódulo de Tawara; cuando el extrasístole aparece en la parte superior de la aurícula, P' es negativo.

El *extrasístole nodal* o *atrioventricular* sobreviene a nivel del nódulo de Tawara y se propaga simultáneamente hacia las aurículas y hacia los ventrículos. Es sumamente raro, y aunque puede presentar tres tipos, el supranodal, el yuxtanol y el infranol, en todos los casos el electrocardiograma tiene la misma característica, que consiste en que el espacio P R está reducido o invertido porque



P se coloca entre R y T o bien el espacio es nulo porque se fusiona con R. Además el reposo compensador es casi siempre incompleto.

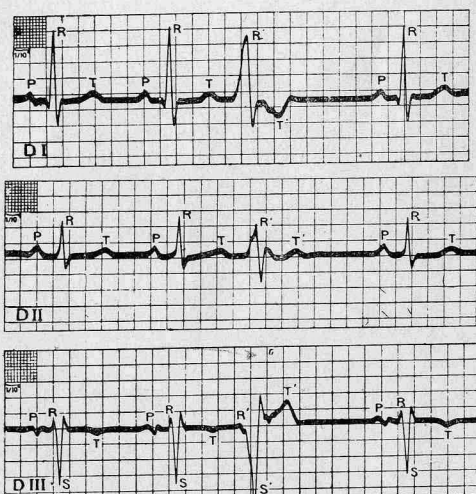


Fig. 14

Extrasístole ventricular izquierdo.  
Complejo ventricular atípico y prematuro. Incidente principal  
R' positivo en D I; S' negativo en D III.

El *extrasístole ventricular* es el más frecuente, y está producido por una *contracción heterótopa* que nace fuera de las vías normales de conducción, actuando sobre el complejo que aparece atípico y aberrante y cuya amplitud exagerada contrasta con el bajo voltaje de su onda.

Los extrasístoles ventriculares son de tres tipos: de *ventrículo derecho*, de *ventrículo izquierdo* y de *tabique*.

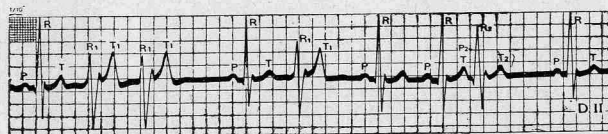


Fig. 15

Extrasístoles múltiples.

Los complejos P R T son normales. Los complejos R<sub>1</sub> T<sub>1</sub> tienen un aspecto atípico, correspondiendo a extrasístoles que tienen su origen en una misma región, verosímilmente en el ventrículo izquierdo cerca de la punta. El perfil del complejo R<sub>2</sub> T<sub>2</sub> difiere poco del normal; se trata de un extrasístole surgido en las regiones supraventriculares y probablemente auricular, porque la exagerada elevación de la onda T procedente, proviene de la suma de T<sub>1</sub> más P<sub>2</sub>, que representa una onda auricular prematuramente positiva.

El *extrasístole ventricular derecho* da lugar a una curva difásica con la onda S acentuada y la T positiva en D I, mientras que en D III, la R es muy vigorosa y la T negativa.

El *extrasístole ventricular izquierdo* produce en D I una R positiva muy marcada con T negativa, mientras en D III predomina la S y la T es positiva.

El *extrasístole del tabique o septal*, nacido en el límite de los dos ventrículos, se revela por ondulaciones de débil amplitud y más o menos irregulares positivas y negativas.

Estos tipos de extrasístoles ventriculares pueden agruparse de distintas maneras, constituyendo di-

versas formas que se llaman *alorritmias*, *bigeminadas*, *trigeminadas*, *cuadrigeminadas*, etc., *bradisfigmia*, *en salvas*, *interpolada*, *retardada* y *retrógrada*.



Fig. 16

Ritmo acoplado por sucesión regular de una contracción normal y de un extrasístole ventricular.

A pesar de la mayor amplitud del perfil atípico, la contracción mecánica correspondiente aparece frustrada y no se marca en el trazado radial.

Las *alorritmias* consisten en la sucesión regular de un complejo normal y de una contracción prematura o sean *arritmias ritmadas* a dos, tres, cuatro o más sístoles.

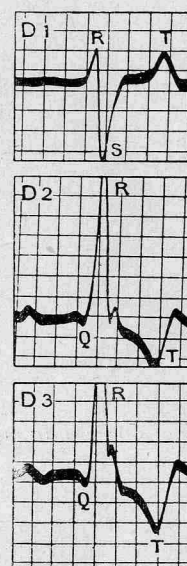


Fig. 17

Bloqueo de la rama izquierda con predominio derecho.

La *bradisfigmia* o falta bradicardia es el retardo del pulso, pero no del latido cardíaco, que no se transmite a la radial.

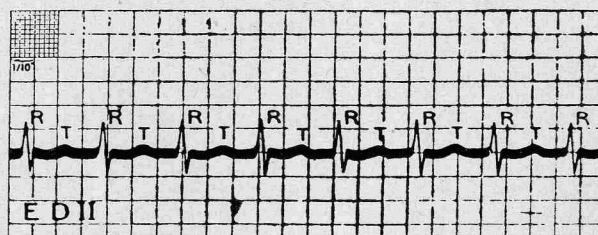


Fig. 18

Taquicardia nodal. Desaparición de P, 240 latidos.

*Extrasístoles en salvas* son los que surgen repetidamente antes del latido normal, constituyendo un ritmo irregular.

El *extrasístole interpolado* aparece cuando el ritmo sinusal es suficientemente lento para dar tiem-

po a que la excitabilidad ventricular cese antes de que aparezca el sístole normal siguiente.

Son *extrasístoles retardadas* aquellos que remontan hacia la aurícula y producen un electro-

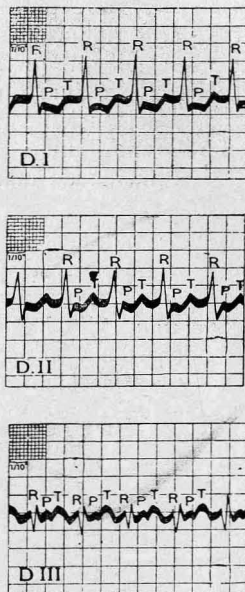


Fig. 19

Taquicardia infra-nodal, 140 latidos.

La onda auricular P se marca bajo forma de una muesca, después de R y antes de T.

cardiograma con la ondulación P' inmediatamente después de R' y con el espacio P P' mucho más pequeño que dos espacios P P' sucesivos.

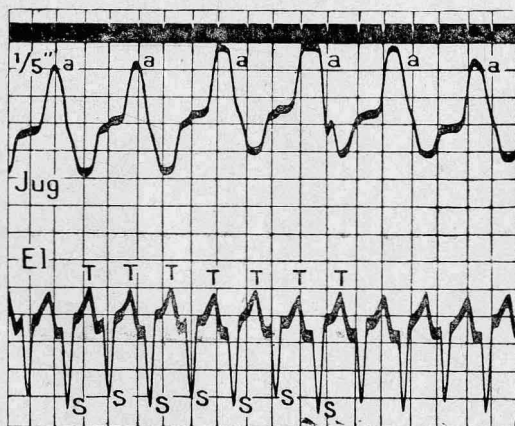


Fig. 20

Suma de complejos atípicos que parecen surgir del ventrículo izquierdo. Las ondas a del trazado yugular son aproximadamente la mitad en número que las contracciones ventriculares que aparecen en el trazado eléctrico.

V.—*Estrechez mitral*.—Aun cuando la auscultación en ésta como en todas las afecciones del endocardio es muy suficiente para el diagnóstico, sin embargo, el electrocardiograma en la *estenosis mitral* tiene un aspecto característico consistente en un aumento notable de T, revelador de la preponderancia auricular y también de la del ventrículo derecho sobre el izquierdo.

VI.—*Taquicardia extrasinusal o heterfótopa*.—Caracterizada por el desplazamiento del estímulo fuera del núcleo de Keith y Flack, bien en el núcleo de Tawara, en cuyo caso se llama *nodal* o *atrioventricular*, bien en el mismo ventrículo, en cuyo caso se llama *ventricular*.



Fig. 21

Bloqueo auricular intermitente.

Aumento progresivo del espacio P R hasta el bloqueo completo de la aurícula; al repetirse, el espacio P R se acorta, aproximándose al normal, como si el haz de His, repuesto de su claudicación intermitente, volviese a la normalidad.

Cuando el estímulo surge inmediatamente por encima del nódulo se llama *supranodal*, y en este caso la onda P persiste, aunque negativa; el espacio P R está muy restringido y el complejo tiene su aspecto normal. Cuando el estímulo surge en el mismo nódulo se llama *nodal*, y en este caso,

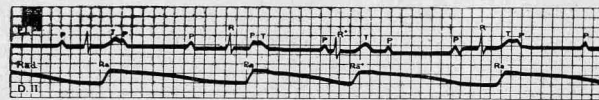


Fig. 22

Disociación completa (esfigmograma y electrocardiograma).

El ventrículo late aproximadamente 42 veces por minuto; la aurícula, 84. Yuxtaposición fortuita de P' con R y aparición momentánea del complejo normal.

P desaparece, porque aurícula y ventrículo se contraen al mismo tiempo. Cuando el estímulo nace debajo del nódulo se llama *infranodal*, y en este caso P aparece después de R, como corresponde al hecho de que la excitación alcanza la aurícula después del ventrículo. Cuando el estímulo es *ventricular*, como acontece en las taquicardias por la nicotina, precursoras de la angina de pecho, el electrocardiograma revela una serie de extrasístoles sumados o contracciones auriculares independientes, predominio ventricular izquierdo y verdadera *polisistolia* de Gallavardín con desaparición de P, debilitación de R y acentuación de S.

VII.—*Enfermedad de Stokes-Adams* o *bradicardia por disociación*, llamada también *bloqueo del corazón* porque sobreviene a consecuencia de que la corriente de incitación del seno se interrumpe en un punto del trayecto a lo largo del haz de His. Aunque puede hacerse este bloqueo entre el seno y el miocardio auricular, lo que sucede generalmente es el bloqueo o disociación *aurículo-ventricular*, o sea entre el seno y el ventrículo, es decir, en el haz de His, que es lo que se llama *pulso lento permanente* o enfermedad de Stokes-Adams. Este bloqueo puede ser *completo* o *total* e *incompleto* o *parcial*, los cuales dos tipos no son, a mi modo de ver, más que grados correspondientes a los períodos evolutivos de un mismo proceso que empieza con el bloqueo parcial o incompleto y termina con el total o completo. Su electrocardiograma, revelador de la independencia absoluta entre los latidos de



las aurículas y los de los ventrículos, se traduce en que las ondas P siguen siendo en número normal y los complejos ventriculares disminuyen en más o menos proporción, presentando multitud de variaciones en la forma, según se trate de lo que los

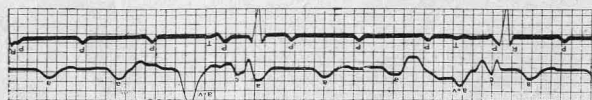


Fig. 23

Disociación completa (flebograma y electrocardiograma).  
El ventrículo late a razón de 24 veces por minuto; las aurículas, a 80.

electrocardioclínicos llamamos *bradicardias frustradas*, *claudicaciones ventriculares intermitentes*, *escapes ventriculares*, *bloqueos inestables*, *bradicardias alorritmicas*, *bloqueos seno-auriculares*, *bloqueos de ramas* y *bloqueos de arborizaciones*.

Todo ello, lo mismo que los trazados de la llamada *arritmia sinusal*, las *taquicardias extrasinu-*

*sales* o *heterótopas*, la *taquicardia auricular* o *auricular-flutter* (vibración auricular) y la *bradicardia nodal* o *ritmo septal de Clerc y Pezzi*, no tienen en realidad un valor clínico definido, ya que las llamadas *fibrilaciones* y *flutter*, lo mismo *auriculares* que *ventriculares*, sobre todo estas últimas, suelen presentarse pocas horas antes de morir el enfermo, cuando ni la evidente gravedad del caso permite dudas sobre el próximo fin, ni el estado de suprema angustia del paciente nos autoriza a distraer la atención del moribundo ni la de los que le rodean con el espectáculo de una investigación electrocardiográfica.

Pero, a pesar de las limitaciones que la realidad impone, hoy por hoy, a este procedimiento, puede asegurarse que el electrocardiógrafo es, para las enfermedades del miocardio, lo que el estetoscopio para las del endocardio y el oscilómetro para las de las arterias. Y nótese bien que mientras el miocardio no claudique, los enfermos del corazón no corren graves riesgos.

**Bismuto PONS - Antiluético indoloro.**

**Valerianato amónico PONS - Desodorizado.**

**Argol - Antiblenorrágico.**

**Yodofosfol PONS - Escrofulosis-Raquitismo.**

**Fisiogenol - Elíxir, gotas, inyectable, ferruginoso, progresivo y bronquio-pulmonar.**

**Laboratorio PONS \* Lérida**

# A propósito de un caso de vólvulo gástrico

POR

ANTONIO VALCARRERES ORTIZ

Del Hospital provincial de Zaragoza

DENTRO del amplio grupo de procesos abdominales agudos, en los que es llamado a intervenir el cirujano, uno de los que con mayor rareza se observa es el vólvulo gástrico. A propósito de una observación reciente, me ha parecido tenía algún interés recordar brevemente la cuestión.

La historia del caso que he tenido ocasión de tratar, cuyos antecedentes me remite el médico de cabecera doctor Basurte, es como sigue:

A. M.—Cincuenta y siete años, soltera, natural y habitante en Tarazona. Antecedentes familiares, sin interés. Personales, buena salud habitual a excepción de ligeras acideces gástricas. El 11 de octubre próximo pasado, al bajar unas escaleras, fractura de la tibia izquierda, probablemente por fuerte adducción del pie. A los tres días, se coloca una extensión continua, se administra un preparado de cal. Alimentación líquida (papillas).

A los siete días de extensión, fuerte dolor en la región epigástrica, con irradiación a todo el abdomen, vómitos alimenticios y luego biliosos, que disminuyen progresivamente, así como el dolor, mediante bolsa de hielo y dieta absoluta. Vista la enferma nuevamente a las doce horas, se aprecia, por inspección, abdomen distendido; en el epigastrio, por palpación, vientre blando, sin defensa, notándose una tumoración redondeada, extendida de la región umbilical al epigastrio e hipocondrio izquierdo. No hay vómitos. Círculo intestinal suspendido, siendo la evacuación normal en días anteriores; ausencia de peristaltismo. No obstante, el estado general de la enferma no acusa una gran perturbación; pulso a 100, tenso y regular. Nada anormal en los restantes aparatos. Se piensa en un ileus y es llamado en consulta el doctor Ilarri, a las cuarenta y ocho horas, que confirma el diagnóstico, se dispone pituitrina, enema gaseoso, cateterismo gástrico, y si el cuadro no cede, intervención.

Al siguiente día, y no observando mejoría alguna, a instancia de la familia somos llamados para ver el caso. La sintomatología se ajusta en un todo a las anteriormente expuestas.

Estamos, en efecto, ante un abdomen agudo, más precisamente ante un ileus, pero su naturaleza y localización son confusas. En este, como en la

mayor parte de los casos, es más fácil demostrar la oclusión que su etiología. El buen estado general de la enferma a los tres días de proceso desecha la posibilidad de una oclusión del delgado, de evolución rapidísima. El colapso es tanto más acentuado cuanto más alta es la oclusión, pudiendo, cuando falta, excluirse casi con toda seguridad la localización en el delgado. La falta de sintomatología vesicular excluye asimismo la posibilidad de un ileus por cálculo.

La normalidad de evacuación en los días anteriores desecha la posibilidad de una obstrucción estercorácea. No hay dato alguno que haga pensar en la posibilidad de una neoplasia de colon, que por la edad de la enferma era de sospechar, pero su estado de nutrición satisfactorio, la normalidad de función intestinal en los últimos tiempos, la no existencia de antecedentes de oclusiones pasajeras y de peristaltismo que rara vez faltan en las obstrucciones crónicas, permiten eliminar una oclusión por estenosis anterior.

El dolor a la presión en un punto localizado, de gran valor en las oclusiones del colon, y la falta de colapso cuando el mesocolon no toma parte en la oclusión, orientan el diagnóstico hacia una oclusión cólica por pericolicitis, posiblemente por brida del ángulo esplénico.

Previo cambio de impresiones y con el diagnóstico únicamente de ileus, se procede a la laparotomía.

Intervención: Anestesia general, balsoformo. Incisión media supra-umbilical, que pone de manifiesto el colon transversal ascendido, de aspecto y calibres normales, por encima de una tumoración, que hace difícil la introducción de la mano y las maniobras de exploración. Recubriendo esta tumoración redondeada de apariencia quística, el mesocolon, que se atraviesa por una zona vascular, encontrándonos el estómago fuertemente distendido, de aspecto violáceo y la corvadura menor mirando abajo.

La extrema distensión impide maniobrar y, por tanto, la colocación del estómago *in situ*; para detorsionar después de la vacuidad gástrica, hacemos una sutura circular para una punción temporal. La delgadez de la pared gástrica deja salir por los puntos (a pesar de ser hechos con toda



delicadeza) algunos gases; colocada la sonda, se expulsan éstos en gran cantidad junto con algunos residuos alimenticios.

Se cierra el orificio de punción, en bolsa de tabaco y una sero-serosa invaginante. Conseguida la detorsión, se explora este órgano. Nada anormal en cara anterior; en cara posterior, a nivel del píloro, hay una adherencia, responsable, sin duda, del proceso que se libera. La inspección ni exploración manual no dan la impresión de existencia de ileus. Mejor que una gastropexia, simplemente fijadora, hacemos una gastroenterotomía posterior transmesocólica, que nos ponga a salvo de ulteriores trastornos de vaciamiento, a la par que nos sirve de fijadora, para evitar una recidiva al vólvulo. Curso post-operatorio normal.

