

SANATORIO
* MADRAZO *

AÑO III. * NÚMERO 2
* FEBRERO DE 1913 *

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

MARIANO MORALES: **Patogenia y tratamiento del estreñimiento.**
(Conclusión.)—AGUSTÍN CAMISÓN:—**La colonia escolar del Sanatorio
Marítimo de Pedrosa.**—JUAN HERRERA ORIA: **De la Clínica Obsté-
trica.**—**Hojas dietéticas.**

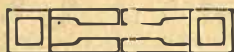
Revista de revistas.—Sociedades y Congresos.—Bibliografía.—
Noticias.

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"

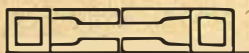


Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

Laxante suave y eficaz.

Especialmente recomendado para las señoras y niños por sus efectos seguros y sabor agradabilísimo.

Se vende en todas las farmacias



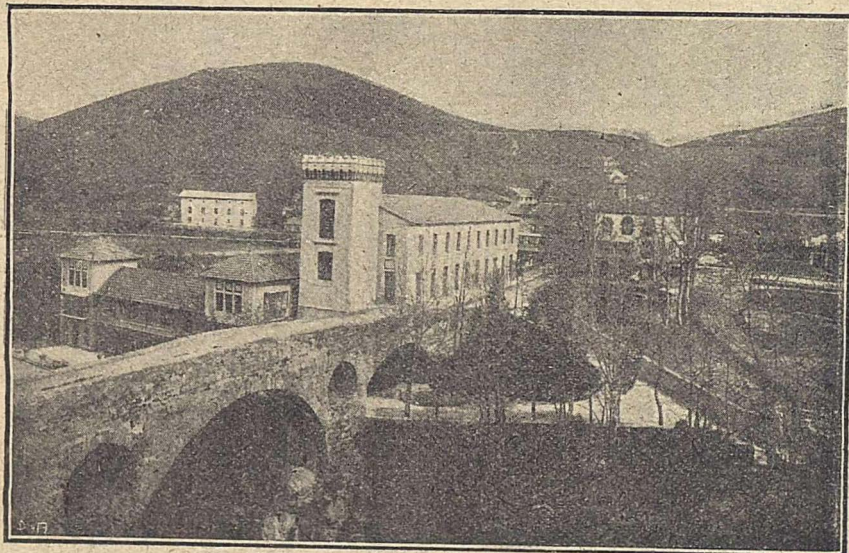
DEPÓSITOS

Farmacia de SOMONTE, Correo, núm. 4.-BILBAO

Farmacia de FUENTES, Hortaleza, núm. 110.-MADRID



PUENTE VIESGO ES ANTANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFI-
CA DE ESTAS AGUAS MEDICINA-
LES, ESTÁ EN CONTENER ABUN-
DANTE EMANACIÓN RADIACTI-
VA, EN LA CARGA ELÉCTRICA DE
LOS IONES Y EN LA GRAN PRO-
PORCIÓN DE MATERIAS ÓRGA-
NO-METÁLICAS AL ESTADO CO-
LOIDAL. = = = = =



Únicas aguas y baños en España de éxito práctico, reconocido por la Ciencia Médica,
:: para las enfermedades del corazón, reumatismo visceral y del sistema nervioso ::

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

Especialísimas para los catarros del
aparato respiratorio y digestivo y predis-
posición á contraerlos.

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Exemo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

A 54 kilómetros de Bilbao y 61 de Santander en la línea del F. C. Santander-Bilbao

Aguas Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

Indicadas para la cura del Reuma : Artritis : Enfermedades del pulmón, de las vías digestivas y urinarias : Gota
Neurastenias : Anemias : Clorosis : Convalecencias.

Preciosos paseos y excursiones: Lawn-Tenis, etc., etc.

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

NOTA.- No deben emplearse estas aguas en los casos de tuberculosis pulmonar, aneurismas, períodos agudos de enfermedades del riñón, úlceras del estómago, cánceres, sarcomas, etcétera, etcétera.

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

RAMÓN DE BERGE, Gran Vía, 5, Bilbao ó Molinar de Carranza

FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono, 33.-SANTANDER

Vacuna y tuberculinas del Instituto Ferrán
Especialidades : Medicación moderna : Ortopedia : Cajas para partos : Soluciones inyectables esterilizadas. —KEFIR—IOHURT

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

ESTÓMAGO * BAZO * RIÑONES * HÍGADO

AGUA DE VILAJUIGA

LA MAS RICA EN LITINA

CURA LA DIABETES, ARTRITISMO Y MAL DE PIEDRA

Pídase en Farmacias, Droguerías y Restaurants

VALIOSO TÓNICO DE LOS NERVIOS

ALIMENTO DEL CEREBRO

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS GENOVÉ

a base de FÓSFORO PURO

Indicadísimas para combatir rápidamente la **NEURASTENIA** y la **DEBILIDAD CEREBRAL**, producidas por desgastes físicos o intelectuales.

Venta en Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

BOLETIN DE CIRUGIA

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

Por Mariano Morales

(Continuación)

Una forma no descrita del estreñimiento por causa local es aquella que pudiera llamarse Disquesia grasa. Se presenta en enfermos debilitados, en operados y púerperas, personas alimentadas con leche en excesiva cantidad. También los niños padecen esta forma de estreñimiento, ocasionado por necesidad que sienten las madres de hacer sobrealimentación láctea. El enfermo puede tener deposición diaria: he visto en operados casos de tener diarrea: siente malestar, inquietud, para aliviarse toma un laxante que no hace efecto, los enemas tampoco; se hace la exploración rectal y se encuentra una masa semisólida, producto de heces acumuladas, en las cuales hay grasa sin digerir en gran cantidad. Por más que el enfermo sienta la necesidad de defecar y haga esfuerzos, elimina una porción, pero imposible terminar su defecación por la desproporción que existe entre el esfuerzo y la masa pegajosa, adherente y voluminosa que tiene que eliminar.

El segundo grupo de enfermos estreñidos, siguiendo las ideas de Herz, es aquel que se halla formado por un *paso lento hasta el colon ilíaco*. Este es el estreñimiento verdadero, porque las heces son alteradas en la cantidad de los elementos que entran en su composición. Las bacterias, los jugos digestivos y los restos alimenticios se hallan disminuidos, en menor proporción en los excrementos del estreñido que en los individuos sanos. Hay una mayor digestión que en los individuos

normales. En el grupo anterior el trastorno predominante (1) era el mecánico, su causa local y su tratamiento paliativo más indicado el enema; en este otro grupo hay trastorno mecánico y biológico, y la gran cuestión es saber si el intestino funciona mal por moverse deficientemente o si es primitivo este aumento de digestión, que disminuyendo los residuos naturales, hace que las excitaciones sean más débiles, y por lo tanto, retarda la movilidad. Como todavía no conocemos muchos problemas que encierra esta afección, creemos que por el momento actual unas veces tendremos que buscar la patogenia en un orden de causas mecánicas y otras en el orden biológico. Así, por ejemplo, una alimentación insuficiente es causa frecuente de estreñimiento, sobre todo entre mujeres y neuróticos. Veo constantemente venir muchachas jóvenes á quejarse de jaquecas y estreñimiento, y la causa es verdaderamente la falta de alimentación. La anorexia es el gran síntoma de las neurosis; el enfermo, creyendo equivocadamente que las molestias le desaparecen con la dieta, se pone a seguirla, la cual va disminuyendo en cantidad, y por tanto, su estreñimiento va aumentando.

Los hiperclorhídricos son estreñidos, y aparte la clase de alimentos, ellos digieren mejor las albúminas y llevan al intestino mayor excitación, los jugos serán en mayor cantidad, la digestión más perfecta y el estreñimiento consecuencia natural. Si se purgar los hiperclorhídricos es porque la experiencia les enseña que cuando andan bien de vientre tienen menos molestias gástricas. Con un mismo régimen, según la situación gástrica, estarán bien o mal de vientre; luego en este caso el trastorno secundario es el motor y el primitivo el químico.

El intestino se moverá mal por debilidad de sus músculos. La constipación idiopática, la atónica, pertenece a este grupo. Hé aquí un gran ejemplo: La señorita L, de 34 años, dice que hace deposición cada ocho días, y alguna vez cada veinticinco días; tal retardo parece mentira, pero nosotros le hemos observado uno de cinco días, según nuestras pruebas radioscópicas. La comida de bismuto tardó siete horas en llegar al ciego: en este punto permaneció tres días; veinticuatro horas más tarde al ángulo esplénico, y doce horas después hace su deposición. Los viejos son estreñidos por tener atrofiada la mucosa del intestino delgado y grueso, así como los músculos, lo cual es debido a la disminución de su vascularización por la arterio-esclerosis. En la clorosis hay

(1) Véase número anterior.

estreñimiento por debilidad en la musculatura intestinal; igual ocurre en la obesidad y caquexia.

Como hemos visto, el estreñimiento puede presentarse por excitación insuficiente de los reflejos. La alimentación moderna por purés, huevos y leche es causa de los mayores desastres. Los regímenes de la moderna dietética, cuando no se vigilan y precisan, unidos a los específicos llenos de bismuto y opio, hacen más daño que beneficios. La vida sedentaria es también causa, porque quien se mueve poco no necesita hidrocarburos é instintivamente los va quitando de su alimentación, para buscar en las albúminas el efecto estimulante, y esta modificación lleva consigo la constipación. Los cuerpos que contienen tanino, como té, ciertos vinos, etc., tienen la propiedad de detener los movimientos intestinales. Los purgantes determinan, usados a diario, una disminución de la sensibilidad de la mucosa. Los enfermos de sistema nervioso deprimido, como hipochondriacos, neurasténicos, además de otros motivos que tienen para ser estreñidos, tienen la movilidad del colon tan atónica como la de su estómago.

Los nervios que producen inhibición en el movimiento del intestino proceden del simpático, y toda causa que les excite produce estreñimiento. Así los derrames en el tejido retroperitoneal, al nivel de la región lumbar, producen síndrome de obstrucción por irritación del simpático. El plomo produce degeneración de los ganglios simpáticos y estreñimiento por este mecanismo; cuando se producen cólicos, es que hay espasmos, por irritación del neumogástrico. El tabaco también altera los ganglios simpáticos, y el dejar de fumar puede determinar estreñimiento, porque las ondas de inhibición llegan en mayor cantidad.



Radioscopias de la señorita L, después de haber tomado la comida de bismuto «Estreñimiento atónico».

