

SANATORIO

\* MADRAZO \*

AÑO IV. \* NÚMERO 2

FEBRERO DE 1914

# 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

AGUSTÍN CAMISÓN: Un caso de glioma de la retina.—JOAQUÍN SANTIUSTE: Errores a que pueden dar lugar respecto al diagnóstico y pronóstico pequeñas hemorragias de las encías.—ERNESTO GONZALVO FERNÁNDEZ: Notas de terapéutica física.

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


Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

Medicamento granulado e inyectable  
Reconstituyente energético



Phosphorrenal Robert




Rogamos a los señores médicos que no hayan ensayado el uso del **AGUA DE CORCONTE** entre las indicaciones de su clientela, pidan al concesionario general (**Manuel Herrera Oria, Hernán-Cortés, 1.-Santander**) toda clase de detalles, antecedentes, certificados y análisis, en la seguridad de que les serán facilitados inmediatamente :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-:

---

El **AGUA DE CORCONTE** fía su crédito, única y exclusivamente, en sus excelentes cualidades, y por eso rehusa de toda propaganda que no sea directa con la clase médica, en la que tiene sus más convencidos propagandistas :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-: :-:

---

**IMPORTANTÍSIMO.**—El **AGUA DE CORCONTE** es española y debe tener la preferencia en los recetarios médicos sobre las similares extranjeras. Al recetar un agua extranjera proporcionáis un ingreso a otro país, a costa de los intereses de nuestros compatriotas. :-: :-:





Si el que lee este impreso es español y persona de juicio, reconocerá las amargas verdades que en él se dicen. Después de leído, coméntalo entre tus relaciones, repártelo y ofrecerás un buen servicio a la Patria.

# Aguas de Corconte

Es necesario llamar la atención sobre un punto de evidente importancia y en el que por desgracia, España ha venido dando pruebas de inconcebible abandono. Tal es no sólo las facilidades que se conceden a la introducción de productos extranjeros, sino el verdadero proteccionismo que se les tributa por parte de muchos incautos españoles, con evidente detrimento del

comercio nacional, ya que despreciamos sus mercancías, dando espléndida venta a los de otros países, cuyos propietarios se enriquecen al mismo tiempo que los españoles caen en la ruina por abandono de sus mismos conciudadanos.

## EL AGUA DE CORCONTE

como agua española, a pesar de la venta envidiable que tiene, no puede mostrarse paciente ante las facilidades que se dan dentro del país a aguas mineras extranjeras, particularmente francesas; por eso se propone llevar todo su esfuerzo a conseguir que dentro de nuestro país desaparezcan aguas minerales de otras naciones, que por ningún concepto son superiores a las españolas.

## EL AGUA DE CORCONTE

compra sus botellas en España, sus etiquetas en España, sus corchos en España, sus cajas en España; sus operarios son todos españoles, y su propaganda la hace y la hará con elementos adquiridos en España. Si a esto se añade que es, por lo menos, entre sus similares TAN BUENA COMO CUALQUIERA DE LAS EXTRANJERAS, es tanto como decir que por patriotismo debe fijarse la atención en las

## AGUAS DE CORCONTE

Si supiésemos los millones que en España se dan a la *Hacienda de Francia* por este proteccionismo sin tino que se concede a sus productos, nos quedaríamos horrorizados; y en cambio, ¿qué da Francia a España por venta de los productos españoles? Es fácil verlo: consultar a cualquier farmacéutico francés

cuántos específicos y aguas minerales españolas tiene en sus almacenes, y os contestará que *conoce algunos de nombre solamente*. Visitad una farmacia española y por los rótulos de sus específicos y aguas minerales os parecerá que estáis ante una farmacia francesa; y esto no es culpa de nuestros farmacéuticos, es culpa del público, que impone los productos.

**Para España esto es bochornoso,  
es indigno**

Si compras un producto español, contribuyes a enriquecer el comercio español y la Hacienda española; cumples como buen patriota.

Si compras un producto extranjero, contribuyes a enriquecer la Hacienda y el comercio de otro país en contra del tuyo; eres mal patriota.

EL AGUA de CORCONTE está indicada para combatir el artrismo, neuro-artrismo, diabetes, obesidad y, en general, todas las manifestaciones de lictiasis renal. Es famosa por su rápida eficacia para combatir los cólicos nefríticos y en la expulsión de cálculos y arenillas.

La clase médica tiene a su disposición cuantos elementos de juicio necesite: botellas para ensayos; análisis con firmas de eminencias como Escalante, Cagigal y Casares; casos prácticos de enfermedades curadas en personalidades de tal prestigio, que deja anulada toda sospecha de reclamo ficticio; certificados médicos, etc.

# 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:

**Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque**

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

**Don José Tolla**



# BALNEARIO DE LIÉRGANES

## SANTANDER

Aguas eficacísimas y sin rival para el tratamiento de *el coriza, bronquitis crónica, catarro pulmonar, convalecencia de tos ferina, sarampión, pulmonía, gripe e infarto pulmonar*; tienen una acción innegable y eficaz en la propensión a *contraer catarros*, y evita la predisposición a la tisis.—Se emplean con éxito en todas las congestiones de los órganos abdominales (infarto del hígado, etc.) y en los cólicos nefríticos.

Para más detalles: Pídase la Guía a DON JUAN UCHA, en Liérganes

Instalación la más perfecta de España

# FARMACIA JIMENEZ

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

*Medicación moderna : Cajas para partos : Algodones y gasas esterilizadas : Soluciones inyectables esterilizadas, preparadas con agua destilada reciente : Aguas minerales : Especialidades : Ortopedia*

# 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

---

## UN CASO DE GLIOMA DE LA RETINA

---

Por Agustín Camisón

A excepción de algunos tumores que sólo como rarezas son citados por los clásicos, los que tienen asiento primitivamente en la retina son tumores malignos, llamados gliomas, cuya naturaleza ha sido objeto de innumerables trabajos, y sólo después de los métodos de Cajal, Golgi y Weigert ha podido estudiarse su característica histológica.

He tenido ocasión de observar dos casos en muy corto espacio de tiempo: del primero no me fué posible lograr un análisis histológico y por eso no le incluyo en este artículo. Clínicamente no ofreció ninguna dificultad diagnóstica, por el estado avanzadísimo del mal, lo cual le resta también el interés que tienen estos tumores en sus comienzos, por la posible confusión con otra serie de procesos parecidos, a los que por tal motivo se llama pseudo-gliomas. El segundo enfermo es éste cuya historia expongo a continuación:

Fidel Posada, de tres años de edad, natural de Rábago (Santander). Sin ningún antecedente familiar.

Se crió siempre sano; a los dos años padeció coqueluche, sin nada extraordinario en su curso. Cuatro o cinco meses después (sin que puedan precisar la fecha) notaron los que rodeaban al niño que en el ojo derecho, *por dentro*, había una tumoración de color de *caramelo*, según refiere el padre, que fué aumentando de volumen con inyección periquerática cada día más intensa, al mismo tiempo que la córnea se opacifcaba notablemente. Poco a poco, y sin dolores, fué aumentando de

volumen el ojo, hasta que el médico le obligó a venir a operarse al hospital de San Rafael, donde yo le vi el día primero de febrero del presente año.

El ojo izquierdo es normal, sin manifestación ninguna al oftalmoscopio. El derecho, enormemente exoftálmico, doloroso a la presión, duro y distendido hasta el extremo de haber ocasionado un desgarro en el ángulo palpebral externo; sin embargo, conserva una movilidad relativa. La córnea ha sido mortificada, pero está libre de la invasión tumoral, que no es apreciable al exterior en ningún punto del globo ocular. La conjuntiva, engrosada y con éxtasis venoso, sangra al menor contacto. No hay ganglios pre-auriculares ni submaxilares.



Como puede verse por la historia clínica y por la fotografía del enfermito, teníamos ante nosotros un glioma de la retina, en el período de exoftalmo y ectasia *bulbi* y muy próximo ya a manifestarse exteriormente perforando el globo.

A pesar de la poca frecuencia con que se ofrece el glioma de la retina, pues se ve uno en tres mil o más enfermos de ojos, se han presentado dos a mi observación en el espacio de cuatro meses próximamente, los únicos que he visto por cuenta propia. En los dos he investigado cuidadosamente algún antecedente familiar, sobre todo de los demás hermanos, por ver si comprobaba lo que no es muy raro observar en distintos miembros de una misma familia, es decir, la repetición del proceso en varios hermanos, hasta cuatro de siete que componían una familia en el caso de Lérche, y de tres y dos, en muchas otras publicaciones. En mis enfermos el carácter *familiar* no ha existido en ninguno. En cambio, en los dos, el tumor apareció a la misma edad; es decir, en los tres primeros años de la vida, dato en el que coinciden la mayor parte de los observados, lo cual viene en apoyo del origen congénito del mal.

Creo que no deba pensarse siquiera en la curación espontánea del glioma, a pesar de las observaciones publicadas y aun algunas con análisis histológico, como el caso de Klejn, el cual refiere el de un niño al que se enucleó un ojo por glioma, mientras que el otro, también afec-



to de este mal, se curó atrofiándose. El análisis histológico de este ojo, que fué asimismo enucleado tiempo después, demostró la existencia de restos de glioma atrófico. En todos estos enfermos se impone un tratamiento quirúrgico, aunque si bien es verdad, éste no ha de ser tan radical en todos los casos, ni ofrece iguales garantías pronósticas en unos u otros períodos del tumor.

Por regla general puede decirse que en el primer período y mientras aquél permanece limitado a la retina sin haber traspasado sus límites, la enucleación puede ser suficiente. En este punto, sin embargo, no hay acuerdo entre los autores, porque mientras Lagrange cree que en el primer período la enucleación puede asegurar una cura radical, Hirschberg, por el contrario, hace un mal pronóstico aun con exenteración ejecutada tres meses después de la aparición del reflejo de ojo de gato amaurotíco. En los comienzos del segundo período, cuando el ojo empieza a hacerse exoftálmico, puede limitarse la intervención a la enucleación, pero siempre siguiendo el consejo de Adam de prevenir a la familia la necesidad de una posible exenteración, y ejecutando ésta si después de enucleado el ojo y seccionado muy atrás el nervio óptico, se notara alguna propagación extraocular de la neoplasia. En todos los demás casos debe procederse a exenterar la órbita, única manera de ponernos al abrigo de una reproducción, que, así y todo, por desgracia, no puede evitarse en la mayor parte de los casos, pues según las estadísticas, entre ellas la de Wintersteiner, que es de las más favorables, el número de curaciones no alcanza más de un 15,7 por 100. No se está seguro de una reproducción hasta después de pasados cuatro o cinco años.