¿Qué es el vólvulo gástrico? Para Payer, una torsión del órgano alrededor de un eje, pasando por el cardias y el píloro, torsión que da lugar a la oclusión de estos orificios. Tuffier y Jeanne lo definen como una porción viciosa del estómago consistente esencialmente en una torsión alrededor de un eje cuya situación y dirección varían algo, pero generalmente extendida del cardias al píloro.

La historia del vólvulo gástrico es ya antigua; la primera observación se debe a Hertl, el año 1866, pero hasta principios del siglo actual no tomó carta de naturaleza en la patología abdominal. Los datos clásicos de la anatomía consideraban al estómago grandemente fijado e incapaz de sufrir estos desplazamientos, pero la observación de casos tratados y curados y el estudio de la movilidad gástrica por radioscopia, se encargaron de demostrar el desacuerdo entre la anatomía y la clínica.

El vólvulo gástrico se presenta en dos tipos distintos: el vólvulo total agudo e idiopático y el vólvulo parcial, ligado siempre con alteraciones del órgano.

La obstrucción del cardias y píloro, es lo que caracteriza al vólvulo total; más móvil el píloro, es el punto de partida de la torsión, siguiendo bastante rápido el cierre del cardias. En el vólvulo parcial, sólo el píloro es interesado, persistiendo durante todo el proceso la permeabilidad del cardias. El grado de torsión que alcanza el órgano es generalmente de unos 180°, pero se citan casos de verdadero enrollamiento sobre el eje cardiopilórico. El estómago, en su rotación, puede seguir dos trayectorias, de abajo arriba y de atrás adelante; con mucho, la más frecuente es la variedad isoperistáltica, por representar, aunque con mayor amplitud, como es natural, el desplazamiento que en las contracciones gástricas sigue la corvadura mayor. La torsión en sentido inverso o antiperistáltica es exclusivamente del vólvulo idiopático. Al cambio de posición del estómago, las relaciones de éste con el colon pueden quedar así mismo distintas; unas veces es rechazado el colon por la distensión gástrica, quedando bajo él, dándose la forma supra-cólica y otras arrastrado por el giro del estómago, se coloca entre este órgano y el diafragma, variedad infra-cólica. En estas condiciones, obstruida la luz intestinal, a la gravedad que el proceso tiene en sí se añaden los peligros de una oclusión cólica.

Las condiciones etiológicas en virtud de las cuales se produce el ileus gástrico son varias y han sido por Payer clasificadas en cinco grupos:

- 1.º En las hernias diafragmáticas como complicación de las mismas.
- 2.º Vólvulo por desplazamiento de órganos de vecindad: bazo o hígado.
- 3.º Por adherencias perigástricas.
- 4.º Por tumores malignos o benignos del estómago.
- 5.º Idiopático, con integridad absoluta del estómago.

Las circunstancias que favorecen la afección, primeramente señaladas, fueron: el estado de replección gástrica, los esfuerzos y las contusiones violentas sobre el órgano. Hoy parece ser que el radiodiagnóstico en los ileus de evolución subaguda, y a veces intermitentes, en que ha podido llevarse a cabo, señalan como factor primordial el acúmulo de gases a lo largo del colon; esta aerocolia, localizada sobre todo en el ángulo esplénico, levantando el estómago por su parte más móvil, o sea por corvadura mayor, da lugar a la posición viciosa. Con la incorporación de la frenicectomía al tratamiento de la tuberculosis pulmonar, se han señalado casos de vólvulo gástrico como consecuencia de la misma; la elevación del hemidiafragma izquierdo arrastraría el estómago en su ascensión o, por lo menos, debilitaría la fijación que sobre el mismo ejerce el ligamento freno-gástrico, el que más se opone a su desplazamiento, modificando así las condiciones estáticas de la viscera, que quedaría más apta para movilizarse. De todas las complicaciones que siguen a la frenicectomía el vólvulo es, sin duda, la más desagradable. Afortunadamente, no he tenido ocasión de observarla en ninguna de las frenicectomías por mí practicadas.

La sintomatología más o menos marcada en relación a la brusquedad del comienzo y a la rapidez de la evolución responde en todo a la triada de Borchard: *ausencia de vómitos, abombamiento epigástrico e imposibilidad del cateterismo gástrico*.

La ausencia de vómitos es precoz en el vólvulo total por cierre del cardias. En las formas subagudas, éstos pueden presentarse alimenticios o biliosos en las primeras horas, para ir progresivamente desapareciendo. La ingestión de líquidos va seguida de regurgitaciones de tipo esofágico, pero el dato de mayor importancia es que los vómitos nunca son fecaloideos.

El abombamiento epigástrico se observa siempre localizado al epigastrio y al flanco izquierdo. Contrasta su mayor volumen con el resto del abdomen, que aparece aplanado. La percusión, como es lógico, a su nivel, es francamente timpánica y la palpación permite apreciar los límites de la tumoración, dando la impresión de una colección líquida (quiste).

La parada de la sonda gástrica en el cardias es clara en el vólvulo total; a esto se añade (si se fuerza un poco el cateterismo y conseguimos que, descendiendo, penetre la sonda algunos centímetros más) la imposibilidad de obtener contenido gástrico alguno.

En el parcial, la permeabilidad del cardias permite el cateterismo, restándole al síntoma todo su valor, a menos de obtener contenido hemorrágico.

A esta triada característica se añade, si la distensión alcanza límites extremos, un desplazamiento del corazón hacia la izquierda, que puede alcanzar la línea axilar media. El proceso es, en general, poco doloroso; una sensación de tensión es la que experimenta el enfermo y sólo la palpación sobre el órgano lo hace doloroso.

El estado general se altera en relación a la marcha más o menos aguda de las lesiones locales. En los casos subagudos no es raro ver a los pacientes con un estado general excelente a los tres o cuatro días de evolución, en tanto que en los casos agudos se altera rápidamente como si de una oclusión intestinal alta se tratara.

No obstante la sintomatología tan clara, el diagnóstico del vólvulo gástrico es de los más difíciles. En su forma total, que encaja de lleno en la triada sintomática, habitualmente no se piensa en él. En la forma subaguda se confunde con los restantes procesos agudos que se presentan con cuadro epigástrico.

El pronóstico es francamente malo si no se interviene, por lo excepcional de la detorsión espontánea, que nunca debe esperarse una vez diagnosticado. Operando hay un 65 por 100 de curaciones.

Es la intervención quirúrgica el tratamiento único del vólvulo gástrico; los procedimientos médicos propuestos (insuflación, cateterismo) no dan resultado alguno.

La detorsión es la maniobra esencial de la lapara-

tomía. Si la distensión del estómago impide, como es frecuente, la reposición, es preciso vaciarlo por punción que, cerrada una vez conseguida la retracción gástrica, permitirá colocar el estómago *in situ* y explorar debidamente. A esta primera operación debe seguir, si el estado del enfermo lo permite, el tratamiento de las lesiones causales. En el vólvulo idiopático se hará una gastropexia que ponga al abrigo de una recidiva. En el vólvulo parcial, habiendo lesiones definidas y siendo éstas múltiples, practicar la intervención apropiada a las mismas y al estado del enfermo. Casi todas las intervenciones propuestas, fuera del accidente agudo, tienen su indicación en estos casos, de las más radicales a las más conservadoras.

En resumen, en el caso que ha motivado estas líneas se trataba de un vólvulo gástrico parcial e infracólico por brida de la porción pilórica en el que las circunstancias invocadas como coadyuvantes de su producción se daban: replección gástrica, esfuerzo, etc., y que una vez más afirma la falta de rotación posterior en las formas parciales. La posición de la enferma era más propicia en este caso, dándose, por tanto, las características clínicas y evolutivas del proceso. Es preciso convenir que, a pesar de la claridad de la sintomatología, el número de errores de diagnóstico es casi igual al de observaciones publicadas para estas formas parciales de evolución subaguda y que es en el curso de una laparatomía exploradora, cuando el ileus gástrico se encuentra como una sorpresa operatoria.



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

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

**L**aboratorios del Norte de España, S.A.  
c/ de Especialidades Quím., Maestros, Barcelona. 22



## SECCIÓN PRÁCTICA

*Al iniciar esta sección, nos guía el propósito de hacer una exposición de los procesos más frecuentes en diferentes especialidades, utilizando para ello la literatura disponible, orientado el estudio con un fin eminentemente práctico, aportando el autor su experiencia para aconsejar en tratamiento lo que estima más conveniente, fruto de su experiencia personal. La idea nació por el convencimiento de que el médico práctico (a quien va dedicada esta sección) adquirió un conocimiento muy limitado de las diferentes especialidades y no ha podido seguir los progresos de las mismas, pues para ello era preciso gastar un dineral en publicaciones; además, que le faltaría tiempo para estar al tanto en todas las materias.*

# OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR

J. LORENTE LAVENTANA

## I

### Enfermedades del pabellón auricular

#### Traumatismos.

LA situación del pabellón hace que esté expuesto a sufrir con frecuencia traumatismos, unos accidentales y otros intencionados. Así son frecuentes las picaduras, mordeduras, erosiones, contusiones, heridas cortantes, heridas por arma de fuego, etc. El tratamiento de las mismas está sometido a las reglas generales, prescindiendo de su localización.

No son raras las pérdidas parciales o totales de pabellón que tienen más importancia desde el punto de vista estético que mirando a la función auditiva. Se admite que el pabellón facilita el acceso de los sonidos y su orientación hacia el interior del conducto para llegar a impresionar los órganos receptores del sonido, pero esta función es de un valor secundario y por ello por la pérdida del pabellón lo único interesante es impedir la estenosis del conducto, pues ésta sí que acarrea disminución de la audición. Debe colocarse desde el primer momento gasa en la entrada del conducto, en cantidad suficiente para ejercer de modo sostenido la dilatación.

Heridas pequeñas no requieren tratamiento especial. Las pérdidas parciales podrán repararse en

algunos casos por injertos, tomados de las regiones próximas.

#### Pericondritis.

Es la inflamación del cartílago del pabellón. De naturaleza infecciosa, su agente causal más frecuente es el bacilo piocianico, pero también la causa el estreptococo y el estafilococo. En otras se reconoce origen tuberculoso.

Generalmente se inician por existir una puerta de entrada y así el especialista la observa tras de una radical, siendo la puerta de entrada la sección del cartílago, que practicamos para hacer la plastia, pero este caso no interesa al práctico y sí al especialista. Pero es que también se dan pericondritis, sin traumatismo anterior, de modo espontáneo, y en estos casos lo más corriente es que haya habido antes un forúnculo de conducto, en su entrada y por allí se inició la pericondritis. La evolución es muy lenta, de semanas y aun meses, recorriendo la inflamación todo el pabellón y terminando por hacerse una colección, que puede ser serosa o purulenta. Se reconocerá la existencia de la pericondritis por la tumefacción y dolorimiento, con engrosamiento del pabellón. Si el proceso dura tiempo, hay más facilidad para que produzcan secuestros más o menos importantes del cartílago, que sostendrán la dolencia hasta su eliminación.

El contenido puede ser seroso o purulento; en el primer caso no es rara la reabsorción espontánea.

nea, pero si hay pus no puede esperarse esta curación por sí sola. Si existiese duda, debe hacerse una punción y aspiración, para conocer la naturaleza del exudado.

Si se trata de la forma serosa, debe practicarse aplicaciones nocturnas de compresas de alcohol, habiendo aislado el conducto con una mecha de gasa gruesa, que se introduce en el mismo.

En la forma purulenta, al principio aplicaciones calientes que alivian, y si la colección está hecha, debe incindirse ampliamente en el sitio de mayor fluctuación, lavando luego la cavidad con una solución débil de nitrato de plata y hacer una exploración del fondo, por si existen secuestros de cartilago, haciendo entonces un raspado de los mismos, extrayendo lo que se libere, y en días sucesivos, lavados con la solución de nitrato de plata.

#### Historia clínica de pericondritis.

Se presentó en mi consulta don J. S. M., médico de Zaragoza, con un forúnculo de conducto auditivo externo del oído izquierdo, localizado en la misma entrada y en su pared posterior que obstruía por completo la luz del conducto. Practiqué curas locales, previa incisión, unos días, y el enfermo dejó de asistir al encontrarse muy aliviado. Pasado un mes, volvió de nuevo con una gran inflamación de pabellón, que aparecía enormemente aumentado de tamaño, enrojecido y doloroso. Le recomendé aplicaciones calientes, y al cabo de algunos días pareció haberse localizado el proceso a la concha donde existía fluctuación apreciable. Hice una abertura de la cavidad, dando salida a una pequeña cantidad de pus y curé la cavidad por dentro sin que existieran secuestros, sin duda por el poco tiempo transcurrido desde la iniciación de la inflamación. A pesar de la abertura la inflamación se extendió a todo el pabellón, haciéndose apreciable por la cara posterior, y entonces, bajo anestesia local hice una abertura amplia y baja en la cara anterior y otra alta en la cara posterior, comunicándose ambas. Raspado con cucharilla del fondo y curas en días sucesivos con solución de nitrato de plata al 5 por 100, paseando un porta-algodón por toda la cavidad. Curación definitiva al cabo de pocos días.

Se trataba de pericondritis secundaria al forúnculo, cuyos gérmenes causales prendieron en el cartilago. Otro hecho de anotar es la rebeldía del proceso, que duró bastante tiempo y que sólo cedió después de haber recorrido todo el pabellón y haber abierto ampliamente toda la bolsa fluctuante.

#### Oto-hematoma.

Otro tipo de tumefacción del pabellón lo constituye el oto-hematoma. El nombre no es propio, pues de él se deduce la existencia de una colección sanguínea, y lo frecuente es que el contenido sea seroso o sero-sanguinolento.

Se caracteriza por la rapidez de su formación en unas horas, llegando hasta el tamaño de una nuez, y esto sirve para diferenciarlo de la pericondritis, de evolución más lenta y acompañada de los síntomas de la inflamación que faltan en el oto-hematoma.

La colección se hace por despegamiento del pericondrio del pabellón y se da sólo en la cara anterior.

La causa más abundante de su producción es la traumática, pero en algunos casos se produce espontáneamente, sin haber habido traumatismo anterior.

Abandonado el oto-hematoma puede reabsorberse espontáneamente en un plazo de un mes próximamente, o abrirse, y entonces lo seguro es que supure, y si la supuración se prolonga, conducir a destrucciones más o menos extensas del cartilago.

Teniendo presente todo lo expuesto, no cabe confundir el oto-hematoma con otro proceso. Abultamiento bien localizado, de límites bien acusados, sin dolor, de formación rápida, de color normal o ligeramente vinoso, no puede equivocarse con la pericondritis ni con un flemón vulgar localizado en el pabellón.

Ante un oto-hematoma pequeño, lo mejor es no hacer nada, para dar lugar a que se reabsorba. Ante un oto-hematoma mayor y de más fecha, hacer una incisión amplia, vaciando el contenido, y si éste es seroso, suturar los bordes para conseguir una unión por primera intención. Si hay pus, luego de vaciarlo taponar con gasa yodofórmica y seguir curando en días sucesivos.

#### Erisipela.

No es infrecuente la aparición de zonas erisipelatosas sobre el pabellón, ya comiencen en él o se propaguen de zonas inmediatas y, sobre todo, del conducto auditivo externo. No tiene nada especial la erisipela del pabellón que la diferencia de la que localiza en otras regiones, y por ello no he de ocuparme en esta sección con detalle.

#### Eczema.

Puede ser agudo y crónico; el primero se ve mucho en niños y tiene las mismas características del eczema de otras regiones. Unicamente hay que recordar que cuando acompaña a una otitis supurada, se produce por la irritación que causa el pus sobre la piel, y por ello se deduce la necesidad de curar con la frecuencia necesaria, en los primeros días, la otitis supurada de los niños, para evitar que el pus se escurra y cause eczema. De todos modos, son muy benignos estos eczemas y aun después de su aparición la curación se obtiene con evitar que el pus siga irritando la piel, por limpieza frecuente y aplicación de una pomada de óxido de zinc.

El eczema crónico merece ser tratado con más detalle por su frecuencia y, sobre todo, por su rebeldía. Es raro que haya algún especialista que no tenga siempre en tratamiento algún enfermo de eczema crónico del pabellón y conducto; tal es su abundancia. Son enfermos que desacreditan al que los trata, porque cuesta mucho mejorarlos y recidivan fácilmente, cualesquiera que sea el tratamiento local empleado.

La forma más corriente es la seca, caracterizada por una descamación continua de la epidermis, con hiperemia e hipertrofia de la capa cutánea, que



conduce con el tiempo a elefantiasis del pabellón. Su localización preferida es en la entrada del conducto, en la concha y en el surco retro-auricular y se acompaña de grietas, que son puertas de entrada para sucesivas reinfecciones.

Tienen un síntoma muy molesto, que es el picor, que obliga a los enfermos a rascarse, abriendo vías nuevas.

El tratamiento del eczema crónico requiere un tratamiento general, que no es de este momento su indicación, y como local, desprender las escamas epidérmicas, previamente reblandecidas por el uso de una pomada y después hacer toques cada dos o tres días con una solución de nitrato de plata al 10 por 100, sobre todo en las grietas y en los días intermedios aplicar una pomada como ésta:

|                       |   |       |            |
|-----------------------|---|-------|------------|
| Aceite de enebro.     | } | a. a. | 1 gramo.   |
| Resorcina.....        |   |       |            |
| Oxido de zinc.....    |   |       | 3 gramos.  |
| Vaselina C. S. P..... |   |       | 30 gramos. |

### Lupus.

El lupus elige también como sitio predilecto el pabellón auricular. Se da en las formas eritematosa y tuberculosa. En la eritematosa aparecen manchas ligeramente elevadas, con depresión central, lisas, recubiertas de escamas. La tuberculosa se caracteriza por presentarse tubérculos más o menos rojizos, indoloros, bajo la piel, que con el tiempo se ulceran, y el proceso que comenzó en piel, invade el cartílago y hasta el hueso, llegando en casos muy crónicos y rebeldes a la destrucción completa del pabellón, quedando en su lugar como recuerdo el orificio de entrada al conducto y alguna cicatriz en la piel próxima.

