

lial function and cell nutrition. When epithelium is destroyed in acute nephritis the fluid coming out of the glomerule is retained by the cylindric plugging and glomerular filtration is stopped. When the glomerule has undergone a sclerosing degeneration, the epithelium, nourished by the efferent arteriole, dies through inanition and its function is suppressed. Glomerules and epithelium are then simultaneously injured.

To the massive desquamation of the epithelium corresponds the high albumine, rare urine and chloruremia; to the glomerular sclerosis, light albumin polyuria and azotemia. To the nitrogenated retention corresponds an intoxication — whose nature is examined by the author in his work — which is an element of importance on account of its neurotropic action, in uremia pathogenesis. Poliglandular troubles conditioned by the intoxication are to be considered. Finally author insist upon the value of the parathroid treatment of uremia accidents.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Nieren können nicht mit den anderen gewöhnlichen Drüsen des Organismus verglichen werden. Die Schleimhäute der Nieren haben eine einfache diskriminierende ausscheidende Funktion der im Blute mitgeführten Substanzen. Im Schema wiedergegeben ist die Funktion der Nieren diejenige eines Arterien-Systems, eines unter Druck arbeitenden Filtrations-Apparates, während gleichzeitig dieser Druck beim Durchgehen durch das Blütnknäuelchen (Glomerule) reguliert wird, wodurch dem Blute die epitheliale Funktion und die Ernährung der Zellen gestattet wird. Wenn die Schleimhäute zerstört sind, in den akuten Nieren-Entzündungen, so wird die Flüssigkeit, die aus dem Glomerule herauskommt, durch den zylindrischen Pfropfen zurückgehalten und die glomerale Filtration steht still. Wenn das Glomerule durch Verkalkung eine Degeneration erfahren hat, so sterben die durch die herausführende Schlagader genährten Schleimhäute zufolge Entkräftung ab und ihre Funktion hört auf. Die Glomerulen und die Schleimhäute sind also in gleicher Weise in mitleidenschaft gezogen. Die Enthaltung der Epithelen hat die hohen Albuminurien zur Folge, die seltenen Urine und die Chloruremien. Die glomerale Verkalkung bedingt die leichten Albuminurien, die Poliurie und die Azotemie. Der stickstoffhaltigen Retention entspricht eine Intoxication — deren Natur der Autor in Verlaufe seiner Arbeit prüft — die zufolge ihrer neurotropischen Aktion ein wichtiger Faktor in der Pathogenie der Uremie ist. Man muss auch die durch die Intoxication bedingten poliglandulären Störungen in Berücksichtigung ziehen. Der Autor besteht schliesslich auf der parathroiden Behandlung der uremischen Krankheitsfälle.

CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA

Profesor Dr. A. Ferrer y Cagigal

UN CASO DE HEMOFILIA

por el doctor

JAIME PI-SUÑER BAYO

El desconocimiento de la etiología y la consiguiente desorientación en lo que se refiere a la terapéutica de la hemofilia, indujo a ELOSEGUI y LLOPIS (1) a ensayar el tratamiento por las vitaminas. Fundaban este intento en un criterio de analogía. Efectivamente, la mayor parte de las enfermedades por carencia, presentan un síndrome hemorrágico de

mayor o menor importancia. Por otra parte, la terapéutica en la hemofilia es hasta ahora tan poco eficiente, que cualquier prueba hecha con espíritu científico, y en la absoluta seguridad de inocuidad, es justificable.

Ni las sales de calcio, ni los sueros hematopoyéticos, ni ninguno de los hemostáticos locales dan resultados absolutamente satisfactorios. Es por ello que, vistos los casos publicados en Madrid por discípulos de PITTALUGA, escuela de máxima autoridad en España y probablemente en Europa en cuestiones hematológicas, nos decidimos a la prueba del tratamiento vitamínico en nuestro caso.

Ya en pleno estudio de nuestro enfermo, han publicado casos parecidos, PITTALUGA y ELOSEGUI (2), y LLOPIS (3) un resumen de las pruebas efectuadas en Clínicas extranjeras sobre este nuevo medio terapéutico.

Llevamos hechos siete análisis, en poco más de un año. Los cinco primeros, en los que se aprecia la franca y rápida mejoría, en un término de tres meses; luego desde enero de 1927, la ausencia de Barcelona durante más de medio año, nos imposibilita la continuación del estudio sistemático del enfermo; sin embargo, continúa el tratamiento y los exámenes de sangre practicados con posterioridad a nuestro regreso, certifican la estabilización del proceso de curación.