En nuestro enfermo, y aun cuando el tumor no había perforado el globo, decidí practicar la exenteración de la órbita extirpando en bloque todo su contenido, incluso el periostio, cauterizando después con el termo el nervio óptico a su entrada en la órbita y rellenando ésta con gasa yodofórmica. La curación tuvo lugar sin novedad.

El tumor no había perforado el globo ni se apreciaba macroscópicamente ninguna invasión en la porción de nervio óptico que se extirpó con el ojo. Al abrir éste aparecía el tumor de color blanco ligeramente amarillento y muy blando, sin ningún núcleo de consistencia dura, que ocupaba todo el cuerpo vítreo, habiendo propulsado el cristalino opacificado y el iris, hasta la cara posterior de la córnea. El glioma no había

llegado aún a ésta. Según la división que hace Hirschberg respecto a la situación del tumor, el de nuestro enfermo era endófito, ocupando casi todo el ojo.

El análisis histológico, llevado a cabo por el doctor Herrera Oria, demostró, en preparaciones teñidas con la hematoxilina, la existencia de numerosas células redondas, pequeñas y con grueso núcleo, que ofrecían el aspecto de un sarcoma de pequeñas células redondas. Estas aparecen agrupadas alrededor de los vasos, que son numerosos; las células se hacen menos diferenciables y mucho más raras a medida que se apartan de aquéllos, siendo más bien detritus nucleares.

Con el método de Golgi se distinguen algunas células con expansiones rudimentarias que recuerdan fielmente las células de la neuroglia.

En ninguna de las preparaciones examinadas hemos podido encontrar las células que describe Winterstenier en las formas de glioma que él llama neuroepitelioma, es decir, células cilíndricas que se agrupan en forma de rosetas circunscribiendo espacios vacíos, hacia los cuales dirigen algunas sus expansiones, que las prestan un parecido a los conos y bastones de la retina.

En nuestro caso, como se ve por el análisis histológico, es indudable la naturaleza gliomatosa del tumor. Esta es la forma de glioma que Borst (1) denomina glioma *sarcomatodes*, para diferenciarle de los gliosarcomas, en los cuales existe una mezcla de neoplasias; unas que asientan en tejidos de origen ectodérmico y otras que nacen en tejidos de origen mesodérmico. Aquel tumor, a pesar de la forma y riqueza celular, es un tumor esencialmente nervioso, lo que no puede ofrecer hoy dudas después de los métodos de coloración.

---

(1) Die Lehre von den Geschwülsten.—1902.—Tomo I, pág. 255.



## Errores a que pueden dar lugar respecto a diagnóstico y pronóstico pequeñas hemorragias de las encías

Por Joaquín Santiuste

Bajo este epígrafe me propongo hacer algunos apuntes clínicos sobre algunos casos observados, que habían sido objeto en unos casos de grandes preocupaciones y zozobras por parte de los enfermos, y en otros, de pronósticos graves de los médicos.

La sangre que sale por la boca procede, en la mayor parte de las ocasiones, de las partes inferiores, tanto por lo que se refiere al aparato respiratorio como al digestivo, y muy principalmente de los pulmones y del estómago, por ser órganos mucho más vasculares y de gran actividad funcional, al paso que los restantes sólo sirven de acceso, son mucho menos vasculares y su constitución anatómica es mucho más resistente, como para el objeto a que están destinados.

Cuando las hemorragias son grandes no se necesita ser muy experto clínico para determinar el sitio de origen, y muy particularmente en las del estómago, que siempre son muy copiosas, no se necesita ser médico para hacer un diagnóstico. Pero en las que proceden de las vías respiratorias lo más general es que la hemorragia se reduzca a provocar la tos y echar unos esputos de sangre o simplemente sanguinolentos; pero como entre el público esputos de sangre se hace sinónimo de tuberculosis pulmonar, al consultar con el médico toda su esperanza e ilusión la tiene cifrada el enfermo en que le pueda decir el facultativo que es de la parte superior, o lo que es igual, de la garganta o la boca.

Si hay lesiones bien claras y determinantes en el pulmón o en los grandes vasos o corazón, no se hace difícil la determinación del sitio de la hemorragia; pero en muchas ocasiones son los primeros síntomas que aparecen de estas enfermedades, y en este caso los datos de percusión y auscultación se presentan generalmente insuficientes y hay que hacer una exploración bien minuciosa de la laringe, faringe y boca, para no

cometer errores. La laringe, sin haber una ulceración o tumor, no da sangre, y en este caso ya ha llegado a producir trastornos funcionales en la voz si tienen asiento en el interior de la laringe, y de la deglución si es en el vestíbulo o epiglotis, trastornos que delatan tales lesiones. Mas en estos casos los mencionados trastornos hacen muy difícil que pueda ser olvidado un detenido examen laringoscópico, y por poco experimentado que sea el médico en esta clase, en estos métodos de exploraciones, no le pueden pasar inadvertidas estas lesiones, y si de ellas procede efectivamente la hemorragia. No obstante, yo recuerdo haber visto una enferma que, sin sufrir de ronquera ni tener trastornos en la deglución, de tiempo en tiempo expectoraba sangre con bastante abundancia. La causa de esta hemorragia eran múltiples angiomas que existían en el anillo superior de la laringe y en las porciones, si mal no recuerdo, correspondientes a los senos piriformes. Claro es que sin el laringoscopio, a pesar de los síntomas negativos de las partes inferiores, pudiera haberse creído que era éste su origen. Yo no sé si así pasó en un principio, porque cuando yo la ví ya había sido vista por otro especialista y había sido hecho el diagnóstico.

Algún que otro caso como este, muy excepcionales, puede ocurrir, pero la laringe sangra pocas veces, como no sea después de una intervención quirúrgica. La faringe pocas veces sangra también, fuera de ser asiento, como la laringe, de lesiones ulcerosas o tumorales, y su inspección se hace accesible a cualquiera, aunque no sea especialista, y por tanto no es fácil que sea confundido el origen de estas hemorragias. Dicho se está que éstas, como acabamos de decir para la laringe, dan lugar a una serie tal de trastornos funcionales, que ya entonces la hemorragia es un accidente secundario (bien entendido cuando es pequeña), que no puede dejar de ser desconocido.

Y llegamos a las pequeñas hemorragias que tienen su origen en la boca y son las que precisamente nos han inducido a hacer estas observaciones. En esta cavidad, en lo que hace referencia a la lengua y velo del paladar hacemos, para no repetir, las mismas consideraciones que respecto a la laringe y faringe quedan expuestas. Sin embargo, nunca deben dejarse de examinar con toda minuciosidad estas partes, aunque no se encuentren grandes lesiones. Yo recuerdo en una ocasión haber visto a un enfermo que venía muy asustado por la persistencia de una pequeña hemorragia por la boca, que persistía sin poderse determinar el



sitio preciso. Sin duda por lo excepcional, había pasado desapercibida, pues era ocasionada por la rotura de una pequeña ramilla venosa situada en el vértice de la bóveda palatina.

Y pasamos ahora a las hemorragias no abundantes de las encías, que son las que nos han dado motivo a estas breves consideraciones.

A primera vista parece verdaderamente extraordinario que, siendo tan accesibles a la vista los dientes y las encías y con lo inmediatas que están al orificio bucal, puedan dar lugar estas hemorragias a confusiones y errores, no sólo para el médico, sino para el mismo enfermo, y vamos a tratar de explicarlo. Si la hemorragia es medianamente abundante, el enfermo recibe la sensación de que se le llena la boca de sangre y que ésta procede de la misma cavidad bucal, no preocupándose desde este momento nada más que de la cantidad y la persistencia, y, por lo tanto, estos casos no pueden dar lugar a confusión ni error.

Mas no siempre suceden las cosas así. Se presentan enfermos diciéndonos que al levantarse por la mañana, sintiendo cierto estorbo y sequedad en la garganta, con simple carraspera o tos seca, echan algunas mucosidades sanguinolentas o sangre pura, oscura. Algunas veces, aunque pocas, también ocurre esto durante el día. Examinamos al enfermo su aparato respiratorio, y generalmente en la forma esta de expulsión de sangre no encontraremos ninguna lesión. Lo mismo nos sucederá con la exploración de la laringe y faringe y nariz, aunque ésta, en alguna ocasión, como veremos después, puede dar lugar, por formas especiales de hemorragias, a esta misma forma, o parecida, de expectoración sanguinolenta o sanguínea. Por lo tanto, quedaremos perplejos sobre el sitio de origen de la salida de la sangre, si no se ocurre pensar que puede proceder de las encías.

Efectivamente, si después de haber hecho, como queda indicado, un examen minucioso exploratorio, fijamos nuestra atención en las arcadas dentarias, podemos observar lesiones más o menos extensas en estos órganos, que nos pueden dar explicación de cuáles son las causas de esos esputos sanguinolentos que con persistencia viene notando el enfermo.

Unas veces estas lesiones consisten en caries acentuadas, generalmente de los molares, que han destruído en toda su altura, aunque no en toda la extensión, la corona del diente, bien en el centro o en sus caras, y en el fondo de la lesión existen pequeñas fungosidades que no

sangran espontáneamente, pero sí al contacto del estilete u otro cuerpo cualquiera, y siempre en poca cantidad. Otras veces no existe esta caries tan acentuada, o en absoluto no la hay, y sí únicamente sarro en los dientes o dentaduras mal cuidadas, dando lugar una u otra a sostener una irritación congestiva en el borde gingival que rodea la corona dentaria, que sangra con facilidad, hecho que se puede comprobar tocándole con el mismo borde del depresor de la lengua.