El tratamiento general tiene aquí un lugar preferente, y por mi experiencia aconsejo el tratarlos con un preparado de oro y otro de cal, alternativamente, en inyección intravenosa. Con este proceder he logrado detener la enfermedad y cicatrizar ulceraciones que llevaban varios meses en evolución. Localmente hay que cauterizar las ulceraciones con una solución de nitrato de plata o de ácido crómico. Respecto a los resultados que se obtienen con radioterapia, no son unánimes los juicios y abundan los desfavorables.

## OFTALMOLOGÍA

POR

PABLO PÉREZ FORNARI

**E**L orden a seguir en el estudio que, con fines prácticos, vamos a iniciar, es el siguiente:

1.º Enfermedades de los anejos del ojo: Párpados. Conjuntiva. Orbita. Aparato lagrimal.

2.º Enfermedades del ojo: Córnea y esclerótica. Tractus uveal. Iris, cuerpo ciliar y coroides. Retina. Cuerpo vítreo. Nervio óptico. Enfermedades del cristalino. Afecciones del globo ocular: congénitas, traumáticas, oftalmia simpática, glaucoma. Alteraciones de la refracción y de la acomodación. Afecciones del aparato neuromotor del globo ocular. Y terminaremos con algunas nociones de higiene general, individual, escolar y profesional.

### I

#### Enfermedades de los anejos del ojo

(Región palpebral)

Las afecciones de esta región son, además de los traumatismos, las malformaciones congénitas y los neoplasmas, las inflamaciones de la piel (der-

matosis); las del borde ciliar (blefaritis, orzuelos); las anomalías de posición de las pestañas (triquiasis y distiquiasis); los trastornos del aparato motor de los párpados, espasmódicos o paralíticos del orbicular y del elevador del párpado superior; el ectropión (paralítico y cicatricial); el entropión (espasmódico y cicatricial). Como apéndice de la región palpebral incluiremos las siguientes enfermedades de la región superciliar: heridas y traumatismos, afecciones congénitas, lesiones pilosas e inflamatorias y las producidas por inflamaciones de los órganos subyacentes (hueso y seno frontal).

Su examen comprende:

Inspección de los tegumentos (color, edema, ulceraciones, erupciones); forma de los párpados, de la hendidura palpebral, ángulos, borde libre con sus pestañas y alteraciones; de la ceja (forma, implantación y alteraciones de los pelos).

Palpación de las lesiones superficiales, de las infiltraciones e induraciones profundas y adherencias con planos más profundos; reborde orbitario.

Examen funcional.—Sensibilidad cutánea; dolor

espontáneo o provocado a la presión; motilidad; reflejos palpebrales.

*Dermatosis palpebrales.*—La mayor parte de las afecciones cutáneas pueden atacar a los tegumentos de los párpados, para el estudio de las cuales remitimos al lector a un compendio de dermatología; no obstante, describiremos rápidamente los que con más frecuencia se observan.

*Eczema.*—Puede existir aisladamente o acompañar a otras localizaciones. Lo más importante consiste en determinar su naturaleza; en las personas susceptibles el eczema puede ser resultante de ciertas excitaciones mecánicas y químicas; por ejemplo el vendaje húmedo o ciertas tinturas capilares, tópicos, como el empleo de soluciones antisépticas, ciertos vapores irritantes en las fábricas de productos químicos, etc.

La enfermedad suele sobrevenir con carácter de agudeza, pero el curso es insidioso.

Los síntomas del eczema son un eritema con tumefacción y formación de vesículas y pústulas; éstas se rompen, se forman superficies húmedas y más tarde costras parduscas; luego sobreviene la descamación furfurácea epidérmica, que puede prolongarse durante varios meses, acompañada de cierto prurito.

Como el eczema de la piel, el de los párpados parece obedecer a un estado constitucional; las diatesis escrofulosa y artrítica se encuentran siempre en el organismo del sujeto eczematoso. En los sujetos escrofulosos la queratitis flictenular y la conjuntivitis de la misma naturaleza acompañan con frecuencia al eczema y, como consecuencia, hay lagrimeo, fotofobia y blefarospasmo.

En los eczemas artificiales, la supresión de la causa será la primera indicación. Como tratamiento general se empleará un régimen apropiado, en el cual predominarán las verduras y la leche, a la par que la medicación indicada al estado constitucional del enfermo.

Como tratamiento local podrá prescribirse con éxito una pomada de óxido de zinc al décimo, o bien, si la afección rezuma abundantemente, una pincelación con una solución de nitrato de plata al 1/40. Una vez pasado el eczema húmedo al período escamoso, mediante el empleo de la pomada indicada, se sustituirá por las breas (la dermosa Cusi anticongestiva con tumenol cumple estas indicaciones).

*Zona oftálmico.*—Esta enfermedad comienza, generalmente, por dolores violentos en el dominio de la primera rama del trigémino. Luego aparecen placas eritematosas discretas o confluentes, ligeramente prominentes y sembradas de vesículas transparentes. Estas vesículas se ulceran, se cubren de costras negruzcas, que caen al cabo de quince días, dejando cicatrices blanquecinas algo deprimidas. Por ellas puede saberse, aun después de pasados varios años, que se padeció una zona oftálmico. La enfermedad es, generalmente, apirética, salvo en el niño, en el que se observan temperaturas de 38 y 39°.

El diagnóstico se hace fácilmente por la localización de las placas en el territorio exacto del nervio oftálmico. Se agrupan, en efecto, regularmente, sobre todo o parte de este territorio, sin rebasar la línea media. Esto y la ausencia de fiebre impide toda confusión con la erisipela.

Son las complicaciones oculares las que dan gravedad a la enfermedad. La córnea es, a menudo, afectada por la erupción vesiculosa, úlcera corneal y queratitis disciforme; estas complicaciones corneales sobrevienen sobre todo cuando está interesada la región por donde se distribuye el ramo nasociliar (raíz nasal). Son complicaciones más raras la iritis, la hipertensión ocular, la neuritis óptica y las parálisis de los músculos intrínsecos y extrínsecos. La enfermedad, muy probablemente microbiana, es debida a una localización infecciosa en el nervio oftálmico, el ganglio de Gasser o sus ramas aferentes.

Los elementos que condicionan la conducta a seguir en el tratamiento del zona oftálmico son: primero, la necesidad de calmar el dolor siempre vivo, y que persiste a veces durante varios meses; segundo, preservar las placas ulceradas de las infecciones secundarias y obtener una cicatrización rápida y regular; tercero, los accidentes oculares cuya terapéutica es delicada y exige ser dirigida con cuidado.

*Tratamiento general.*—El reposo en cama no es necesario ni conveniente. Prescribiremos un ligero laxante. Para combatir los dolores usaremos los analgésicos habituales (antipirina, aspirina, veronal, etc.); si éstos no bastan, estará indicada la morfina.

La auto-hemoterapia parece abreviar la duración de la enfermedad, favorece la cicatrización y evita los accidentes oculares graves, calmando los dolores. Es tanto más eficaz cuanto antes es empleada.

*Tratamiento local.*—Las manifestaciones cutáneas serán tratadas por la aplicación de pomadas de óxido de zinc al décimo con o sin ictiol; la de azul de metileno al uno por mil o la de rojo escarlata al uno por cien son particularmente recomendables; tienen el inconveniente de manchar, pero son anestésicas, microbicidas y sin la menor causticidad.

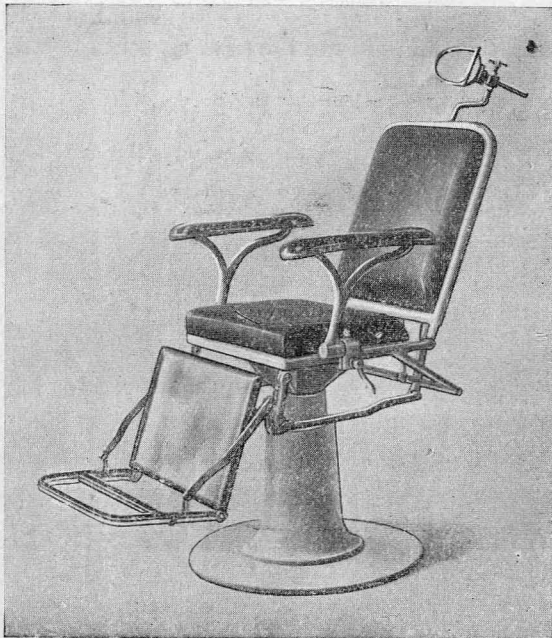
*Tratamiento de las complicaciones oculares.*—Si el globo ocular, examinado con atención, muestra vesículas o ulceraciones a nivel de la conjuntiva o de la córnea, se instilará tres veces al día una gota de colirio al uno por mil, que desinfecta los fondos de saco conjuntivales y permite juzgar, al mismo tiempo, las dimensiones y forma de las ulceraciones que colorea electivamente. Por la noche, antes de dormir, se pondrá bajo el párpado superior un poco de pomada xerofórmica o novifórmica (ya preparadas por las casas Nicolich y Cusi, entre otras).

Se vigilará muy atentamente el estado del iris. Si la pupila se hace estrecha e irregular, tomando un color sucio, haciendo temer una iritis, se instilará, dos o tres veces al día, un colirio de sulfato neutro de atropina al uno por cien. Pero es necesario ser muy prudente y consultar a menudo el estado de la tensión ocular. Estas iritis zosterianas se complican a veces con hipertensión y es necesario recurrir al empleo de la eserina o de la pilocarpina.

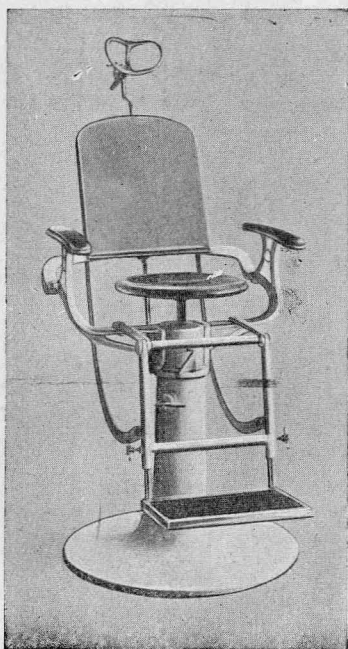
Las parálisis oculares no requieren tratamiento especial; curan, en general, en cuatro o seis semanas.

*Erisipela.*—La erisipela de los párpados es rara vez primitiva; ordinariamente es la consecuencia





Núm. 105.—*Sillón de otorrino*, giratorio, articulado para todas las posiciones hasta la horizontal. Pie de hierro fundido muy sólido; esmaltado en blanco. Accesorios niquelados, respaldo y asiento de gutapercha.... **Ptas. 500**



Núm. 104.—*Sillón articulado*, hasta la posición horizontal. Asiento de metal niquelado graduable de altura por medio de un husillo. El respaldo es también de metal niquelado, como asimismo todos los accesorios. El pie es pintado al esmalte blanco.... **Ptas. 325**

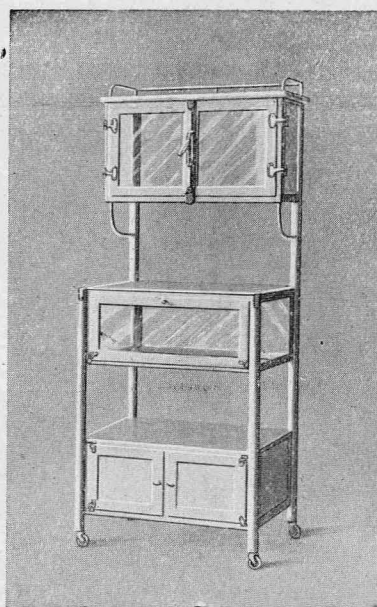
# INDUSTRIAL MÉD

APART

Exposición y venta: Calle de Raimundo F. V

Fábrica: Francos-Rodríguez

MA



Núm. 200. — *Etagere vitrina* de tubo, esmaltado en blanco; armario vitrina central y departamento inferior de chapa. Modelo práctico, sólido y elegante. Todos los entrepaños, de luna... **Ptas. 275**

Para la adquisición de  
de cirugía, facilitar  
CINCO Y DIEZ

Soliciten nuestro  
catálogo de ins-  
trumental de ci-  
rugía.

*Vitrina ángulo hierro esmal*

- N.º 18.—De 100 × 50 × 30
- » 19.—De 110 × 55 × 30
- » 20.—De 120 × 60 × 35
- » 21.—De 100 × 50 × 30
- » 22.—De 110 × 55 × 30
- » 23.—De 120 × 60 × 35

# ICA "DORIA" - S. A.

ADO 3031

illaverde, n.º 1 (Cuatro Caminos). Teléfono 40.699

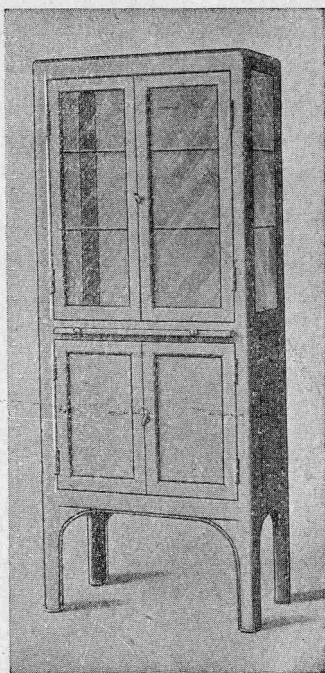
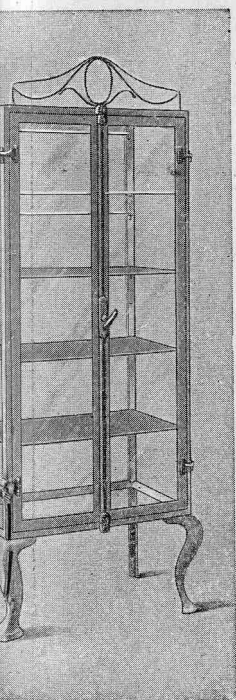
uez, núm. 45. Teléfono 32.856

DRID

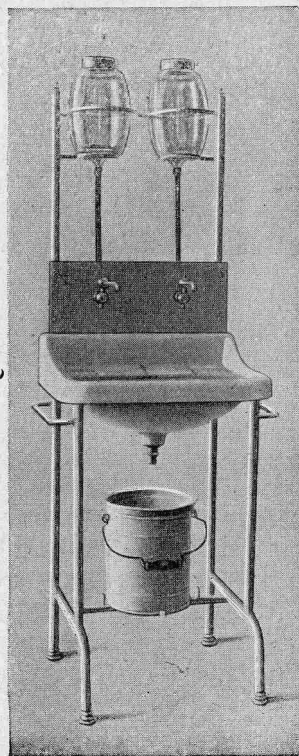


Núm. 106.--*Sillón de otorrino*, giratorio, articulado para todas las posiciones hasta la horizontal. Pie de hierro fundido muy sólido, esmaltado en blanco. Accesorios, respaldo, asiento y alargadera niquelados. . . . . Ptas. 550

nuestros muebles e instrumentos  
os el pago de los mismos en  
PLAZOS MENSUALES



Núm. 194. — *Vitrina armario* de chapa, cantos redondos, entrepaños de luna, con bandeja auxiliar. De 130 × 65 × 35 centímetros. . . . . Ptas. 450



N.º 60.--*Lavabo* construido en tubo de hierro esmaltado en blanco con placa de porcelana, cubo, grifos giratorios a codo y dos barriles cristal de 5 litros. Pts. 275

ado en blanco con aplicaciones niqueladas:  
cm. con 3 entrepaños estriados. . Ptas. 145  
» con 3 » » » 165  
» con 4 » » » 190  
» con 3 » luna . . . . » 180  
» con 3 » » . . . . » 205  
» con 4 » » . . . . » 230

Soliciten nuestro  
catálogo ilustra-  
do de mobiliario  
clínico.



de la de la cara. Una escoriación de los tegumentos o una herida es suficiente para constituir la puerta de entrada del estreptococo.

Se caracteriza por un enrojecimiento muy vivo de los párpados, limitado por un reborde saliente; dada la laxitud considerable del tejido celular de esta región, la tumefacción es enorme y produce la oclusión de la hendidura palpebral; los ganglios vecinos preauriculares y submaxilares están un poco aumentados de volumen y son sensibles a la presión; los síntomas generales son variables en intensidad.

La evolución de la erisipela es, por lo general, hacia la resolución, y su duración, cuando queda localizada en los párpados, no suele exceder de ocho días. Sin embargo, es posible ver producirse una necrosis palpebral, un flemón de la órbita o una infección estreptocócica general.

El tratamiento aséptico o antiséptico de las soluciones de continuidad traumáticas u operatorias constituye la profilaxia más segura de las erisipelas palpebrales. El tratamiento de las erosiones de la mucosa nasal prevendrá a menudo la aparición o evitará la repetición de nuevos brotes erisipelatosos.

Una vez declarada, las únicas indicaciones terapéuticas consistirán en el reposo en cama y la regularización de las funciones generales. Los tópicos no ejercen influencia alguna en la evolución de la infección. La acción que ejerce el suero antiestreptocócico sobre la evolución de las lesiones es muy discutible.

La erisipela de los párpados ocasiona siempre la infección más o menos evidente de las vías lagrimales. Cuando la enfermedad ha curado, quedan en el saco microbios capaces de dormir más o menos tiempo y ocasionar recidivas cuando las circunstancias les son más favorables. El acantonamiento de los estreptococos en las vías lagrimales hace comprender por qué la erisipela de la cara comienza a menudo en el ángulo interno del ojo. Como medida profiláctica después de la erisipela de los párpados, el saco lagrimal deberá ser lavado con una solución de nitrato de plata al medio por cien, según aconseja Lagrange.