Una variedad de estreñimiento muy importante en patología es la refleja. Su mecanismo lo dió Pawlow: *El estímulo de los nervios sensitivos trasmitiéndose al simpático producen inhibición de los movimientos intestinales*. Las afecciones ginecómicas muy dolorosas, producen constipación por este mecanismo: así se explica que el opio, en cantidad suficiente, determina mejor efecto que los purgantes. Las compresiones y golpes en el abdomen, el ileo operatorio, sin peritonitis, los estiramientos del mesenterio determinan cuadros de parálisis intestinales, que hoy no se tratan por purgantes y esticnina, sino por el veronal, a la dosis de un gramo o gramo y medio.

Esta cuestión interesa al médico práctico, que diariamente se encuentra con cólicos hepáticos o nefríticos, con crisis de dolor abdominal, y al mismo tiempo el vientre abultado, retención de gases y retención intestinal. ¿Qué hacer primero? Evacuar el intestino o calmar el dolor. Pero si observamos al enfermo vemos que la presión sanguínea está aumentada, lo que quiere decir que el simpático está excitado y la indicación es siempre calmar bien el dolor, porque el purgante de la constipación refleja es el opio.

El enterospasmo o estreñimiento espasmódico acompaña casi siempre a la colitis mucomembranosa. Tres elementos le forman: sistema nervioso irritable; un agente irritante en el colon, como los excrementos duros, restos de la enteritis, etc., y las contracciones irregulares del intestino. Es enfermedad de neurópatas, que tienen estreñimiento, dolor y crisis sin fiebre por lo general; por la palpación se encuentra en una de las fosas ilíacas un tumor alargado, que es el intestino en espasmo. El gran interés de esta forma es que radicando el espasmo muchas veces en el lado derecho, el diagnóstico de apendicitis se hace, y los enfermos, obsesionados con su idea, se operan sin resultado.

La fosa ilíaca derecha tiene una gran actualidad médica en el éxtasis del ciego y la terapéutica quirúrgica del estreñimiento. Se han descrito una serie de cuadros clínicos y de lesiones anatómicas no muy precisos: se trata de asuntos en estudio en los cuales hay un fondo de verdad que poco a poco se va aclarando.

Mayo ha descrito y operado once casos de estreñimiento por estrechez de la válvula íleo-cecal: la pericolitis de Jackson, o sea una fina tela que une el ciego y el colon ascendente, que para unos es una pericolitis ligera y repetida y para otros una disposición congénita; los

acodamientos de Lane, cirujano que ha puesto sobre el tapete estas cuestiones, o sea una deformación angular del íleon a 15 centímetros de su unión con el ciego, debido a un pliegue o retracción del mesenterio; el ciego móvil de Kausman y la tiflatonía de la escuela de Heidelberg, o sea la inflamación con amiotrofia de la pared fecal. Para el médico práctico hay una conclusión a formar y es la existencia de una porción de afecciones de la fosa ilíaco-derecha, que independientes de la apendicitis crónica, pueden determinar estos órdenes de síntomas: 1.º Dolor periapendicular que viene por crisis, sin elevación de temperatura. 2.º Estreñimiento pertinaz con crisis diarreicas. 3.º Abdomen algo abultado. 4.º Ciego con retención. 5.º Síntomas de autointoxicación, adelgazamiento, hipocondría, pequeñas hemorragias. 6.º Imagen radioscópica limitando ciego grande y caído en la pelvis.

Cuando se pueda hacer el diagnóstico y el estreñimiento resista a todo tratamiento, entonces está indicada la intervención quirúrgica para restaurar el ciego, hacer una derivación o reseca el intestino, rompiendo siempre las adherencias y quitando el apéndice.

El estreñimiento por causa orgánica, tumores, intususcepción crónica, tiene patogenia muy clara y la terapéutica muy precisa; lo importante es poderlo diagnosticar pronto, porque sólo en el 40 por 100 de los casos se toca el tumor la primera vez que se ve al enfermo. Lo mismo decimos del megalocolon.

Hay otra forma de estreñimiento por acodamiento congénito del intestino. Cuando el colon pélvico es largo en exceso se encorva sobre sí mismo, y determina la enfermedad de Jacobi. Es decir, un estreñimiento del niño imposible de corregir por los métodos ordinarios, hasta que entre cinco y siete años se cura por sí solo, cuando el colon pélvico, creciendo más lentamente, adquiere las proporciones en relación con los otros tramos intestinales.

La higiene del intestino exige una defecación diaria, y debemos esforzarnos en educar al pueblo, desde el niño, a obtener una deposición diaria. Los estreñidos por disquexia deben hacer su función en asiento bajo, de una altura de 25 a 50 centímetros. Debemos obligar cuando sea posible y convencer siempre a las autoridades, constructores, arquitectos, etc., a que los W.-C. sean cómodos y alegres. En la puerta de cada W.-C., por dentro, debe haber un letrero que contenga estas ideas:

¡Por la salud!

Los hombres, mujeres y niños deben hacer diariamente, después del desayuno, una defecación, sin prisa.

El retrete está sólo destinado a una función fisiológica.

Buscar asiento bajo los estreñidos.

La voluntad puede vencer dificultades, sobre todo si en nuestra alimentación predominan los vegetales.



El tratamiento dietético será objeto de otro artículo y de las hojas dietéticas, ya que es necesario defender nuestro *cocido* con detalle y combatir el té de nuestras clases burguesas. En el niño de pecho sus dos estimulantes naturales son la lactosa y la grasa de la leche, y como la leche de vaca tiene la misma cantidad de grasa que la de mujer y menos lactosa, de ahí la frecuencia del estreñimiento en los niños alimentados al biberón. La manera de corregir este inconveniente es dando una cucharadita de lactosa en un poco de agua, antes de mamar, o reemplazando una tetada con leche que tenga una cucharadita de malta (extracto). Si está alimentado el niño con biberón, se añade por cada 125 gramos de leche una cucharadita de lactosa, y si no es suficiente otra de crema.

El tratamiento del estreñimiento por la hidroterapia, gimnasia, electroterapia, exige un establecimiento especial donde el enfermo pueda ser atendido en todo detalle, y estos medios aplicados después de un diagnóstico preciso de la forma que se padece. Ellos no son más que auxiliares.

El estreñimiento en los casos benignos no necesita terapéutica alguna, sino un régimen de celulosa y una reeducación del intestino.

Cuando se trate de una disquesia o sea de estreñimiento localizado en la última porción del intestino, están indicados los enemas y son preferibles a los purgantes; los mismos enfermos lo dicen: después de haber usado todo se han quedado con los enemas.

En las otras formas de estreñimiento hay que ayudar muchas veces con los laxantes. Los que mayor utilidad práctica tienen son: la cáscara, sen, áloes, aceite ricino, fenoltalenia, purgantes salinos y agar-agar. Los nuevos estudios de los purgantes tienen importancia para su acertada elección ante los casos de estreñimiento crónico. Cada purgante:

parece que tiene acción motriz especial sobre determinado segmento del intestino. El sen localiza sus efectos sobre el ciego y el colon; el aceite ricino, sobre el intestino delgado; lo mismo actúa la jalapa; la cáscara, sobre el colon; los salinos no tienen poder motor, obran pasivamente, aumentando la hipersecreción del colon, actuando por intermedio de la sangre; el agar-agar impide la absorción y estimula el movimiento. Todas estas nociones tienen utilidad práctica, porque el retardo en los movimientos intestinales del estreñimiento se hace en secciones diferentes del intestino, según hemos podido ver.

De opoterapia o sean las Hormonas, tenemos poca experiencia, pero nuestros ensayos sobre el hormonal no han tenido poco resultado.

Podemos hacer el resumen de nuestras ideas en estas tres conclusiones:

1.^a Los rayos X constituyen un elemento preciso e indispensable para estudiar las formas del estreñimiento.

2.^a La terapéutica del estreñimiento se funda en estimular la actividad intestinal por medio de la celulosa (alimentos), por medios mecánicos (enemas, hidroterapia, etc.) y químicos (laxantes).

3.^a Todos los casos de estreñimiento se parecen, pero no son iguales, y antes de tratarlos debemos investigar la causa y averiguar su patogenia.

LA COLONIA ESCOLAR DEL SANATORIO MARÍTIMO DE PEDROSA

Por Agustín Camisón

No quiero empezar este artículo sin dedicar primero un recuerdo cariñoso al doctor Sisniega, encargado antes que yo de la labor oculística en Pedrosa, que desempeñó con sumo acierto y competencia hasta que una dolencia cruel, que sufrió resignado, le ocasionó la muerte. Vaya con estas palabras la expresión más sincera de mi sentimiento por la pérdida del que fué en vida amigo bueno y compañero querido.

Ocupando yo ahora su puesto y habiendo comenzado ya mi labor este año en Pedrosa, creo oportuno hacer algunas consideraciones acerca de los 262 niños observados, tarea para la cual he contado con la valiosa ayuda del doctor Breñosa, mi querido amigo, a quien desde aquí expreso mi gratitud.

Yo no haré historia de estas instituciones en España, ni de su funcionamiento; sólo diré de ellas, y especialmente de Pedrosa, que nada tienen que envidiar a las alemanas de Swinemünde, Kolbergermünde, Töhr, Amrum, etc., ni por sus condiciones topográficas ni por la esmerada organización de sus servicios. Me limito únicamente a señalar el resultado de mis observaciones en lo que al órgano de la visión se refiere.

Teniendo en cuenta que los niños que forman estas colonias son los llamados pretuberculosos, bien podría afirmarse *a priori* que las lesiones oculares en mayor número apreciables, serían aquellas manifestaciones llamadas linfáticas; la conjuntivitis y queratitis flictenular, linfática o ezematosa. Si se mira el cuadro siguiente se verá esto confirmado; el mayor número de procesos corresponden a ella y a los trastornos ocasionados a su paso. Más de la mitad de los niños que forman el grupo es asiento de afecciones de los ojos.