Veamos ahora cómo pasan las cosas. Durante la noche, la pequeña cantidad de sangre, por la posición declive se desliza poco a poco hacia la garganta, y como en el sueño, si no es muy de tarde en tarde, no tiene lugar la deglución de la saliva, se queda adherida a la pared posterior de la faringe, y por la mañana, al despertar, da sensación de estorbo, no siendo arrastrada hacia las vías digestivas por las ya muy frecuentes y abundantes degluciones de saliva, porque ya sabemos el poder adherente tan intenso de la sangre, mucho más si ésta ha sufrido una desecación, como puede ocurrir en estos casos, si el enfermo, por dificultades respiratorias de la nariz, duerme con la boca abierta o entreabierta. Pero si sirven estas degluciones de saliva para humedecerlas e impregnarlas con alguna mucosidad e instantancias del estorbo, son expulsadas por carraspeo, produciendo la consiguiente sorpresa y preocupación en el enfermo, no pensando éste ni remotamente que pueden ser debidas a una causa tan inocente y sencilla. Por la propiedad adherente de la sangre, que hemos indicado, que se aumentará por la mayor desecación en los que duermen con la boca abierta, y si además la sangre se ha fijado en la parte inferior de la faringe, no basta, acaso, entonces la simple carraspera para expulsarla, y el enfermo, haciendo inspiración muy profunda, provoca un fuerte golpe de tos para expulsarla, y entonces la ilusión y simulación de que nace del pecho es completa. El provocarse estas pequeñas salidas de sangre durante la noche, en mi concepto, dependen de que la boca está más seca y áspera, en general, en el sueño, particularmente en los que padecen alguna afección de la misma, y hay mucha más aspereza en toda la mucosa, siendo mucho más traumatizante cualquier movimiento que se haga durante el mismo. De esta manera creemos nosotros explicarnos estos hechos clínicos, cuya comprobación posterior la hemos tenido con dejar de esputar sangre empleando el tratamiento apropiado para curar la lesión gingival.

Parece mentira que hechos tan sencillos puedan dar lugar a preocu-



paciones tan hondas en los enfermos, y a errores de diagnóstico tan grandes; pero yo tengo una numerosa serie de enfermos en que así han sucedido las cosas, y en algunos de ellos con pronóstico a la familia muy grave de tuberculosis pulmonar extensa.

También sangre procedente de las vías nasales puede dar origen a un síndrome parecido o idéntico al que queda descripto. Por supuesto, no me refiero con esto a esas hemorragias abundantes cuya salida por la parte anterior delata el origen, ni tampoco a las procedentes de grandes lesiones en las fosas nasales, como tumores y traumatismos, porque éstas, aunque den lugar a fenómenos de la más alta gravedad, nunca pueden llegar a originar un síndrome de la naturaleza del que tratamos al presente. Hay rinitis atróficas, particularmente cuando asientan en la porción posterior de la nariz y en la cavidad naso-faríngea, que en ocasiones tienen un carácter clínico de originar con frecuencia pequeñas hemorragias, pudiendo dar lugar a este cuadro clínico. De modo que, en resumen, para afirmar qué sangre arrojada por la boca en la forma indicada tiene su origen en las encías y no en ningún otro punto, necesitamos observar y comprobar los dos hechos siguientes:

1.º Que, haciendo un examen minucioso de las encías, se encuentren bien definidas las lesiones ginjivales descriptas.

2.º Que sea negativo el examen de los otros órganos.

Hecho el diagnóstico, el pronóstico no puede ser más benigno, y respecto al tratamiento, apenas si hay que indicarle, es oficio del dentista: sacar las muelas o dientes, para destruir esas pequeñas fungosidades; si no hay caries de los dientes, aconsejar al enfermo una buena limpieza, dos o tres veces al día, de la boca y tocar las encías con tintura de iodo.

Con uno u otro tratamiento se conseguirá la curación completa de la afección dentaria y la consiguiente desaparición de la expectoración de sangre.

---

# NOTAS DE TERAPÉUTICA FÍSICA

Por Ernesto Gonzalvo Fernández

## LAVADO INTESTINAL ELÉCTRICO

La instrumentación se compone: 1.º De una ducha Esmarch, provista de su correspondiente tubo de caoutchouc. 2.º De un electrodo esponjoso de 300 centímetros<sup>2</sup> de superficie. 3.º Dos hilos conductores de unos dos metros de longitud, y cuidadosamente aislados. 4.º Una pila de veinticuatro elementos. 5.º Un galvanómetro. 6.º Una sonda rectal de Boudet. Esta sonda está compuesta por un tubo metálico recubierto por una capa aislante de caoutchouc, destinada a proteger la mucosa intestinal de toda acción cáustica; en la parte posterior del tubo metálico existe un borne que permite reunirlo a la pila productora de la corriente.

Técnica: Prepárense dos litros de agua hervida, caliente y salada hasta saturación, con la que se llenará el frasco Esmarch unido a la sonda Boudet por el tubo.

Una vez convencidos de que el aparato funciona a satisfacción, se coloca al enfermo en posición ginecológica, siempre que sea posible, y si no se le deja en la cama, colocando debajo de la región una vasija plana.

El electrodo esponjoso, envuelto en una servilleta embebida con agua, se coloca sobre la pared abdominal, y un ayudante se encargará de que la placa se adapte bien a la región oprimiéndola ligeramente con la mano, teniendo cuidado de interponer entre ésta y el electrodo una hoja de caoutchouc o simplemente un periódico varias veces doblado, que impedirá las pérdidas de corriente por derivación. Unase el electrodo abdominal al polo negativo de la pila, y la sonda Boudet al positivo, introdúzcase ésta en el recto y dése paso a la corriente, llevándose esta a una intensidad que variará entre 20 y 60 miliamperes, según los casos, aunque a veces se encuentran enfermos que soportan fácilmente una intensidad más elevada. Antes de dar paso a la corriente se debe intro-



ducir en el intestino medio litro de agua salada, para evitar la formación de escaras; la entrada de la restante cantidad de agua que queda en el frasco ducha, será regulada de tal forma, que venga a durar el tiempo de la intervención, es decir, veinte minutos.

Cuando la corriente ha pasado durante cinco minutos de una manera continua, inviertanse los polos al mismo tiempo que se interrumpe tres o cuatro veces por minuto. Pero la sacudida brusca que esta maniobra produce no es tolerada por aquellos enfermos muy debilitados o excesivamente pusilánimes. Procédase entonces a la interrupción lenta de la manera siguiente: se hace descender la corriente hasta 0, a continuación se invierte, para elevarla en seguida poco a poco hasta llegar a 20, 40, 50 y más miliamperes, cuando el enfermo lo tolere. Cada veinte segundos se repetirá esta maniobra.

Dirección del tratamiento: Cuando se trata de un caso sobreagudo con estado general muy grave, se hace un solo lavado eléctrico, y si a las siete u ocho horas que siguen no se obtiene resultado, el cirujano debe intervenir.

Cuando el caso no sea tan grave se puede repetir la intervención ocho horas después de haberse llevado a cabo la primera.

En las formas crónicas de oclusión pueden hacerse hasta cuatro lavados en las veinticuatro horas.

Pero cualquiera que sea el caso, agudo o crónico, el médico no debe perder el tiempo empleando medios medicamentosos, de dudosa eficacia todos ellos, en lugar de recurrir a la electricidad desde el primer momento.

El lavado intestinal eléctrico, aplicado en la forma dicha, no presenta ningún peligro ni puede entorpecer una intervención quirúrgica ulterior.

Resultados: Son algunas veces inmediatos, pero en la generalidad de los casos tardan en manifestarse algunas horas.

Cuando el agua penetre bien en el intestino, haya presencia de gases y el agua salga francamente teñida, hay que pensar en el buen resultado de la maniobra.

Si apenas entra agua en el intestino, y la poca que entra sale sin impulsión, clara y sin olor, y a mayor abundamiento falta la emisión de gases, al mismo tiempo que los dolores aumentan durante la aplicación, el resultado entonces es nulo.

El lavado intestinal eléctrico da, en general, los mejores resultados en la obstrucción de los estreñidos atónicos o espasmódicos, en los cólicos de plomo, en el íleo post-operatorio.

No son tan buenos en las obstrucciones por compresiones tumorales, invaginaciones y estenosis por cáncer.

## LA RADIOTERAPIA EN LAS ADENITIS

En las formas monoganglionares de evolución rápida, propias de los niños que, por otra parte, tienen todas las apariencias de una excelente salud, la reabsorción completa se obtiene pronto.

En las formas supuradas cerradas el resultado es también muy eficaz después de una punción evacuadora.

En las formas abiertas con existencia de pústulas que dejan correr un pus espeso y grumoso, la radioterapia, acompañada de una apropiada desinfección, rinde excelentes servicios, produciendo la desecación de las pústulas y cicatrizando las ulceraciones.

Cuando se trata de pequeños ganglios, muy móviles y duros, propios de la región cervical y que caracterizan las micropoliadenitis, la radioterapia no produce ninguna modificación.

Los rayos utilizados deben ser de una penetración de 8 B y filtrados por una lámina de aluminio de un milímetro de espesor.

La dosis administrada en cada región y por sesión es de cuatro horas, con quince días de intervalo.

Una terapéutica apropiada y la helioterapia completarán el tratamiento radioterápico de las adenitis.

---



# REVISTAS

Del «Journal de Chirurgie»

PSYCHLAU: *Un caso de enfermedad de Basedow tratado con éxito por la leche de una mujer anteriormente tiroidectomizada.*

El autor tuvo ocasión de ver en marzo de 1912 una mujer afectada de bocio exoftálmico. Esta mujer, después de su segundo embarazo, tuvo un bocio; con ocasión de su cuarto embarazo se manifestaron signos de tiroidismo, taquicardia, temblor, exoftalmía y fenómenos nerviosos.

La hermana de esta enferma había sido operada dos años antes de un bocio exoftálmico. La habían resecaado los tres cuartos de su tiroides. Acababa de perder un niño algunos días después de su nacimiento.