**Eritema.**—El eritema palpebral está caracterizado por un tinte rojo o rosáceo, difuso o localizado en el borde ciliar, acompañado de prurito más o menos intenso y sin alteración marcada de la superficie cutánea.

Las causas del eritema local son diversas; unas veces es producido por irradiación térmica; una llama de alcohol, de gas o por los rayos solares; darán lugar a una coloración eritematosa, que durará algunos días, a la cual sucederá una ligera descamación. Ciertas formas de blefaritis ciliar provocan, bajo la influencia del frío o del viento, un tinte eritematoso de todo el párpado o de las partes inmediatas al borde libre. Pero son principalmente las inflamaciones conjuntivales agudas o crónicas, el lagrimeo producido por afecciones de las vías lagrimales y las ametropías las que con más frecuencia lo producen.

La supresión de las causas enumeradas es la mejor medicación. Si se trata de quemadura superficial, se calmará el dolor con aplicaciones frías y con un polvo indiferente.

**Edema de los párpados.**—El edema de los párpados acompaña a un gran número de afecciones locales y puede también estar relacionado con trastornos generales. En el primer caso es, por lo general, unilateral e inflamatorio, y en el segundo, bilateral y no inflamatorio.

Se conoce por un abultamiento más marcado de los tegumentos, por el aspecto redondeado del borde libre, por la disminución o desaparición de la hendidura palpebral y de los pliegues cutáneos. La piel adquiere un tinte más pálido, salvo en los inflamatorios, y la presión del dedo o la uña sobre el mismo deja una huella que persiste un cierto tiempo.

Entre las causas locales que lo determinan tenemos en primer lugar las picaduras de mosquitos, chinches o pulgas, especialmente en los niños, aun cuando sea difícil, en ocasiones, determinar el sitio de la picadura.

Examinaremos la ceja, que puede ser asiento de un forúnculo, de un absceso o de una pústula maligna; luego inspeccionaremos el borde ciliar en busca de un posible orzuelo o de una inflamación meibomiana. Ciertas dermatosis provocan un edema moderado.

En ausencia de causas palpebrales se buscarán las causas conjuntivales, orbitarias, lagrimales o sinusales. Las lesiones oculares que se complican de edema palpebral son las irido-coroiditis supuradas, en las que es bastante pronunciado, queratitis ulcerosa, iritis intensa e infecciones operatorias.

Antes de admitir la naturaleza esencial o idiopática del edema, será preciso eliminar algunas causas más raras, como son ciertas periostitis dentarias.

El edema bilateral puede también corresponder a lesiones locales bilaterales (erisipela, conjuntivitis aguda, etc.). En la trombosis del seno cavernoso se acompaña de quémosis y exoftalmia; al principio unilateral, no tarda en pasar al otro lado.

Si no existe ninguna de las causas mencionadas, pensaremos en una afección renal y practicaremos el análisis de la orina y, desde luego, cuando en el curso del embarazo o de la escarlatina veamos aparecer el edema palpebral bilateral, podemos tener la seguridad de que se ha producido una complicación renal. Las afecciones cardíacas dan lugar, a veces, a una cierta hinchazón de los párpados; en ambos casos va acompañado de otros síntomas hidrópicos.

Son muy raros los edemas palpebrales que sobrevienen como síntoma tardío de la sífilis; desaparecen con el tratamiento específico. Además, pueden producirse edemas de los párpados en la triquinosis.

Los fugaces edemas angioneuróticos o enfermedad de Quinke, se producen bruscamente, con intervalos irregulares de algunas semanas; suelen ir unidos con otros edemas de distintas partes del cuerpo, y desaparecen con la misma rapidez con que aparecieron; en el sexo femenino se observa en ocasiones durante la menstruación. Se le considera como un trastorno vasomotor.

Se dice que existe edema esencial o idiopático en los casos en que no se descubren causas locales generales. La naturaleza y la causa de este edema nos son aún completamente desconocidas.

## PEDIATRÍA

POR

RAMÓN RIERA AISA

Ex-interno de las salas de Medicina y Cirugía infantil  
del Hospital de Basurto

## I

## El vómito en la infancia

Uno de los factores que más influyen para hacer difícil la práctica de especialidad de Pediatría es la forma reaccional del niño.

El vómito, como tantos otros síntomas, no es, en muchas ocasiones, más que la reacción a una acción que puede muy bien no ser digestiva.

Y esto y sólo esto es lo que me ha impulsado a escribir estas líneas, sin el propósito de enseñar nada nuevo, pero sí con la decidida intención de recordar todo lo sabido.

Es decir, no pretendo, como ya he hecho notar en otras ocasiones, sino el aportar mi humilde y pequeño esfuerzo para contribuir al mejor conocimiento de los demás, de lo que parece que es sólo materia del especialista.

\* \* \*

Lo primero que hay que observar con detenimiento y profundizando todo lo necesario, son los diversos datos y caracteres, que nos relata la familia a poco que le preguntemos, que acompañan al vómito.

El vómito, ¿es inmediatamente de la comida, o bien tarda varias horas a producirse? En el primer caso, ¿se trata de un verdadero vómito o simplemente de la regurgitación de leche con el aire ingerido al tetar? Si es lo primero, ¿la leche es líquida o está coagulada?

¿Es abundante o no? ¿Es único o múltiple? ¿Es alimenticio o acuoso? ¿Mucoso o biliar? ¿Contiene alguna vez sangre?

¿Sale con gran fuerza expulsado, lanzando a distancia las materias, o, por el contrario, es expulsado sin fuerza?

¿Acompañan al vómito dolorimientos en alguna parte? ¿Tiene el niño diarrea, estreñimiento, fiebre, etc.? ¿Cuándo han aparecido? ¿Desde el nacimiento? ¿Después?

¿Es permanente? ¿A cada toma de alimento se sucede el vómito?

Todas estas preguntas son de capital importancia, no para con ellas sentar un diagnóstico, pero sí

para unir las a la clínica y encontrar el resultante que será el diagnóstico exacto.

Para la más clara exposición del asunto, vamos a seguir una clasificación determinada, y creemos que a este respecto la más didáctica, aunque no sea la más clínica, es la siguiente: V. accidentales. V. de origen digestivo. V. secundarios a un estado infeccioso. V. de origen nervioso. V. permanentes.—(SENELLART).

A. VÓMITOS ACCIDENTALES.—Entre éstos, vamos a incluir dos grupos, uno caracterizado porque el vómito no es sino un síntoma de la enfermedad causal, y el otro, en el que incluimos los vómitos de origen psicopático.

Entre éstos, encontramos el típico *vómito de los escolares*. Estos muchachos vomitan todos los días, los más, y solamente algunos, el resto. Tiene de característico este vómito que siempre tiene lugar por la mañana, muchas veces al ser despertado el niño, y otras en el trayecto de su casa a la escuela. La mayoría de las madres no se dan cuenta de que este vómito no se presenta ni los domingos ni días festivos.

Cuando se les hace notar esta coincidencia, no pueden menos de atribuir la a un exceso de fatiga que les proporciona el estudio. Pero esta razón nos explicaría que no vomitasen los lunes, es decir después del día festivo, pero no el domingo, tras de un día de tarea.

Al principio de instaurarse este síndrome los vómitos se producen por vía refleja de orden vegetativo, pero con la intervención de la voluntad del escolar ante la angustia de enfrentarse con una lección o un trabajo superior a su capacidad intelectual. De ahí que ADLER diga que: "¡Solamente un escolar angustiado vomita!!"

Luego de instalarse el síndrome, los vómitos pueden producirse independientemente de la voluntad.

En resumen, no se trata sino de una situación de inferioridad que no hay que confundir con el llamado complejo de inferioridad.

Además de la angustia escolar, hay diversos factores psíquicos, los más de orden familiar, sobre lo que no creemos pertinente extendernos en este trabajo.



El tratamiento es muy difícil, pues todos los productos terapéuticos están destinados al fracaso.

Creemos que el tratamiento debe ser sólo y esencialmente psíquico, para lo cual debe de internarse el niño en una clínica pediátrica, rodeado de los demás niños para que él observe cómo los demás no vomitan; no debe dársele ningún trato especial porque esto haría fracasar el plan, y veremos como, si seguimos ese procedimiento, cesarán rápidamente todos los vómitos. Una vez que lleve una temporada en la clínica, se le podrá sacar de ella, pero no hay que olvidar que el médico debe de seguir tratando al niño, es decir, en esta fase, al que hay que tratar es al educador, para evitar que el niño se encuentre en situaciones análogas a las que estaba, porque en este caso fatalmente se repetiría el síndrome, que sería ya más difícil de vencer.

En el primer grupo, es decir, en los verdaderos vómitos accidentales, hemos de estudiar los siguientes:

*Vómito por indigestión simple.*—En realidad de verdad, en este caso el vómito no es sino un síntoma de la enfermedad, si así se puede llamar a las frecuentes indigestiones que padecen nuestros pequeños clientes. La amnemesia, sobre todo, la brusquedad con que principia la afección y lo rápidamente que responde al tratamiento, han de ser los mejores datos para enjuiciar rectamente esta clase de vómitos.

*Vómitos por intoxicación medicamentosa.*—La quinina, ipecacuana y tantos y tantos otros productos farmacológicos, son capaces, una vez traspasada la zona manejable terapéutica, de manifestar, por medio de vómitos, que hemos pasado la dosis terapéutica. No creemos necesario extendernos en consideraciones sobre este punto, pues fácilmente se averigua la causa del vómito.

*Vómito por oclusión intestinal.*—Generalmente, es la hernia estrangulada la que, produciendo una oclusión intestinal, da lugar a la producción de vómitos, la mayoría de ellos fecaloideos. La sintomatología de la hernia estrangulada es bien clara y precisa para que haya necesidad de repetirla una vez más.

*Vómito por invaginación aguda intestinal.*—La sintomatología es la siguiente: durante las cinco o seis primeras horas, sólo hay dolorimiento intestinal; en este período puede haber deposiciones normales, no haber ninguna clase de deposiciones, ser diarreicas o ser sanguinolentas; a continuación se instaura el segundo período, cuyas dos características son las deposiciones sanguinolentas y los vómitos; éstos al principio pueden ser alimenticios o de líquidos y mucosidades gástricas, y más tarde, en cuanto entra en función el peritoneo, los vómitos son porraceos, sobreviene la peritonitis con todo su cortejo de síntomas y el niño, si no se le interviene, muere. Claro está que el índice de mortalidad operatoria también es muy elevado.

*Vómito por apendicitis.*—La tan debatida cuestión de la apendicitis hace que todos los médicos sepamos más que bien el diagnóstico de la misma y su diagnóstico diferencial; pues bien, todos sabemos que uno de los primeros síntomas de la apendicitis, tanto en el niño como en el adulto, son los vómitos. Sólo quiero hacer la observación de que el dolor en fosa ilíaca derecha en un niño

no es ni será nunca síntoma suficiente para el diagnóstico de una apendicitis, ya que el dolor en esa región precisamente es también el síntoma principal de muchas afecciones (v. g. la neumonía), que nada tiene que ver con la apendicitis.

Creemos con esto haber dicho los casos principales de vómitos accesorios, pero no sé nos oculta la posibilidad de ampliar este grupo con nuevas aportaciones, mas no queremos extendernos demasiado en una cosa que suponemos está en la inteligencia de todos.

B. VÓMITOS DE ORIGEN DIGESTIVO: *Mericismo* es una costumbre anormal psicógena, que guarda íntima relación con las demás estereotipias (onismo, tics de SALAAM, etc.). Según FINKELSTEIN, no existen verdaderos vómitos, sino *regurgitaciones* del contenido gástrico, continuas, sin esfuerzo, incluso a todas luces “acompañadas de sensación de placer”. Generalmente no empieza hasta el segundo trimestre, a veces más tarde. No consisten sino en el babeo, podemos decir, de los alimentos ingeridos, no en la totalidad, pero sí en cantidad suficiente para que el niño no gane de peso e incluso empiece la curva a descender. Según GOETT, estos enfermos tienen una lengua muy grande y movable. Está disminuida la motilidad gástrica. Para tratarlos hay varios procedimientos: el de YLPO, tener el niño boca abajo, en la cuna, atándole las manos al somier; después que se hayan corregido se sustituye la cuna por un lienzo colocado a manera de hamaca, en la cual se le tiende al niño también boca abajo. El de RIEHN, que propone fijar la mandíbula inferior a la superior por medio de un vendaje almohadillado, el de SIEGERT, que recomienda la introducción de una sonda gástrica terminada en una vejiga deshinchada de pescado hasta la altura del cardias, y una vez allí, hincharla y dejarla puesta una o dos horas. Como alimento, papillas espesas, y aun sin leche, a base de patata, galletas, plátanos, etc.

*Vómitos por hipo-alimentación.*—Es interesante este caso, más que nada porque del buen diagnóstico depende la vida del enfermo; en efecto, a un niño que se le da una cantidad de alimento inferior a la que necesita para llenar sus necesidades, adelgaza, toma el aspecto de un viejo y su estómago se hace intolerante para todo alimento; está siempre gritando con un grito especial y característico; cuando se le muestra el pecho o el biberón los coge con avidez, durante un cuarto de hora y a veces más, pero después no tarda en devolver todo lo tomado; si en estas condiciones se le diagnostica de gastro-enteritis, disminuyendo como consecuencia la ración, el enfermo empeorará. El tratamiento es lógico; no hay más que ir forzando poco a poco la ración alimenticia, para encontrarnos lo más rápidamente posible en ella, y evitar de este modo los vómitos por insuficiencia alimenticia.

*Vómitos por sobre-alimentación.*—Menos frecuentes que los anteriores, no dejan de ser observados. Se pueden presentar en dos formas distintas: una, que no es tal vómito, sino la salida del exceso de leche dado al niño, y la otra, que es un verdadero vómito, y que no es, la mayor parte de las veces, más que la manifestación de un

# LABORATORIO BIOQUÍMICO VITORIA

## Aurasa Vitoria

**Forma:** Elixir.

Solución en simbiosis de las levaduras de vino y cerveza.

Contra las afecciones estafilocócicas.

## Aurasa estanoïdal

**Forma:** Comprimidos.

Levadura de cerveza y vino asociadas al estaño químico y óxido estannoso.

Contra las afecciones agudas debidas al estafilococo.

## Fosfo-hemoglobina Vitoria

**Formas:** Jarabe e Inyectables de 1 y 2 c. c.

Hierro coloidal, fósforo y arsénico orgánicos. - Medicación dinamo-hematógena. Anti-anémico.

# GAMOSTYL

CONCESIONARIO PARA ESPAÑA:

**Sociedad Química Farmacéutica de los  
Establecimientos Rocafort Doria, S. A.**

**TUSET, 20 - BARCELONA**



Literatura y muestras gratis a los señores Médicos

A base de:

Plata

Oro

Rodio

y Quinina coloidal.

**Inyecciones intramusculares,  
indoloras y sin reacción.**

**TIFOIDEAS      GRIPES  
SEPTICEMIAS**

# NOGUESINA

## IRRIGACIONES VAGINALES

**FÓRMULA:** Biborato de sosa, Sal de Vichy, Clorato de sosa, Benzoato de sosa, Sulfato aluminico potásico: esencia. Una cucharada grande, no con colmo, disuelta en un litro de agua hervida, para una irrigación, pudiendo practicarse dos diarias y a cualquier hora. — De venta en Farmacias y LABORATORIO LOSCOS NOGUES.

**SOLICÍTENSE  
MUESTRAS A**

**Laboratorio Loscos Nogués**

**MORA LA NUEVA  
(TARRAGONA)**



## Cerealine

Alimento concentrado. Sustituye con ventaja a la leche y caldo. De gran valor nutritivo. Para enfermos, ancianos y niños.

## Neumocol

Cura la tos por rebelde que sea. Enérgico reconstituyente.

## Ferrometano

Inyectable ferruginoso, indoloro y no produce induración.

## Metanoquina

Inyectable de quinina. No produce induración. Indicado en el Paludismo, Gripe, Coqueluche y las fiebres ocasionadas por Neumococos, etc.

## Variuretano

Cura las varices sin operación.

## Gastro-evacuan

Hiperclorhidria. Úlceras gastro-duodenales.



# Atophan

*Schering*

Por su extraordinario poder de aumentar la eliminación del ácido úrico, su acción antiflogística, analgésica y antipirética, es el Atophan el medicamento específico de la gota y reumatismo.

TUBOS DE 20 TABLETAS

SCHERING KAHILBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A. Apartado 479, Madrid  
Apartado 1030, Barcelona

trastorno digestivo por sobre-alimentación, ya cualitativa, ya cuantitativa; es, pues, sólo un síntoma de una enfermedad digestiva, razón por la cual no entramos en su detenido estudio.

Como un sub-capítulo incluimos aquí los vómitos producidos por las condiciones de los alimentos ingeridos; así tenemos en primer lugar *la leche de mujer*, la cual puede dar lugar a vómitos en ciertos y determinados casos, como son: los períodos menstruales, la tomada inmediatamente de grandes choques psíquicos, los cambios de régimen en la alimentación de la nodriza, la clase de medicación a que puede estar sometida, las enfermedades febriles y otras causas más que sólo la práctica ha de decirnos cuáles sean. *La leche de vaca*, las vacas recién paridas, las sustancias modificadoras que suelen adjuntar a la leche, la alimentación del animal en ciertos y determinados casos es también la determinante del vómito en el lactante. *Otros alimentos* son capaces de producir asimismo el vómito, cuando se dan antes de tiempo o su preparación no es todo lo esmerada que debe serlo, o su calidad deja que desear. HUTINEL demostró que tanto la leche de mujer como la de vaca pueden producir *anafilaxia alimenticia* y la dividió en dos entidades: la grande y la pequeña anafilaxia. En la primera, el niño tiene vómitos inmediatamente de la toma de leche, acompañado de diarrea profusa, cianosis, hipotensión, etcétera, es decir, todos los síntomas del choque coloidalásico. Disminuyendo el cuadro de la gran anafilaxia y quedándonos con los vómitos alguna erupción cutánea, y alguno que otro síntoma, nos encontramos en el cuadro de la anafilaxia menor. El tratamiento, como se comprende, es suprimir la causa y alimentar al niño o con otra leche o, en último caso, con otros alimentos.