Aun cuando las manifestaciones patológicas oculares más importantes de los niños de Pedrosa, y las únicas que realmente merecen detenerse en ellas, forman sólo dos o tres *grupos*, sin embargo, reuno a con-

tinuación en un cuadro todas las que he observado, más que nada como dato instructivo para la estadística,

NIÑOS OBSERVADOS 262	}	Normales		135	
			{ Quiste dermoide de la cola de la ceja	1	
			{ Blefaritis { Ciliar	8	
				{ Glandular	6
			{ Dacriocistitis { Crónica	7	
				{ Tuberculosa	1
			{ Conjuntivitis { Ezematososa	8	
				{ Folicular	9
				{ Catarral y acompañando a vicios de refracción	4
			Queratitis ezematososa	8	
			Manchas de la córnea	43	
		Con alteraciones diversas	{ Estafiloma total de la córnea	1	
			{ Lencoma adherente	1	
			Heteroftalmía	1	
			Miopía	15	
			Hipermetropía	17	
			{ Astigmatismo { Miópico	3	
				{ Hipermetrópico	4
				{ Irregular	36
			{ Estrabismo convergente unilateral { Hipermetrópico	2	
		{ Miópico	1		
	Catarata perinuclear	2			
	Atrofia ocular	1			
	Retinitis pigmentosa	1			

Antes se consideraba a la conjuntivitis flictenular como una manifestación del escrofulismo, término genérico dentro del cual se englobaban otros procesos, como el linfoma escrofuloso y la inflamación fungosa de las articulaciones. Hoy ha variado por completo el concepto de esta anomalía de constitución. El descubrimiento del bacilo de Koch en las articulaciones con inflamación fungosa y en los linfomas escrofulosos pusieron en claro el origen de estas afecciones. Pero no ocurre lo propio con las manifestaciones llamadas escrofulosas de la piel y mucosas, a las cuales pertenece la flictena de las querato-conjuntivitis. En éstas no se ha podido jamás descubrir el bacilo de Koch ni sus productos. Refiriéndome sólo á la conjuntivitis flictenular, diré que son infinitos los trabajos encaminados a encontrar el germen productor; pero, a decir verdad, todos han resultado infructuosos. No faltó quien creía haberlo encontrado, considerando ya la afección como de origen ectógeno, y con su

agente productor específico: el escrofulismo no haría más que predisponer al individuo para contraer el mal.

Axenfeld demostró la ausencia de gérmenes en la secreción de enfermos que padecían conjuntivitis flictenular, encontrando en otros solamente bacilo serose. Observaciones posteriores lo han confirmado.

La prueba por la tuberculina ha venido a demostrar que en todos los niños con el cuadro del escrofulismo la reacción era positiva, y ésta, como se sabe, no se presenta más que en un organismo tuberculoso.

Parecía estar ya definitivamente dilucidada la cuestión, pero la teoría de Czerny vino a desviarla de la corriente por la que ya estaba encauzada. Czerny incluye entre los síntomas (catarro nasal y faríngeo, lengua geográfica, costra láctea, etc.) de lo que él llama diátesis exudativa, la conjuntivitis flictenular. Estos síntomas se presentan en los niños en las primeras semanas o meses del nacimiento, cuando la reacción por la tuberculina es negativa o, según dice el mismo Czerny, la diátesis existe antes de que la infección tuberculosa se establezca. Esta diátesis, que Czerny atribuye a un defecto congénito en el quimismo orgánico, es independiente de la tuberculosis, y cuando se presentan las dos al mismo tiempo, se trata únicamente de una coincidencia.

Escherich y Peters aceptan como muy probable la teoría de Czerny. Cabe, sin embargo, preguntar por qué en los niños de pecho con manifestaciones de esta diátesis y libres por completo de la tuberculosis, no se presenta nunca la conjuntivitis flictenular y, no obstante, es frecuente en épocas posteriores de la vida, cuando la tuberculosis también lo es.

Hay quien admite un término medio, como Schütz y Vidéky, considerando parte de los casos de flictenas como tuberculosas, y parte como manifestación de la diátesis de Czerny. Las de origen tuberculoso se mejorarían y curarían con la tuberculina, las restantes con una cura dietética contra la diátesis. Por otros son consideradas como tuberculosas las conjuntivitis flictenulares que aparecen después de la instilación de tuberculina, y diatésicas las restantes. Pero, como dice Rubert, los autores van aun más lejos, y consideran dentro de la diátesis de Czerny las conjuntivitis flictenulares que se presentan después de dos inyecciones de tuberculina, por el hecho de que se agravan con la sobrealimentación. Igualmente los casos en que una cura de costa provoca una conjuntivitis flictenular, que desaparece con una cura de la diátesis.

Los trabajos recientes de Rosenhanc, Weckers, y los últimos de Rubert han venido a dar mucha mayor claridad al problema, aunque no le hayan resuelto de una manera decisiva. De ellos se desprenden conclusiones precisas, a saber: si se frota la conjuntiva de animales, hechos tuberculosos, con una varilla portadora de gérmenes, en especial del estafilococo piógenus aureus ó de sus toxinas, aparecen una ó varias flictenas que son, clínica e histológicamente, iguales a la flictena de la conjuntivitis flictenular humana. En estas flictenas no se encuentran ni bacilos de Koch ni ningún otro germen. En animales no tuberculosos no se formaba la flictena aun cuando se frotara la conjuntiva con estafilococos u otros gérmenes. Tampoco aparecía aquélla en animales tuberculosos si no se frotaba la conjuntiva con microbios patógenos, especialmente el estafilococo piógenus aureus. Y, por último, que la implantación de flictenas humanas en la cámara anterior de un ojo de conejo, no producía ningún trastorno.

Estos estudios de experimentación en los animales demuestran que el origen de la flictena es el bacilo de Koch, no por su acción directa, sino por el influjo de sus toxinas, y que las toxinas de otros gérmenes, en especial del estafilococo piógeno áureo, son las determinantes. Otros estados especiales, como la diátesis de Czerny, autointoxicaciones de origen intestinal (Colombo Lafon), no parecen admisibles. No puede excluirse que, además de las toxinas bacterianas, puedan producir las flictenas otras circunstancias diversas, como substancias químicas, enfermedades de las fosas nasales, etc., en individuos que son tuberculosos.

Entre los niños de Pedrosa había ocho con querato-conjuntivitis flictenular y 41 con manchas de la córnea consecutivas a flictenas anteriores. Siendo la conjuntivitis flictenular la expresión más tenue de las distintas que presenta la tuberculosis, y ofreciendo todos los 262 niños observados reacción positiva a la tuberculina (Pirquet), parecía que habían de presentar aquella afección ocular muchos más de los que la presentaban si, como parece deducirse de las últimas experiencias, es de origen tuberculoso. Pero no es fatal, ni mucho menos, que todos los individuos tuberculosos o pretuberculosos hayan de presentar la forma de conjuntivitis que nos ocupa, ni lo es tampoco que presenten ninguna otra manifestación. En muchos de ellos la tuberculosis permanece en estado latente por un tiempo indefinido. Por este camino nada se opone a admitir dentro de ella a la conjuntivitis flictenular.

Ésta se presentaba en algunos de los escolares de Pedrosa como única manifestación, es decir, en individuos que nunca habían presentado ni escrofulídes ni infartos ganglionares, etc.; otros de los que la padecían ofrecían en el cuello cicatrices irregulares de supuraciones ganglionares, y en algunos lesiones pulmonares de origen bacilar. Asimismo había otros con lesiones tuberculosas de la piel y ganglios, y uno con tuberculosis del saco lagrimal, que nunca padecieron conjuntivitis flictenular.

Todos los niños que presentaban esta afección al llegar a Pedrosa, curaron sin otro tratamiento que la vida de costa y la sobrealimentación; en algunos apareció la conjuntivitis algún tiempo después de su estancia en el Sanatorio; pero también se curó ayudada un poco con la terapéutica farmacológica. Solamente uno presentó alguna rebeldía, pero se venció también al cabo de algún tiempo. En ninguno he podido observar agravación en el proceso por la sobrealimentación y la permanencia a orillas del mar; antes al contrario, en todos se verificó un cambio notablemente favorable, lo mismo en el estado general que en el local.

Aunque efectivamente se combate muy bien esta manifestación linfática o tuberculosa, tampoco es menos cierto que las huellas que deja a su paso son de mucha más importancia de la que parece. Asentando la lesión en la conjuntiva, se comprende la facilidad con que el proceso se propaga al epitelio corneal, de la cual es una continuación, ocurriendo esto con tanta frecuencia, que no se observa muchas veces limitada a la conjuntiva esta manifestación patológica. Aparte de las flictenas, especialmente las situadas en el limbo corneal, que se ulceran destruyendo todas las capas de la córnea, conduciendo a la perforación y enclavamiento del iris; aparte de éstas, en las cuales el leucoma adherente es el resultado final, las que no interesan más que el epitelio dejan huellas bajo el aspecto de manchas, que no por ser menos perceptibles dejan de tener más importancia. En efecto, la mácula córnea opaca no origina tantos trastornos como la que es casi transparente; esta última produce reflejos luminosos que molestan y dificultan extraordinariamente la visión. Lo mismo unas que otras ocasionan un astigmatismo irregular que no se corrige más que con el tatuaje y la iridectomía. En los niños observados y de los cuales 43 presentaban manchas de la córnea superficiales, de las llamadas nefelion, en 36 descubrí un astigmatismo irregu-

lar que no se corregía con lentes; solamente siete de los restantes, en los cuales las manchas estaban situadas cerca del limbo, veían perfectamente.

He fijado especial atención en los vicios de refracción que presentaban estos escolares, porque es de importancia capital averiguar esto en los niños, tanto más cuanto que para quien los rodea pasa desapercibido, porque el niño enmascara, supliendo con su potente acomodación, una hipermetropía, o no hace ostensible su miopía mientras ésta no alcance proporciones mayores, y así transcurre el tiempo y a la par marchan las lesiones, que llegan a ser muchas veces irreparables.

He encontrado 17 niños con hipermetropía que oscilaba entre 1 y 4 D (sin paralizar la acomodación), cuatro de los cuales presentaban un astigmatismo de la misma naturaleza, y dos ofrecían estrabismo convergente unilateral. Es, sin embargo, en ocasiones difícil aun haciendo el examen por medio de la skiascopia, determinar el grado exacto de hipermetropía en los niños, porque acomodan fuertemente y enmascaran el diagnóstico, que, a pesar de todo, es muy aproximado si la skiascopia, medio de investigación por excelencia, se hace bien y rápidamente, no dando lugar a que el observado se fatigue.

Alguno de estos niños, sobre todo los hipermétropes de 4 dioptrías que no tenían corregido su defecto, presentaban astenopía acomodativa que ellos manifestaban por síntomas subjetivos y que objetivamente era de sospechar, por el estado hiperémico intenso de sus conjuntivas.