Se extraen cada vez, 10 c. c. de sangre por punción venosa, mediante una jeringa esterilizada, y lavada cuidadosamente con agua destilada. Las mismas precauciones — esterilización y enjuague con agua destilada — se toman para la preparación de los demás instrumentos, tubos, pipetas, etc., que hayan de utilizarse durante todas las operaciones, a fin de evitar la posible presencia de enzimas o sales de calcio que influyeran en los fenómenos de coagulación.

Con la sangre extraída se realizan sistemáticamente tres determinaciones; calcemia según el método de TISDALL; coagulabilidad, según BLOC (con sulfato magnésico y citrato de sodio), y la medición del tiempo de coagulación espontánea, sin adición de substancia alguna. Esta última investigación, la de mayor valor, a nuestro entender, la realizamos, dejando 2 c. c. de sangre recién extraída de la vena, medidos con toda exactitud, siempre en el mismo tubo, a fin de encontrarnos en todas las observaciones en las mismas condiciones de superficie de contacto, rugosidad de las paredes, composición del cristal, etc. Este tubo, esteril, se tapa con algodón y se espera hasta la obtención de la coagulación total a 20 grados. Tomamos como coagulación total, la posibilidad de invertir el tubo por la gelificación completa de la sangre y el tiempo que se tarda en conseguirlo, es el dato que anotamos. En algunas de las observaciones, se han adicionado a estos tres datos indispensables otros resultados de interés variable.

HISTORIA CLÍNICA.—Basilio M. G., de 12 años.

(1) Arch. Cardiol. y hemat.—Madrid. VIII agosto 1926.

(2) Arch. Med. Cir. y Esp.—Madrid. Núm. 303.—28 marzo 1927.

(3) Id. Id.—305. 9 abril 1927. Pág. 474.

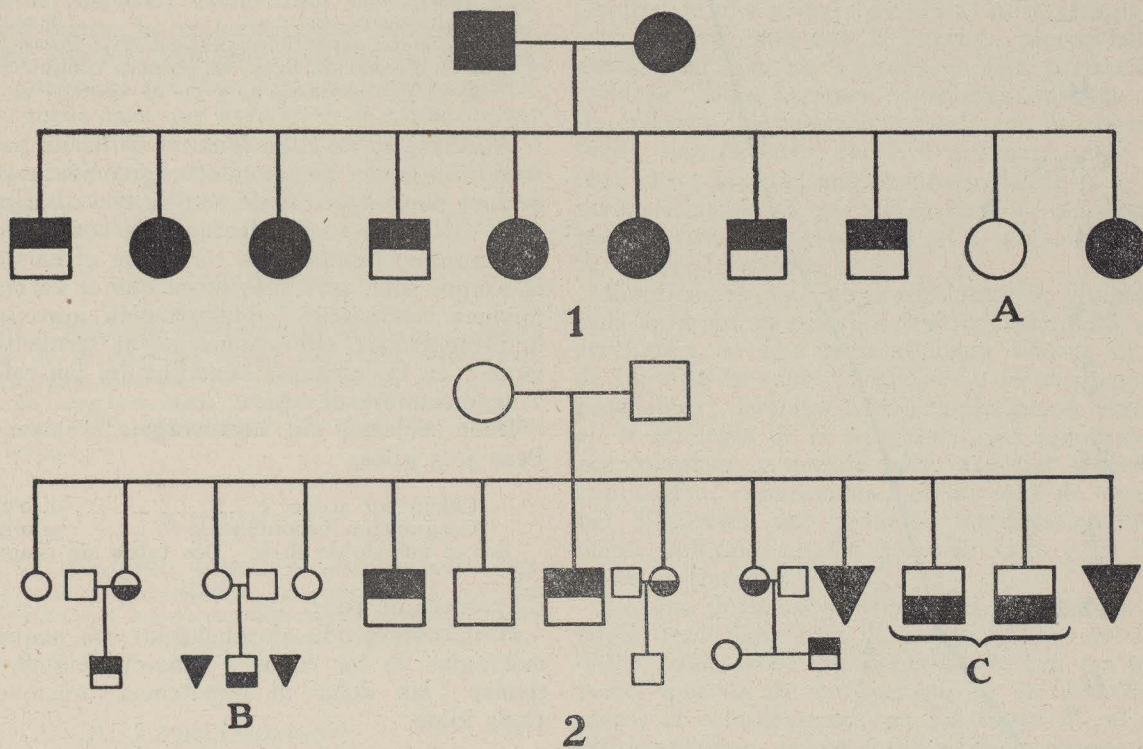
En 27 de octubre de 1926, acude por primera vez al Dispensario.