*Vómitos por aerofagia*.—Muchos niños, mientras tetan, degluten gran cantidad de aire, que después de la tetada tienen que expulsar; pues bien, se dan casos en los que este fenómeno está muy acentuado y en los cuales al mismo tiempo que expulsan el aire lo hacen también de pequeñas cantidades de leche. Las principales causas productoras de estos vómitos son: la anomalía del pezón, que hace que siendo muy difícil de coger por el niño al no ajustarse a su boca, traga aire al mismo tiempo; anomalías en la boca del lactante, obstrucción nasal del mismo, en virtud de la cual tiene que soltar con frecuencia el pezón para respirar, y por el mecanismo fisiológico de todos conocido, parte del aire, en vez de ir a los pulmones, va al estómago y, por último, el uso de malas tetinas o la posición viciosa del niño al lactar, que por las causas antedichas produce los mismos efectos.

Para muchos autores la aerofagia no se produce sino en los niños que están sometidos a una alimentación insuficiente, y que dará a la larga lugar a una gastro-neurosis emetizante. El tratamiento, por lo demás, no ofrece dificultades; hay que procurar que el niño reciba en las mejores condiciones posibles su alimentación.

C. VÓMITOS SECUNDARIOS A UN ESTADO INFECCIOSO.—Las enfermedades febriles en la infancia dan la mayoría de ellas lugar al vómito; en las infecciones del aparato respiratorio, desde las infec-

ciones más altas, como son las rinofaringitis, hasta las más graves, como son la bronconeumonía y la neumonía, acompaña al cuadro general el vómito, aunque en algunas ocasiones sólo al principio se manifieste. El diagnóstico exacto en estos casos no se puede hacer inmediatamente. En la actualidad, estamos visitando a un niño de tres años cuya sintomatología total se ha reducido, durante los tres primeros días de su enfermedad, a vómitos, y al cabo de los cuales se ha podido llegar al diagnóstico de una neumonía de lado derecho.

Los estados infectivos digestivos, ni que decir tiene que la mayoría de ellos se manifiestan con vómitos. La tos ferina muchas veces se empieza a manifestar por vómitos, acompañados por inapetencia, y así una larga serie de enfermedades cuyo síntoma inicial es el de vómitos. Se comprende fácilmente que en estos casos la dietética no juega ningún papel en el mecanismo de estos vómitos y que, por tanto, el tratamiento debe de dirigirse a la enfermedad causal.

D. VÓMITOS DE ORIGEN NERVIOSO.—Estudiaremos, en primer lugar, el píloro-espasmo, también llamado gastroespasmo, gastritis espasmódica, enfermedad espasmódica, enfermedad de los vómitos habituales. Muchas son las hipótesis emitidas para explicar la patogenia de estos vómitos; se habla de la excesiva riqueza en grasa de la leche, de un cierto grado de distensión de las paredes gástricas, de factores osmóticos y de estímulos mecánicos, y se habla también, y a mi modo de ver acertadamente, de un espasmo del píloro, producido quizá por una hiperestesia de la mucosa gástrica que en cuanto tiene en contacto el alimento reacciona de ese modo; claro está que en este caso más que un píloro-espasmo sería un gastroespasmo emetizante. Para MARFAN el ochenta y tantos por ciento de estos enfermitos padecerían sífilis. Lo cierto es que podemos hacer tres fases en la evolución de la enfermedad y que en las tres fases encontramos el vómito, que se produce en algunos casos inmediatamente de haber tomado el alimento, y en otras ocasiones a los pocos minutos de haberle tomado; el vómito sale en chorro proyectado a distancia, por lo general la leche está coagulada y con frecuencia está mezclada con moco. Unas veces se produce después de todas las tetadas, otras sólo después de algunas de ellas. Las deposiciones, muy compactas y poco abundantes, no faltan nunca.

La primera fase es la llamada forma común de vómitos habituales de MARFAN o píloro-espasmo esencial de WEIL o PEHU; en esta primera fase, la menos grave y aparatosa de las tres, suele existir, a más de todo lo enunciado, diarrea muco-grumosa; el peso permanece estacionario. Abdomen normal; si el enfermito no es tratado convenientemente, pasa a una segunda fase, más acentuada, en la que se une un elemento espasmódico acentuado; en esta fase es cuando el vómito es en chorro y las deposiciones en bola. El abdomen está deprimido. No está aumentado el peristaltismo, ni se palpa el píloro. El peso empieza a descender, el niño se deshidrata, los vómitos, que antes podían faltar tras de alguna comida, se hacen incoercibles; en una palabra, el cuadro se hace alarmante y de mal pronóstico, y de aquí pasamos a la fase terminal, a



la fase grave del píloroespasmó, en la que es imposible el hacer el diagnóstico con una verdadera hipertrofia de píloro; la sintomatología se agrava en cada uno de sus síntomas, el enfermo está caquéctico y, por tanto, completamente deshidratado y acaba por morir.

El tratamiento ha de comprender dos partes, una dietética y otra medicamentosa. Para la primera podemos seguir dos caminos, en los casos no muy graves; disminuir la cantidad de grasa de la alimentación y, desde luego, si el niño lleva lactancia artificial, proporcionarle una nodriza; no creemos interesante el detenernos en este punto, pues dirigiéndome especialmente a los médicos rurales, sé muy bien que no disponen de medios para poder preparar alimentos pobres en grasas.

El otro procedimiento a seguir es el siguiente: se le tiene al niño a dieta hídrica durante doce horas, y cada tres horas se le dará una cucharadita de agua o de té frío; al terminar la dieta, se le empieza a realimentar por una cucharada cada hora, si la admite sin vomitar; a las dos horas se le dan dos y así paulatinamente se va hacia la ración normal; si a pesar de esta pequeña cantidad de alimento el niño volviese a vomitar, se vuelve a empezar, pero en vez de darle a cucharadas, se le da a gotas. El tratamiento medicamentoso: compresas calientes en región gástrica; como antiespasmódicos se pueden emplear la tintura de belladona en solución acuosa, a dosis de dos gotas por año de edad, la atropina en solución al milésimo, dos gotas por veinticuatro horas hasta VIII o X gotas, el opio, etc.; también se dará, y yo lo recomiendo por los buenos resultados que siempre de él he obtenido, el citrato sódico:

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Agua destilada ... .. | 300 gramos |
| Citrato sódico ... .. | 5 gramos   |

Antes de la tetada una cucharadita de esta solución, que debe de ser de reciente preparación; muchos otros medicamentos hay que se pueden usar en esta afección, pero creo que con lo enumerado es suficiente para poder orientarse ciertamente en esta enfermedad, que lleva costándonos muchos niños y no debía costarnos ninguno.

*El cardio-espasmo.* — Provoca regurgitaciones esofágicas, más bien que por vómitos, por lo que con lo que hay que saber distinguirlo es con el mericismo; para ello nos tenemos que fijar que así como en éste el vómito o expulsión de la leche se verifica inmediatamente de haber tetado, pero siempre después de este acto, en el espasmo de cardias, la leche no llega al estómago, porque en cuanto se pone en contacto con el cardias se produce el acto reflejo que da lugar a la expulsión del alimento. Si el niño está en posición vertical, retiene la leche, pero en cuanto se le pone horizontal se produce el vómito.

Hay que observar que no toda la cantidad tomada es devuelta, por la sencilla razón que dura el niño siempre alrededor de los siete meses, lo que hace suponer que se ha ido alimentando con lo poco que ha pasado por el cardias, pero el niño se hace hipotrófico, las extremidades se le quedan frías, el vientre plano o hundido, las heces pocas y muy compactas; puede llegar a la hipotermia, caquexia e inanición, terminando, por lo general, con

convulsiones. El mejor diagnóstico se hace radiográficamente, por medio de la sonda y de la papilla de bismuto. En cuanto al tratamiento, es de lo más difícil; todo lo que se refiere a dietética fracasa completo, ya se sustituya la leche por papillas, ya se hagan éstas más líquidas o más condensadas, es lo mismo; el fenómeno persiste; si se alimenta al niño con enemas, tampoco se consigue nada, pues en cuanto se vuelva a la alimentación normal el vómito vuelve a producirse; lo único que podemos hacer es emplear los antiespasmódicos, y si acaso, y con mucho cuidado, por medio de la sonda ir produciendo la dilatación forzada del cardias; desde luego hay que ponerle al niño suero con tanta más frecuencia, cuanto más vomite.

E. VÓMITOS PERMANENTES.—A nuestra manera de ver, este es el grupo peor denominado de la clasificación de SENELLAND, porque no se ajusta en realidad a un grupo de afecciones, sino que tan sólo hace referencia a una sola, y además resulta que tenemos otras, que ya hemos descrito, y cuya sintomatología se manifiesta también por vómitos permanentes. En fin de cuentas, este grupo, para el autor de la clasificación, que es lo que yo he respetado, es el que engloba la hipertrofia de píloro, que da lugar a una estenosis pilórica. Voy a extenderme un poco en esto, más que nada, por llevar a todo el mundo el convencimiento que yo tengo de que únicamente con la operación se puede hacer algo por estos niños, que de otra manera están fatalmente destinados a perecer.

Desde que HIRSCHSPRUNG la describió con el nombre de estenosis pilórica congénita, no se ha cesado de investigar sobre el asunto; así se ha llegado a la conclusión de que se presenta con más frecuencia en los varones que en las hembras (80 por 100 del sexo masculino, según FINKELSTEIN), y que además, por lo general, recae en el primogénito.

La época de la aparición es variable, pero siempre es pronto, es decir, al cabo de pocos días del nacimiento, algunas veces a las pocas semanas y menos frecuentemente tarda un par de meses a hacer su aparición. No faltan los casos en que el niño tiene la diarrea típica de los niños anormalmente constituidos, y de esta diarrea pasamos al estreñimiento pertinaz y a los vómitos en surtidor, que son los típicos. Estos vómitos unas veces son inmediatamente de la alimentación, pero otras veces tardan más tiempo a producirse.

Los vómitos rara vez contienen sangre; si acaso algunas estrías; tampoco es frecuente que contengan biliar; en cambio lo que sí tienen es aumentado el CIH libre y aumentada también la acidez total. Se asienta en el enfermo un adelgazamiento progresivo, las orinas son escasas y las deposiciones son de hambre, como las llama FINKELSTEIN. A diferencia del espasmo de píloro, aquí se aprecian con toda facilidad enérgicas ondas peristálticas que van de izquierda a derecha. Se puede tocar en la región pilórica una tumoración del tamaño de una avellana. La faz adquiere un aspecto especial, que se puede considerar patognómico, y se observa la distribución del cabello por mechones de FREUND.

En la autopsia se puede apreciar un estado de

contracción estenosante del píloro ligado casi siempre a una hipertrofia de su musculatura.

Para explicar las alteraciones anatómicas, se han expuesto las siguientes teorías: HIRSCHSPRUNG admitía la existencia de una formación tumoral, que daría lugar a una estenosis verdadera. THOMSON admite que primitivamente el trastorno es sólo funcional, y que al cabo del tiempo por la existencia de este espasmo se provoca un estrechamiento del conducto, que da lugar a una hipertrofia funcional; esta es la teoría más extendida y, por último, IBRAHIM, FEER, MONRAD, HERTZ, dicen se trata del espasmo de un píloro hipertrófico congénito primitivo.

Para explicar los síntomas clínicos se recurre a las siguientes suposiciones: más que la hipertrofia del píloro son los vómitos los que impiden el paso del alimento al intestino, y estos vómitos es indiscutible que son de naturaleza espástica; ahora bien, ¿esta hiperestesia de la mucosa gástrica a qué se debe? ¿Cuál es el mecanismo íntimo de su producción? Porque la existencia de la elevada acidez libre y combinada en el contenido gástrico no parece que lo sea, a más que habría que determinar si la hiperclorhidria se origina a causa de la estrechez o es la estenosis la que produce la hiperclorhidria; hay que inclinarse a esta segunda hipótesis por la sencilla razón que después de la sección del anillo pilórico desaparece la hiperclorhidria, pero en definitiva nada se puede sustentar con criterio cerrado, por no poder asentarlo sobre bases ciertas.

Parece que la cuestión de la herencia no influye en el caso, ni aun la presentación de otros estigmas nerviosos nos autoriza a hablar de distinta manera de como lo hacemos. En cuanto a la evolución, poco hemos de decir que no hayamos dicho; que el niño adelgaza, se hace caquéctico y en algunas ocasiones se presentan los accesos febriles conocidos, pero sin explicación clínica. Solamente cuando lo tratamos con atropina podemos atribuir a ésta dichos accesos febriles.

Respecto al pronóstico, hay opiniones para todos los gustos, como se dice vulgarmente; de todas las formas, el pronóstico es gravísimo y la mortalidad muy elevada, digan lo que quieran los autores que ven morir pocos niños de esta enfermedad.

Tratamiento: primero la alimentación; hay que procurar a todo trance que se haga con leche de mujer, espaciando las tomas considerablemente y en muy pequeña cantidad; esto es un asunto que no se pueden dar reglas fijas; hay que ir tanteando el terreno, y sobre todo prescindir de la existencia de los vómitos. La hiperclorhidria hay que tratarla con una base débil (v. g. las sales de Karlsbad); si así no se corrigiese, dar un régimen exento de grasa; resumiendo, hemos de decir que hay que dar al niño una ración suficiente en el menor volumen posible. Con el cateterismo duodenal se puede en alguna ocasión alimentar al niño, pero no siempre se consigue el lograrlo. Si los vómitos son muy abundantes, le alimentaremos con el gota a gota.

Los medicamentos sedantes se emplearán: cocaína, papaverina, atropina, etc., cataplasmas calientes, baños templados y, en último término, la intervención quirúrgica, que consistirá simplemente

en una miotomía del píloro, pero en cuyos detalles de técnica y demás no me quiero detener por estar en preparación un artículo sobre dicho asunto.

Nos queda tan sólo por tratar una clase de vómitos que a propósito no hemos querido incluir en ninguno de los grupos estudiados, para de esta forma darle más realce a su interés; me refiero a los vómitos por acetonemia, que tan frecuentes son en los niños.

Se trata de una afección, como ya sabemos, que se suele presentar periódicamente; la fecha de su aparición oscila entre el primer año de vida y los cinco o seis. No parece que tenga influencia alguna el sexo.

La sintomatología es la siguiente: Los prodromas están constituidos por olor característico del aliento, olor a acetona, semejante al producido por una mezcla de cloroformo y ácido acético, estreñimiento, heces fétidas, cambio en el psiquismo del niño, cefaleas y fatiga. A continuación hacen su aparición los vómitos, que constituyen el síntoma principal de la enfermedad. Empiezan bruscamente, siendo alimenticios para convertirse en acuosos, de olor agrio, llegando en algunas ocasiones a hacerse biliosos. La lengua está seca y roja, el abdomen está retraído, indolente, y algunas veces hasta sensible a la palpación. El hígado está aumentado de tamaño y doloroso. El estreñimiento persiste, las heces se hacen grises. Las orinas son poco abundantes y tienen un intenso olor a acetona, que la contienen, como asimismo ácido diacético. Por lo general los enfermos están apiréticos, pero no es raro observar a niños con fiebre hasta de 38 grados.

El niño está postrado, asténico.

Las pupilas normales, quizá un poco dilatadas.

La cefalea es, por lo general, poco intensa, pero hay casos que se apartan de esto.

El pulso es normal y algo arritmico.

La respiración, por lo general, es normal. De cuando en cuando, grandes inspiraciones.

No hay rigidez de nuca, ni Kernig.

Este estado dura algunos días, generalmente no muchos, cuatro o seis, al cabo de los cuales los vómitos cesan, desaparecen todos los síntomas y el niño vuelve a su estado normal. O sea que tan bruscamente como aparece, desaparece. La regla es la curación, pero no se puede negar que se cuentan casos bien ciertos de defunciones.

En los intervalos entre los accesos, los niños no están completamente bien; todos ellos tienen sus cosas de un orden o de otro: artritis, adenoiditis, estreñimiento, dispepsia atónica, apendicitis, colemia familiar, migrañas, erupciones de urticaria, asma, enteritis, etc., etc.

Respecto a la causa productora de estos vómitos, se ha discutido mucho y se sigue discutiendo. MARFAN resume las teorías actuales a tres, entre las que parece que está la solución:

*Teoría hepática:* Son varios los autores que emiten hipótesis culpando al hígado de los vómitos por acetonemia. El doctor MARAÑÓN, entre ellos, que cree es debido a la presencia de cuerpos cetónicos de la hipoglucemia existente, y ésta, al insuficiente poder glucogenético del hígado.

*Teoría de la cetolisis insuficiente:* La afirmación de algunos de que el hígado no tiene ningún poder cetolítico, hace que quiera encontrarse en



los órganos cetolíticos (músculos, riñón, bazo, etcétera), la explicación de estos vómitos. Teoría de la superproducción de los cuerpos cetónicos, o sea la perturbación brusca de los cambios que determina a la vez la formación de una sustancia emetizante y los cuerpos cetónicos en exceso.

Nosotros creemos que esta última es la que tiene más caracteres de verosimilitud.

Hay una forma de vómitos acetónicos muy interesante, por las concomitancias que presenta con la meningitis: es la forma encéfalo-meningea.

Esta forma se puede dividir a su vez en otras dos que son la forma convulsiva y la forma meníngea.