El autor tuvo la idea de tratar a la primera enferma con la leche de su hermana. Todos los días la hacía tomar 200 gramos de esta leche. El tratamiento duró cuatro meses.

El éxito de esta terapéutica fué sorprendente: la enferma aumentó seis kilos de peso, la glándula disminuía de volumen (dos centímetros y medio de disminución de la circunferencia del cuello), la exoftalmía desapareció, el temblor y la taquicardia disminuyeron considerablemente, el estado general se hizo inmejorable.

El autor espera que otros casos favorables vendrán a confirmar la eficacia de este tratamiento.



W. S. HALSTED: *I. La escisión de dos lóbulos de la glándula tiroidea como tratamiento de la enfermedad de Grave.—II. Ligadura preliminar de las arterias tiroideas, y de la tiroidea inferior de preferencia a la superior.*

I. En 59 casos de enfermedad de Grave, *Halsted* ha sido obligado a escindir en dos operaciones o más la mayor parte de los lóbulos del cuerpo tiroidea. Muchos de sus enfermos operados después de 1902 o 1903, gozan aún de perfecta salud. En todos estos casos, la ablación del segundo lóbulo ha sido hecha porque la del primero no había produ-

cido más que una mejoría insignificante; en algunos de ellos, donde la ligadura de las tres arterias mas la ablación de un lóbulo no habían dado resultado ninguno, todos los accidentes desaparecieron inmediatamente después de la ablación del segundo.

Al nivel de cada lóbulo una pequeña capa de tejido glandular es dejada con el objeto de proteger los vasos de las para-tiroideas. La operación se hace con una rigurosa hemostasia porque *Haalsted* pone pinza en cada vaso aisladamente, pero a distancia de las para-tiroideas. Por lo demás, él no hace las ligaduras sino más tarde, cuando el lóbulo glandular se ha extirpado. En estos 39 casos *Haalsted* no ha tenido ningún muerto, aunque se trató en todos ellos de casos graves, tan serios que fué necesario hacer la ligadura previa de una o muchas arterias en la mayor parte de ellos. Una vez las cuatro arterias de la glándula fueron ligadas antes de aventurarse a la extirpación.

La linfocitosis sanguínea se ha encontrado siempre aumentada; en un caso se elevó hasta 65 por 100. *Halsted* ha sido sorprendido de ver su disminución gradual después de la operación.

Para *Halsted* el papel del timo en la enfermedad de Grave es probablemente muy importante, y parece verosímil que está aumentado de volumen en el 75 por 100 o más de los casos graves. Esta hiperplasia del timo debe ser, a su parecer, en gran parte responsable del aumento desproporcionado de los mono-nucleares.

Después de la ablación de un lóbulo, dice el autor, la hiperplasia del otro tiende a disminuir, y esta tendencia es probablemente mayor en los casos que experimentan más mejoría.

II. *Halsted* no ha observado jamás que la ligadura de dos, de tres y aun de las cuatro arterias tiroideas haya bastado para curar un sujeto atacado de enfermedad de Grave, de una manera seria, mientras que la ligadura aun de una sola arteria era capaz de producir, al menos por algún tiempo, una mejoría considerable. En su clínica la ligadura no ha sido hecha más que en los casos más graves, y siempre con el fin de mejorar suficientemente el estado del sujeto, para que una ablación pudiera hacerse con seguridad y así probar su resistencia a la operación.

Desde hace dos años o más, *Halsted* liga las arterias tiroideas inferiores de preferencia a las superiores, y esto por las razones siguientes: 1.ª, el resultado estético es mejor: la incisión corresponde a la que se hace para la extirpación lobular, y practicada ésta se excindirá la primera



pequeña cicatriz; 2.<sup>a</sup>, la herida hecha para la ligadura está parcialmente por fuera del campo operatorio en la escisión lobular, mientras que si se ha ligado primeramente la tiroidea superior, la mayor parte de la operación de escisión se hace en tejidos recientemente cicatrizados y poco resistentes a la infección; 3.<sup>a</sup>, la tiroidea inferior es generalmente más voluminosa que la superior, de donde el efecto curativo de su ligadura es más considerable; 4.<sup>a</sup>, la tiroidea superior es siempre ligada en el curso de la escisión de un lóbulo; así, pues, si se han ligado al principio las dos tiroideas superiores, y se hace en seguida una escisión lobular durable, las cuatro arterias tiroideas son así abliteradas, y 5.<sup>a</sup>, la situación de la tiroidea inferior es menos variable que la de la superior, sujeta a grandes cambios a causa de la situación inconstante del polo superior de la glándula.

El peligro de la tetania por obliteración de las cuatro arterias, no es, probablemente, tan grande como lo suponía en otro tiempo *Halsted*, a condición de que se liguén las arterias a distancia suficiente de las para-tiroideas.



W. H. SWAN: *Tumores pulmonares y mediastínicos simulando la tuberculosis.*

*Swan* aporta seis observaciones personales, de las cuales dos, relatadas en algunas líneas y sin comprobación necrópsica, son tituladas «cáncer del pulmón». Las otras cuatro, más detalladas y seguidas de autopsia, se refieren, respectivamente, a los casos siguientes: un linfoma del mediastenio, un sarcoma de la primera costilla, propagado a la pleura y al pulmón, un cáncer primitivo del pulmón y una hipertrofia del timo.

Analizando estas observaciones y basándose en trabajos anteriores importantes de Adler, Babcock y Curtin, *Swan* trata de establecer que los tumores malignos intra-torácicos son más frecuentes que se cree comunmente, a veces muy difíciles, por no decir imposibles, de diferenciar de la tuberculosis, cuya sintomatología ellos reproducen. La coincidencia de las dos afecciones puede aun desviar por más tiempo el diagnóstico, y en la duda no deberá dejar de aplicarse el tratamiento general antituberculoso.

Una tos persistente sin razón manifiesta, debe hacer suponer un

tumor del pulmón. La expectoración en forma de zumo de ciruela, abundante, homogénea, persistente, es uno de los mejores signos. Se le halla en el 85 por 100 de casos, según *Swan*. Es patognomónico si se encuentran en los esputos fragmentos de tumor cuya naturaleza y origen pueda determinar el microscopio. La disnea rebelde, es con frecuencia, el primero, y durante mucho tiempo el único síntoma. Es también uno de los más fieles. La poca tendencia del corazón desviado a tomar su posición normal después de la punción del líquido pleural hemorrágico tan frecuente, es aún un buen signo de tumor. Se basará aún el diagnóstico en el dolor fijo retro-esternal o inter-escapular, la inmovilidad respiratoria y los síntomas de compresión de los grandes vasos. El diagnóstico se completa por el examen físico, la existencia de ganglios, de metástasis y, en fin, sobre todo, por el examen radioscópico. Se puede además, según *Swan*, ayudar el diagnóstico con la broncoscopia y la extirpación por esta vía de fragmentos de tumor para el examen histológico. Es, en efecto, según Kurt Wolf, al nivel de la bifurcación de los gruesos bronquios, donde se harían con más frecuencia las primeras localizaciones neoplásicas, y este autor admite como causa predisponente la irritación producida a este nivel por los ganglios interbronquiales, muchas veces atacados de degeneración tuberculosa.

De cualquier manera que sea, la coincidencia de la tuberculosis y del cáncer, sin ser de las más frecuentes, no es una imposibilidad anatómica, como lo asegura Rokitansky. Adler la señala diecinueve veces en 464 casos de cánceres pulmonares o mediastínicos, y Wellor la halla once veces en 90 cánceres primitivos de los bronquios, comprobados en la autopsia. Esta coincidencia es poco menos que imposible de diagnosticar clínicamente, porque si la edad, el sitio de las lesiones, la fiebre, los sudores nocturnos y el estado general se inclinan al lado de la tuberculosis, estos signos pueden existir en los casos de tumores, y es muchas veces el hallazgo del bacilo el que puede dilucidar la cuestión.

---



De la Revista del Círculo Médico Argentino  
y Centro de Estudiantes de Medicina :: :: ::

DR. LEONIDAS JORGE FACIO: *Albuminuria Ortostática*.—*Síntesis de la Conferencia dada en el salón de grados de la F. de C. M. para optar la suplencia de la cátedra de Patología interna.*

Señores: Las albuminurias ortostáticas no constituyen un capítulo amplio de patología. El hecho de observarse con relativa frecuencia en cierta época de la vida—la niñez—, ha hecho que los especialistas de la actualidad, como Hutinel, por ejemplo, les dediquen algunas páginas importantes llenas de erudición y de doctrinas.

Su estudio data ya de muchos años. Y parece que fué Stirling, que para distinguirlas de las que Gull llamaba albuminuria de transición, las llamó, teniendo en cuenta las circunstancias en que se producían, «albuminurias de postura». Llegan después a estudiarlas con preferente atención Huebner, en Alemania: Merklen, autor de una de las teorías que explican su patogenia, y Piere Marie, que tiene el mérito de haber presentado a los observadores uno de los casos de edad más avanzada, al estudiarla en un neurópata de 57 años. Finalmente, en 1900, Teissier, profesor en la facultad de Medicina de Lyon, publica un trabajo titulado «Albuminurias curables» y considera entre ellas las que estudiamos, llamándolas «albuminurias ortostáticas».

Desde esta época muchos patólogos las han estudiado, tratando todos ellos de penetrar en la patogenia de los fenómenos observados, considerando unos, al seguir las doctrinas de Sénator, que durante el ortostatismo podía producirse albúmina sin causa renal, y los otros, fieles al concepto de Lecorché y Talamón, sostenían que la aparición de la albúmina en tales condiciones estaba subordinada a una lesión renal, existente siempre por más insignificante que fuera.

La observación clínica, tan a tener en cuenta en estudios de esta naturaleza, mostró a los patólogos que la albuminuria durante el ortostatismo puede observarse en múltiples estados mórbidos, y fué por eso que el concepto de Teissier se modificó, hablándose entonces de

albuminurias ortostáticas, como se dice en las épocas actuales, al evocar el concepto clínico que representan.