Antecedentes familiares.—Véase fig. 1.

Antecedentes personales.—Nacido a término, lactancia materna, hasta los 22 meses. Algunas infecciones en la infancia; sarampión, escarlatina. Apar-

el brazo derecho y pierna izquierda, focos hemorrágicos extensos, subcutáneos.

No se observa síntoma alguno de aparato respiratorio, circulatorio, digestivo, ni sistema nervioso. 88 pulsaciones. Temperatura 36.7. Peso 38 kilos. Talla 1.49.



1.—Familia de la abuela del enfermo.—A, abuela del enfermo.
 2.—Familia del enfermo.—B, enfermo de Barcelona.—C, casos tratados en Madrid por Elósegur y Llopis.
 ● H, fallecidos.—○ H, menorrágicos fallecidos.—◐ H, menorrágicos vivos.
 ■ V, hemofílicos fallecidos.—◑ V, fallecidos.—◒ V, hemofílicos vivos.
 ▲ Abortos.

te el síndrome hemorrágico, no presenta otra historia patológica.

Ha sufrido hemorragias continuamente, a pesar de estar siempre muy bien cuidado, por conocerse la predisposición familiar. La primera a los seis meses; otra, muy abundante, al comenzar la primera dentición. Luego otras, en distintas épocas, sobresaliendo por su intensidad y gravedad, una faríngea a los seis años, otra a los ocho, a consecuencia de un corte en un dedo, una epistaxis posterior, y la de mayor intensidad, de origen gingival y coincidente con la segunda dentición.

Enfermedad actual.—Se presenta apoyado en un bastón, ya que hemartrosis dolorosas en ambas rodillas, predominantes en la izquierda, le impiden andar solo. Presenta además, otra hemartrosis tibiotarsiana izquierda. Estas articulaciones, están tumefactas y con gran limitación de movimientos. En

Orina. Cantidad en 24 horas, 1.200 c. c.

Por 1.000 :

Cloruros...	9.36
Fosfatos...	0.50
Urea...	13.49
Acido úrico...	0.31
Albúmina y glucosa,	ausencia.
Pigmentos y ácidos biliares,	presentes.

Sangre.

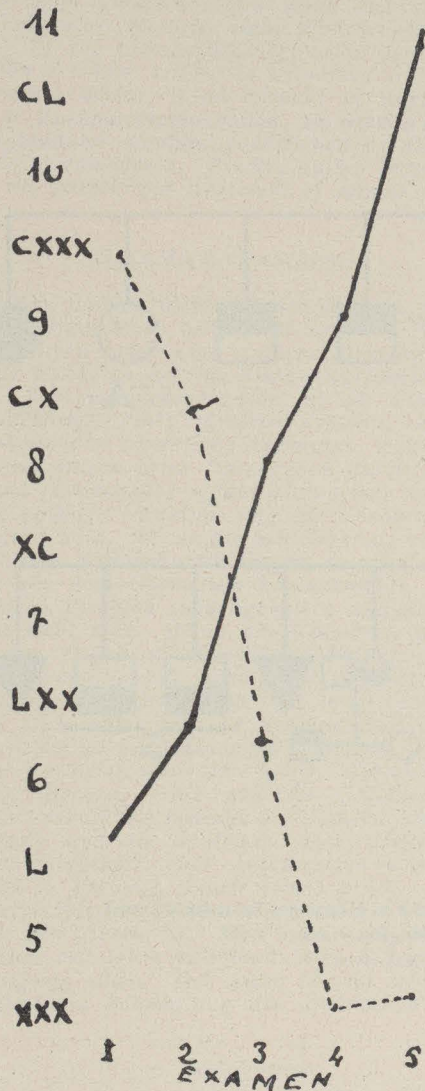
Por 1.000 :

Hematies por mm. cúbico...	6.060.000
Leucocitos...	10.352
Calcio por 100 c. c....	5.7 mgr.
Coagulación por el método de Bloc.	No coagula en ningún tubo.
Coagulación espontánea,	2 horas 10 minutos.

El muchacho, vive en un barrio excéntrico de la

ciudad y pasa muchas horas al sol. Esto puede explicar la riqueza de su sangre en glóbulos rojos. Llama la atención, en cambio, el valor bajísimo, casi la mitad del normal, de la calcemia.

Se ordena un tratamiento con 10 tabletas de Vitaminas LLOPIS, de origen vegetal — factor C — y



tres cucharadas de Natel por día, equivalentes a 5 gramos de las Vitaminas y 0,20 de fosfato tricálcico.