En la forma convulsiva, durante el período del vómito aparecen las convulsiones, que pueden ir acompañadas de somnolencia y hasta de coma, se pueden confundir con facilidad con la forma meníngea, pero tienen mucho mejor pronóstico que éstas.

La forma meníngea tiene la siguiente sintomatología:

Los prodromos son los mismos que los de la forma habitual.

Vómitos, cefalea, estreñimiento y reacción meníngea.

Los vómitos tienen las mismas características que los anteriormente descritos.

La cefalea es, por lo general, más persistente.

El estreñimiento no es constante.

Durante la primera fase puede haber agitación, insomnio y hasta delirio nocturno.

Rigidez de nuca. Kernig y hasta opistótonos.

Pupilas normales, pulso retardado. Temperatura normal.

Aliento de olor acetónico.

En el líquido céfalo-raquídeo se puede encontrar acetona. No hay, por lo general, leucocitosis; la albúmina está en cantidad normal y la glucosa

está disminuída. Rara vez se encuentran positivas las reacciones a las globulinas. Termina, generalmente, por la curación.

Tratamiento: Se le pondrá en el epigastrio o calor o frío, lo que soporte mejor. Para combatir la acidosis conviene dar alcalinos, bicarbonato sódico o citrato sódico, y desde luego no hay por qué establecer la dieta, porque aumentaría la acidosis. Enemas a 40°. No se consigue nada con otros medicamentos; tan sólo si se prolonga la enfermedad habrá que dar tónicos cardiacos, suero glucosado, etc. El agua se le puede dar azucarada, porque así se ayuda también a combatir la acidosis.

Posteriormente no hay que olvidarse que, se admita la hipótesis que se admita, el hecho innegable es que hay una insuficiencia hepática, por lo que habrá que andar con mucho cuidado con el régimen dietético a que se le someta al niño. MARFAN recomienda que tomen los niños, durante las fases de intervalo, dos veces al día antes de las comidas una cucharada de veinticinco o cincuenta gramos de la siguiente fórmula.

Agua destilada, un litro.

Sulfato sódico, 8 gramos.

Fosfato sódico, 6 gramos.

Bicarbonato sódico, 4 gramos.

Bromuro de sodio, 3 gramos.

Y con todo lo dicho, creemos que hemos dado una rápida ojeada a las principales causas de los vómitos en la infancia. No quiere esto decir, ni mucho menos, como ya dije, que todos y cada uno de los grupos establecidos no sea susceptible de ampliación, pero he procurado prescindir de aquellas formas que son rarezas en la clínica, para dar más extensión a aquellas otras que por su importancia clínica o por su frecuencia en la práctica corriente, he pensado habían de ser de gran utilidad para todos nosotros.

## FORMIOKOLA MIRET

— TÓNICO NEURO-MUSCULAR —

INDICACIONES: Anemia, neurastenia, debilidad cerebral y medular, convalecencias, inapetencia y todos los trastornos provocados por el agotamiento nervioso (surmenaje) y la debilidad orgánica.

— PODEROSO REGULADOR DEL METABOLISMO —

Laboratorio MIRET - Plaza de la Sal, 13 y 15 (Teléfono 146) - Lérida

# SIL = AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

Muestras y literatura: **A. GAMIR** || Sustituye al bismuto  
Padre Jofré, 9 -:- Valencia ▽ en terapéutica gástrica

Existe el **SIL-AL** belladonado

## Aguas minero-medicinales termales BELASCOAIN (NAVARRA)

**Clorurado-sódicas, bicarbonatadas, nitrogenadas, variedad liníticas. Eminentemente radio-activas.**

**Especialísimas en la litiasis renal y hepática, gota y reuma gotoso. Curación segura de los cólicos del riñón y el hígado, cálculos (mal de piedra) y arenillas.**

Las aguas de **Belascoain**, por su calidad de alcalinas débiles, su fácil digestión y por la acción de la litina que contienen, se consideran como insustituibles **aguas de mesa** para el régimen de los **artríticos**, revelando su análisis ser superiores a las más renombradas de su clase y confirmando sus resultados. Disuelven los uratos y el ácido úrico del organismo, aumentando desde el primer día el residuo seco de la orina, evitando se deposite en los tejidos y produzca la gota, los cálculos, diabetes, albuminuria y demás enfermedades originadas por el artrismo.

Si la enfermedad se ha producido ya, unas cuantas tomas abundantes para que los cálculos y arenillas sean expulsados, notándose, sobre todo si se usa al pie del manantial, que la expulsión suele ser exenta de dolor, hecho comprobado infinitas veces y no explicado aún satisfactoriamente.

### Gran Balneario de BELASCOAIN (Navarra)

**Montado con todos los adelantos modernos.**

**Temporada: DEL 15 DE JUNIO AL 30 DE SEPTIEMBRE**

Auto diario a Pamplona. Precios moderados. Se remite a solicitud la «Memoria-Guía del bañista en Belascoain».

Venta por menor en Farmacias, Droguerías y Ultramarinos de toda España. Para pedidos e informes dirigirse a la Sociedad Anónima **Burlada y Belascoain**, Pamplona (Navarra). — Cod. usado, A. B. C., Quinta edición.

La Sociedad posee también el acreditado manantial de **BURLADA**, la mejor agua de mesa; aumenta el apetito, hace más rápidas las digestiones, cura el estómago y tonifica el organismo.

## Jerez-Quina LA ENFERMERA

**es el aperitivo más selecto y de mayor garantía.**

==== **LUKOSAL** =====

**Sales frutales efervescentes.**

**Producto español.**

**Especialidades de**

**Laboratorios LUKOL, S. A.-Jerez de la Frontera**



## Plátano Cereosa

Indiscutible alimento vegetal para niños y adultos.

## In-Ovo

Ampollas reconstituyentes de Lecitina e Insulina.

## Yodocalcinol Soto

Depurativo. Recalcificador.

## Tonikolina Soto

Gran tónico nervioso y debilidad de la cabeza.

## Evaline Soto

Medicación antiséptica, desodorizante y astringente. Higiene íntima de la mujer.

## Lactoseptol

Fermentos lácticos búlgaros, de excelentes resultados. No se pasan de fecha.

## Biorrhenol Soto

Elíxir y granular y ampollas de 1 y 2 c. c. simples y con hierro. Reconstituyente general.

## Polisalicilatos Piña

Poderoso antirreumático.

Fórmula: Solución al 6,75 por 100 de salicilatos asociados de sodio, potasio y calcio.

Se prepara en elíxir e inyectables.

Para muestras y literatura, dirigirse a D. Francisco Roncalés - Paz, 6, entr.º dcha. - Zaragoza

# Parati-Cal

Fijación de la Cal  
por la Paratiroides

El **Parati-Cal** es la fórmula ideal para el tratamiento de los procesos patológicos dependientes de la falta de cal en el organismo.

El **Parati-Cal** está indicadísimo para desarrollar sus dos efectos: recalcificante y hemostático.

Como **Recalcificante**: en el raquitismo, decalcificaciones del embarazo, osteomalacia, tetania, pretuberculosis y tuberculosis, acondroplasia, osteitis fibrosa.

Como **Hemostático**: hemoptisis, hematemesis, epistaxis, menorragias y metrorragias.

DOSIS: Como *reconstituyente* y en los adultos, 3 cucharadas diarias; niños, 3 cucharaditas. Como *hemostático*: 6 cucharadas en los adultos y 6 cucharaditas en los niños.

#### FÓRMULA:

|   |      |        |
|---|------|--------|
| Gluconato de cal . . . . .                      | 2    | grs.   |
| Cloruro de cal . . . . .                        | 1.50 | »      |
| Lactato de cal . . . . .                        | 1.50 | »      |
| Extr. glicérico glándula paratiroidea . . . . . | XVI  | gotas. |
| Vehículo, c. s. para . . . . .                  | 100  | grs.   |

Preparado en los Laboratorios

**A. Pagés Belleville**

Representante en Zaragoza:

**FRANCISCO BERNAD SANCHO**-C. del Pilar, 6 y 8, 2.º



## ANÁLISIS DE REVISTAS

### Cirugía.

*Fractura aislada de la primera costilla*, por el Doctor LEEMANS, de Bruselas. (L'scalpel 13/X/34).

La fractura aislada de la primera costilla es harto infrecuente, como atestiguan todos los tratados de patología quirúrgica. Tal hecho clínico se explica fácilmente recordando que dicho hueso se halla colocado a cierta profundidad y, sobre todo, protegido por la clavícula y por robustas masas musculares.

Ordinariamente la fractura que nos ocupa sólo produce trastornos ligeros, y a ello se debe que tal silencio patológico no nos determine a realizar un examen radiológico, que es casi el único medio de diagnóstico cierto y positivo. Pero indudablemente algunas veces puede ser causa de complicaciones graves: enfisema subcutáneo, empiema, absceso pulmonar, todo ello cuando se rompa la pleura o el pulmón y ocurran, además, complicaciones infecciosas. La solución de continuidad del hueso tiene lugar casi siempre en la unión del tercio posterior con el tercio medio. Como consecuencia de la acción muscular, los fragmentos podrán desplazarse verticalmente o sufrir rotación interna o externa.

La consolidación de estas fracturas es la regla, si bien se han observado algunos casos de pseudoartrosis. Así como en las restantes costillas no es frecuente que las fracturas consolidadas dejen, como secuela, dolores ulteriores, las de la primera costilla, cuando se sueldan a beneficio de un callo exuberante, se produce una irritación de las raíces inferiores del plexo braquial.

Antes de abordar el estudio de la fractura de la primera costilla, es útil recordar el detalle de las inserciones musculares que soporta y sus relaciones con los importantes órganos contiguos.

Como todas las demás, la primera costilla consta de una parte media o cuerpo y dos extremidades: anterior y posterior. La que nos ocupa tiene algunas particularidades que vamos a describir rápidamente. El cuerpo está orientado de tal manera que una de sus caras mira hacia arriba y la otra hacia abajo; uno de sus bordes, el que mira afuera, es convexo, y el correspondiente a la pleura es cóncavo. En la cara superior son bien visibles dos anchos surcos transversales, entre los que resalta por la parte más próxima al borde cóncavo, un tubérculo, el tubérculo Lisfranc, donde se inserta el escaleno anterior; el surco posterior ha sido fraguado por el latido de la arteria subclavia que en él se aloja; así como el anterior sirve de apoyo a la vena también subclavia. La extremidad anterior de esta costilla presenta en su cara superior una superficie rugosa en la que se inserta el ligamento costo-clavicular. La extremidad posterior, muy desarrollada, forma con el cuerpo un ángulo casi recto, y comprende la cabeza, que se

articula con los cuerpos vertebrales, un cuello, delgado y aplanado en el sentido vertical; una tuberosidad situada en su borde externo y que se articula con la apófisis transversa correspondiente, y forma el verdadero ángulo posterior de la primera costilla. El borde posterior del cuello presenta rugosidades adecuadas para la inserción de un ligamento de amarre a la cara posterior de la citada apófisis transversa. La primera costilla se nos presenta en forma de una línea quebrada con dos vértices, de los cuales el posterior corresponde a la tuberosidad, y el anterior al surco arterial de la subclavia. Resultan así aparentemente, tres porciones en este hueso: el posterior, que es casi transversal, o ligeramente oblicuo hacia afuera y arriba; el segundo, oblicuo hacia abajo, afuera y adelante, y el tercero, que se dirige hacia adelante y hacia adentro. La primera costilla tiene una inclinación tal, que una horizontal que arranque de su extremo anterior, alcanzaría por detrás a cortar sobre la segunda vértebra dorsal.

La cara superior de la primera costilla presta inserción a ambos músculos escalenos. La vena subclavia, que ocupa, como ya hemos dicho, el surco más anterior, se halla, por consiguiente, por delante del escaleno anterior; y entre los dos escalenos, que forman un espacio triangular, se encuentran la arteria subclavia, que ocupa el canal óseo posterior, y las raíces y troncos primarios del plexo braquial, que se adosan a la cara anterior del músculo escaleno posterior. La cara inferior y el borde cóncavo de la primera costilla están tapizados por la pleura. El borde convexo o externo, presta inserción a los músculos intercostales, y es recorrido por el primer nervio intercostal.

La primera costilla ha de romperse: por choque directo, por choque indirecto o por una contracción muscular. Respecto al choque directo, el hueso que nos ocupa se halla protegido por delante, por el extremo interno o esternal de la clavícula. Tan sólo cuando el brazo se eleva verticalmente queda descubierta y es palpable la costilla en el hueco sub-clavicular. Igual ocurre cuando el omóplato se lleva hacia atrás y hacia adentro. Por detrás, la primera costilla se halla protegida por una espesa capa muscular, si bien en los sujetos flacos la extremidad posterior queda en un plano relativamente superficial. Se descubre completamente cuando la paletilla se lleva hacia adelante y abajo, y entonces queda perfectamente accesible a un golpe. Queda, en cambio, bien protegida cuando el omóplato se lleva hacia arriba y adentro y también cuando se levanta el brazo. Se ve, de una manera clara, que en ciertas posiciones de la clavícula y del omóplato, la primera costilla puede ser alcanzada directamente por un traumatismo y sufrir la fractura en el punto de choque, es decir, en la unión de los tercios posterior y medio, que es, como hemos visto, la parte más expuesta.



Milligan y Ford han tratado de explicar la fractura indirecta por el mecanismo de la exageración de sus corvaduras normales, hasta rebasar el índice de elasticidad del hueso. Una compresión ejercida sobre las dos extremidades de la costilla produciría la fractura en un punto cualquiera, en cuanto se sobrepasara la resistencia del arco. Pero es difícil admitir en clínica este mecanismo, porque no es posible concebir que esa fuerza no sea compartida también por las costillas segunda y tercera y por la clavícula. Es admisible, en cambio, que un traumatismo violento sobre el hombro convierta la clavícula en una palanca que llegue a fracturar la extremidad anterior o esternal de la primera costilla; pero aun así, lo corriente es que además resulten una luxación esterno-clavicular y fractura de las costillas próximas.

Como vemos, ni el choque directo, ni mucho menos el indirecto, explican satisfactoriamente todas las fracturas de la primera costilla. La clásica, la pura, la que se presenta con absoluta integridad de los huesos linótrofos, tiene relación indiscutible con la contracción muscular. En casi todos los casos existe el antecedente de una tracción brusca e intensa sobre el brazo de aquel lado, y vamos a ver si logramos una explicación lógica del mecanismo por el cual se produce esta fractura.

Recordemos que la cabeza costal se articula sólidamente con los cuerpos vertebrales; que la tuberosidad se halla también fija a la apófisis transversa, por un potente ligamento interóseo; de esto resulta que la movilidad de la extremidad posterior de esta y de todas las costillas es casi nula. Supongamos una inspiración forzada, y con ella una contracción violenta de los escalenos, tenderá a la elevación de la costilla que, fija por detrás y prolongada y más flexible por delante, llega a romperse por el punto en el que se anulan estas fuerzas contrarias, y ya indicado como sitio de elección de las fracturas: la unión de los tercios posterior y medio. La tracción violenta sobre el brazo y el esfuerzo de oposición para no dejarse arrastrar, fija sólidamente las vértebras cervicales; si los escalenos se suman y participan en ese gran esfuerzo, queda como sector más débil el punto de la primera costilla, en el cual se insertan y su fractura contra el punto de su más sólido apoyo: su extremidad posterior.

Vamos ahora a estudiar el desplazamiento de los fragmentos de tipo general. La radiografía suele dar una imagen en la que la cabeza, el cuello, la extremidad posterior de la costilla fracturada, presentan una altura menor que la visible en el lado sano. Este aparente adelgazamiento del extremo posterior se interpreta como debido a una rotación del mismo alrededor de su eje mayor o transversal, de manera que el borde anterior convexo se eleva y el posterior descende. Se nos presenta, pues, el hueso, más bien sobre su borde anterior que sobre su cara superior. La rotación inversa aumentaría por el contrario el espesor del hueso. También el fragmento anterior se nos presenta adelgazado y ello se debe a su rotación externa por la contracción de los escalenos y los intercostales.

Ya hemos dicho al comienzo que rara vez se da el caso de que la fractura de la primera costilla

produzca síntomas importantes, como fractura aislada, siendo lo peculiar de ésta un síndrome de irritación nerviosa subsiguiente a la pseudoartrosis o al callo exuberante. Cuando tal ocurre, la solución radical sólo se logra por medio de una intervención quirúrgica, cuyo programa se deduce del estudio detallado de cada caso.

DR. IÑIGO.

#### *Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las fracturas, por el doctor CH. DAM.*

Encargado cinco años del examen de inválidos, se impresionó por el número considerable de individuos que después de una fractura banal, quedaban con una disminución considerable de su valor funcional y social.

El autor ha visto de 1.000 a 1.500, de los cuales el porcentaje de invalidez era de un 30 por 100.

Las causas del mal resultado en el tratamiento de las fracturas son de dos órdenes: 1.º, quirúrgicas y ortopédicas, y 2.º, que comprende los cuidados que tienen por objeto la recuperación funcional del miembro herido.

En el orden quirúrgico y ortopédico, las causas más frecuentes han sido los defectos de reducción, las pseudoartrosis. Respecto a la reducción, unos estiman que la reducción, lo más perfecta posible, es necesaria; otros, que la forma es poca cosa y que la función es todo. Es lógico pensar que la función se recupera mejor, cuando el elemento anatómico sea restablecido en su normalidad.

La desviación producida por una fractura mal consolidada, queda bien raramente sin repercusión funcional. Ha observado, sobre todo, deformaciones de convexidad posterior en tibias fracturadas, con desviación del pie, sea hacia dentro, sea hacia fuera, que repercuten fatalmente sobre las articulaciones vecinas. En el miembro superior las desviaciones axiales, los callos voluminosos, que causan impotencias funcionales graves. Una buena reducción se impone, sea por métodos no sangrantes o por osteo-síntesis. Se necesita controlar radiográficamente, por lo menos en dos sentidos, el resultado obtenido, para juzgar con seguridad de la reducción obtenida.