\*  
\* \*

Si se tratara de dar una definición de las albuminurias ortostáticas fuera menester decir que ellas representan estados especiales, comunes a múltiples afecciones y caracterizadas por el hecho singular de que la albuminuria se produce cuando el sujeto está de pie, ella desaparece 50 o 40 minutos después del decúbito dorsal, para manifestarse de nuevo cuando el enfermo esté parado.

Los primeros observadores que las estudiaron tomaron como base de su clasificación el estudio fisiológico del riñón, y nacieron así las llamadas albuminurias funcionales, en oposición a las que se presentaban con lesiones evidentes del riñón; pero profundizando un poco el detalle clínico, en el análisis a que se prestan estas dos albuminurias asociadas, fué que algunos años más tarde Linossier y Lemoine estudiaron el detalle al tratar de penetrar la patogenia de estas albuminurias ortostáticas.

Por eso, siguiendo a Courcoux, que ha estudiado con clarividencia las doctrinas existentes, pueden estas albuminurias clasificarse en tres grupos principales: albuminurias ortostáticas verdaderas o funcionales, albuminurias ortostáticas nefríticas y albuminurias ortostáticas asociadas.

\*  
\* \*

Las albuminurias ortostáticas verdaderas o funcionales se observan por lo general en la segunda infancia o en la adolescencia. Son jóvenes sujetos en los cuales el más ligero examen demuestra las profundas modificaciones anatómicas y psíquicas de que son portadores. De un principio llama la atención la arquitectura de sus esqueletos, porque en ellos es pequeño y deformado el cráneo, disminuído en sus diámetros antero-posterior y transversos el torax y los miembros largos hasta el extremo de no haber relación ante el perímetro torácico y la altura; en la columna vertebral—y este hecho es importante— se notan lordosis, y el adelgazamiento es franco y visible, estando siempre la máxima de peso por debajo de la normal, y hacen consorcio con este estado anatómico las facultades psíquicas; ellos son tristes, apáticos, casi abúlicos, con exageración de la emotividad, frecuentemente con tic y otras veces



con vértigos, que se producen al poco tiempo de ejercer cualquier actividad que les requiera un poco de atención; hay en ellos, a más, como dice Teissier, signos característicos de una herencia en la cual los antecedentes neuropáticos son positivos.

Si se hace el examen por separado de las funciones de sus órganos, hay hechos importantes a fijar en el aparato circulatorio y digestivo, así como en la topografía de las vísceras todas.

El corazón late con frecuencia, y a la inspección, que mucho facilita el estado del torax, se observa, al parecer, un proceso de hipertrofia, que Rayer y Meyer han demostrado su apariencia haciendo exámenes metódicos con los rayos de Röntgen; hay algunas veces palpitaciones que, aunque los autores no lo digan, pueden clasificarse en esos fenómenos de extrasístoles que Mackenzie y Vaquez han estudiado tan brillantemente en estas últimas épocas; no se notan a la auscultación soplos orgánicos, pero algunas veces frotos cardiopulmonares, lo que fácilmente se explica si se tienen en cuenta las condiciones semiológicas en que ellos se producen.

Pero quizás el hecho más importante a estudiar en el aparato circulatorio de estos enfermos es el representado por las condiciones de la tensión sanguínea. Son siempre hipotendidos, siendo francamente manifiesto este estado en la posición vertical. Algunos autores han tratado de discutir en estas últimas épocas las variantes que ofrece esta hipotensión en las distintas posiciones del enfermo, y aunque algunos de ellos lleguen a citar hechos que parecen indicarla, sus estudios, sin embargo, no tienen el rigorismo científico de indiscutibles conclusiones; pero las consecuencias de la hipotensión y de ese estado de hipotonía cardio-vascular lo sienten los mismos sujetos con su tendencia a la cianosis en las extremidades, por los trastornos de velocidad en la circulación periférica y una marcada tendencia a las sensaciones del frío.

Estudiando las funciones digestivas de estos enfermos, Gilbert y sus discípulos, autores como se sabe de la doctrina de la colemia familiar, que es para ellos la introducción al estudio y clasificación de las icterias, han creído encontrar en trastornos funcionales del hígado la causa de estas alteraciones; pero los hechos demuestran que en esos enfermos, que desde su infancia son dispépticos y bradipépticos, como decía Marfan, las alteraciones del aparato digestivo son una consecuencia del estado de distrofia funcional en que viven; por eso en su piel se

notan todos los eritemas, así como el acné, estados de tosis visceral, que se manifiestan cuando el sujeto está de pie.

El examen de la orina da algunos datos importantes, porque la producción de la albúmina va acompañada de oliguria, y es esta oliguria uno de los hechos más importantes a tener en cuenta.

Más elevada es la densidad de las orinas; sus elementos constituyentes están poco disminuídos y normales, y no hay en ellos, al decir de Teissier, ningún síntoma de lesión renal. Pero, sin embargo, el mismo autor declara que la permeabilidad al azul de metileno y al ioduro de potasio está siempre exagerada; no hay cilindros. La albuminuria parece tener su mayor intensidad en las primeras horas del ortostamismo; su cantidad oscila entre 50 centigramos y varios gramos.

Estos jóvenes sujetos viven siempre equilibrando el estado de salud y el de enfermedad; no parece que la albuminuria, que puede durar mucho tiempo, se acompañe en ningún momento de alteraciones del riñón, ni parece tampoco que estas circunstancias los predispongan a una mayor electividad para los estados mórbidos capaces de alterarlos, y es clásica una observación de Le Noire de una niña en la cual se hizo un proceso de sarampión, primero, y otro, después, de fiebre tifoidea, evolucionando ambos sin que la albuminuria apareciera, a pesar de los antecedentes apuntados. Como esta observación hay otras en diferentes estados infecciosos; pero por su reducido número no dan elementos suficientes para formar criterio en cuestiones tan difíciles de resolver. Cabe, sin embargo, considerarlas, por el valor que puedan representar.



Las albuminurias ortostáticas que responden a causas renales, se observan a veces como una evolución del síndrome albuminuria, que de continuo, durante la evolución de una enfermedad infecciosa—la escarlatina, por ejemplo—toma el carácter de la albuminuria ortostática; se observa preferentemente en la convalecencia; otras veces, en presencia de un niño con albuminuria ortostática, averiguando los antecedentes, se encuentran infecciones de un pasado lejano, al cual, no sin vacilaciones, se puede relacionar la etiología; y de la misma manera que algunos autores, al estudiar la etiología de las afecciones del corazón, hablan de ciertos estados en que la cardiopatía se adelanta al proceso infeccioso,



creando así el grupo de las cardiopatías preartropáticas, al igual se citan en estos estados de albuminuria casos en los cuales ellas preceden a las nefritis crónicas.

No hay en estos sujetos mayores diferencias con los del grupo ya estudiado en lo referente a su aspecto exterior y al estado fisiológico de sus órganos, pero existe en ellos un proceso mórbido franco y definido del riñón. Por eso el examen de las orinas les da el capítulo más importante de su historia clínica; porque es haciendo el estudio funcional de sus riñones como se llegará en ellos a definir su verdadero estado y a instituirles un tratamiento racional.



Las albuminurias ortostáticas llamadas asociadas por Teissier, son aquellas en las cuales existen alteraciones digestivas, generalmente dispepsias, constipación habitual, o ciertos estados especiales debidos a la sobrealimentación.

Al considerar este grupo no debe dejar de reflexionarse en esas maneras especiales anotadas por los observadores antiguos, y que hace veinte años Lancereaux orientaba en un sentido determinado al estudiarlas en su tratado del hepatismo, estudios que siguieron después otros observadores, hasta constituir ese estado especial hoy netamente definido—el artritismo—y que los trabajos de Sérégé y otros autores parecen localizar en el hígado teniendo en cuenta circunstancias fisiológicas y funciones antitóxicas; y es en estos estados del hígado que hacían decir a Bouchard «hígado dispéptico», donde hay que buscar elementos de primer orden al investigar la patogenia de estas albuminurias clasificadas por Teissier.



Al estudiar la patogenia de las albuminurias ortostáticas, dos hechos importantes es menester tener en cuenta, derivados ambos de la fisiología patológica del proceso: la albuminuria y la oliguria.

Ahora bien, todos los autores están de acuerdo, porque la clínica y la experimentación lo demuestran, que esas dos condiciones enunciadas se producen siempre que se halla en los vasos del riñón menor velocidad sanguínea que al estado normal; y es tomando esos hechos como base, que han tenido origen para explicar su patogenia, las diversas teorías

que en síntesis enunciaremos. Dos de ellas buscan la causa en alteraciones de la topografía del riñón; es la primera la llamada de la ptosis renal, y por la cual se explica el detenimiento de la corriente sanguínea por el descenso del riñón en la posición vertical que trae la acodadura o compresión de los vasos renales; en el decúbito dorsal o en aquellos casos en que la viscera se mantiene fija por un aparato ortopédico, la albuminuria desaparece.

La teoría de la lordosis pertenece a Gehle, y según ella, durante la estación vertical se produce en ciertos niños una lordosis debido al estado especial de los ligamentos vertebrales, y en la cual interviene como causa asociada la debilidad muscular del dorso, que hace se produzca la lordosis a expensas de la primera y segunda vértebra lumbar. El autor de esta teoría la lleva a un terreno experimental cuando coloca aparatos de yeso a fin de mantener la lordosis en la posición horizontal, para observar la constancia de la albuminuria, y cuando coloca sus aparatos para hacer desaparecer esta lordosis y con ella la albuminuria en la posición vertical. Esta teoría es la que ha servido, como veremos dentro de un momento, a Linossier y Lemoin para fundar la llamada teoría mixta.

Merklen buscaba la patogenia de la albuminuria ortostática en circunstancias mismas de la circulación sanguínea; se basaba en que durante la posición vertical hay siempre un aumento de la tensión en la vena cava inferior, y habiendo en estos enfermos una hipotensión arterial manifiesta, dado el estado de su aparato cardiovascular, la éxtasis venosa tenía que ser mayor, especialmente durante el ortostatismo.