16 noviembre 1926.—Los focos hemorrágicos se han reabsorbido; ha cesado el dolor articular, el enfermo anda más seguro y presenta mejor aspecto. No ha tenido nuevas hemorragias.

Hematies por mm. cúbico.	6.200.000
Leucocitos.	10.658
Calcio por 100 c. c.... ..	6.4 mgr.
Coagulación por el método de BLOC. No coagula en ningún tubo.	
Coagulación espontánea. Una hora 50 minutos.	
Fórmula leucocitaria.	
Polinucleares neutrófilos.	46
Polinucleares eosinófilos... ..	2
Linfocitos... ..	48
Monocitos... ..	4

Empieza a tomar 20 tabletas de Vitaminas por día.

1 diciembre de 1927.

El enfermo anda ya solo, normalmente, con desaparición total de las hemartrosis. Le ha mordido un perro en la mano y la hemorragia se ha cohibido espontáneamente, con rapidez y sin dificultad alguna.

Hematies por mm. cúbico.	6.900.000
Leucocitos.	10.334
Calcio por 100 c. c.... ..	8.24 mgr.
Coagulación espontánea después de 1 horas 7 minutos.	
Por el método de BLOC, se observa coagulación inicial en el tubo número 5, y en el número 9.	

Además, en un tubo igual al utilizado para la determinación del tiempo de coagulación espontánea, se han puesto 2 c. c. de sangre con 25 mgr. de cloruro cálcico, y se ha efectuado la coagulación a los 41 minutos, tiempo más corto que el empleado por la sangre sola, pero más largo que el normal en las mismas condiciones; demostración aproximada de la presencia de alteraciones en el fermento coagulante y en la constante hemática del ion calcio.

15 diciembre de 1927.

Buen aspecto, sin hemorragias y buen apetito. Peso 40.5 kilos.

Calcio por 100 c. c.... ..	9.20 mgr.
Coagulación espontánea... ..	32 minutos
Por el método de BLOC. Dos tubos sin coagular.	

17 enero de 1927.

Han sobrevenido al muchacho dos pequeñas hemorragias en los codos a consecuencia de traumatismos: sin dolor ni impotencia funcional. Peso 42,65 kilos.

Calcio por 100 c. c.... ..	10.90 mgr.
Coagulación espontánea... ..	34 minutos
Por el método de BLOC, coagulación en todos los tubos, normal.	

El enfermo, sigue tomando 20 tabletas diarias de Vitaminas y tres cucharadas de Natel. Parece que se ha llegado a un equilibrio del que será difícil pasar: coagulaciones a los 32-34 minutos, calcemia normal, en poco más de dos meses, en un enfermo en quien había fracasado todo tratamiento.

A mi vuelta—11 octubre de 1927—le veo de nuevo. Ha seguido tratándose durante estos meses; no ha sufrido hemorragia alguna, presenta muy buen aspecto y su peso es de 46 kilos. La talla, 1.54. El examen de sangre nos proporciona estos datos:

Hematies por mm. cúbico.	6.640.000
Leucocitos.	10.340
Calcio por 100 c. c.... ..	11.4 mgr.
Coagulación espontánea... ..	14 minutos
Coagulación según BLOC: en todos los tubos.	

Hasta aquí, nuestra observación. Evidentemente, un solo caso no tiene valor para deducir conclusiones generales, pero es un dato más para la estadística general a sumar con los de Madrid (PITALUGA, LLOPIS, ELOSEGUI) y las observaciones de Clínicas

extranjerías. En enero de 1927, teníamos en tratamiento otros tres niños. La experiencia del primer caso nos indujo a completar el trabajo con investigaciones del valor globular, hemoglobina, oxaluria y oxalemia; los resultados, solamente iniciales, hasta entonces, parecían esperanzadores. Una ausencia prolongada y las modificaciones en la estructura y forma de los servicios de dispensario en el Hospital Clínico durante aquella, han imposibilitado la continuación del estudio. Como dato de orientación, puede mencionarse la oxaluria que se observó en el enfermo de que hoy hablamos, cuando su calcemia era de 6.4 mgr. y que desapareció posteriormente.

No nos queda más que agradecer al farmacéutico asistente al Instituto de Fisiología, Dr. CANDELA, y a los encargados del Laboratorio de Clínica Médica — en especial el Sr. VALLS CONFORTO por su entusiasta colaboración.