15 niños eran miopes; muchos de ellos eran los que más se dedicaban al estudio y a trabajos para los cuales es necesario atenta visión de cerca. De estos 15 casos, en tres la miopía pasaba de 6 D. y en los demás no bajaba de una. En tres había ligero astigmatismo y en uno estrabismo convergente unilateral.

La miopía era progresiva en tres casos. Esta forma de miopía, llamada también maligna y congénita (no por ser hereditaria, sino por la predisposición a ella de los hijos de padres miopes), se diferencia de la otra forma de miopía, de la adquirida, que los alemanes llaman «Schulmiopie» (miopía escolar), en su marcha clínica y en sus manifestaciones anatómicas. Esta miopía maligna pasa de 7 D., se acompaña de alteraciones de la mácula y se complica con el desprendimiento de la retina. La otra forma de miopía, adquirida con ocasión de los trabajos de cerca, rara vez sobrepasa de 6 a 7 D., y más rara vez aun se acompaña de

trastornos de la mácula y desprendimiento de la retina, y se estaciona cuando el desarrollo orgánico del individuo ha terminado. Pero además de estos caracteres diferenciales, las lesiones anatómicas peripapilares no son las mismas en una que en otra: en la miopía maligna es donde se presenta el estafiloma posterior; en la otra forma es donde se observa el conus. Estas dos alteraciones, que aparecen confundidas en algunos libros como una sola, son bien distintas al examen oftalmoscópico, porque en el conus no son apreciables los vasos de la coroides, mientras que en el estafiloma son visibles aquéllos, obliterados en parte, especialmente en los alrededores de la media luna que forma el estafiloma. Es muy raro que el conus se convierta en estafiloma, aunque es posible. No debe tomarse por estafiloma la atrofia peripapilar de la coroides, aunque la completa esclerosis de los vasos en ésta y su forma de hoz, no tan señalada, las hacen fácilmente diferenciables.

Es este un defecto de refracción al que, por desgracia, no se vigila todo lo que merece, especialmente en las escuelas, donde principalmente tiene su origen y a donde los Gobiernos, colocándose un poco al lado de una higiene pedagógica, debieran llevar su atención, organizando un servicio de sanidad escolar, verdaderos médicos de escuela, donde, como se hace en otros países, se atendiera cuidadosamente al niño, haciendo repetidas observaciones, no al ingresar en la escuela y al terminar sus estudios, sino todos los meses, anotando las modificaciones observadas de uno a otro reconocimiento. Limitarse a cerrar las escuelas cuando hay sarampión es lo más rudimentario de la higiene; hay que hacer muchas cosas más: no sólo prever la tuberculosis. La boca, los oídos, los ojos del niño sufren también, y hay que remediarlo; es necesaria una cura de espíritu: son muchos los niños degenerados que necesitan de esta terapéutica.

Yo no reparo en decir cómo se han cumplido de veras todas estas indicaciones en Pedrosa, y que además de los notables maestros que, para honra de España, llenan todas las exigencias de la moderna Pedagogía, el director de este Establecimiento, doctor Morales, ha sabido organizar el Sanatorio marítimo de Pedrosa hasta colocarle a la altura científica de los que más fama gozan en el extranjero.

DE LA CLÍNICA OBSTÉTRICA

Por Juan Herrera Oria

I

La maniobra de Thorn

Múltipara, XII partos; el último asistido por mí, presentación de nalgas, parto espontáneo.

Primeros dolores, ocho de la mañana.

Rotura de la bolsa, once de la mañana.

Llegué a la casa de la parturienta a las dos de la tarde.

Mujer muy obesa, robusta.

Dolores fuertes y seguidos.

Pulso: 98.

Temperatura: 37.

Salía por la vulva un asa del cordón umbilical como de 20 centímetros: cordón grueso, edematoso, con latidos normales, 142 al minuto. El cordón se había presentado al poco tiempo de romperse la bolsa.

Al explorarla por la vagina se vió que se trataba de una presentación de cara, mentón atrás y a la derecha, procidencia de la mano derecha y del cordón.

En resolución presentación de cara con procidencia del cordón y de la mano derecha, en una mujer de pelvis muy grande (no se midieron los diámetros), bolsa rota hacía tres horas y media y feto vivo.

La circulación fetal no se había alterado, prueba de que el cordón, protegido por el brazo, no estaba comprimido.

Tratamiento: reducción del brazo procidente, maniobra que no ofreció ninguna dificultad. Intenté luego la transformación de la presentación de cara en presentación de vértice (maniobra de Thorn), y lo conseguí también con mucha facilidad; dejé luego la expulsión encomendada a los

esfuerzos de la mujer, teniendo el forceps preparado para intervenir rápidamente si el caso lo requería y la expulsión no era tan rápida como yo había previsto. No fué necesario emplearle, y en menos de dos minutos salió un feto vivo muy grande, con síntomas de ligera asfixia.

Elegí este tratamiento porque a pesar de la aparente complicación y gravedad de esta distocia, todo hacía esperar que el parto había de ser rápido en cuanto desaparecieran los obstáculos que se oponían a la expulsión del feto, es decir, la presentación de cara y sobre todo la prociencia del brazo derecho: por otra parte, el feto hasta entonces no había sufrido, y en último término tenía a mano el forceps, con el que hubiera terminado rápidamente la expulsión, si por cualquier causa imprevista se hubiera detenido.

La mujer robusta, los dolores fuertes y frecuentes, la pelvis muy amplia, el cuello, por supuesto, completamente dilatado... todo estaba preparado para una terminación rápida y feliz.

Expulsión espontánea de las membranas. Puerperio normal.

La transformación de una presentación de cara en presentación de vértice fué propuesta ya por *Baudelocque*. El cirujano francés combinaba la acción de la mano externa, empujando el occipucio hacia la pequeña pelvis, con la de la otra mano introducida en la vagina, con la que rechazaba primero la cara, después la frente; esto en las mento anteriores (*Baudelocque*, I). En las mento posteriores, la mano interna enganchaba directamente el occipucio y tiraba de él hacia abajo (*Baudelocque*, II).

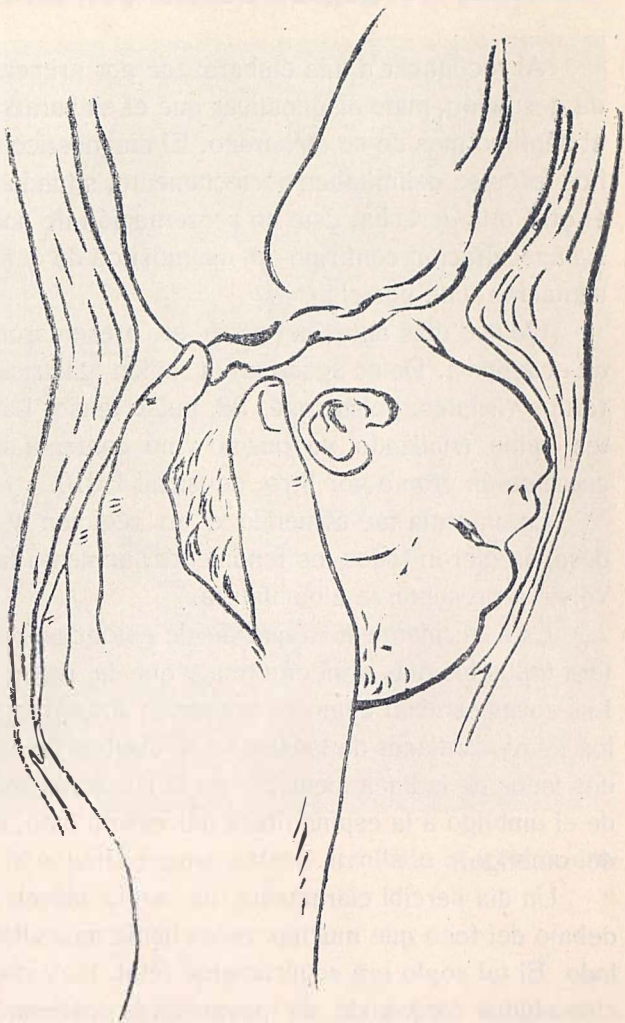
Schatz fué el primero que reconoció la importancia que tiene la lordosis anormal que ofrece el tronco del feto en la presentación de cara, y se propuso transformarla en la cifosis fisiológica que en la presentación de vértice ofrece. Procede de la siguiente manera: con una mano levanta el hombro del feto dirigido hacia adelante y al mismo tiempo le empuja hacia atrás, hacia el dorso del feto; simultáneamente, con los dedos de la misma mano, rechaza el occipucio hacia la pequeña pelvis. La otra mano, colocada sobre la extremidad podálica del feto, es atraída hacia la cara ventral, pero no hacia abajo, sino hacia arriba. Tal maniobra exige: integridad de la bolsa, cabeza movable y que la dilatación no pase de tres a cuatro centímetros. Cloroformo si los dolores son muy fuertes o el vientre muy tenso.

Mann y *Ziegenspeck* y *Thorn* combinaron las dos maniobras, ex-

terna e interna, la cual lleva ahora el nombre de este último autor. Exige: cabeza movable y dilatación, por lo menos, como la palma de la mano. Narcosis conveniente. Se introduce la mano correspondiente al dorso del feto, con ella se rechaza la cara, y en caso de necesidad se engancha el occipucio y se tira de él hacia abajo; con la otra mano se empuja el hombro hacia afuera y arriba; finalmente, mientras un ayudante fija el hombro, se atrae la extremidad podálica hacia adelante.

Tal fué lo que hice con mi enferma; el grabado muestra el primer tiempo.

Esta maniobra ofrece dificultades y peligros en manos que no estén habituadas a la operatoria obstétrica. En general, es preferible para la madre y para el feto, en presentaciones de cara no complicadas, tener paciencia y esperar a la expulsión natural. Si hay que intervenir, es más segura y más inocua la versión por maniobras internas.



II

Soplos del cordón umbilical

Al reconocer a una embarazada por primera vez, durante su segunda gestación, pude diagnosticar que el embarazo era gemelar. Estaba en el séptimo mes de su embarazo. El diagnóstico resultaba facilísimo, ambos fetos se delimitaban perfectamente, situados el uno a la izquierda y el otro a la derecha, éste en presentación de nalgas y aquél de vértice. La auscultación confirmó el diagnóstico de embarazo gemelar, de presentación y de posición.