Otros autores buscan la causa en circunstancias fáciles de decir, aunque de definición más compleja, y pertenecen a este grupo los que hacen intervenir el sistema nervioso para buscar una acción refleja sobre los vasos renales o un espasmo vascular, que tendría su punto inicial en la región plantar del pie, como quiere Teissier. En iguales condiciones están los otros, que basados en la acción del lactado y del cloruro de calcio en los sujetos albuminúricos, creen en ciertos estados especiales de la sangre a traducirse por un descenso de su índice de coagulación.

Sin duda, de todas las teorías a considerar es la que llama la atención la de Linossier y Lemoin, porque es a la vez mecánica y renal. Ellos no niegan la importancia de la lordosis, durante cuyo descenso se



producen las alteraciones circulatorias, pero sostienen—y este es el punto más importante—que siempre, en mucho o en poco, el riñón está afectado.

Dicen con mucha razón que, si bien es cierto que en algunos sujetos es difícil encontrar las lesiones renales, no quiere decir por eso que ellas no existan. Todavía, a pesar de lo mucho que se ha estudiado en estas últimas épocas la patología del riñón, no se ha llegado aún a definirla, y es muy posible que en estos sujetos existan lesiones renales que escapen al observador. Estos hechos están concordes con lo que Cattaigne ha estudiado es estas últimas épocas bajo el título de «debilidad renal» y que ha comprobado experimentalmente, haciendo inyecciones de albúmina para controlarlas con hechos clínicos.



El diagnóstico se reduce a definir primero si existe el síndrome albuminuria ortostática, y después a definir en cuál de los tres estados clínicos ya mencionados puede clasificarse.

Para definir el primer punto es menester estudiar las circunstancias en que se produce la albuminuria; se recoge la orina, el primer día cada cuatro horas, anotando sus relaciones con la posición del sujeto; el segundo día en la misma forma, pero cambiando la posición en relación con el día anterior, y algunos autores llegan a un tercer día, en que tienen al enfermo parado, para determinar el ciclo de la cantidad de albúmina.

Establecido esto queda a definir la clasificación de la albuminuria ortostática. ¿Es de las llamadas funcionales? ¿Es de origen renal? ¿Obedece a causas asociadas? La buena semiología se impone entonces.

Ya hemos visto qué caracteres presentan estos enfermos en cada uno de los tipos estudiados, y fácilmente analizando las circunstancias derivadas de la distrofia orgánica, de la investigación funcional de los riñones o del estado del aparato digestivo, se puede llegar al determinismo del diagnóstico.

Iguals consideraciones pueden tenerse para el tratamiento, pero es menester tener en cuenta que las albuminurias ortostáticas funcionales constituyen en su gran mayoría el grupo de los pretuberculosos de Germán Sée, y en la actualidad es esa albuminuria un síntoma de tuberculosis precoz. Cuando estas circunstancias no existen, el tratamiento es

el de la distrofia orgánica: vida al gran aire, alimentación bien dirigida, ejercicio, iodo y arsénico; régimen este de vida que debe ser continuado largo tiempo para obtener un resultado estable.

Si se trata de un nefrítico, clasificar primero la afección estudiando la permeabilidad renal, la eliminación de los cloruros y de la urea, así como los caracteres de la albúmina.

Si es un enfermo del aparato digestivo, definir el órgano e instituir la terapéutica de la afección originaria, dirigiendo así el tratamiento a la patogenia del síndrome renal.—*He dicho.*

---



## SOCIEDADES Y CONGRESOS

### XII Congreso de cirujanos rusos.—Cirugía del hígado.

*Opokine y Chamoff* han estudiado la acción hemostática de los músculos en las heridas del hígado. Después de haber hecho en doce perros una herida muy extensa del hígado, la han cerrado por medio de una lámina de tejido muscular mantenida en su sitio por algunos puntos de sutura. En todos los casos la hemorragia se ha cohibido rápida y perfectamente.

Parece que el músculo no obra sólo mecánicamente, como el epiplón o la aponeurosis, sino que está dotado de un poder hemostático especial. Las hemorragias parenquimatosas del hígado tienen una obstinación que parece debida a que el tejido de esta víscera, no solamente es pobre en tromboquinasa, sino que contiene fuertes proporciones de antitrombina. Como el tejido muscular es uno de los tejidos más ricos en tromboquinasa, puesto en contacto con el hígado activará la coagulación rápida de la sangre por sus propiedades biológicas.

*Boliarsky* hace mención de las lesiones traumáticas del hígado observadas en el hospital de Obonchoff desde 1905 a 1912. Ha reunido 109 observaciones:

Roturas subcutáneas.....	85	casos,	3	curaciones;	mortalidad,	85,3	%
Heridas por arma de fuego.....	6	—	4	—	—	33,3	%
Heridas por instrumento cortante.	85	—	59	—	—	30,5	%

En los casos de heridas del hígado no complicadas con heridas de otros órganos la mortalidad ha sido menor: 6 casos en 47, o sea un 12,7 por 100. Las causas de muerte han sido: la hemorragia en casi todos los casos, la peritonitis siete veces, y un absceso del hígado dos veces. En los casos operados en las primeras horas la mortalidad no ha sido más que de 15 por 100; pero ella asciende a 30 por 100 después de veinticuatro horas.

La hemostasia ha sido obtenida por la sutura en cuatro casos, por la sutura y taponamiento en diez casos, por el taponamiento solo en noventa y cinco casos y, en fin, por el ingerto del epiplón libre en dieciocho casos.

*Petroff, Oppel y Grekoff* contestan a las afirmaciones de *Opokine y Chamoff*: Todos los tejidos que contienen la tromboquinasa, aun el hígado y los taponamientos de las heridas del hígado con el epiplón, la grasa y la aponeurosis, dan excelentes resultados, debidos a la acción mecánica y biológica del tejido.

*Poliénoff* confirma esta opinión, exponiendo un caso de gran rotura renal donde él obtuvo casi instantáneamente la hemostasia, en una hemorragia intensa, por medio del taponamiento con la grasa perineal.

*Boliarsky* hace notar que en la práctica el procedimiento, cuanto más sencillo es, resulta mejor; es por lo que, a este propósito, no vale nada, como el taponamiento con el gran epiplón en los casos de lesiones del hígado, porque se le tiene siempre bajo la mano y es fácil servirse de él. Boliarski le ha utilizado ya dieciocho veces con éxito en casos de hemorragias hepáticas.

*Chak* concede valor sobre todo al ingerto aponeurótico en las resecciones del hígado. He aquí cómo él procede en el perro: habiendo tomado colgajos aponeuróticos de dimensiones suficientes, los sutura de cada lado del lóbulo a resecar; a causa de la solidez de la aponeurosis estos puntos no cortan nunca. Después de la resección, la hemorragia, por lo demás muy débil, es cohibida por sutura de los colgajos aponeuróticos, a la manera del forro de un vestido.

Chak ha podido resecar de esta manera en siete perros hasta un tercio del hígado, sin perder un solo animal de hemorragia. Tres sucumbieron a la infección; pero los otros cuatro viven aún.

Chak reconoce a los ingertos aponeuróticos las dos ventajas siguientes: se corta de un golpe no solamente la hemorragia, sino que se obtiene también la oclusión del muñón; por otra parte, la aponeurosis ingertada prende como tal, sin degenerar, y hay menos peligros de necrosis por causa de la infección ulterior.

*Golianitzky* estudia el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado tal y como lo practica el profesor Spasskoukotchky. Este procede a la formolización del quiste con una solución glicerizada al 2 por 100, pero solamente después de la abertura del quiste. En 52 casos de quiste hidatídico, trece veces cerró el quiste herméticamente después de la evacuación. En ninguno de estos casos fue necesario abrir nuevamente la herida; en dos casos solamente, una punción del quiste fué necesaria después, para evacuar una expansión intraquistica.

Tres casos solamente pudieron ser seguidos durante largo tiempo: en uno de ellos, al cabo de un mes, la reacción de Weinberg era aún positiva; lo era también en su segundo, al cabo de once meses, sin traza de recidiva; en el tercero, al cabo de treinta y dos meses, era negativa.

Once casos fueron tratados por la marsupialización con una muerte (al segundo día de colapso cardíaco). La duración media de la cicatrización fué de treinta y seis días.

Golianitzky hace notar a este propósito que en tres casos de quistes no supurados que fueron marsupializados, los enfermos permanecieron en el hospital sesenta y tres días, y dos salieron con una fístula.



El admite que en los casos de quistes supurados de origen no microbiano, (?) en casos de temperatura normal y si las demás condiciones son favorables, se puede suturar el quiste.

*Spjarny* insiste acerca del tratamiento de los quistes hidatídicos calcificados. La marsupialización, en parecidos casos, condena fatalmente al enfermo a una fístula incurable. Habitualmente, estos quistes son quistes muertos, que no tienen tendencia a crecer. Así, lo mejor es no abrirlos, pero suturarlos parcialmente a la pared abdominal, de manera que se puedan abordar fácilmente si vienen a supuración. Se podrá inyectar antisépticos o alcohol para obtener la disminución. Lo mejor sería la extirpación total del quiste calcificado, como *Spjarny* lo ha hecho con éxito en un caso; desgraciadamente, esto sólo es posible rara vez.

*Martynoff*, a propósito del peligro de la ablación de láminas calcificadas en los grandes quistes, recuerda un caso, de Sarvinc, en que el enfermo murió de una perforación de la vena cava inferior por una lámina calcárea procedente de la pared adelgazada de un quiste.

*Zérénine* comunica también un caso de un hombre de cincuenta años que presentaba desde hacía veinte años un tumor hepático, duro, como de hueso, y del volumen de un puño; pudo extirpar completamente la lesión, que ocupaba la extremidad inferior del hígado; se trataba de un quiste hidatídico fuertemente calcificado.

*Alexinsky* ha operado, desde hace dos años, seis quistes por el procedimiento de Bobroff; tres curaron perfectamente, en los otros tres fué preciso abrir nuevamente el quiste a causa de hemorragia en su interior.

---

#### Sociedad Oftalmológica de Viena.—Sesión del 7 de julio de 1913

*Lamber* señala un enfermo, de la clínica de Dimmer, de cincuenta y siete años, con una escleritis rara, consecutiva a herpes zoster oftálmico.