RÉSUMÉ

Exposition d'un cas d'hémophilie traité avec succès moyennant de la vitamine et du phosphate tricalcique. En un peu plus d'une année, le temps de coagulation spontanée du sang descendit de deux heures dix minutes à quatorze minutes. La calcémie fut, de même, notablement augmentée.

SUMMARY

A case of hemophilia treated successfully with vitamins and tricalcic phosphates. In little over a year the time of spontaneous blood coagulation fell from two hours and ten minutes to fourteen minutes. Calcemia was notably increased.

ZUSAMMENFASSUNG

Beschreibung eines Falles von Hämophilie, der mittels Vitaminen und trikalzischen Phosphaten erfolgreich behandelt wurde. In etwas mehr als einem Jahre sank die spontane Erstarrung des Blutes benötigte Zeit von zwei Stunden zehn Minuten auf vierzehn Minuten herab. Die Kalcemie wurde eben falls bedeutend erhöht.

PRÁCTICA MÉDICA

CANCER DEL ÚTERO

por el doctor

J. B. COMAS CAMPS

Director del Hospital de la Magdalena
Miembro C. de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie
de Paris

TRATAMIENTO: El cáncer uterino es el más curable de los cánceres viscerales; en el tanto por ciento de curaciones ocupa un lugar superior a otros cánceres no viscerales, el de la mama, por ejemplo.

Al resumir en 1925 (1) todo cuanto se venía publicando sobre las ventajas de los dos métodos de

tratamiento del cáncer cérvico-uterino, cirugía y radioterapia, decíamos y creemos aún de actualidad repetir: «La lectura de tanta opinión diferente, de tantas estadísticas, de tantas discusiones académicas, desorienta más bien que instruye al médico general y éste no adquiere un convencimiento para poder aconsejar en conciencia a su clienta, la operación o el radium o rayos X.

La curación del cáncer del útero no puede asegurarla de una manera absoluta, ni la cirugía, ni la actinoterapia, aun con la máxima precocidad diagnóstica, ni con las mejores y más perfeccionadas técnicas. Todos tenemos experiencia sobrada: aquella enferma precozmente operada con la carcinomectomía más perfecta, recidiva y muere antes de los tres años; la otra, mucho más invadida (a la exploración clínica), es operada y libre de recidiva tras pasa el lustro de prueba. Con el radio y los rayos X, ocurre lo mismo.

Condiciones biológicas de reacción humoral de cada enfermo, la reacción orgánica suficiente ante el carcinoma, a cuya falta atribuye WINTZ su 20 % de fracasos en casos excelentes y técnicamente irreprochables; factores todos regularmente vinculados en la etiología de la neoplasia, que ignoramos casi por completo, y que de poder apreciar y medir nos explicarían, seguramente, el por qué de resultados tan diferentes ante métodos terapéuticos idénticamente aplicados en los casos de éxito y en los que viene el fracaso».

Lo que deducimos de nuestra experiencia en cirugía desde hace más de veinte años y del radium desde 1918, es de que actualmente con las técnicas perfeccionadas de curieterapia y en determinados casos, el complemento con los rayos X, el cáncer cérvico-uterino puede curarse con la cirugía y puede curarse con el radium.

Ambos métodos de tratamiento tienen éxitos y fracasos, son tratamientos locales que pueden bastar en ciertos casos y son insuficientes en otros; pero que el médico general debe aconsejar, imponiendo toda su autoridad, ya que sin ellos la sentencia de muerte pesa inexorable sobre la enferma, y con ellos puede conseguirse una curación o una mejoría que ningún otro tratamiento puede proporcionar.

Antes de la época en que la actinoterapia se perfeccionase y en sus resultados ofreciera pruebas innegables de su potencia curativa del cáncer, los ginecólogos clasificaban los casos de cáncer cérvico-uterino en tres categorías, bajo el punto de vista de su operabilidad: 1.º, casos que deben operarse; 2.º, casos que pueden operarse, y 3.º, casos que no deben operarse.

Nosotros tenemos hoy nuestra clasificación en dos grupos: 1.º, casos en que puede elegirse entre la cirugía y el radium; 2.º, casos que deben tratarse por fisioterapia (radium, rayos X).

En la primera categoría comprendemos los casos en los que una delicada exploración clínica nos permite apreciar una localización del mal que nos autoriza a suponer y clasificar como *buen caso* para una histerectomía ampliada con técnica perfecta. De este

(1) Los progresos de la medicina en el último bienio.—Ginecología; COMAS CAMPS.—Instituto Médico Farmacéutico.—1925.