Quince días antes del parto se presentaron síntomas prodrómicos de eclampsia. Dolor agudo en la región gástrica, dolor de cabeza, trastornos visuales, pulsaciones 98, pulso tenso. La orina, que dos días antes había analizado yo mismo y no contenía albúmina, acusaba ahora cerca de un gramo por litro, densidad 1,010.

La enferma fué sometida a un régimen y tratamiento adecuado; desaparecieron todos los fenómenos, aumentó la cantidad de orina y no volvió a presentarse albuminuria.

Este accidente hizo que desde entonces hasta el día del parto visitara todos los días a mi enferma y que la reconociera muchos de ellos. Las cosas estaban como meses atrás; sobre todo se oían perfectamente los tonos cardiacos de los dos fetos. Ambos fesos estaban situadas a los dos lados de la línea media: el de la izquierda sobre la línea que va desde el ombligo a la espina iliaca del mismo lado, el de la derecha al nivel del ombligo.

Un día percibí claramente un soplo en el lado derecho, algo por debajo del foco que muchas veces había auscultado y percibido en aquel lado. El tal soplo era seguramente fetal, muy claro, no sufría modificación alguna cambiando de postura a la enferma y se percibía muy bien en una zona como de diez centímetros de diámetro. No volví a oír los tonos cardiacos de aquel lado. Los del izquierdo no sufrieron ningún cambio.

Duró este fenómeno tres días, durante los cuales muchas veces repetí la observación, siempre con el mismo resultado.

Al cuarto día habían desaparecido todos los síntomas estetoscópi-

cos del lado derecho y en todo el vientre no se escuchaban más que los tonos cardiacos del feto situado a la izquierda.

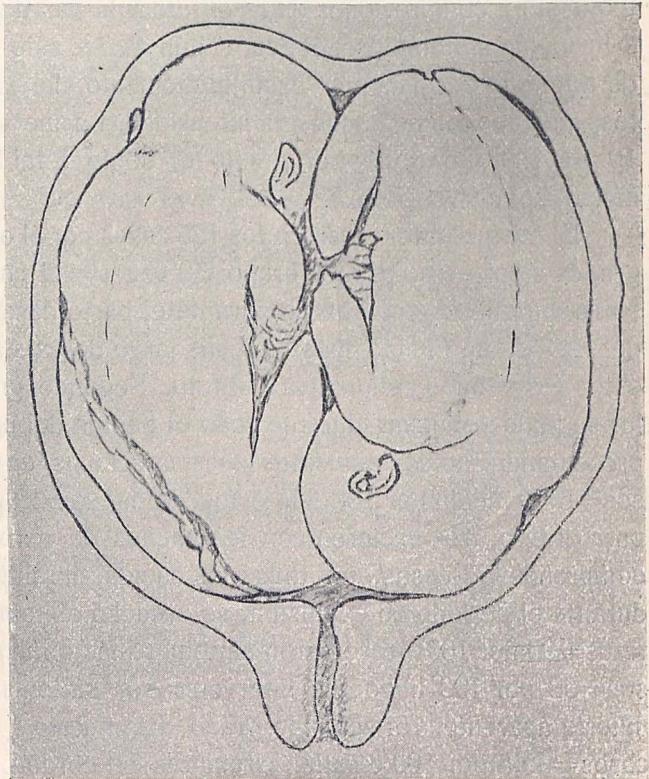
Diagnostiqué la muerte de uno de los dos fetos.

Tres días después se verificó el parto (forceps para el primer feto, por haberse determinado la expulsión, feto del lado izquierdo, vivo, y extracción del otro, feto muerto), confirmándose el diagnóstico.

Se trataba de un huevo monocorio, biamniótico; en tales casos los fetos son siempre del mismo sexo; aquí del sexo femenino.

El que nació muerto era mucho menor que el otro, que no era grande: 2.900 gramos.

El cordón umbilical, como se ve en la adjunta figura, estaba arrollado al tronco, cruzando oblicuamente la espalda.



Kennedy (1833) describió por primera vez los soplos funiculares.

Las causas que según *Winckel* pueden dar lugar a los soplos del cordón son: aumento de la presión sanguínea o de la velocidad de la sangre; la cortedad, la largura o el estiramiento del cordón; las torsiones, las vueltas del mismo o sus nudos falsos o verdaderos; también las prociencias. En último término, todas estas causas sólo lo son mientras dan lugar a estenosis de los vasos funiculares.

Añade *Winckel* que en los casos en que el soplo es fuerte y se escucha durante algún tiempo, puede sobrevenir la muerte del feto antes del parto. Tal nuestro caso. Y *Seitz* ha demostrado que cuando el cordón cruza la espalda del feto, como ocurre con gran frecuencia, está expuesto a compresiones entre el feto y la pared uterina.

Como síntoma pronóstico, según *Seitz*, sólo son graves los soplos de tono alto permanentes hasta el momento del parto, y especialmente los que van aumentando en intensidad. La mortalidad fetal se eleva a 10 por 100. Con todo, por sí solo el soplo fetal no constituye nunca causa de intervención.

El mismo autor clasifica los 125 casos por él observados en los tres grupos siguientes: Primer grupo: 30 veces=24 por 100 el soplo apreciado durante el embarazo o durante el parto desapareció por sí mismo después de un tiempo más o menos largo de existencia; sólo en tres de estos casos hubo peligro para el feto. Segundo grupo: el soplo funicular se pudo escuchar durante todo el tiempo del parto, pero muy débil, presentando rápidos aumentos y disminuciones en su tonalidad: 47 casos=57 y medio por 100. De éstos, en nueve=19 por 100 hubo peligro para el feto, tres nacieron con fenómenos de asfixia. El tercer grupo comprende 59 casos, en todos los cuales, durante el parto o al menos durante el período de expulsión, se escuchó el soplo continuo y alto: 55 fetos=90 por 100 presentaron síntomas más o menos graves; en 25 casos=58 por 100 hubo que intervenir: por síntomas de primer grado de muerte aparente, 15; segundo grado, 12, muerto 1=0,8 por 100. En 17 casos=45,5 por 100 existían circulares del cordón.

HOJAS DIETÉTICAS

Cocina rusa.—Es poco variada en sus platos: los «hors d'œuvre» se llaman *zakouskis* y están formados por aceitunas, caviar, salmón ahumado, etc., y aguardiente.

Los rusos son muy aficionados a la sopa; las más importantes de sus sopas son: el *tschi* o de coles blancas; el *bortschi*, jugo de remolacha y harina; la *ouka* y la *saliauka*: ésta es fría con pedazos de hielo. Después de la sopa se sirve un plato de carne cocida o croquetas.

Sus grandes platos son *sterlet*, salmón; *lebetoko*, picadillo de carne; los cochinitos de leche, los pollos jóvenes. El *koulbial*, postre fermentado, que envuelve alimentos.

El pan es excelente y disfruta de quince variedades.

El *paskha* es un queso blanco con manteca y pasas de Corinto.

El ruso consume dos decilitros de té por día, bebe cerveza fuerte y buena. Tiene buenos vinos de Crimea y Bessarabia. El *knas* es la bebida nacional, especie de sidra de pera y ciruela, y el *rodki* es la bebida fermentada de los *ko-backs*, tabernas.

El japonés cultiva una variedad de *crysanthemos* (Rio kikiku) que es comestible en forma de ensaladas. En medicina japonesa se emplean sus hojas secas para combatir el alcoholismo agudo, su tintura para la debilidad nerviosa y la infusión para combatir las enfermedades inflamatorias del ojo.

Caracteres de la buena leche:

1.º Color blanco limpio, un tono amarillo, pero no azulado. 2.º Una gota descendiende en el agua. 3.º Una gota sobre la uña queda redonda, pero no rueda. 4.º Entre dos dedos da sensación de grasa. 5.º Gusto dulce, no agrio. 6.º No debe enrojecer claramente el papel tornasol. 7.º Olor puro.

Doctor Jürgensen:

Leche ligeramente astringente:

Leche completa.....	250 gramos	162 calorías.
Goma arábica.....	10 id.	40 id.

Se mezclan y se hace cocer juntas, revolviendo al mismo tiempo.

Leche ligeramente laxante:

Leche completa.....	250 gramos	162 calorías.
Azúcar de leche.....	2 cucharadas	30 id. 120 id.

Se disuelve en agua caliente el azúcar y se mezcla con la leche.

Sopa de arroz con leche:

Leche.....	250 gramos	162 calorías.
Arroz, una cucharada de sopa.....	15 id.	52 id.
Azúcar, id. id. id.	15 id.	58 id.

Para prepararlo en forma dietética se cuece el arroz en agua y después en leche en forma lenta; cuanto más prolongamos la cocción tenemos necesidad de añadir más leche y es por tanto más nutritivo y de más fácil digestión.

M. MORALES

REVISTAS

Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos

DR. OTTO SCHNAUDIGEL: *Tratamiento de la conjuntivitis primaveral por el radio.*—Aparte de los procesos inflamatorios y de nueva formación de los párpados, como cancroides, keloides y lupus, se ha empleado también el radium en oftalmología para tratar las inflamaciones de la conjuntiva. Parece dudosa la confirmación de las aseveraciones de Darier acerca del buen resultado del radio empleado en pequeñas dosis en el tratamiento de la queratitis parenquimatosa, enturbiamiento del vítreo, írido-coroiditis y epi-escleritis. Tampoco concuerdan en todo las opiniones acerca del radio en el tracoma: mientras unos encomian sus buenos resultados terapéuticos (H. Clohn, Selenkowsky, Darier, Jalta, Duiger, etc.), dudan otros en absoluto de su acción o le conceden un papel terapéutico muy secundario y pasajero (Valenti, da Gamma Pinto, Esdra, Braunstein, Samkowsky, etc.)

De todos modos animan a emplear el radium sus propiedades (análogas a los rayos Röntgen) de destruir o degenerar las células de tejido linfoide y de nueva formación; por lo cual estaría indicado en todos aquellos casos ricos en proliferaciones celulares.

La aplicación del radio sobre la conjuntiva enferma es más cómoda que la aplicación de rayos Röntgen. Se coloca el radio en una cápsula de plata o de ebonita y se aplica sobre la parte enferma, en nuestro caso sobre la conjuntiva del párpado invertida, sujetando la cápsula con esparadrapo y protegiendo el globo ocular con una cápsula de plomo.

Deut. Med. Woch.