La enferma, que era cardíaca, enfermó en enero del presente año de un herpes zoster de la primera rama del trigémino derecho y presenta ahora las cicatrices pigmentadas características en la piel de la frente. Al mismo tiempo apareció la inflamación del ojo que observó *Lamber* hace seis semanas. Desde entonces la imagen clínica no ha variado nada. En el lado temporal de la esclerótica, hacia arriba y abajo, así como en el borde nasal de la córnea, un foco patológico con escasa inflamación de la esclerótica, con hiperemia y una pigmentación gris oscura situada profundamente. En el lado temporal de la córnea existe una opacidad en forma de estrella, situada en la parte inferior, con un segundo anillo concéntrico de color gris en la parte superior de las capas pro-

fundas de la córnea. La pupila y el iris, sin ninguna modificación. El estado es cada vez peor, por tener más dolores la enferma, y sin tendencia ninguna a variar de aspecto. En la literatura son mentadas las conocidas complicaciones del herpes zoster, entre ellas la escleritis de larga duración, pero no se han descrito focos neuróticos de parecida forma a los que hemos expuesto.

*Lerperger* expone un caso de la clínica de Dimmer de una enfermedad particular de la conjuntiva y del segmento anterior del ojo. Mujer de 63 años; hace cinco la fué enucleado el ojo derecho por infección, después de la extracción de una catarata. En el ojo derecho catarata madura. Al día siguiente del ingreso en la clínica presenta la enferma una conjuntivitis aguda que retarda la operación. La inflamación desapareció después de algunas semanas. Extracción: operación y curso postoperatorio completamente normal; quince días después de la operación apareció una inflamación de la conjuntiva. En el pus se hallaron estafilococos. La conjuntiva bulbar ofrece un aspecto particular, como gelatinoso, fuertemente engrosada, con la superficie lisa y aterciopelada y con escasa secreción mucosa. Unos días después se presentó una iritis, y unas dos semanas después, precipitados de un color gris amarillento (iridociclitis, la cual fué desapareciendo después del tratamiento mercurial). En la parte superior del limbo, y más tarde también en las demás partes, aparecieron infiltrados gris amarillentos, situados en el parénquima, hacia la parte media de la córnea. Después se hicieron visibles vasos superficiales y numerosos. En la mitad inferior de la córnea existía una pequeña úlcera, que curó en poco tiempo. Cuatro meses después de la operación empezó a notarse en el borde superior del tarso un apéndice de forma lenguada y de un aspecto blanco epidérmico, extendiéndose hacia la parte media de la conjuntiva palpebral, fuertemente adherido en su base y creciendo lentamente hasta cubrir casi un tercio de los párpados. Poco tiempo después apareció la misma producción en el párpado inferior, aunque en más pequeña extensión. El tono siempre normal; fosfenos y proyección luminosa íntegros. Ahora se encuentra un ligero eczema en los párpados y mejilla, secreción conjuntival mucosa, y en la conjuntiva de los párpados las manifestaciones indicadas anteriormente. Conjuntiva bulbar fuertemente enrojecida, engrosada y cubierta de filamentos mucosos. Córnea desigual, brillante, con numerosos vasos y una pequeña pérdida de substancia en la mitad nasal. Se hicieron pruebas con la radioterapia. En el curso de estos seis meses la conjuntiva del fondo de saco fué asiento de retracciones que, juntamente con la formación de engrosamientos en forma de cordones en la conjuntiva, recuerdan el pénfigo. Sin embargo, no había otros datos para poder asegurarlo

Mayo de 1911. En aquella época tenía fuerte neuralgia en la mitad derecha de la cabeza y dolores en el ojo derecho.



Ojo derecho: al mirar hacia la izquierda y abajo se aprecia en el bulbo, en la región ecuatorial, una prominencia del tamaño de un guisante y de un color rojo azulado, la cual llega hasta la córnea, formando una elevación aplanada. La córnea y el iris son normales y los medios transparentes. Fondo: papila normal. En la mitad temporal del fondo existe una elevación ovalada, de un color gris azulado, claramente limitada de sus alrededores, la cual estaba separada del fondo normal por dos anillos concéntricos de pigmento. El tumor presenta una prominencia de tres dioptrías; los vasos de la retina estaban situados encima del tumor. En su parte periférica se distinguieron, en la coroides, pequeños puntos y estrías blancos y negros. El campo visual presenta un escotoma correspondiendo al tumor. Este, abierto al exterior, da salida a un exudado purulento, que, examinado al microscopio, demuestra la existencia de bacilos de Koch. El sitio de la perforación se dilató, con anestesia local, y en la cavidad del absceso se inyectó yodoformo y se cerró la herida con puntos de sutura. El enfermo fué tratado por medio de inyecciones de tuberculina, que soportó sin novedad.

En noviembre de 1911 aparecieron en el parénquima de la córnea derecha pequeñas opacidades blanco-grisáceas, que desaparecieron poco tiempo después por medio del calor.

En marzo de 1912 recidivó el tubérculo, que fué necesario limpiar nuevamente; esta vez estaba situado el tumor algo más hacia la córnea. Desde hace un año está el enfermo completamente curado. Visión normal.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

*Doctor don Francisco Botín. Discurso leído en la sesión inaugural del curso académico de 1914 en la Sociedad Ginecológica Española.*

---

El tema elegido por el doctor ginecólogo para inaugurar las sesiones del presente curso de la Ginecológica Española, ni pudo ser más interesante ni de mayor actualidad: *La educación de la mujer como medio de evitar numerosas enfermedades.*

Asunto que preocupa por igual a médicos, moralistas, sociólogos y pedagogos, y sobre el cual en los últimos años se han compuesto numerosos trabajos.

No podemos seguir paso a paso la copiosa doctrina que en el breve espacio de su discurso ha compendiado el doctor Botín. Consignaremos algunas de sus ideas.

Nadie más que la madre debe ser la encargada de instruir a sus hijas en aquellas delicadas cuestiones de la generación, fecundación y desenvolvimiento del germen, en las del matrimonio y la maternidad. En la enseñanza que a la joven se le debe dar del fenómeno de la menstruación, se debe poner gran cuidado en apartar toda idea de misterio que perturba y altera el ánimo de las muchachas. Todavía es misión de la madre preparar con las enseñanzas y consejos el ánimo de la joven esposa que entra con el matrimonio en un mundo inexplorado de sensaciones y sentimientos, de alteraciones psíquicas y somáticas, fuente de males a veces irreparables en toda la vida, de los cuales la mayor parte pueden y deben preverse.

Finalmente, muchas más enseñanzas sabias y bien expuestas se encontrarán en este capítulo y en el siguiente: *Educación de madre*; pero deben leerse en el trabajo original.

---



# NOTICIAS

---

- Fechas de algunos Congresos convocados para 1914.**—Marzo del 11 al 16.—XXXV Congreso de balneología, en Hamburgo.
- Marzo del 23 al 25.—Sesión de la sociedad de patología, en Munich.
- Abril 13.—XIII.—Congreso de la sociedad alemana de ortopedia, en Berlín.
- Abril del 13 al 16.—XXVIII Reunión de la sociedad de anatomía, en Innsbruck.
- Abril 14.—Congreso internacional de talasoterapia, en Cannes.
- Abril del 14 al 18.—IV Congreso internacional de cirugía, en New York.
- Abril del 15 al 18.—XLIII Congreso de la Sociedad alemana de cirugía, en Berlín.
- Abril del 20 al 23.—XXXI Congreso alemán de medicina interna, en Wiesbaden.
- Abril 24 y 25.—Sesión anual de las sociedades alemanas de psiquiatría, en Shassburg.
- Abril 24 y 25.—I Sesión de enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición, en Bad Homburg.
- Junio 5.—VI Reunión de médicos escolares. en Stuttgart.
- Julio del 28 al 2 de agosto.—XII Congreso internacional de oftalmología, en San Petesburgo.
- Agosto.—Congreso internacional de neurología, psiquiatría y psicología, en Berna.
- Septiembre.—LXXXVI Reunión de naturalistas y médicos alemanes, en Hannover.
- Septiembre del 30 al 3 de octubre.—XIV Congreso francés de medicina, en Bruselas.

---

**Lista de las revistas profesionales que tienen establecido el cambio con nuestro "Boletín".**—«La Prensa Médica», Habana.—«Revista Sanitaria de Jaén».—«Medicina Social», Barcelona.—«Revista Aragonesa de Medicina y Cirugía», Zaragoza.—«Revista Navarra de Medicina y Cirugía».—«Revista de Medicina y Cirugía Prácticas», Madrid.—«La Ciencia Médica», Valencia.—«La Medicina de los Niños», Barcelona.—«El Siglo Médico», Madrid.—«Revista de Especialidades», Madrid.—«Therapia», Barcelona.—«La Medicina

Práctica», San Fernando.—«Boletín Mensual del Colegio de Médicos de la Provincia de Gerona».—«Gaceta Médica Catalana», Barcelona.—«Archivos de Rincología, Laringología y Otología», Barcelona.—«Natura», Barcelona.—«Revista Vegetariana», Barcelona.—«Boletín del Colegio de Médicos», Cáceres.—«Gaceta Médica del Sur», Granada.—«España Médica», Madrid.—«Revista de Dermatología y Sifiliografía», Madrid.—«Revista Sanitaria», Toledo.—«El Eco Médico Quirúrgico», Valladolid.—«Clínica Castellana», Valladolid.—«Revista Valenciana de Ciencias Médicas», Valencia.—«Gaceta Médica del Norte», Bilbao.—«La Clínica Moderna», Zaragoza.—«Boletín del Consejo Superior de Sanidad», Méjico.—«Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas», Madrid.—«Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría», Barcelona.—«Revista Vargas», Caracas.—«Revista de Medicina y Cirujía», Barcelona.—«Revista Filipina de Medicina y Farmacia», Manila.—«Justicia y Sanidad», Madrid.—«Revista Médica», de Sevilla.—«Brasil Médico», Río Janeiro.—«La Prensa Médica», Habana.—«Natura», Montevideo.—«Argentina Médica», Buenos Aires.—«Gaceta Médica», Caracas.—«Boletín de los Hospitales de Caracas».—«Revista Farmacéutica Dominicana», Santo Domingo.—«Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina», Buenos Aires.—«Journal de Medicine e Pharmacéuticos Portugueses», Lisboa.—«La Crónica Médica», Lima.—«Gaceta dos Hospitais d'Oporto».—«Revista de Medicina Contemporánea», Madrid.—«Revista Barcelonesa de conocimientos Médicos», Barcelona.—«Boletín Médico», Lérida.—«La Medicina Científica», Barcelona.—«Ciencia y Trabajo», Sevilla.—«Revista Frenopática Española», Barcelona.