Pasando a la inmovilización, el autor tiene la convicción de que en muchos casos ha sido insuficiente, sea en el espacio, sea en el tiempo. El aparato debe ser tal, que la contención de los fragmentos esté completamente asegurada y que sea lo suficientemente prolongada para que la solidez del callo sea suficiente, para no temer una deformación secundaria por ejecución de movimientos. La insuficiente contención de los fragmentos puede tener por resultado no solamente desplazamientos nocivos, sino movimientos de roce recíprocos entre los fragmentos, el uno sobre el otro.

Para comenzar la movilización, unos son partidarios de la movilización activa inmediata, sobre todo en las fracturas articulares. Debe ser el mismo herido el que debe practicar los movimientos, porque si es otro el que la moviliza, puede, por una maniobra intempestiva, desplazar los fragmentos. Debe desecharse el perjuicio de las anquilosis por inmovilización; si el cartílago intra-articular no



ha sido herido, se puede afirmar que la anquilosis no se dará.

Al principio recomienda el masaje de los músculos y de las articulaciones vecinas, pero hecho con prudencia. Si se actúa bruscamente puede provocarse reacciones que conduzcan a una artritis anquilosante. Al mismo tiempo deben hacerse movimientos pasivos de las articulaciones vecinas y el herido hará él mismo movimientos activos.

Los movimientos libres serán autorizados lo más pronto posible y la marcha, si se trata de los miembros inferiores. Por ello recomienda el empleo de aparatos de marcha, que hacen ganar tiempo, porque ellos permiten el movimiento desde el principio del tratamiento.

El autor no desprecia los otros métodos: aire caliente, baño de calor íuminoso, electroterapia, rayos actínicos, etc.

*Le Scalpel*, 2 Fevrier 1935.

### Hidrología y Climatología.

*Organización del tratamiento balneario en la Unión de Repúblicas Soviéticas*, por el Prof. G. DANISCHEVSKY, director del Instituto Central de Hidrología y climatología, de Moscou.

La organización del tratamiento balneario en la U. R. S. S., como consecuencia de la *razón de Estado*, prevé la necesidad de enviar a los balnearios a los enfermos que más pueden beneficiarse de esta clase de tratamiento. Por esto, la apreciación de la eficacia de dichos tratamientos juega un papel importante junto a los demás métodos de investigación.

El método empleado en la determinación de la eficacia del tratamiento balneoterapéutico es el propuesto por el autor y consiste, esencialmente, en valorar con severidad los resultados obtenidos con el tratamiento balneoterápico en los enfermos a ellos sometidos. Con arreglo a este método, antes de enviárseles a las estaciones balnearias, son estudiados convenientemente los enfermos. Y pasado algún tiempo de la cura vuelven a ser reconocidos para apreciar los resultados lejanos de la misma. A este fin los enfermos son observados en su domicilio, durante períodos de doce a dieciocho meses, haciendo constar si trabajan o no, para así poder enjuiciar respecto a la acción de la cura de aguas sobre la capacidad productiva de los obreros.

Los resultados del trabajo realizado en un período de diez años atestiguan que los hidrólogos soviéticos han alcanzado ya muy buenos resultados en el tratamiento termal de obreros, campesinos y hasta de intelectuales. Las indicaciones y contraindicaciones que por el procedimiento dicho se han establecido son especiales para cada balneario y merced a ellas se puede enviar a tal o cual enfermo en tal cual estado de su enfermedad, a tal o cual balneario, en el tiempo más apropiado y en la forma más conveniente.

Las estadísticas presentadas al IV Congreso Internacional del Reumatismo son el exponente del trabajo de multitud de Institutos científicos y de

especialistas a quienes el régimen social del país soviético ha facilitado los medios necesarios para investigar y estudiar ampliamente estas cuestiones en sus laboratorios y clínicas, independientemente de consideraciones mercantiles o de cualquiera otra clase.

Comentario. Dos aclaraciones que pueden ser oportunas:

El profesor Danischevsky es hoy día una de las figuras destacadas en el campo científico de la Hidrología rusa.

En la U. R. S. S. las estaciones balnearias y climáticas están nacionalizadas y dirigidas por el Estado, los Municipios y las organizaciones profesionales.

DOCTOR SERAL.

(*Archives of Medical Hydrology*, january, 1935, London).

*Insulinoterapia y cura de Vichy en la diabetes*, por P. y M. VAUTHEY.

Cualquiera que sea la patogenia de la diabetes, dicen los autores, las curas hidrominerales alcalinas pueden llenar una eficaz indicación terapéutica y, en particular, las aguas de Vichy. La acción de éstas consiste en un mejoramiento manifiesto de la glico-regulación por activación de los procesos glicolíticos y en un aumento de la tolerancia para los hidratos de carbono por elevación del coeficiente de utilización de los mismos.

Para que los efectos sean más eficaces, es necesario que la indicación de la cura esté bien hecha, que la cura termal sea dirigida metódica y convenientemente y que las aguas sean asociadas racionalmente al régimen alimenticio, a las curas de ayuno y a la insulinoterapia. A estudiar cada uno de estos factores—aguas minerales, régimen, insulina—y la manera más conveniente de asociarlos según las edades de los enfermos y las formas y evolución de la enfermedad, tiende este interesante trabajo.

DOCTOR SERAL.

(*Paris Medical*.—Abril, 1934).

### Pediatría.

*Breve contribución al estudio de la albuminuria ortostática de la enuresis en el niño*.—MAGAZ, VEGAS Y DE LA GRANDA.

Investigar la participación que el funcionalismo renal tiene en estos dos procesos es el objeto que persiguen los autores en este corto trabajo, en el que sobre tres albuminúricos y dos enurésicos han trabajado.

Sospechando, no sin fundamento, que el funcionalismo renal, sobre todo en lo que hace relación a su eliminación, debía estar perturbado, someten a sus enfermos a la prueba del agua, les dan en ayunas 500 c. c. de agua y se va recogiendo la orina hasta completar esta cantidad cada quince minutos.



Los resultados obtenidos son los siguientes: en los individuos normales tarda más tiempo a eliminarse esa cantidad, estando el individuo o echado o de pie. Pues bien, en los casos de albuminuria ortostática se se invierten resultados de la prueba y la eliminación es más rápida en posición horizontal que erigida.

La eliminación de cloruros disminuye en la posición erecta con relación a la horizontal, siendo que en los individuos normales no se altera esta cifra en relación con la posición.

En los casos de enuresis también la fórmula de la eliminación del agua está invertida.

Los cloruros en la orina no varían.

La fórmula leucocitaria es coincidente en ambas posiciones, linfocitosis con un descenso compensador de neutrófilos.

R. RIERA AISA

#### *Los factores vitamínicos en terapéutica infantil.*—

G. VIDAL JORDANA.—*Anales de Pediatría*. Octubre de 1934. Barcelona.

En estos últimos años se está trabajando intensamente en todo cuanto hace referencia al papel de las vitaminas en la economía individual, y no sólo a esto, sino también a la naturaleza íntima de las mismas, de forma y manera que aquel que lleve tan sólo unos meses dedicado a estos estudios, se encontrará sorprendido por la cantidad de hallazgos y teorías, no ya modernos, sino ultramodernos, sobre la acción de las vitaminas, que es hoy día el tema de moda.

Pues bien, todos estos trabajos van poco a poco haciendo la luz en un asunto en el que hasta hace bien poco se actuaba empíricamente.

También hasta hace bien poco se les atribuía a cada una de las vitaminas A, B, C y D un papel determinado, por el síndrome que se desarrollaba al faltar dichos elementos.

Pues bien, hoy ya no son las A, B, C y D las vitaminas sólo conocidas, sino que son la A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>3</sub>, B<sub>4</sub> ó P, C, D, y la última descubierta la E o vitamina de la reproducción. Pero dejemos esto a un lado, que ni el autor trata de ello en su artículo ni fué mi intención el disertar sobre el tema.

Muchas veces nos encontramos ante niños distróficos, que no los podemos encuadrar en ninguno de los cuadros de distrofia que aceptamos; pues bien, si investigamos a fondo en estos enfermitos, veremos cómo encontramos en ellos la existencia de una carencia (séame dable el así llamarla) vitamínica.

La avitaminosis parcial es también cada día más admitida y observada y son las formas monosintomáticas las formas que podríamos llamar larvadas.

El factor A nos ha demostrado un poder como elemento anti-infeccioso.

En las anemias y hemodistrofias, es incuestionable el poder de las vitaminas.

¿Mecanismo de acción? Todavía volvemos a los tiempos anteriores, obramos empíricamente, no estando de acuerdo los investigadores; nosotros (los

médicos prácticos) nos contentaremos con seguir aplicándolas, y no tardaremos mucho en saber (el autor de este trabajo lo tiene en estudio) a qué se debe esta innegable acción beneficiosa.

Para aseverar lo dicho, publica veinte historias clínicas de niños, con procesos pulmonares, tifoideas, anemias, etc., en los que se ha añadido el factor vitamínico, siendo sus resultados innegables.

R. RIERA AISA.

*Sobre las modificaciones humorales observadas en las enfermedades de la nutrición y ciertos trastornos alimenticios de la primera infancia.*—L. RIBADEAU DUMAS.—*Paidoterapia*. Diciembre de 1934. Barcelona.

Desde que en el año 1934 Hutinel comprobó en los casos de enterocolitis la existencia de anasarca sin que estuviese interesado el riñón, quedaron puestas las bases para este interesante asunto, es decir, para el estudio de las modificaciones humorales en las enfermedades de la nutrición y otras enfermedades de la primera infancia.

Basa su observación en dos casos clínicos: un niño de unos tres años, que ingresó en la sala con gran anasarca y que tenía una considerable disminución de prótidos sanguíneos, alteración cualitativa de los mismos y colesterol en líquido ascítico. Bastó un régimen apropiado, bastó un régimen a base de yoghour, abundantes vitaminas, puré de frutos e hígado de buey para que desapareciera el anasarca y el eczema consecutivo al mismo.

El otro caso se refiere a una niña que por haber tenido una alimentación a base de mucha leche y líquidos o alimentos con mucha proporción de sales, había fijado gran cantidad de agua en su organismo y había dado como consecuencia lugar a un eczema. Pues bien, también en este caso con un régimen proteinado y pobre en sales, bastó para que la enferma curase.

Y es que hay que tener en cuenta los cuatro estados hipopépticos que detalla Cathala, susceptibles de producir estos fenómenos: regímenes hipomineralizados, regímenes hidrocarbonados, regímenes desequilibrados por ser deficientes en proteínas y grasas y regímenes carenciados.

En resumen, Ribadeau-Dumas sientan estos cinco principios a sus observaciones:

1.º En ciertos lactantes eczematosos existe un trastorno humoral profundo.

2.º El trastorno humoral se agudiza en las enfermedades de origen alimenticio, por diversas razones, régimen hidrocarbonado excesivo, sobrealimentación y sobreremineralización, carencia, y se acompañan de edema.

3.º Las modificaciones observadas consisten, ante todo, en hipoproteinemia y un descenso de la relación A: G (albúmina : a globulina).

4.º No se trata de una lesión propiamente renal.

5.º El mismo síndrome se encuentra en cierto número de niños, aptos para presentar edema fuera de toda nefritis.

R. RIERA AISA.

# LABORATORIO EROS

de MADRID, o sus preparados

## Tetracal

Simple. Adrenalinado. Ferruginoso. Arseniado. Fluosado.

## Tetracal

Injectable en ampollas de 2, 5 y 10 c. c

## Elical

## Egastril

superan y mejoran los extranjeros

**Recalcificante y Hemostático**

por excelencia

## CALCICLOR

**Composición:**

Cloruro de calcio puro cristalizado . . . . . 40 gramos.

Agua edulcorada y aromatizada, hasta. . . . . 100 c. c.

70 gotas de **Calciclor** representan 1 gramo de Cloruro de calcio.

Cada cucharadita de las de café tiene 2 grs. de Cloruro de calcio.

*El Cloruro de calcio es el mejor **Recalcificante** conocido, siendo además el único que, de una manera apreciable, aumenta la cantidad de cal contenida en la sangre. Sabido es, por otra parte, que para ser absorbidas la mayoría de las sales de calcio, deben ser transformadas, por nuestro aparato digestivo, en Cloruro.*

*(Del Journal de Therapeutique Francaise).*

### PRODUCTO NACIONAL

Para muestras dirigirse al **LABORATORIO DEL DR. ARISTEGUI - BILBAO**

# NUTREINA

El mejor alimento para niños.

Producto netamente español.

Muestras y literatura a petición:

## Sociedad Española "NUTREINA,"

Cardenal Cisneros, núm. 62 - MADRID





## LABORATORIOS-FEDE S. A.

DIRECTOR DR. A. LÓPEZ CIUDAD - FARMACÉUTICO

MARQUÉS DE CUBAS, 9. - TELÉFONO 19.147 - MADRID

### Neyol n.º

Procesos crónicos del  
aparato respiratorio

1

Se emplea en las bronquitis crónicas simples y en las secundarias, rápidamente modifica la secreción bronquial, facilita la expectoración, calma la tos, cede la disnea y facilita el sueño.

COMPOSICION POR 100 c. c.—*Para-iso-propilmetacresol*, 1,50 g.; *Metanol*, 3, 5,00 g.; *Gomenol*, 7,90 g.; *Anhidroterpina*, 10,15 g.; *Alcanfor*, 2,00 g.; *Trioleinas esterificadas*, c. s.

### Neyol n.º

Antifímico

2

Sin necesidad de emplear el opio ni ninguno de sus derivados, corrige la tos emetizante de los tuberculosos, curando y evitando las agudizaciones catarrales.

COMPOSICION POR 100 c. c.—*Guayacol*, 0,10 g.; *Timol*, 1,00 g.; *Estearopteno de menta*, 1,50 g.; *Esencia de Niauli*, 20,00 g.; *Cineol*, 10,00 g.; *Sulfuro de Alilo*, 0,005 g.; *Trioleinas esterificadas*, c. s.

### Neyol n.º

Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antiseptia rápida y enérgica, obteniendo la curación en corto plazo.

COMPOSICION POR 100 c. c.—*Para-iso-propilmetacresol*, 1,50 g.; *Anhidroterpina*, 10,00 g.; *Esencia de Niauli*, 20,00 g.; *Alcanfor*, 2,00 g.; *Trioleinas esterificadas* c. s.

### Neyol n.º

Procesos agudos

4

En estos procesos la remisión de los síntomas es inmediata a la aplicación del medicamento.

COMPOSICION POR 100 c. c.—*Lecitina*, 0,25 g.; *Colesterina*, 0,30 g.; *Estricnina*, 0,01 g.; *Timol*, 2,50 g.; *Gomenol*, 7,45 g.; *Eucaliptol*, 7,55 g.; *Mentol*, 5,00 g.; *Alcanfor*, 2,00 g.; *Guayacol*, 5,00 g.; *Aceite de olivas esterilizado*, c. s.

### Neyol n.º

Antiasmático

5

Se llena la doble indicación de yugular el acceso de asma con la adrenalina y atropina y actuar sobre los procesos catarrales por la acción antiséptica de los balsámicos, llenando ambas indicaciones con una sola inyección.

COMPOSICION POR 100 c. c.—*Atropina*, 0,0025 g.; *Adrenalina*, 0,005 g.; *Guayacol*, 5,00 g.; *Timol*, 5,50 g.; *Mentol*, 4,50 g.; *Gomenol*, 10,00 g.; *Alcanfor*, 2,00 g.; *Aceite esterilizado*, c. s.

Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio.

De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

**SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS**

## Oto-rino-laringología.

*Cirugía del tiroides*, por L. VAN DEN WILDENBERG.

Las indicaciones operatorias sobre la tiroides, derivan de las alteraciones mecánicas y funcionales del organismo causadas por la glándula. Recuerda los grandes esfuerzos de la escuela americana sobre la cirugía que estudiamos. Riseman ha publicado un trabajo sobre "Efectos terapéuticos de la total ablación de la tiroides sobre la angina de pecho". En el primer trabajo dicen que la hemitiroidectomía sólo produce efectos transitorios y en 1933 señalan los buenos resultados de la total tiroidectomía en la angina de pecho. Extirparon la glándula en diez pacientes afectos de descompensación cardíaca. En un enfermo de angina de pecho, que tenía ataques repetidos antes de la intervención, no ha tenido ataques después de la operación, y el ejercicio no causa disnea ni fatiga. Siete pacientes fueron operados por lesiones cardíacas post-reumáticas. Tres meses después de ser operados, no tienen palpitaciones, disnea ni otro signo de descompensación cardíaca. Las hemoptisis y los dolores debidos a lo cardíaco, han desaparecido. Se ha administrado el extracto tiroideo a los enfermos un corto período.

En cuanto a las operaciones de la glándula tiroides por alteraciones mecánicas o funcionales, se practicarán sólo cuando la iodoterapia esté contraindicada o no haya causado efecto.

La operación estará indicada en todas manifestaciones de hipertiroidismo que presenten cierta gravedad y resistencia al tratamiento médico.

Habrà que operar un bocio de urgencia, en caso de asfixia, cualesquiera que sea el estado del enfermo, pero es preferible la cura profiláctica, por intervención precoz.

Los enfermos con estenosis progresivas de la tráquea pueden, con ocasión de un catarro, cerrarse su luz traqueal. Además, estas estenosis crónicas conducen a la hipertrofia cardíaca y a congestión catarral crónica de los pulmones, y estos enfermos mueren lentamente de bronquitis, bronquiectasia y de neumonía.

Debemos esforzarnos por reconocer bien estos enfermos, por examen externo, laringoscopia indirecta y directa, radiografías, para conocer con exactitud las dimensiones de la estrechez traqueal.