DR. KULENKAMPPF: *Sobre el diagnóstico precoz de la perforación aguda del estómago.*—En la peritonitis por perforación, los minutos son preciosos. En especial para la perforación aguda de estómago lo ha establecido Brumers. «La más pronta operación precoz», dice Körte, y también los trabajos modernos han demostrado el pronóstico relativamente benigno si la intervención tiene lugar en las primeras diez horas. En los enfermos que van por su pie a casa del Médico y no han tenido antes ningún síntoma de estómago, es

·difícil el diagnóstico, en las tres o cuatro primeras horas, especialmente si han tomado morfina. Nosotros tenemos únicamente el cuadro de la irritación peritoneal que puede existir en otros muchos procesos como cólicos nefríticos y hepáticos graves, embolia mesentérica, crisis gástricas llamadas cardialgias, etc. El pulso puede estar más bien lento y lleno, como lo ha notado claramente Finsterer en la rotura del hígado; faltan los vómitos y con la administración de la morfina, a pesar de una gran irritación, la sensibilidad a la presión es muy poco manifiesta.

Se ha aprobado, pues, el operar inmediatamente ante el diagnóstico probable de perforación gástrica y, sin embargo, se está en la necesidad de esperar algunas horas para aclarar el diagnóstico. Es por esto por lo que Kulenkampff desea anotar un síntoma que no es mencionado en los libros: la sensibilidad a la presión en el Douglas desde los primeros momentos. Si el epigastrio está sensible habiendo matidez hepática y faltando la matidez de los hipocondrios, entonces no se aprecia fácilmente la sensibilidad del Douglas. Puede ser, sin embargo, como en un caso observado por Kulenkampff, también posible hacer un diagnóstico probable aun en tales circunstancias, por lo menos diferenciándole de otras afecciones, las cuales no necesitan una terapéutica quirúrgica urgente. El caso es el siguiente:

Un carpintero de 20 años se presentó a consulta el 12 de octubre, volviendo otra vez el 29 del mismo mes: dice no haber estado nunca enfermo antes de esta fecha. El ha podido comer siempre sin molestias y jamás tuvo cólicos ni dolores de estómago. El 7 de octubre, se le presentaron rápidamente dolores en el epigastrio, que desaparecen por un tiempo más o menos corto y sin ir acompañados de vómitos. Ha trabajado hasta el 12 de octubre a las cinco de la tarde. Entonces, con ocasión de elevar del suelo una caja pesada, le aparecieron repentinamente terribles dolores en su cuerpo, que casi le hicieron desmayar. Duraron 20 minutos. Entonces se dirigió a consultar. A las ocho de la noche fué reconocido. Dolores en el vientre: pulso 78, respiración costal. Todo el vientre está tenso. Existe en todas partes una escasa sensibilidad a la presión, la cual sólo es más fuerte en la región epigástrica, un poco a la derecha de la línea media: como el enfermo ha tomado morfina, la sensación es aún menor. La matidez hepática es apreciable a la percusión en la extensión normal; en los flancos no existe matidez ni aún con los cambios de posición. La orina extraída por cateterismo está libre de albúmina y sangre. El reconocimiento rectal demuestra una extremada sensibilidad del Douglas. Si con el dedo que se ha llevado al recto no se ejecuta ningún movimiento el enfermo no acusa dolor, pero si aquél se aplica sobre el peritoneo véxico-rectal haciendo presión, los dolores aparecen. Diagnóstico: úlcera perforante del estómago o del duodeno. A las 8,30, laparotomía con anestesia mixta. Se encontró una

perforación apenas del tamaño de una cabeza de alfiler y una úlcera del tamaño de un marco, áspera y situada cerca del píloro, en la pequeña curvatura de la pared anterior del estómago. Ninguna adherencia. La sutura resultó difícil. Parecía estrechado el píloro, por lo cual se hizo la gastro-enterostomía. Al tercer día de la operación se renovó la cura y el enfermo fué dado de alta diecisiete días más tarde.

No es posible asegurar la frecuencia de este síntoma en las tres o cuatro primeras horas por la rareza de encontrarse con enfermos que acaban de ser víctimas de una perforación.

Tampoco existe en la literatura citado este síntoma, pues aun cuando es verdad que Lemander, Finsterer, Federmann y otros hablan de la sensibilidad del Douglas, no es sino muchas horas después, cuando ya hay síntomas de peritonitis.

A. C.

Munch. Medech. Woch

DR. PORTIG, STETTIN: *Un síntoma raro de la piel en una enferma con insuficiencia renal.*—Se trata de una enferma admitida en la clínica con síntomas de coma. Su marido dió como datos anamnésicos la existencia poco tiempo atrás de náuseas, vómitos, diarreas, inapetencia y dolores de cabeza; más tarde presentaba estado angustioso, torpeza intelectual y últimamente completa apatía.

La enferma, indiferente a cuanto le rodeaba, no reaccionaba cuando se la dirigía la palabra más que con la vista, no hablaba.

No se encontraba alteración ninguna patológica del sistema nervioso.

Nada en los pulmones, fuera de un pequeño catarro.

Los tonos cardíacos fuertes, los pulmonares reforzados, macidez cardíaca aumentada hacia la izquierda. Pulso duro y tenso, arterias rígidas. La orina obtenida con el cateter contenía gran cantidad de albúmina. En el sedimento, cilindros epiteliales, epitelio renal y leucocitos aislados.

La cantidad de orina, pequeña. Respiración de *Cheyne Stokes*. Una sangría y subsiguiente inyección de suero fisiológico no produjo más que un alivio pasajero.

Continuó la gravedad y a los pocos días sobrevino la muerte.

En las primeras horas de la mañana del tercer día observó la hermana que estaba al cuidado de la enferma, que después de un sudor de mediana intensidad se le cubrió el rostro de unos granitos blancos, especialmente en la frente, sienes y nariz y después en el cuello y pecho, hasta el apéndice xifoideas. Fuí avisado inmediatamente y encontré todas aquellas regiones como

espolvoreadas de nieve, que más detenidamente observada se apareció como una masa cristalina blanca.

Recogí alguna cantidad en un porta esterilizado y la traté primero con el ácido acético, en el cual rápidamente se disolvió.

Añadiendo a una nueva porción un poco de ácido nítrico diluido y observando poco después al microscopio se vieron unos hermosos cristales de nitrato de urea.

Algún caso como este, que son muy raros, se encuentra citado en la literatura y V. Koranyí, en su obra sobre la anatomía y terapéutica de la insuficiencia renal en los nefríticos, ya cuenta que en ciertas formas de nefritis se segregan del sudor escamas de urea que se depositan en la piel y con preferencia en la de la cara.

Esto se debe interpretar como un intento que el organismo hace para suplir la función renal, eliminando por las glándulas sudoríparas la urea de la orina. Desgraciadamente esta función vicariante de las glándulas sudoríparas es tan pequeña que no basta para aliviar al organismo de las substancias acumuladas en la sangre.

De todos modos, estos casos demuestran que en los nefríticos se puede esperar, provocando la sudación, que disminuya la cantidad de substancias venenosas contenidas en su organismo.

La autopsia del caso referido demostró la existencia de una grave arterioesclerosis de los vasos renales, con atrofia circular de los canalículos y subsiguiente proliferación del tejido conjuntivo. El epitelio, en parte atrofiado. Reducción notable de los tubuli contorti. Además, una gran hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Un hematoma en el cerebro (lóbulo occipital izquierdo) del tamaño de una ciruela.

En otros órganos pequeñas hiperemias por éxtasis.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Reunión de los oftalmólogos del suroeste de Alemania en la Universidad de Freiburg

HERTEL: *Tromboflebitis de la órbita consecutiva a un forúnculo de la nariz.*—El enfermo ingresó en la clínica con un flemón de la órbita, consecutivo a un forúnculo de la nariz. El forúnculo fué incindido. Además, en vista del peligro que ofrecía el paso de los gérmenes a la órbita por vía venosa y de los síntomas que ofrecía el enfermo (fiebre, somnolencia), se hizo una amplia incisión a lo largo del borde inferior de la órbita.

El periostio fué elevado, pero no se encontró absceso en ninguna parte de la profundidad. Después de la irrigación y taponamiento de la cavidad disminuyó la fiebre y el enfermo mejoró. Tres días más tarde aumentó la fiebre, y la inflamación flegmonosa se extendió a la mejilla al mismo tiempo que eran visibles, al cambiar el vendaje, pequeños tapones en la herida, evidentemente trombus purulentos. En consideración a un caso de Stocker, el cual, apesar de presentar ya una trombosis del seno cavernoso, pudo salvarle por medio de la enérgica incisión e irrigación, se decidió Hertel a vaciar por completo la órbita. Con ello descendió la fiebre y el enfermo mejoró. Pero desgraciadamente el flemón se extendió por la mejilla y llegó a la cavidad bucal, invadiendo la bóveda palatina y el suelo de la boca, y apesar de los cuidados y tratamientos empleados, el enfermo murió cuatro días más tarde. La autopsia demostró la existencia de un flemón purulento de la cara con propagación del proceso por los vasos meníngeos a los senos cavernosos. Además, se encontraron focos de metástasis purulentas en los pulmones.

La preparación del contenido de la órbita muestra la extensión de la tromboflebitis purulenta a lo largo de los vasos. En el corte eran fácilmente apreciables los cocos, y el cultivo en la sangre demostró la existencia del estafilococo piógenus aureus. Es curioso que el globo ocular, excepto una úlcera de la córnea, la cual seguramente era debida a la insuficiente protección de los párpados por el exoftalmo consiguiente, no había tomado parte en la tromboflebitis.

BAYER: *Sobre el catarro primaveral.*—Bayer se refiere a un caso de combinación de conjuntivitis primaveral con tracoma, el cual ofrecía grandes dificultades en lo que se refiere al diagnóstico y terapéutica. Especialmente

característica era la eosinofilia de la secreción, la cual sólo suele presentarse en tan alto grado en el catarro de heno. También merece atención la eosinofilia de la sangre en mayor o menor grado, si ella no pudiera tener cualquiera otra causa. Es asimismo característico el examen microscópico.

La terapéutica de los casos graves de tracoma y conjuntivitis primaveral, es la excisión combinada del tarso y de la conjuntiva del fondo de saco.

Discusión: Weill (Strassburg).—La existencia de eosinofilia en el catarro primaveral, y en la fiebre de heno, hace pensar en una relación entre ambos procesos. Esta idea le ocurrió a Weill hace diez años: trataba a un joven, el cual padecía además una fuerte fiebre de heno; también a una joven con catarro primaveral, cuyo padre y hermana padecían fiebre de heno.