Estos periódicos se coleccionan en la Biblioteca Municipal de Santander donde están a la disposición de nuestros compañeros.

---

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.<sup>a</sup>*



# PRODUCTOS OPOTERÁPICOS Y BIOLÓGICOS PUY

preparados en el laboratorio de productos químico-farmacéuticos de

## A. Puyed Loberas

TELÉFONO 165.—REUS

**Nefrina Puy** Extracto total líquido de la glándula renal. Indicada en las *nefritis agudas, tóxicas, albuminurias simples y de las embarazadas, congestiones renales*, etc., etc.—Dosis: XXX gotas, tres veces al día, salvo prescripción facultativa.

**Pancreatina Puy** Extracto total líquido de la glándula páncreas. Indicada en las *diabetes, insuficiencias pancreáticas, dispepsias intestinales, diarreas*, etc., etc.—Dosis: XXX gotas después de las principales comidas.

**Tiroidina Puy** Extracto total líquido de la glándula tiroides. Indicada en las *etiroides, obesidad, incontinencia nocturna de orina, mixedema, retumatismos tróficos*, etc., etc.—Dosis: De V a XX gotas al día.

**Suprarrenina Puy** Extracto total líquido de las glándulas suprarrenales. Indicada en las *hemorragias, diabetes, congestiones uterinas, estreñimiento habitual, neurastenia, ateroma, enfermedad de Addison*, etc., etc.—Dosis: De V a XX gotas al día.

**Orquina Puy** Extracto total líquido de la glándula testicular. Indicada en la *impotencia, esterilidad, neurastenia, debilidad genital*, etc., etc.—Dosis: De XX a XXX gotas, tres veces al día.

**Sermentos glicolácticos Puy** Asociación de fermentos lácticos y glicolíticos. Están indicados en las *diarreas, infecciones endodigestivas, colitis agudas y crónicas, diarreas verdes de los niños, artritismo, congestiones hepáticas, dermatosis*, etc., etc.—Dosis: De 8 a 10 pastillas al día.

**Hemoplasina Puy** Extracto total del líquido sanguíneo. Está indicada en las *anemias, clorosis, anemia perniciosa, convalecencias*, etc., etc.—Dosis: Tres cucharadas al día, salvo prescripción facultativa.

**Hepafina Puy** Extracto glicerinado de la glándula hepática del cerdo. Indicada en las *cirrosis atroficas, hipertroficas mixtas*, en las *congestiones activas y pasivas, infartos hepáticos*, en los *tumores hepáticos* (acción substitutiva), en las *aferciones de las vías biliares* por su acción colagoga, en el *artritismo de fondo hepático* (Hepatismo de Hayem) y en las *diabetes constitucionales*, formando entonces una precisa combinación con la Suprarrenina, cuyos éxitos atestiguan los mejores clínicos del mundo.—Dosis: XXV a XXX gotas, tres veces al día, 15 minutos antes de las comidas.

**Ovarina Puy** Extracto glicerinado de las glándulas ováricas. Indicada en las *menopausias, virilismo, hipertroicos, reumatismo crónico de la menopausia, psicosis de origen genital, obesidad, castración ovárica (ovariotomía), vómitos incoercibles de las embarazadas, osteomalacias y enfermedad de Basedow*—Dosis: XX gotas al día, repartidas en cuatro veces.

Los productos PUY están de venta en todas las buenas farmacias  
y centros de específicos.





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.*

---

*Los señores médicos que por excepcionales circunstancias aun no conozcan este preparado, tienen a su disposición muestras, certificados y literatura del producto, para lo que pueden dirigirse al concesionario*

MANUEL HERRERA ORIA

Hernán-Cortés, 1.--SANTANDER



# AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (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)

Premiadas con medalla de oro, la más alta recompensa, en la Exposición anexa al IX Congreso internacional de Hidrología.—MADRID, 1913

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

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

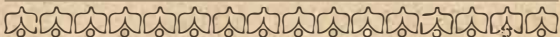
## AGUAS MEDICINALES DE CORCONTE



ARTRITISMO \* NEUROARTRITISMO \*

DIABETES \* OBESIDAD y MANIFES-

TACIONES DE LICTIASIS RENAL \* \*



## AGUAS MEDICINALES DE CORCONTE

### APARATOS PARA LAS CIENCIAS

CARLOS DE LA CUESTA, CONSTITUCIÓN, NÚM. 7.—VALLADOLID

Esta Casa se encarga del suministro de aparatos e instrumental de medicina, cirugía, laboratorios, gabinetes de física, química e Historia natural, a los precios originales de las casas constructoras, cuyos catálogos pone a disposición de sus clientes.

Microscopios, microtomos, aparatos de polarización y análisis de sangre, de la Casa C. REICHERT DE VIENA.

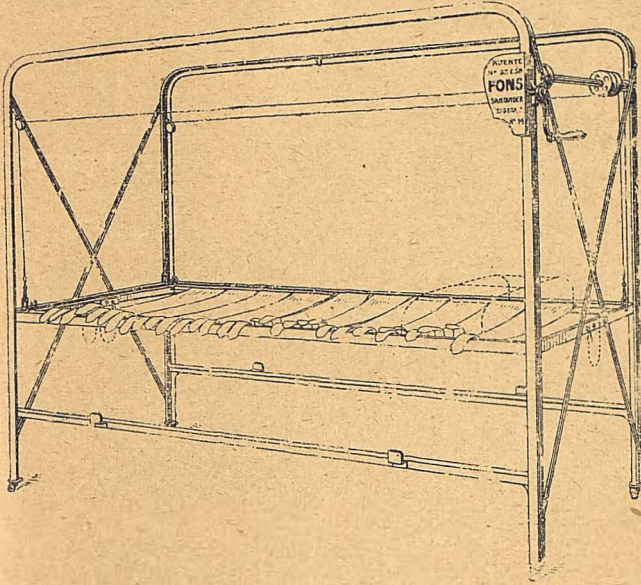
*Modelo* ESPAÑA, del doctor López García, con platina giratoria, condensador desplazable por charnela, dos diafragmas iris, tornillo micrométrico lateral, dos objetivos a seco, uno de inmersión homogénea y dos oculares. Aumentos de 60 a 1.350.

**Pesetas 585**, franco de todo gasto, en cualquiera estación del ferrocarril.



# APARATO DE SUSPENSION PATENTADO

FONS.—Ribera, núm. 9.—Santander



Esta cama, además del movimiento de elevación tiene los de cabecera y lateral, sin ninguna molestia para el enfermo. Se recomienda eficazmente para los casos de flebitis, fracturas, parálisis, tifoideas, etcétera, etc.

Venta y alquiler de aparatos. Se facilitan catálogos y detalles.

# MICROSCOPIO LEITZ

## GRAN MODELO STATIV A.

Gran escotadura; inclinación hasta 90 grados; plaina redonda, giratoria. Tubo ancho, utilizable para micro-fotografías. 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.	$\frac{1}{16}$
» » 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.

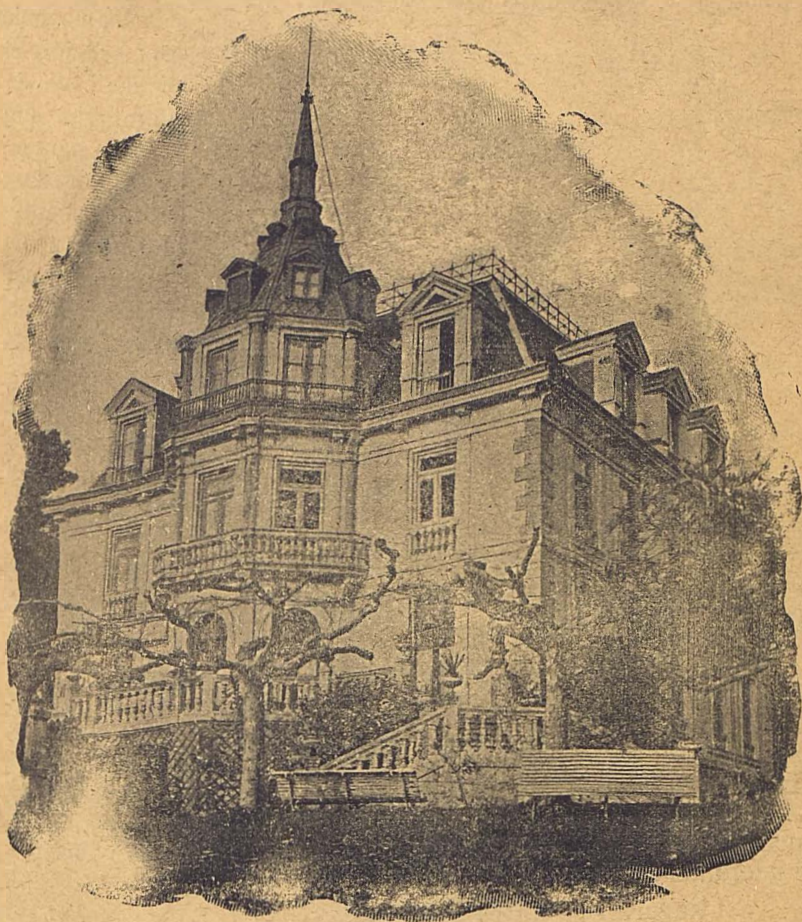
Aumento desde 8—2.850 diámetros.

Dirigirse a la dirección del **BOLETIN DE CIRUGIA**



# 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-esclerosis 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**