Se establecerá una relación entre la glándula enferma y el estado general del organismo (sistema endocrino, vegetativo). El gran número de defunciones post-operatorias, de hace años, revela una mala preparación médica del enfermo. No deben operarse bocios en períodos agudos, donde la irritabilidad cardíaca y la excitación psíquica se hallan al máximo. Para calmarlos, se puede administrar bromuros, luminal, algunos días.

La digital hay que reservar su empleo; sólo cuando el bocio se acompañe de descompensación cardíaca, se usará. El iodo se empleará si no hay intolerancia. Aplicará el hielo sobre el cuello y el corazón en los casos serios. Prohibir el alcohol, café, nicotina. Régimen lacto-vegetariano.

No deberá hacerse ninguna operación, sin que el pulso se halle por debajo de cien pulsaciones.

Hay que pensar en la frecuencia de bocios abe-

rrantes, endotorácicos, que son tumores benignos, hasta que adquieren tamaño suficiente, para causar compresión sobre la tráquea, el esófago y sobre los grandes vasos.

La traqueoscopia conviene para juzgar del asiento, de la forma y del grado de una estenosis traqueal profunda. La radiografía bien hecha tiene mucho valor en el diagnóstico. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con un absceso pulmonar y con un cáncer del esófago. Más difícil puede ser entre un bocio y un aneurisma de la aorta.

La técnica de la exéresis de un bocio intra-torácico puede ser simple, pero en algunos exige el despegamiento de la glándula un gran esfuerzo y puede causar una lesión mecánica de los nervios recurrentes y por ella parálisis bilateral brusca de las cuerdas vocales, que obliga a una traqueotomía de urgencia. Tampoco es rara la rotura de alguna vena que causará una gran hemorragia y obliga a taponar.

Después de operado, pronto el enfermo debe adoptar la posición sentada para evitar la neumonía. Debe administrarse iodo después de la tiroidectomía.

El bocio maligno debe operarse lo más ampliamente posible; casi todos los tumores malignos del tiroides asientan sobre un bocio. No debe olvidarse que estos cánceres son de una evolución muy lenta. La operación está contraindicada en los siguientes casos: Cuando el cáncer ha franqueado la cápsula tiroidea; cuando se extiende a los órganos vecinos y cuando hay metástasis. Estos casos serán irradiados.

El punto neurálgico de la cirugía de la tiroides es la operación por hipertiroidismo. El autor describe unos casos clínicos de enfermos con hipertiroidismo, operados, y da cuenta de los resultados obtenidos. Los casos de enfermos reseñados eran enfermos irremisiblemente perdidos sin la operación y merced a ella logró mejoramientos enormes que animan a seguir practicando la intervención en casos análogos.

LORENTE LAVENTANA.

*Revue Belge des Sciences Medicales*. Diciembre, 1934.

*Estudio anatómico-clínico de los osteomas del seno frontal*, por el Doctor JEAN CAUSSE.—*Les Annales D'oto-Laryngologia*.—Noviembre 1934.

Son neoformaciones óseas, en general únicas, más raro dobles y estimadas como tumores benignos, de crecimiento lento, excéntrico, no contrayendo con el esqueleto adherencias, no infiltrando los tejidos vecinos, ni dando jamás metástasis y no recidivando después de su extirpación.

## ANATOMIA PATOLOGICA

*Macroscópica*. — Se presenta bajo los aspectos más diversos en forma, peso, volumen, número y situación. Su carácter común es su dureza y el color blanquecino. El osteoma amolda su forma a la del seno que ocupa. Su superficie lisa, está cortada por surcos más o menos profundos, que le dan un aspecto mamelonado.



El volumen es muy variable, dependiendo de la edad y del grado de desenvolvimiento del tumor. Lo más frecuente es que llene la cavidad del seno, pero jamás se une a sus paredes. Puede empujar delante de él la lámina cortical interna del frontal, que se adelgaza, pero siempre persiste la cavidad sinusal. En un grado más avanzado, puede, por desgaste de las paredes, llegar a invadir regiones próximas; seno frontal opuesto, etmoides y, lo que es más grave, hacia delante la cavidad orbitaria y atrás cavidad craneana, y en estos casos, el tumor tiene una parte estrecha que corresponde al sitio de paso de una cavidad a otra. Cuando sale del seno, puede alcanzar dimensiones considerables, cosa rara porque lo lógico es operar el tumor precozmente, antes que alcance tal desarrollo. Carreras-Arago extirpó uno de 578 gramos de peso.

Suele ser único. Es raro que haya varios en el mismo lado y menos que existan en ambos senos, de no ser que como antes se dijo, haya pasado de un lado a otro.

Respecto a las relaciones con el esqueleto, unos pretenden que el tumor sólo tiene relaciones de contigüidad, para otros existe siempre un punto de partida.

Cabe admitir dos grupos: osteomas libres y osteomas adherentes que serían los más numerosos, que están unidos al esqueleto por un delgado pedículo. Puede haber una zona de adherencia más amplia. Cuando el pedículo es muy largo, es difícil discernir si se trata de un tumor del seno o del hueso frontal.

Respecto a su implantación, para Gerber, el origen etmoidal es al frontal como doce a ocho. Para Citelli, el origen en pared anterior es el más frecuente. Goyanes dice que se implantan sobre la superficie endosinusal del hueso frontal a nivel de la unión de las porciones vertical y horizontal del mismo. Otros nacen en el tabique entre ambos senos.

#### HISTOLOGIA

Están formados por trabéculas óseas, rodeadas de espacios medulares, que encierran tejido conjuntivo-vascular. Se pueden distinguir las variedades siguientes: osteomas compactos, esponjosos, mixtos y eburneos.

#### PATOGENIA

*Muchas teorías.* La de Dolbeau, que serían debidos a osificación de la membrana que tapiza la cavidad del seno. La de Virchow, que el tumor se desenvuelve en el diploe; es una enóstosis que acaba por atrofiar las láminas del hueso frontal y exteriorizarse. La de d'Arnold, el osteoma nace del tejido cartilaginoso del etmoides. La de Fetissov, que son los osteoblastos del periostio los que dan nacimiento al tumor. Es posible admitir que se forman por causas diversas.

Según el autor, los osteomas adherentes se forman o tomando como origen restos de cartílago etmoidal embrionario, que son los de pedículo delgado, o tomando como origen el tejido óseo del hueso frontal, que serían los osteomas de pedículo ancho.

Los osteomas libres, pueden nacer de dos maneras: a expensas de un osteoma adherente, por supresión del pedículo o por un proceso de hiperplasia ósea.

#### ETIOLOGIA

Dos hechos son ciertos: Que se presenta en sujetos jóvenes, de quince a cuarenta y cinco años y la concomitancia frecuente de inflamaciones subagudas de la mucosa nasal.

El que se presenten en su principio casi siempre en sujetos en pleno desarrollo del esqueleto, en el momento de la pubertad, hace admisible la teoría embrionaria y hace similares estos tumores a los osteomas epifisarios o exóstosis de crecimiento.

Se ha querido atribuir a un golpe, a la sínfisis, a la tuberculosis, pero todo ello sin gran fundamento.

#### SINTOMAS

Tres períodos en su evolución. Uno de fenómenos subjetivos, en el cual el tumor es inaccesible a la exploración clínica. Un segundo, de fenómenos objetivos, donde un clínico sagaz y una exploración radiográfica puede descubrirlos. Un tercer período de fenómenos extensivos, en que el tumor se exterioriza y da fenómenos de compresión. En el primero, dolores neurálgicos intermitentes, irradiados. En el segundo, una tumefacción a nivel de la arcada superciliar, en su parte interna. La palpación permite reconocer un tumor duro, liso. Los tegumentos son móviles por encima del tumor. Existe diplopia, provocada por exoftalmia; el ojo es empujado adelante, abajo y afuera.

En el tercer período. Por extensión, hacia la órbita, se dan los mismos síntomas que en el segundo, pero más acusados. Diplopia, limitación de los movimientos oculares, disminución de la agudeza visual, dilatación de la pupila del lado afecto. La extensión a la cavidad craneana entraña síntomas muy graves y es frecuente la meningitis. Al principio sólo la radiografía descubrirá el desgaste y la necesidad de una intervención operatoria. Finalmente provoca, por compresión, crisis epileptiformes.

#### EVOLUCION

Presenta tres caracteres esenciales. Es lenta, continua y progresiva.

#### DIAGNOSTICO

Para él, por rinoscopia sólo datos negativos. El cateterismo del seno frontal es imposible. El examen oftalmoscópico permite eliminar todas las causas locales de amaurosis. La diafanoscopia muestra una opacidad del lado afecto. El examen radiográfico es el medio seguro de diagnosticar un osteoma; la neoformación de una impermeabilidad manifiesta a los rayos X.

#### TRATAMIENTO

El solo tratamiento eficaz es la extirpación completa y precoz.

Respecto a intervención, aconseja tener en cuenta que debe crearse una buena vía de acceso por su amplitud, que permita extraer el tumor en su totalidad. Describe con detalle la técnica de la operación. —LORENTE LAVENTANA.

*Sobre tratamiento postoperatorio de la atrepsia y de la estenosis coanal congénita y adquirida.—*

Prof. ERNESTO PALLESTINI.

La idea del tratamiento quirúrgico reposa en conseguir una abertura suficientemente amplia para garantizarla del peligro de sínfisis o de sinequia post-operatoria.

Para conseguirlo, puede utilizarse la intervención quirúrgica o medios físicos y de ellos preferentemente la electrocoagulación sobre la electro-lisis y galvanocaustia.

Algunos, para evitar la atrepsia post-operatoria, no sólo corrigen la estenosis, si que también extirpan total o parcialmente las colas de los cornetes inferior y medio.

El autor, basado en su experiencia propia y en el examen de enfermos operados por otros especialistas, opina que no siempre conviene tal destrucción, que al serlo tan amplia da motivo para que desarrolle faringitis seca, con costras, que resulta de una rebeldía enorme al tratamiento.

El autor prefiere practicar después de la intervención, una dilatación sostenida, con el catéter de Pezzer, de goma, terminado en un botón. Para introducirlo se pasa un hilo de seda por la fosa nasal que llegue a la rinofaringe y a la boca y a su extremidad se une el extremo no botonado del catéter. Tirando del hilo se hará recorrer al catéter el mis-

mo camino que el hilo, pero en sentido inverso, hasta aplicar el botón del catéter contra el orificio coanal.

Ejerciendo ligera presión, se conseguirá adaptar exactamente a la forma del orificio coanal y mantener el grado de dilatación deseado. El catéter deberá quedar colocado una semana, al cabo de la cual deberá retirarse y ya la caona tendrá su forma y dimensiones deseadas.

El autor describe unos casos tratados por el método dicho y los buenos resultados logrados.

Resume las ventajas de su proceder en estos tres puntos:

1.º No haber necesidad de practicar un violento traumatismo, actuando sobre cornetes, para lograr tan amplia abertura, impidiendo así la faringitis seca, secundaria, al acto operatorio.

2.º Mantener abierta la brecha operatoria, sin ejercitar excesiva compresión, evitando decúbito molesto y permitiendo la normal evolución cicatricial, hasta la completa epitelización, en un período de tiempo relativamente breve de una semana.

3.º Permitir el abandono de medicaciones y maniobras quirúrgicas, más o menos bien toleradas y más o menos traumatizantes.

LORENTE LAVENTANA.

*L'Oto-rino-laringologia italiana.* Septiembre 1934.



# GUÍA DE BALNEARIOS

ALHAMA DE ARAGON (Zaragoza).—*Termas Guajardo*.—Aguas bicarbonatado-cálcicas, magnéticas, arsenicales y radioactivas. Especialidad: Procesos discrásicos, artritis, reumatismo, gota. Gran cascada. Inhalaciones afecciones vías respiratorias.

Temporada: 1 de junio a 31 de octubre.

ALZOLA (Guipúzcoa). — Aguas mesotermales, oligometálicas, bicarbonatado-litínicas y radioactivas. Especialidad: Riñón, vías urinarias, cólicos nefríticos.

Temporada: 15 de junio a 15 octubre.

BELASCOAIN (Pamplona).—Aguas clorurado-sódicas, bicarbonatadas, nitrogenadas, variedad litínica. Especialidad: Vías urinarias, cálculos, gota, diabetes.

Temporada: 15 de junio a 30 de septiembre.

BETELU (Navarra).—Manantiales Dama Iturri e Iturri Santu. Indicaciones: Obesos y bronquíticos, respectivamente. Aguas acratotermas, muy radioactivas.

Temporada: 15 de junio a 30 de septiembre.

CABREIROA (Orense). — Aguas acidulo-bicarbonatadas-sódicas-litínicas. Usos en bebida y baños. Especialidad: Diabetes, artritis, aparato digestivo, vías urinarias.

Temporada: 1 de julio a 30 septiembre.

CESTONA (Guipúzcoa). — Aguas clorurado-sódicas, sulfatadas termales. Especialidad: Hígado, intestinos, estreñimiento.

Temporada: 15 de junio a 30 de septiembre.

JARABA (Aguas de Sicilia en) (Zaragoza). — Bicarbonatado-sódicas, magnéticas. Clorurado-sódicas, litínicas, radioactivas. Especialidad: Reuma, gota, obesidad.

MARMOLEJO (Jaén). — Aguas bicarb.-sód., magnés., litínicas, muy radioactivas. Indicaciones: hígado, riñón y estómago.

Balneario: 1 abril-15 nov.

PARACUELLOS DE JILOCA (Zaragoza). — Clorurado-sódicas, sulfurosas, sulfhídricas. Especialidades: Escrófula, herpetismo y todas las enfermedades de la piel.

Temporada: 15 de junio a 15 de septiembre.

TIERMAS (Zaragoza). — Aguas clorurado-sulfuradas. Hipertermas. Especialidad: Reumatismo, sífilis, vías respiratorias, corazón.

Temporada: 15 de junio a 30 septiembre.

VILAS DEL TURBON (Graus), (Huesca). — Aguas oligometálicas, bicarbonatado-cálcicas, alcalinas, radioactivas. Eminentemente diuréticas. Clima de altura: 1.437 metros. Especialidad: Cólicos nefríticos, afecciones del hígado, trastornos de la nutrición.

Temporada: 15 de junio a 15 septiembre.

## Bazar Quirúrgico - V.<sup>da</sup> de R. MARTIN

Cádiz, número 15 - ZARAGOZA

Instrumental de Cirugía de las mejores marcas en acero niquelado, acero cromado y en acero inoxidable. Cajas, botes de metal para gasas.

Artículos para Laboratorio, ÓPTICA Y ORTOPEDIA

Esterilizadores metal troquelados. Jeringas y agujas de todas clases. Algodones, vendas, gasas y todo el material para curas.

# BOROLUMYL

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

INDICACIONES

## EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO  
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

## YODUROS BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento  
Científico y Radical de las

### VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías  
de los vasos por las

GRAJEAS DE

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTC

MADRID

# VARI-FLEBOL

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

# INSTITUTO MAGNUS

DIRECTOR: EXCMO. SR. D. JERÓNIMO DURÁN DE COTTES

MADRID:

Calle de Alcalá, n.º 192  
Teléfono 57082

LABORATORIOS

BADAJOS:

Bravo Murillo, núm. 13  
Teléfono 403

Tratamiento por vía digestiva de los procesos infectivos y de fermentación intestinal

## Enterotifoserum

Suero antiproteásico y antibacilar de los gérmenes patógenos de la flora intestinal (Eberth, Paratífus Coli, Proteus, Enterococo).

Cajas con 5 ampollas de 5 c. c.

INDICACIONES: Cólera infantil, enteritis agudas y sub-agudas, infecciones tíficas y paratíficas.

## Polifermentina

Fermentos lácticos en forma líquida y envase original (Kefir, Yougourt, Bacilo láctico, etc.).

INDICACIONES: Enteritis de la infancia y adultos, fermentación intestinal, infecciones intestinales, tíficas y paratíficas, etcétera.

## Lactiproteoserum

Asociación de sueros antiproteásicos y antibacilares de los gérmenes patógenos de la flora intestinal, Eberth, Paratífus Coli, con los fermentos lácticos Kefir, Yougourt, Bacilo láctico, etcétera.

Forma en polvo.

INDICACIONES: Cólera infantil, diarrea verde, enteritis, fiebres tifoideas paratifoideas y colibacilares.

## Bronconeumo Cottés

Suero pneumo-diftérico, optoquinado, concentrado

Sueros  
Vacunas

Opoterápicos

MUESTRAS Y LITERATURA:

EDUARDO CASTILLO

Plaza Salamero, 3 y 4, pral.  
ZARAGOZA



Señor Doctor:

# ABRONASMÁTICO

es la más perfecta medicación para combatir

Su fórmula garantiza el éxito terapéutico:

#### INYECTABLES BLANCOS

Adrenalina básica extractiva.. 8 millig.  
Principios activos del lóbulo  
posterior de hipófisis..... 75 diezmilg.  
Agua bidestilada, c. s. para 1 c. c.

#### INYECTABLES TOPACIO

Guayacol..... 5 centig.  
Alcánfor..... 5 id.  
Iodo..... 1 id.  
Aceite, c. s. para..... 1 c. c.

**Caja de cuatro inyectables blancos y ocho topacios  
o cajas con ampollas blancas y topacios solamente**

Sus buenos resultados son la defensa del alto crédito que tiene.

PROPAGANDA EXCLUSIVAMENTE MÉDICA

**Asma**

**Bronquitis**

crónica

**Enfisema**

pulmonar

# Babermil Lieb malt

BABEURRE EN POLVO

Leche Milfo transformada en leche

ácida con 5 gramos por  
1.000 de acidez.



SOPA DE LIEBIG

malteada con leche Milfo y dese-  
cada en tres formas:

**LIEBMALT** normal.

— laxante.

— astringente.

Útil en los procesos gastro-intes-  
tinales.

## Juan Serrallach

Vía Layetana, 15

BARCELONA