Hertel vió un ezema de la piel y conjuntivitis con eosinófilos en la secreción, ocasionados por la acción de la *Prúnula obconina*.

Bayer ha señalado, juntamente con Rübel, seis casos de fiebre de heno, en los cuales había eosinofilia local, pero no había eosinófilos en la sangre; por el contrario, el catarro primaveral presenta en mayor número que 8-12 por 100, eosinófilos en la sangre.

Axenfeld. Células eosinófilas se encuentran también en el pénfigo y, además, en las conjuntivitis por parásitos (larvas); es de interés conocer las conjuntivitis producidas por la sangre de anguilas y la ocasionada por la secreción de ascárides.

WAGENMANN: *Sobre el primer estadio del sarcoma de la coroides*.—En el primer caso se trataba de un sarcoma incipiente de la coroides. El caso ofrece interés bajo muchos aspectos, especialmente porque se deja ver ya la propagación del tumor a la esclera, por los vasos y nervios.

El enfermo en cuestión empezó a notar los primeros trastornos en el curso del invierno de 1911. En la consulta, en abril de 1912, se encontró: ojo derecho $S=\frac{1}{4}$, sarcoma pequeño, paracentral, con un escotoma absoluto, y rodeando a éste un pequeño escotoma relativo. Con el oftalmoscopio se vió una pequeña prominencia. La retina reviste el pequeño tumor.

Algunos días más tarde fué enucleado el ojo. Se encontró un tumor melánico de la coroides de seis milímetros de diámetro y uno a dos milímetros de espesor. La retina se adhería fuertemente al tumor en toda su extensión, y sólo por el tumor aparecía elevada. La membrana basal de la coroides estaba íntegra en toda su extensión.

El tumor asentaba en el polo posterior, desde debajo de la fovea central hasta casi la papila. La fovea central permanece inalterada; sólo en su parte externa presenta una degeneración incipiente de las capas externas de la retina. En varias partes se encuentran ya propagaciones del tumor a la esclera, a lo largo de un vaso y un nervio.

En el segundo caso, ya publicado, se encontró $S = \frac{1}{2}$. El pequeño tumor asentaba completamente hacia abajo y se dirigía hasta el cuerpo ciliar. La esclerótica estaba disociada por la penetración de células tumorales. Mes y medio después de las manifestaciones subjetivas, fué establecido el diagnóstico y fué enucleado el ojo. Año y medio después se presentaron manifestaciones de sarcoma del hígado que pusieron fin a la vida del enfermo.

En el tercer caso observó el enfermo casualmente el alto grado de pérdida de visión en su ojo izquierdo. Unas tres semanas después se hizo la enucleación. El tumor era ya algo más grueso y ofrecía una inserción en forma de hongo hacia el cuerpo vítreo. Se encontró una propagación a la esclerótica siguiendo el trayecto de un vaso y de un nervio.

A. C.

Sociedad médica de Frankfort

OPPENHEIMER: *Las pielitis*.—Por pielitis se entiende la inflamación de la pelvis renal, sin participación del parénquima del mismo órgano. Puesto que la pielitis no suele ocasionar la muerte y faltan por tanto datos de autopsias, no es posible en la actualidad afirmar si tal distinción tiene realidad anatómica. Tal falta no puede compensarse con el conocimiento que se deriva de las intervenciones quirúrgicas, puesto que siempre faltarán los datos del análisis microscópico. Por tanto, el concepto de la pielitis es exclusivamente clínico y permanece limitado a todos aquellos casos en los cuales no existen síntomas de parte del parénquima renal. El orador funda sus conclusiones en el estudio de 98 casos, pertenecientes 74 a la clínica privada y 24 a la clínica ginecológica de Frankfort.

Aparte de aquellos casos excepcionales de origen químico (después de la administración de algunos medicamentos), la causa de las pielitis es una infección. Además de los microbios ordinarios, el autor ha comprobado dos veces la presencia del *bacillus fecalinum alcaligenes*, una vez en cultivo puro y dos en colaboración con el estreptococo. Para que las distintas razas microbianas puedan dar lugar a una inflamación en el riñón, es preciso que preceda alguna causa predisponente. Esta puede ser local (en primer lugar la estancación sanguínea, después la hiperemia, el desprendimiento o alteración de los tejidos) o general. La infección puede ser ascendente (ureteropielitis) o descendente (pieloureteritis).

Por el curso serán crónicas y agudas: En aquéllas puede ocurrir muy bien, como en los casos de pielitis en los prostáticos, que durante mucho tiempo falten toda clase de síntomas subjetivos. Cuando ocurre lo contrario, es decir, que la pielitis se manifiesta como una afección aguda, se ofrece con todos los caracteres de una grave enfermedad. Temperaturas altas, a veces con escalo-

fríos, en ocasiones fiebres de tipo remitente, vómitos, diarrea, no son raros trastornos por parte de la vejiga, incontinencia, el dolor en la región renal del lado afecto no falta casi nunca. La fiebre puede desaparecer del segundo al sexto día y más tarde presentarse de nuevo las elevaciones térmicas. En otros casos la fiebre puede durar mucho tiempo y presentándose la pielonefritis dar lugar a la muerte. Muchos casos pueden transcurrir sin fiebre.

El pronóstico depende de la naturaleza de los gérmenes infecciosos. Según el autor, en los riñones sanos el pronóstico inmediato es mucho más favorable para la infección colibacilar que para cualquier otro germen. Para el pronóstico lejano hay que tener en cuenta que en un tanto por ciento muy elevado de los casos no se consigue una curación completa, quedando siempre la orina con leucocitos y encontrándose en los cultivos el bacilo coli. La cuestión de si un gran número de casos de pielitis pueden conducir con el tiempo a una pionefrosis no se puede resolver por ahora con toda exactitud.

Prescindiendo de las pielitis gonocócicas, describe el orador diferentes formas de pielitis: pielitis consecutivas a trastornos intestinales, pielitis por desfloración, infantil, de la gestación. Precisamente, las últimas constituyen un notable ejemplo de pielitis por estancación, siendo más frecuentes en el lado derecho, cuyo uréter sufre una mayor compresión durante el embarazo. El punto de la compresión suele estar 13 a 15 centímetros por encima de la desembocadura ureteral en la vejiga. Casi siempre estas pielitis de la gestación desaparecen rápidamente después del parto; sin embargo, también existen pielitis del puerperio.

Por lo que hace a la terapéutica el autor recomienda, en primer lugar, mientras no haya alguna especial indicación, un tratamiento conservador: reposo en la cama, alimentación líquida y algún antiséptico del aparato urinario (salol o urotropina, cuatro a cinco gramos diarios); en los casos, que serán los menos, en los cuales esta terapéutica no fuera suficiente, el remedio mejor será el drenaje de la pelvis renal por las vías naturales. Se introduce un catéter ureteral hasta la misma pelvis del riñón, y allí queda colocado durante catorce días. Si al retirarle desaparece la fiebre, se vuelve a la terapéutica conservadora: en otro caso, se deja otros catorce días. Refiere la historia de dos enfermas con pielitis graves, en las cuales la fiebre se mantuvo durante varias semanas, presentando al mismo tiempo fuertes cólicos nefríticos. El cateterismo permanente produjo un rápido mejoramiento de los síntomas subjetivos, y con él desapareció la fiebre. Ambas enfermas tuvieron un embarazo y un puerperio normales. Si no se consigue con los remedios propuestos ninguna mejoría, entonces hay que echar mano de los recursos quirúrgicos, y en primer lugar, según el autor, del vaciamiento del útero.

J. H. O.

BIBLIOGRAFÍA

Intubación de la laringe en el niño y en el adulto, por el doctor don Alfredo Rodríguez Vargas.

Aunque esta obra lleva ya algún tiempo publicada y es muy favorablemente conocida por la clase médica, no creemos deje de ser de interés práctico para nuestros lectores que la dediquemos algunas líneas en el BOLETÍN.

Dice el autor en el prólogo que su propósito es vulgarizar entre la clase médica no especialista este género de conocimientos, procurando en todo lo que es posible suplir la dificultad que se encuentra entre nosotros para un aprendizaje técnico de la intubación, por falta de buena orientación de la enseñanza en los estudios de esta naturaleza. Con esta idea, el doctor Rodríguez Vargas, con estilo sencillo y correcto, expone todas las ideas y opiniones de los que se han ocupado de esta materia, haciendo una crítica razonada, dándole la preferencia a las que, según lo que ha visto en las clínicas y practicado personalmente, le ha dado mejor resultado, y en este sentido puede servir de guía firme y segura al que carece de experiencia personal.

Empieza por lo que llama el autor ojeada histórica; pero bien puede decirse que es un estudio histórico muy detallado y completo de la intubación, en el cual se ve las dificultades (apesar de ser relativamente antigua la idea del sondaje de la laringe para dar entrada al aire por las vías naturales en casos de estenosis laríngeas) para hacerla viable, hasta que Dwyer inventó el instrumental de que hoy disponemos.

Pasa después a ocuparse de los instrumentos para la intubación del mencionado Dwyer, y de las numerosísimas modificaciones que han sufrido por distintos autores. Sabido es que en lo esencial estas modificaciones no han variado el invento de tan ilustre médico; pero de ellas algunas pueden considerarse como un perfeccionamiento y, por lo tanto, de utilidad práctica, pero la mayoría, se han desechado por inútiles y porque más bien complicaban que facilitaban el acto operatorio. El que quiera enterarse de toda esta diversidad de instrumentos, los encontrará muy bien descriptos y con sus correspondientes grabados en esta sección de la obra. Después de dar cuenta en esta parte; como digo, de los pertenecientes a los diferentes autores, la da asimismo de su aparato introductor y su mandril, que nos parecen muy útiles, probando una vez más su inventiva mecánica, ya demostrada con otros aparatos de la especialidad.

Pasa luego a describir la técnica operatoria, en cuya descripción se encuentran enseñanzas muy útiles para la operación del tubaje.

A continuación expone las dificultades, accidentes y complicaciones, en donde hallará el práctico, tratados con gran precisión, los medios de que se dispone para evitarlas y combatirlas.

Otro artículo lo dedica a la intubación en el adulto, sus indicaciones y contraindicaciones, terminando con un paralelo entre la traqueotomía e intubación, condensando su opinión con las siguientes conclusiones:

1.^a Los resultados de la intubación son superiores a los de la traqueotomía, lo mismo en la clientela particular que en el hospital.

2.^a Entre estas dos operaciones siempre se elegirá la intubación, a no ser que alguna indicación especial nos obligue a practicar la traqueotomía.

3.^a La traqueotomía secundaria sólo tiene dos verdaderas indicaciones: cuando en un período de quince días, como máximun, hay que reintubar frecuentemente, y cuando existen úlceras profundas en la mucosa, un absceso perilaríngeo o una estenosis fibrosa difusa.

En resumen, que está expuesto en este tratado todo lo que a la intubación se refiere de una manera muy completa, y considerámosle de gran utilidad para la clase médica, por lo cual felicitamos cordialmente al señor Rodríguez Vargas.

J. S.

La revulsión-quimioterapia en la tuberculosis.—Comunicación presentada al II Congreso español de la tuberculosis por el doctor Juan Berrojo Obregón.—Valladolid 1912.

Trabajo original escrito en levantado estilo, preconizando la revulsión-quimioterapia, producida por las inyecciones hipodérmicas de una solución arsenio-químico-benzo-canfóreo-guayacolizada y digitalo-fénico-extrigno-cafeinizada, que constituye, según dice el doctor Berrojo, un admirable consorcio antituberculoso.

J. H. O.

NOTICIAS

Hemos tenido el gusto de saludar a los doctores don José Garrote, de la Facultad de Valladolid, y don Baltasar Tomé, distinguido médico de Sanidad militar de Palencia.

También se encuentra entre nosotros el doctor venezolano y notable publicista don P. D. Rodríguez Rivero. El señor Rodríguez Rivero ha sido nombrado cónsul de su nación en Santander.

CONGRESOS

Congreso nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.—El III Congreso nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría tendrá lugar en Valencia del 20 al 25 del próximo mes de abril. Los temas de discusión serán: «Concepto

moderno de la intoxicación gravídica. Tratamiento del cáncer uterino y Parálisis infantil», siendo los ponentes los doctores Aguilar, de Granada; Recasens, de Madrid; Fargas, de Barcelona; Candela, de Valencia; Criado, de Madrid, y Gómez Ferrer, de Valencia.



Del 1 al 5 de agosto tendrá lugar en Gante un Congreso internacional contra la falsificación de los medios alimenticios.

La XV reunión de las Sociedades alemanas de ginecología se celebrará del 14 al 17 de mayo en Halle. El tema principal será: «Relaciones de las enfermedades del corazón y de los riñones y de las alteraciones de las secreciones internas con el embarazo». Ponentes son: Fromme, Zangemeister y Seitz.

En Europa y en el siglo XX

De una carta que el corresponsal del *Münchener Medicinische Wochen Schrift* dirige a este periódico desde Constantinopla:

«En los últimos días, las noticias relativas a la epidemia colérica han dejado en segundo lugar a las de la guerra. Los infectados traídos a Stambul se han alojado en seis mezquitas, donde se les tiene rigurosamente vigilados. En conjunto se han colocado en estas mezquitas unos 20.000 hombres, entre los cuales sólo un 20% están atacados de cólera; la mayor parte son enfermos tíficos y disentéricos. Muchos perecen extenuados y otros de hambre. Son indescriptibles las escenas que ocurren en estos locales. En un solo día se han trasladado 8.000 enfermos a Ajo Sophia, donde se amontonan los coléricos. Un hedor pestilente hace insoportable aquella atmósfera, débilmente enmascarado por el olor del cloruro de calcio. Se ven delante del atrio los cadáveres tendidos sobre las losas. Dos días y dos noches han permanecido sin comer los allí encerrados; ni un médico ni un enfermero han penetrado en el local durante este tiempo. Posteriormente se les ha suministrado dos veces al día pan y sopa, dándoselo a través de las rejas: los más afortunados han recibido los alimentos en trozos de canalones, tuestos, etc.

Muchos permanecen en el interior de la horrenda mezquita extenuados, sin protestar, sin otra esperanza que la muerte.»

A todos nuestros compañeros que, solicitándolo, nos envíen su dirección, se les remitirá el BOLETÍN DE CIRUGÍA.

Toda la correspondencia al director: Doctor Herrera Oria.—Santander.

*Su uso facilita la digestión y
evita las enfermedades que se
adquieren por el consumo de
aguas impuras.*



*Reconocida como
la mejor
agua de mesa*



AGUA DE HOZNAJO



*Analizada por
el Dr. Cajal*



*Recomendada fre-
cuentemente
por la clase médica.*

DEPÓSITOS EN SANTANDER

Farmacia del doctor Hontañón.
Droguería de Pérez del Molino y C.^a

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA
EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

**Elaborado á base de produc-
tos purísimos**

—w—
PÍDASE EN TODAS PARTES



El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fósforo orgánico asimilable

Indispensable á las señoras embarazadas, jóvenes débiles, niños y ancianos.

No es amargo ni produce estreñimiento, por eso es el MEJOR TÓNICO.

PREMIADO EN LAS EXPOSICIONES
DE
PARIS, MARSELLA, ANGERS, LONDRES, MURCIA Y BUENOS AIRES
MEMBRE DU JURY (Hors Concours) PARIS

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO



AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBR (Reinosa)

Clorurado sódicas, sulfatadas cálcico-magnesianas, radiactivas
Declaradas de utilidad pública por real orden de 20 de agosto de 1912
SUS SIMILARES, Cestona y Carlsbad (ALEMANIA)

Especialización: Las braditrofias en general, dispepsias gástrica é intestinales, combatiendo el estreñimiento habitual, enfermedades del hígado y sus vías biliares, riñón y vejiga de la orina.

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

Rayos X con transformador á chispa intensiva para la radiografía instantánea y á distancia.

Interruptores turbina con aislamiento á gas del alumbrado, para evitar la emulsión del mercurio.

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Uítrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

Microscopio LEITZ

GRAN MODELO STATIV A.

Gran escotadura; inclinación hasta 90 grados; platina redonda, giratoria. Tubo ancho, utilizable para microfotografías. Cremallera para el enfoque rápido y tornillo micrométrico lateral. Condensador **Abbe** separable lateramente. Diafragmas iris plano y de cúpula.

Revolver para tres objetivos.

Objetivos acromáticos de inmersión.	1/16
» » a seco.....	1 *
» » a »	4
» » a »	6
» apocromático a seco.....	16 mm.
» » a »	8 »
» » a »	4 »

Oculares compensadores, 2, 8, 12 y 18.

Ocular con micrómetro 4.

Ocular de dibujo número 111.

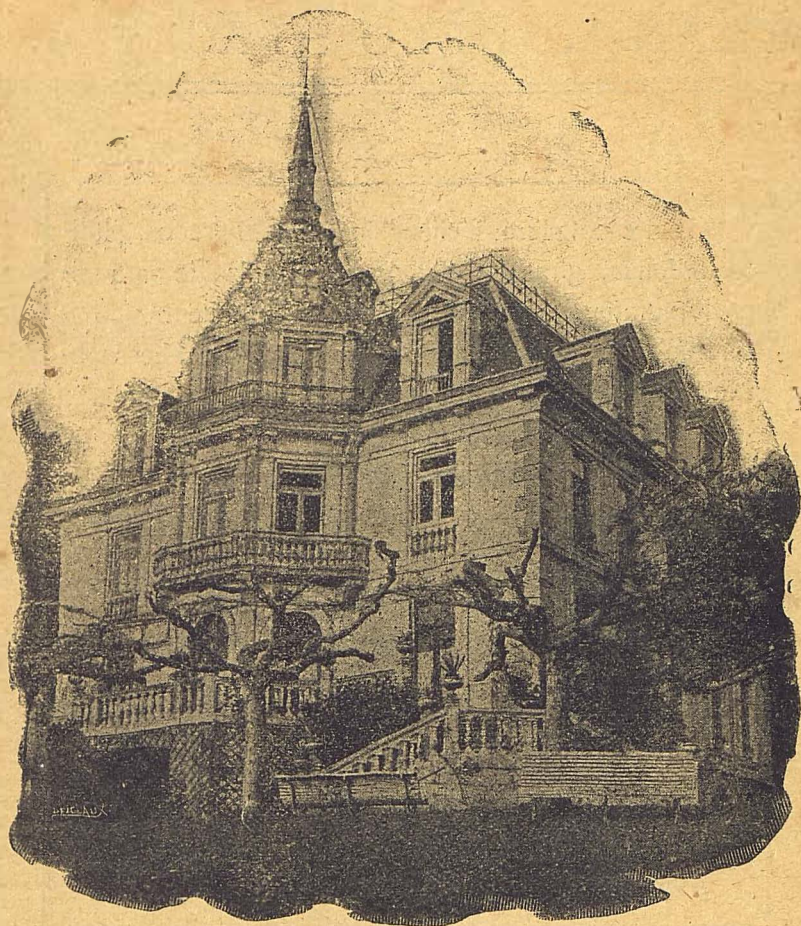
Aumento desde 8—2.850 diámetros.

Su valor a precio de catálogo en Wetzlar (Alemania), 1.154 francos. Se vende en 1.100 pesetas. Dirigirse a la dirección del

BOLETÍN DE CIRUGÍA

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



Esta villa magnífica, hoy transformada en casa de curación, es una de las más bellas y suntuosas del Norte de España. Dispone de un parque de cinco hectáreas, cubierto de pinos, naranjos, cedros y palmeras.

Esta clínica es limitada, de 16 a 20 enfermos. Las habitaciones amplias, higiénicas y cómodas en general, son decoradas con lujo, porque no admitiendo enfermos infecciosos, nada se opone a que disfruten de las comodidades que el arte proporciona.

Dispone de instalaciones de hidroterapia, mecanoterapia y electricidad médica y rayos X. La cocina se dirige por el Director y se ejecuta por un cocinero que ha hecho sus prácticas en hoteles dietéticos de Suiza.

Cuenta con un laboratorio para las necesidades de la clínica, y personal competente en el trabajo.

Enfermedades del estómago: Dispepsias, úlceras, dilatación, etc.

Intestino: Catarros intestinales, diarreas, intoxicación intestinal, etc.

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

Circulación: Arterio-esclorosis y consecuencias de las enfermedades del corazón.

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

Convalecencia de las enfermedades de la infancia y afecciones que necesitan el reposo y sobrealimentación.

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR