

SANATORIO

\* MADRAZÓ \*

AÑO III. \* NÚMERO 4

\* ABRIL 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

JOAQUÍN SANTIUSTE Y ERNESTO GONZÁLVO: **Senos falsos patológicos en el maxilar superior.**—DR. LEOPOLDO RODRÍGUEZ F. SIERRA: **Leucoplasia de la lengua y su tratamiento por el Radium.**—AGUSTÍN CAMISÓN: **De la Clínica Oftalmológica.**—**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-SANTANDER



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:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzanque

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 Clorurado-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, etc. etc. etc.

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

RAMON 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

---

## SENOS FALSOS PATOLÓGICOS EN EL MAXILAR SUPERIOR

---

Por Joaquin Santiuste  
y Ernesto Gonzalvo

No sé si la denominación de senos falsos será apropiada como título de las notas clínicas que en este artículo me propongo exponer; pero no encuentro otro más adecuado para calificar la afección de algunos enfermos que he podido observar en mi práctica, teniendo su origen dentario, precisamente en los alvéolos correspondientes a los molares, que supuran abundantemente por un trayecto fraguado en el mismo maxilar sin interesar el seno, ascendiendo en algunas ocasiones muy alto, por cuyos caracteres y sitios donde asientan pudieran dar lugar a hacer sospechar y hasta confundir dicha afección con sinusitis del seno maxilar.

En efecto, no puede menos de llamar la atención que asentando esta afección en los alvéolos, unas veces del segundo molar, otras del tercero, y en el cuarto también, se fragüen un trayecto fistuloso largo en el espesor del hueso, sin atacar el seno maxilar, cuando vemos con relativa frecuencia ser infectada esta cavidad por las lesiones alveolo-dentarias de esta región.

Creemos oportuno, para nuestro objeto, entrar en algunas consideraciones sobre la anatomía patológica del seno maxilar.

El maxilar superior, que, como sabemos, es un hueso de la cara que contribuye a formar las tres cavidades: fosas nasales, boca y órbita, que se compone de una serie de prolongamientos, uno superior; apófisis

ascendente; otro inferior, borde alveolar; otro externo, apófisis zigomática, y otro interno, apófisis palatina, que todas parten de un cuerpo central hueco, cuyo ahuecamiento constituye el seno maxilar reproduciendo la forma piramidal del cuerpo y siendo su base o pared interna la que viene a formar la pared externa de las fosas nasales; la pared superior forma el suelo de la órbita, la anterior es la facial, corresponde a la fosa canina, y la inferior, que también por ser estrecha puede llamarse borde, viene a formarle la porción alveolar que viene a corresponder en general desde el canino al segundo grueso molar inclusive. Presenta muy variadas modalidades anatómicas, que tienen la más grande importancia bajo el punto de vista patológico, como vamos a ver después. Por la pared interna, que repetimos forma la externa de las fosas nasales, se establece la comunicación con éstas por medio de un orificio situado en el canal medio, y de esta manera entra a formar parte de las mismas como cavidad anexa o accesoria. Por este orificio u ostium penetra la mucosa nasal a tapizar el seno maxilar. Por esta razón, las relaciones del seno con las fosas nasales son de continuidad, mientras con las otras cavidades son de contigüidad, lo que hace que la transmisión de una enfermedad de las fosas nasales al seno maxilar no necesite, anatómicamente considerado, que el centro maxilar presente variedad favorable en su conformación, pues siempre hay comunicación directa; lo contrario sucede con las otras cavidades, que en la mayoría de las ocasiones dicha transmisión depende de una variedad anatómica del seno.

La cavidad del seno varía de una manera extraordinaria de unos individuos a otros y hasta en un mismo individuo de un lado al otro, lo que es debido al espesor de las paredes óseas que lo separan de la superficie. En unos casos el espesor de estas paredes lo forma una cantidad tan pequeña de tejido esponjoso, que la cavidad antral emite prolongaciones por todas las apófisis; así que Zuckerkand ha descrito cinco prolongamientos, uno palatino entre las láminas de las apófisis palatinas del maxilar, uno suborbitario siguiendo las apófisis ascendentes, uno zigomático constituido por la prolongación de la cavidad del mismo en la apófisis zigomática, uno hacia la parte posterior en el espesor de la apófisis orbitaria del palatino y, por último, uno en la parte inferior o alveolar que en el caso presente es el que más nos interesa. En efecto, en el caso que exista un desarrollo tan grande del seno como el indicado más

arriba, la disminución de tejido esponjoso es tan grande, que la separación entre esta cavidad y los alvéolos dentarios queda reducida a una muy delgada capa de tejido óseo, formando eminencia la raíz de los dientes del seno, llegando en alguna ocasión a faltar esta capa ósea. Fácilmente se comprende la importancia que esto tiene para establecer la relación entre la patología dentaria y la del seno. Con esta disposición anatómica, con facilidad una osteo-periostitis alveolar rompe la delgada barrera ósea, produciendo un absceso debajo de la mucosa antral que, bien por una violencia de extracción del diente, o bien espontáneamente, se abre dentro del seno, quedando constituido el empiema que termina en sinusitis. Las afecciones dentarias son frecuentes, y bien siguiendo esta evolución u otra parecida en casos en los que concurre esta disposición anatómica más o menos acentuada, se comprende la facilidad con que pueden dar lugar a infectar el antro. Por esta razón, cuando en algunos de los molares indicados vemos trayectos fistulosos, persistentes y rebeldes a los medios ordinarios de curar estas afecciones, pensamos con razón que la causa de esta rebeldía debe de tener origen en que haya sido interesado el seno. Pero si esto es indiscutible, que con una gran frecuencia estas afecciones dentarias dan lugar a las sinusitis maxilares y que siempre debemos pensar en ellas en tales casos, también es verdad que en algunas afecciones de los dientes hay complicaciones de osteo-periostitis, que dan lugar a trayectos fistulosos bastante extensos, sin que el seno maxilar se haya interesado.

También para estos casos tenemos una razón anatómica, y es que así como acabamos de decir que hay senos sumamente grandes con prolongaciones por todos los salientes del hueso, también los hay tan pequeños que en algunas ocasiones quedan reducidos a una pequeña celdilla, y entonces es claro que el espesor de sus paredes es tan grande, que los mencionados trayectos pueden fraguarse en el espesor del hueso sin interesar la cavidad sinusal.

Hasta que el progreso en los medios de exploración creó la rinoscopia, las afecciones del seno maxilar apenas eran conocidas; su patología quedaba reducida a unos cuantos tumores que tomaban su origen en su cavidad, y eran reconocidos cuando venían a producir dilataciones en el hueso, que se hacían ostensibles al exterior. Mas la rinoscopia anterior descubrió que una serie de enfermedades nasales de sintomatología oscura y mal definida, daba lugar a la aparición de pus en el

canal medio, y que este pus tenía su punto de origen en una de las cavidades anexas, que muy frecuentemente era el seno maxilar.

Muchos y muy ingeniosos han sido los medios inventados para hacer el diagnóstico diferencial en estos casos, y en estos últimos tiempos ocupan lugar muy preferente los rayos X; pero todo esto, aunque quizá en alguna otra ocasión hablemos de ello, no tiene objeto para lo que vamos a tratar en este artículo.

En resumen: vemos que el seno maxilar puede ser infectado, debido a su situación, por las fosas nasales por continuidad y por los alvéolos dentarios por contigüidad, y que esta contigüidad puede ser mayor o menor, según condiciones especiales anatómicas, lo que hará en el primer caso ser más fácil la infección dentaria, y que en el segundo puede el proceso alveolar seguir su evolución a través del hueso, más o menos superficialmente, pero sin interesar el antro.

Pero esto no podemos saberlo *a priori*, y no debemos tener ningún prejuicio y dar por sentado que, dada la afección dentaria supuratoria con su trayecto más o menos grande, debemos proceder como de hecho a que el seno está interesado, porque tiene su importancia grande para la clase de intervenciones que debemos acometer.

Claro es que si a la afección dentaria se agrega que el enfermo echa pus por la nariz, y si por medio de una inyección a través del trayecto sale el líquido por la ventana de la nariz, no tenemos duda ninguna y el caso está claro y evidente. Pero en algunas ocasiones las cosas no están tan claras, y, sobretudo, pueden ser los enfermos tratados por compañeros no bien versados en estos asuntos; pero que, dado el asiento, forma y marcha de la afección, se caiga en el error mencionado, y en uno de los enfermos cuya radiofotografía acompañamos, de sinusitis había sido diagnosticado.

En estos casos presenta gran importancia la radiografía, pues se marcan con toda precisión la situación y extensión de la lesión, y se establece el contraste con el estado completamente normal del seno.

A continuación pasamos a dar cuenta de las dos observaciones a que pertenecen las dos radiografías que exponemos:

Al primer enfermo, José G., de 30 años, casado, le habían extraído la tercera muela hacía unos cuatro o cinco meses, y le había quedado dentro un poco de la raíz. Siempre siguió sintiendo dolores más o menos intensos, hasta que éstos se hicieron mayores y se formó un abul-

tamiento en la encía que le abrieron, saliendo pus, pero después de algún tiempo volvió a reproducirse, y en estas alternativas siguió hasta el momento en que nosotros le vimos, en que presentaba, por encima del alvéolo del mencionado molar, un trayecto fistuloso de dos y medio centímetros próximamente de extensión, lo que nos indujo a pensar si estaría interesado el seno, por lo cual, uno de nosotros procedió a hacer una radiografía, cuyo resultado fué el siguiente:

Radiografía en posición lateral derecha, obtenida en veinte segundos empleando una ampolla medianamente dura; la distancia del anteculado a la placa fué de cincuenta centímetros, y el punto de incidencia normal, en el orificio auricular izquierdo.

En esta radiografía lo normal se aprecia por detrás del seno maxilar; éste es de una transparencia bien marcada, y se ven con claridad sus límites; su parte superior por el borde sub-orbitario, la anterior por la espina nasal anterior, la posterior por la prolongación de una línea que va desde el hueso molar hasta la apófisis palatina, y la inferior por la misma apófisis.

El seno maxilar es normal en este caso; la lesión se encuentra por detrás en un espacio, normalmente claro, que existe entre el límite posterior del seno y el contorno posterior del cuerpo del maxilar; en esta zona se puede apreciar una mancha muy marcada, señalada con las letras F. S., y que no tiene relación alguna con el seno maxilar.

En la arcada alveolar, al nivel del último molar, se ve otra mancha constituida por el desagüe y señalada con la línea D. T.

Adquirida la certidumbre y evidencia de que el seno estaba completamente sano, se procedió a abrir extensamente dicho trayecto, y después de largas y asiduas curas por espacio de dos meses, se logró su completa cicatrización.

El segundo enfermo, J. D., de 25 años de edad, soltero, y que había ya mucho tiempo le habían extraído el primer grueso molar, a pesar de haberle intervenido varias veces siempre le quedaba un trayecto fistuloso, grande y supurante; hasta este momento siempre había consultado con dentistas, y uno de éstos, creyendo que se trataba de un caso complicado con sinusitis, le mandó a un médico, que, según nos dijo el enfermo, corroboró el diagnóstico de sinusitis, indicado por el dentista.

Presentaba este enfermo un trayecto correspondiente al primer mo-

lar grueso, de unos tres centímetros de extensión, que le supuraba constantemente y le producía grandes molestias.

A los rayos X nos dió una interesante radiografía.

En esta radiografía, obtenida en las mismas condiciones que la anterior, la lesión es semejante, pero en ésta el trayecto fistuloso, señalado con las letras T. F., salta a simple vista, lo mismo que el desagüe del trayecto D. T. También en este segundo caso el seno maxilar es absolutamente normal.

Vemos que el trayecto alcanza hasta el pómulo.

Se hizo una intervención parecida a la del anterior, siguiendo la lesión según las indicaciones que nos había dado la radiografía; encontramos un pequeño secuestro. La curación tuvo lugar en un mes.

Recuerdo haber intervenido en otros dos enfermos de esta misma clase, en los que no se hizo radiografía. Uno de ellos de origen traumático, en el cual se sostenía un trayecto que precisamente venía a corresponder a la fosa canina y que sólo era sostenido por una osteo-periostitis, que curó después sin interesar el seno, pero que recuerdo bien que tuve mis dudas si abrirle o no.

El otro es un enfermo de unos setenta años de edad, y hacía unos doce o catorce que tuvo un ataque de hemiplejia, desde cuya fecha siempre ha estado con sensaciones raras de hormigueo, de pesadez, unas veces en el brazo derecho, en la pierna otras, por cuyos trastornos ha consultado con muchísimos médicos. Después, a consecuencia de unos raigones, tuvo dolores, y dijo que echaba pus por la encía superior, sintiendo también hormigueo en la mejilla izquierda, por lo cual se decidió a consultar con el doctor Quintana, que le operó; pero viendo que persistían las molestias, en la creencia de que eran sostenidas estas molestias por haber sido interesado el seno, yo, partiendo de este supuesto, procedí a abrirsele, siguiendo la técnica de Luc. Encontré el seno sano, pero por si le había infectado, le hice también la comunicación nasal.

Todo cicatrizó perfectamente, pero el enfermo, debido a sensaciones especiales y a una hipersecreción salival, todavía es el día que no se cree bien, habiéndome convencido posteriormente que cuando yo operé al enfermo estaba ya completamente curado, y si sólo su estado general consecutivo a ese ataque le hace persistir en la alucinación de que echa pus, pues al mostrarme éste siempre es saliva. Por esta razón, en sus antecedentes he referido someramente el ataque de hemiplejia.

En fin, para terminar, como conclusión de todo esto, debemos decir: 1.º que en toda afección alvéolo-dentaria en la región correspondiente al seno debemos proceder a hacer un examen muy minucioso del enfermo; 2.º que los rayos X nos darán un juicio decisivo sobre si está o no interesado el antromaxilar, y 3.º que es de gran interés el diagnóstico preciso, porque de esta manera evitaremos en estos casos abrirle, cosa de gran importancia, porque cuando es innecesario puede acarrear grandes perjuicios al enfermo.

---

## DE COLABORACIÓN

## LEUCOPLASIA DE LA LENGUA Y SU TRATAMIENTO POR EL RADIUM

Doctor Leopoldo Rodríguez F. Sierra.

Después de una conferencia dada en París por el profesor E. Vidal, en 1835, se designa comunmente con el nombre de *leucoplasia* una afección muy frecuente y de una gran importancia práctica que objetivamente está caracterizada: 1.º, por el desenvolvimiento en ciertos puntos de la mucosa bucal, pero sobretodo en la cara dorsal de la lengua y parte interna de los labios, de placas blancas más o menos nacaradas y espesas, de evolución muy lenta; 2.º, por una alteración superficial de la mucosa subyacente, que sufre un proceso de inflamación crónica.

También suele presentarse, aunque con menos frecuencia, en la vulva, prepucio, glande, en la mucosa ano-rectal, en la mucosa del cuello uterino, en la laringe, en la tranquea, en la faringe, y en las fosas nasales.

De todas estas regiones, el sitio donde si se desenvuelve tiene una importancia capital es la lengua, pues con gran frecuencia se desarrolla el epiteloma, y esto ha sido el origen de los muchos trabajos publicados por Médicos de todos los países, que siempre, refiriéndose a la leucoplasia de la lengua, la han señalado con los nombres siguientes:

Psoriasis lingual (Sigmund).—Psoriasis buccal, variedad de psoriasis artrítica (Basin y Debove).—Psoriasis mucosae oris et linguae y keratosis (Kaposi).—Ichtyosis linguae (Sam, Plumbe, Hulke, Fairlie, Clarke).—Tylosis linguae (Ulmann).—Plaques blanches de la bouche, plaques blanches des fumeurs, plaques nacrées commissurales (Devergie, Buzenet, Fournier).—Leucoplakia buccalis (Schwimmer).—Leucoplasie bucale (Vidal).—Leucoma (Butlin).—Stomatite et glóssite épitheliales chroniques, leucokeratoses des muqueuses (E. Besnier).—Glossoomatite épitheliale superficielle et glossite et stomatite leucoplasiques (Benard).

La leucoplasia comienza por un estado eritematoso de la lengua,

con pequeñas máculas de color rojo encendido, formando granulaciones alrededor de las papilas fungiformes. Después de un lapso de tiempo variable, las papilas se cubren de una capa blanquecina muy delgada, a través de la cual se ve el color rojo de la mucosa; a medida que la lesión aumenta, la capa blanquecina adquiere consistencia, pierde su transparencia y toma un color blanco nacarado y brillante, extendiéndose por los bordes y haciéndose confluentes. Estas pequeñas placas, del tamaño de un grano de cañamón o de lenteja, de contornos irregulares, van invadiendo la lengua, dándole el aspecto de una carta geográfica con surcos profundos. La lengua, en este estado, se retrae, se endurece, pierde su flexibilidad, se ulcera y produce agudos dolores con el simple contacto de los alimentos o el roce con los dientes en sus movimientos normales.

Las venas de la lengua, en los puntos no invadidos por la leucoplasia, sufre frecuentemente un desenvolvimiento varicoso acentuado, que se hace muy visible a simple vista, en forma de dilataciones vasculares, dando a todo el tejido un tinte violáceo que contrasta con el blanco nacarado de la placa leucoplásica.

La marcha que sigue la leucoplasia es lenta, procede por brotes subagudos, mas o menos espaciados y caracterizados por una gran irregularidad en las lesiones por la formación de placas espesas, de fisuras talladas a pico, ulceraciones profundas y retracciones cicatriciales. Con grandes cuidados higiénicos puede permanecer la lesión estacionada por mucho tiempo y durar toda la vida; pero, por el contrario, si no se tienen estas precauciones, la leucoplasia continúa progresando.

Varias son las complicaciones que puede presentar la leucoplasia, como son fisuras dolorosas, que pueden llegar a inflamarse, ulcerarse y supurar. La ulceración se produce por fuera de las fisuras y a consecuencia de un traumatismo, de una quemadura o por estar en contacto con dientes careados o piezas artificiales que irritan la lesión y la agravan, pudiendo ser este el origen o punto de partida de toda una serie de accidentes, de dolores y de impotencia funcional. Pero la complicación más importante y más grave de la leucoplasia es el epiteloma.

¿Cómo éste se desarrolla?

Cuando después de un período más o menos largo de leucoplasia pura y simple se ve que las placas blancas, lisas y típicas se erizan, formando papilares salientes cónicos y córneos, es un indicio serio de que comienza la evolución epiteliomatosa; para E. Vidal este es el se-

gundo grado de la leucoplasia bucal; grado que se puede caracterizar con el nombre de estado papilomatoso.

Después los tejidos enfermos se endurecen y el epiteloma se envuelve con todos sus caracteres distintivos; el sitio más frecuente de su aparición es siguiendo uno de los bordes laterales de la lengua; los tejidos se hacen irregulares papilomatosos, surcados de fisuras que sangran fácilmente, la sensibilidad se acentúa y aparecen dolores que se irradian al oído.

La frecuencia de la transformación de la leucoplasia en epiteloma, es relativamente grande; en los muchos casos que llevo observados raro ha sido el enfermo en quien no he visto señales de leucoplasia; tan frecuente es esta transformación, que muchos autores han coincidido en hacer esta pregunta:

¿Si se debe considerar la leucoplasia como un estado morbozo precanceroso o como una de las primeras fases del epiteloma bucal?

Son muchos los casos que pudiera citar como comprobantes de esta transformación, pero sobre todo uno de ellos por ser conocido de muchos compañeros de esta localidad. El enfermo a quien aludo, en el año 1894 fué a la Vega de Pas a pasar unos días con el doctor Madrazo, con quien tenía grandes relaciones de amistad; la casualidad hizo que un día le observase que tenía una pequeña leucoplasia en el borde lateral izquierdo de la lengua y entonces con gran acierto el ilustre doctor Madrazo le propuso que se operase, pues aunque por entonces no revestía importancia, podría llegar un día en que la intervención se impusiese.

Prometió dejarse operar, pero el tiempo transcurrió, siguiendo siempre con la promesa.

A principios del año 1910 la lesión había aumentado considerablemente y presentaba un pequeño punto ulcerado; consultó con el doctor Martínez-Conde y con el doctor Quintana y ambos le diagnosticaron de epiteloma, conviniendo en que debía operarse; el enfermo se resistió a la operación y en el mes de octubre del mismo año fuí llamado para verle con el doctor Martínez-Conde, su médico de cabecera, y pude ratificar el diagnóstico que tenían hecho de «epiteloma de la lengua desarrollado sobre antigua leucoplasia» en el período de plena evolución, con ulceración grande de toda la mitad izquierda de la lengua. A los pocos meses murió el enfermo por caquexia cancerosa.

De gran importancia son los trabajos anatómo-patológicos llevados a cabo por Leloir, Debove Schimmer y Vidal, los cuales han demostrado que en un primer período la mucosa se hiperkeratiniza; al nivel de las placas leucoplásicas, la epidermis espesa presenta los caracteres de la capa córnea de la piel; por debajo de esta capa córnea se ve otra capa granulosa, más acentuada y rica en eleidina. El dermis mucoso presenta una infiltración de células jóvenes que parecen ser células linfáticas y que se acumulan alrededor de los vasos.

En un segundo período, la placa leucoplásica está surcada de grietas con el aspecto de superficies poligonales y con tendencia a la descamación epitelial. Estas grietas o fisuras interesan algunas veces una parte solamente del cuerpo de Malpigio y llegan a la capa papilar del dermis. A este nivel las células de Malpigio proliferan, otras sufren la alteración cavitaria, la degeneración granulo-grasienta y se comprueba una infiltración de células migratrices numerosa; en este caso la capa granulosa cargada de eleidina se atrofia y desaparece (Leloir, Congreso de 1889).

La frecuencia de la leucoplasia es demasiado grande; menos en la mujer que en el hombre y se desarrolla entre los veinticuatro y sesenta años.

Es difícil apreciar las condiciones etiológicas que favorecen la génesis de esta afección.

Los estados morbosos que más predisponen a esta enfermedad son la sífilis y el artrismo y las causas determinantes más inmediatas el tabaco y las asperezas dentarias.

Mi distinguido maestro el célebre dermatólogo francés E. Gaucher sostiene que no existe leucoplasia sin sífilis anterior. La leucokeratosis será siempre de origen sífilítico y deberá ser colocada entre las afecciones parasifilíticas.

Otro punto de la más alta importancia práctica es saber en qué momento sufre la leucoplasia la transformación en epiteloma y cuáles son los signos que permiten distinguir el comienzo de esta complicación.

Bajo el punto de vista histológico hemos visto que se efectúa cuando la parte atacada se deskeratiniza. Clínicamente se sospechará el epiteloma: 1.º, cuando se vea que una placa que era lisa y unida se papilomatiza; 2.º, cuando se vea que una placa que era transparente y delgada se espesa y presenta una induración profunda en forma de nudo (Vidal);

3.º, cuando se vea una fisura o una ulceración que persiste por mucho tiempo, se extiende y sobre todo que se rodea de un núcleo duro. Estas suposiciones se confirman si el enfermo acusa dolores vivos que se irradian al oído y si aparecen sobre el borde del maxilar del mismo lado pequeños ganglios duros que se deslizan entre los dedos.

En los casos dudosos la biopsia se impone y el análisis microscópico nos dará el diagnóstico preciso.

Innumerables son los tratamientos que se han preconizado contra la leucoplasia: el mercurio y el arsénico como medicación interna; localmente higiene de la boca y todos los antisépticos y tópicos conocidos, pero desgraciadamente sin conseguir más que ligeros alivios y rarísima vez la desaparición de la lesión.

El tratamiento de elección y único hoy día es el Radium; los enfermos a quienes se le he aplicado, en todos he conseguido la desaparición de la placa leucoplásica, como en el caso siguiente:

N. N., de 55 años, natural de Santander presentaba una placa leucoplásica en el borde lateral izquierdo de la lengua, que la producía algunas molestias, pues estaba indurada y la dificultaba los movimientos normales del órgano. En el mes de diciembre pasado, fué a consultar con el doctor Quintana y una vez vista y diagnosticada de leucoplasia, la recomendó viniese a que yo la sometiera al tratamiento por el Radium.

El día 10 de diciembre pasado, la hice la primera aplicación empleando un aparato de 0,6 centigramos de bromuro de Radium, transformado en sulfato, de 40 minutos de duración, y en los días sucesivos pequeñas aplicaciones de diez minutos.

El día 25 empezó la Radiumdermita o sea la reacción producida por la aplicación de Radium, con un poco de inflamación de la lengua y toda la región sobre la cual había obrado el Radium, formando una capa o costra lechosa y ulceración.

A los 40 días próximamente empezó la cicatrización y en los primeros días de febrero la enferma se vió completamente curada de su lesión; desapareció en absoluto la placa leucoplásica y la induración, recobrando la lengua la flexibilidad que había perdido.

## DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Por Agustín Camisón

Herida contusa de la esclerótica (contra-rotura).—Catarata traumática sin rotura de la cápsula

He tenido ocasión de observar, casi al mismo tiempo, dos casos de rotura completa de la esclerótica, ocasionada en los dos por igual mecanismo y terminando uno y otro de distinta manera en cuanto a las complicaciones post-traumáticas se refiere. Ahí va la historia de cada uno de ellos.

1.º J. L., agricultor, natural de Valdebezana (Santander). Lo ví por primera vez el 7 de febrero último. El 7 de enero de este año, y en ocasión de cuidar el ganado vacuno, recibió una cornada en la parte infero-externa del párpado inferior derecho, seguida de ambliopía en aquel ojo. Fué asistido por el médico de aquella localidad, que le practicó una cura apropiada. Los accidentes inflamatorios desaparecieron, pero no así la ambliopía, por lo cual el médico le envió a Santander.

Se le apreciaba en la región infero-externa del párpado inferior derecho una cicatriz apenas perceptible. En la parte supero-interna del limbo corneal y separada de él unos dos milímetros aproximadamente se percibe una cicatriz de un centímetro de longitud, regular y paralela a dicho limbo. El iris fué expulsado en su totalidad, como asimismo el cristalino. El examen oftalmoscópico revela la existencia de hemorragia en el vítreo. Hay hipotensión. La visión está suprimida en el ojo traumatizado; no percibe más que la sensación luminosa.

2.º E. G., agricultor, natural de Matarrepudio (Santander). Dedicado a igual faena que el enfermo anterior, fué herido el día 10 de diciembre pasado por el asta de una vaca en la región infero-externa del párpado inferior derecho, y también aquí el accidente fué seguido de pérdida completa de la visión en el ojo herido. El enfermo mismo se curó con materias no tan medicamentosas como sépticas.

No acudió al médico hasta que las manifestaciones dolorosas le

obligaron, y a pesar de los consejos del colega, se resistió el paciente a venir a Santander hasta el día 8 de febrero de este año, que vino a consultar.

El ojo derecho, muy sensible a la presión, con gran fotofobia y fuerte inyección peri-corneal y de toda la conjuntiva, ofrece en la parte supero-interna una cicatriz irregular, de un centímetro ó más de extensión y oblicua al limbo corneal, muy cerca del cual toma origen: está fuertemente pigmentada por el enclavamiento de la úvea. La cámara anterior de un color gris sucio a causa del enturbiamiento del humor acuoso. Una porción de iris fué arrancado y expulsado, quedando un pequeño coloboma supero-interno. El resto de iris presenta todos los síntomas de un proceso inflamatorio con exudados que obstruyen por completo la pupila. Ligero aumento de la presión intra-ocular.

Me hace observar que desde hace algunos días nota disminuída la visión de cerca en el ojo sano y, efectivamente, puedo apreciar esta disminución en la acomodación: hice el diagnóstico de irido-ciclitis, le advertí la importancia de aquel síntoma, aconsejándole una vigilancia severa en la previsión de probables acontecimientos y le dispuse atropina, fricciones mercuriales, etc. A los seis días volví a ver al enfermo, que presentaba fotofobia en el ojo sano y ligera inyección ciliar: los medios transparentes. Como los síntomas no sólo no habían disminuído, a pesar del tratamiento, sino que progresaban visiblemente y con fenómenos simpáticos en el ojo sano, le propuse la enucleación, que no aceptó; pero pasados no muchos días volvió a presentarse aquí aconsejado por el médico, en vista de que los fenómenos simpáticos se acentuaban más cada día.

He creído de interés sacar a la luz estos dos casos porque son de indiscutible enseñanza. Los dos son roturas de la esclerótica producidas en el punto diametralmente opuesto al sitio donde obró el agente vulnerante, aunque la forma, situación, dirección y regularidad del desgarro en el primer enfermo sea más típica que en el segundo, en el cual la dirección de la herida esclerótica no es lo más frecuente, como no lo es tampoco el enclavamiento en la cicatriz del cuerpo ciliar. A pesar de ser muy parecidas las lesiones en los dos casos, han terminado de distinta manera, porque en uno la infección no tuvo lugar, mientras que en el otro, probablemente, fué llevada aquella por el mismo enfermo, ya que no suelen infectarse las heridas por contra golpe de la esclerótica, aun-

que, como en estos dos casos, la rotura sea completa. Y no tiene lugar la infección, porque el agente vulnerante no se pone en contacto con la superficie herida; y es mucho menos de temer si, como ocurría aquí, no hay afección ninguna ni en el aparato lagrimal ni en la conjuntiva.

El enclavamiento no reducido, de una buena parte del cuerpo ciliar en la cicatriz, agravaba por sí solo el pronóstico, aparte de toda infección, por la irritación a que estaba expuesto y que en plazo más o menos largo podía producir fenómenos inflamatorios que llegarían a influir en el ojo sano. Este hecho, que ha sido comprobado hasta en cicatrices regulares y hechas en medio de una asepsia rigurosa, acompañadas del enclavamiento del iris, como por ejemplo las que resultan de la operación de la catarata siguiendo el procedimiento de Græff, adquiere mayor gravedad si al enclavamiento se agrega la infección. El doctor Mansilla, de Madrid, publica en uno de los últimos números de la *Revista de Medicina y Cirugía* un caso parecido que es una comprobación de lo que acabo de decir.

Esta gravedad no sólo se limita al ojo traumatizado, sino que el ojo sano pueda llegar a ser víctima de una oftalmía simpática, como ocurrió en nuestro segundo enfermo, en el cual los síntomas primeros eran ya ostensibles, desapareciendo por completo en cuanto fué enucleado el ojo con irido-ciclitis traumática.

Limitación de la acomodación suele ser el primer síntoma de gran valor que nos ponga en guardia siempre que un ojo sufra alguna afección traumática que haga temer una oftalmía simpática. La manifestación que aquejan los enfermos de ver mal de cerca, unido a la fotofobia e inyección peri-corneal, son un cortejo suficiente, siempre que se excluyan otras causas capaces de ocasionarlo, para advertirnos del peligro y no esperar a que haya enturbiamiento del vítreo o fenómenos claros de iritis. Pero tampoco hay que ver oftalmías simpáticas donde no las hay, y sobre esto quiero insistir, porque de estas cosas tiene el público un concepto tan erróneo, que resulta difícil muchas veces llevar al ánimo de las gentes la necesidad de un proceder radical, mientras que en otras ocasiones alucinados tal vez por lo que han oído referir de tal o cual otro, se aferran a la idea de que un ojo traumatizado está perdido y es un peligro para el ojo sano. Esto me recuerda lo que me ocurrió con los padres de una niña que ví no hace mucho tiempo con una perforación de la córnea por una astilla de leña, un fragmento de la cual era

visible en la cámara anterior por delante de la masa del cristalino, cuya cápsula había sido abierta. La ví al siguiente día del accidente; me costó trabajo convencer a la familia de que se debía respetar el ojo que creían irremisiblemente perdido. El cuerpo extraño fué extraído juntamente con una buena parte de substancia cristaliniiana opacificada y un fragmento de iris herido por aquél, sin que se presentara infección ninguna.

Volviendo a las contra-roturas de la esclerótica, es de notar que el segundo de nuestros enfermos es un caso que demuestra una vez más la gravedad de las heridas que van acompañadas de infección, sobre todo de las que interesan la región ciliar, gravedad que no sólo se limita al ojo traumatizado, sino que el sano puede verse comprometido y a veces de una forma que por su marcha insidiosa puede pasar desapercibido al médico no especialista. Por el contrario, es sorprendente el buen estado funcional en que queda el ojo siempre que no haya habido infección, ni las lesiones de las membranas internas sean muy intensas, pues de lo contrario la agudeza visual queda notablemente perturbada. El primero de estos dos enfermos, sin otro tratamiento que un vendaje compresivo y el yoduro potásico, ha curado perfectamente: la hemorragia intra-ocular se ha reabsorbido hasta el punto de no apreciarse más que un coágulo organizado sumamente pequeño. Con una lente de  $+ 11 \text{ D V} = \frac{1}{6}$ . No ha aceptado el tatuaje en diafragma de la córnea que le había propuesto para la aniridia resultante del traumatismo, procedimiento sin ninguna duda preferible a la lente estenopéica, que no suelen tolerar muy bien los enfermos por la limitación tan notable del campo visual.



Otro caso no menos interesante que los anteriores por la rareza con que suele observarse, es el de una enferma con catarata traumática sin rotura de la cápsula, cuya historia es la siguiente:

D. F., natural de Miranda de Ebro. El día 4 de febrero último, sufrió un golpe en el ojo derecho que fué seguido de equimosis palpebral, único trastorno que por entonces ocasionó el traumatismo: desapareció por reabsorción al cabo de poco tiempo y la enferma no dió más importancia al accidente, del cual se creyó curada; pero transcuridos unos 15 días empezó a darse cuenta de que la agudeza visual disminuía en aquel ojo, al mismo tiempo que observaba una nebulosidad que la impedía ver los objetos con claridad cuando cerraba el ojo izquierdo, ad-

quiriendo proporciones más exageradas de día en día. Las personas que la acompañaban la advirtieron la presencia de una *nube* en la pupila, que ella comprobó al mirarse atentamente en una luna y que desde entonces fué su única preocupación. La opacidad aumentó rápidamente en pocos días hasta el extremo de no poder percibir los objetos.

En este estado me vino a consultar el día 25 de febrero. Nada anormal en los párpados, conjuntiva, córnea e iris: presentaba una catarata blanda con integridad de la cápsula:  $V=0$ . Percepción luminosa y fosfenos, normales. Tono normal.

Las cataratas traumáticas ocasionadas por una contusión del globo ocular, sin herida ninguna, van acompañadas, por lo general, de rotura de la cápsula: es muy raro que, como ocurrió a nuestra enferma, aquélla permanezca intacta.

El mecanismo de producción varía en uno y otro caso. En el primero, la contusión hace *estallar* la cápsula, y casi siempre por su zona ecuatorial, en donde empieza la opacificación al ponerse el humor acuoso en contacto con la substancia propia del cristalino: en este caso ocurre lo mismo que si el agente vulnerante hubiera llegado hasta la cristaloides misma, hiriéndola. La opacificación es muy rápida é inmediata al accidente. En la segunda forma de cataratas, sin rotura de la cápsula, es lo probable y casi generalmente admitido, que la contusión provoca una trepidación del cristalino que determina la opacificación de su tejido propio.

Panas, quien llama a estas cataratas traumáticas tardías para distinguirlas de las traumáticas (*d'emblé*), por tener lugar algún tiempo después del traumatismo, a veces hasta años, concede más importancia para su producción a trastornos de las membranas internas que al mismo traumatismo. Esto, sin embargo, no ha sido comprobado por la anatomía patológica ni por la clínica, como, lo prueba el perfecto estado de visión en que quedan los enfermos.

---

## HOJAS DIETÉTICAS

¿Qué son los Flecheristas? Los partidarios de Flecher, que creen con este autor que todos nuestros males se producen por comer de prisa y masticar mal.

En 1906 se publicó *The A. B. Z. of our own Nutrition* por este autor, y desde entonces se han hecho gran número de partidarios que practican el sistema, que consiste en tener en la boca los alimentos hasta convertirlos en papilla fina. Los líquidos también se retienen para que tengan temperatura apropiada y modificar su reacción si fuera excesivamente ácida.

Chittenden, profesor de Yale, ha demostrado que con este método se reduce la ración alimenticia, las molestias del aparato digestivo, se transforma la flora intestinal y se alarga la vida.

Para nosotros es la reacción contra la Taquifagia o sea el defecto de masticar mal y comer de prisa. Sin llegar a ser Flecheristas debemos esforzarnos para que todo el mundo coma despacio, y como no siempre es fácil combatir por persuasión este defecto, en nuestra clínica a los taquifágicos les servimos con tenedor y cucharas de postre.

Los huevos son alimento nutritivo y digestible. Su tamaño es diferente entre 40 y 70 gramos. Los mejores para enfermos son los procedentes de nuestras razas españolas, como la Castellana y Andaluza, porque tienen buen gusto y son los mayores; por tanto tienen más calorías. Un huevo tiene 35 gramos de clara y 18 de yema. La clara es poco nutritiva: 4,5 gramos de albúmina. La yema, 2,9 gramos de albúmina y 5,7 gramos de grasas en forma de lecitina, es decir, ricamente fosforada.

Los huevos para enfermos deben ser  *frescos*, porque con el tiempo se altera su composición y disminuye su digestibilidad. Deben proceder de gallinas *bien alimentadas*: las que comen gusanos, insectos, etc., tienen sus huevos mal gusto. Deben prepararse de modo que la clara y la yema hayan sufrido muy poco la acción del calor.

Las formas culinarias preferidas son: *en agua* de modo que la clara sea ligeramente cremosa. *Escalfados*, pero preparados en el momento de servirlos. Los revueltos y las tortillas blandas.

Como lo importante en dietética es la grasa de la yema, con el fin de hacerlos más agradables y nutritivos acostumbramos a poner tres yemas y una clara en las tortillas dietéticas.

El coeficiente de utilización intestinal para el huevo es de 93 por 100: por eso acostumbramos a retirarlos de nuestros menús de estreñidos.

Los huevos se unen bien con las harinas, purés de verduras, leche y carne. Mal, muy mal con la grasa.

El entomologista J. H. Fabre recomienda (en *Gar. d'hôpital*) para hacer las setas más digestibles y nada peligrosas cocerlas antes de ser comidas. Así pueden utilizarse las más peligrosas, como la *Amanita citrina*. Nosotros pensamos que, como en cuestión de setas pocos son los especialistas, esta práctica profiláctica es útil y sencilla.

M. MORALES.

# REVISTAS

Deutsch. M. Woch.

H. HOCHHAUS-COLONIA: *Indicaciones y técnica de la punción de la pleura.*—Hoy día, terminadas las discusiones que sobre este capítulo de la terapéutica se habían suscitado, todo el mundo reconoce la importancia de dar salida en determinadas ocasiones a los exudados pleurales. Todos los médicos deben estar en condiciones de saber practicar esta pequeña operación y de conocer sus indicaciones.

*Las indicaciones* son las mismas que las que había formulado *Trousseau*, a quien hay que agradecer la difusión de la punción pleural.

1.—Como *indicatio vitalis* cuando la disnea, cianosis y depresión circulatoria alcanzan un tal grado de intensidad que ponen en inminente peligro la vida del enfermo, en estos casos no es discutible la necesidad en que estamos de practicar la punción; en alguna de estas ocasiones puede ser dudoso que el derrame pleural sea la causa de los síntomas que ponen en tan grave peligro la existencia del enfermo. La intervención está sobre todo indicada en la llamada *pleuritis acutisima*, en la cual, al lado de una tumultuosa manifestación de síntomas, que ponen en grave peligro la vida del paciente, se presenta un abundante y rapidísimo derrame de líquido en la cavidad de la pleura. Son raros estos casos: yo no recuerdo haber visto más que uno. Aparte tales casos, suele ser muy difícil en la práctica precisar si el peligro viene o no de otros órganos (miocarditis, nefritis); sin embargo, debe darse salida al líquido, en la seguridad que de todos modos se modificarán favorablemente la disnea y la depresión cardíaca.

2.—Cuando existe *un exudado muy abundante*, aunque la disnea y la depresión cardíaca no sean exageradas. Sabido es que exudados muy grandes se toleran muy bien, sobre todo cuando se van acumulando lentamente; pero no es menos cierto que, a pesar de todo, ofrecen serios peligros y son muchos los casos que se pueden citar en la literatura médica de enfermos que, después de tolerar por mucho tiempo un gran derrame, han muerto rápidamente por causa de esta lesión. La causa de estos desenlaces rápidos se ignora. Antes, apoyados en algunas observaciones de *Bartels*, se les atribuía a una flexión de la vena cava inferior un poco por encima del orificio del centro-tendinoso del diafragma; sobretodo en las pleuresias del lado izquierdo. *Seich-*

*ternstern* ha echado por tierra esta explicación, demostrando que aun en los derrames más grandes nunca se produce un acodamiento de la cava; para él, lo que ocurre es que, debido a la gran compresión de los pulmones y del corazón y por ella a la dificultad de la función cardíaca, sobrevienen extensos trombus en el corazón, y como consecuencia numerosas embolias. Los síntomas de estos grandes exudados son manifiestos; generalmente no atacan más que a uno de los lados: sólo en el vértice, por delante y por detrás hasta la segunda costilla, se percibe el sonido timpánico, los ruidos respiratorios han desaparecido, toda la mitad del tórax está abombada, los espacios intercostales borrados, el diafragma rechazado hacia abajo, el corazón y el mediastino empujados hacia el otro lado, en el dorso, al lado de la columna vertebral, se percibe claramente el llamado triángulo de *Grocco*.

3.—En los derrames de mediana intensidad cuando después de un tiempo suficiente (más de cuatro semanas) no se presentan síntomas de iniciarse la reabsorción. Sobre esta indicación no hay acuerdo entre todos los tratadistas. Quienes suponen que la punción, principalmente en los casos febriles, tiene más inconvenientes que ventajas.

Por lo que hace a los *peligros de la punción*, puede decirse que son despreciables cuando se domina la técnica, y yo creo que la punción está indicada en todos los casos, mientras no haya fiebre. Puesto que la experiencia ha puesto de manifiesto que el exudado suele repetirse cuando se practica la punción en un febricitante, siendo por tanto el resultado muy problemático, en general aconsejo en estas circunstancias esperar algún tiempo más de las cuatro semanas, una o dos más, para ver si la fiebre espontáneamente cede; pero si esto no ocurre practicar la punción, pues creo que hay mayor peligro en dejar que vaya aumentando la compresión pulmonar que en repetir la punción si es necesario. No pocas veces he tenido la satisfacción de ver que a la desaparición del exudado siguió la de la fiebre.

*Técnica de la punción.*—A todo vaciamiento pleural debe preceder una punción exploradora. A pesar de que hoy, con los medios diagnósticos que poseemos, estamos en condiciones de determinar con bastante seguridad el sitio, la extensión y los caracteres de un exudado y de que disponemos de un nuevo y excelente medio, como es la radiografía, en ningún caso debemos renunciar a la punción exploradora, siempre inocua. Para hacerla debemos emplear una jeringuilla de unos cinco a seis centímetros, con una aguja por lo menos de seis centímetros de larga y no demasadamente estrecha; la jeringuilla corriente de Pravatz no sirve para esto; la aguja es demasiado corta y estrecha; en los exudados fibrinosos suele dar un resultado negativo. Siendo la longitud de la aguja de seis centímetros permite, en la mayor parte de los casos, darse una idea del espesor de la capa líquida.

El vaciameinto se practicará con un trocar provisto de desagüe lateral, tal como el de *Frentzel*, *Stintzing* y otros. Estos trocares poseen además del desagüe lateral, una llave que permite cerrar herméticamente la luz del aparato al retirar el estilete central. El tubo lateral está provisto de un tubo de goma de unos 80 cms. de longitud, el cual en su extremo lleva un embudo o mejor un tubo de cristal vuelto en forma de U y que viene a desembocar en un recipiente con una solución débilmente antiséptica (ácido bórico al 2 por 100.)

Según la longitud del tubo y según que el recipiente esté más o menos alto, se ejercerá, siguiendo la ley del sifón, una aspiración más o menos enérgica en la cavidad pleural. Si se quiere aumentar la acción aspiradora, cosa que a algunos autores les parece preferible, no hay más que hacer que unir el recipiente por medio de otra goma con un segundo vaso y por la misma acción del sifón dar lugar a un enrarecimiento del contenido de aquél. *Fürbringer* obtiene este enrarecimiento aspirando con la boca; *Stintzing* por medio de una pera de goma. *Potim* con una bomba aspiradora. Pocos son los que en la actualidad emplean el aspirador, desde luego mucho más enérgico, de *Dieulafoy*.

No están todavía los autores de acuerdo sobre si se debe emplear la aspiración o limitarse simplemente a la acción del sifón. Yo no suelo usar más que este último. Otros creen que aun en el caso de existir un gran exudado, es tan pequeña la presión en la cavidad torácica, que para obtener un vaciamiento suficiente se debe echar mano de la aspiración (*Fürbringer*).

La presión intrapleurale en los exudados ha sido recientemente estudiada por *Weitz* en la clínica de *Quincke*. El aparato empleado fué simplemente un trocar como el arriba descrito, con su desagüe lateral y un tubo encorvado unido al otro extremo de la goma. Basta observar a qué altura sube el líquido en la rama ascendente del tubo de cristal para medir la presión.

La presión en el exudado está determinada en sentido positivo por la presión del exudado sobre el orificio de la punción y por la presión de las paredes (la pared torácica y diafragmática); en sentido negativo por la acción de las fibras elásticas del pulmón, principalmente del pulmón sano. *Weitz* vió que la presión era positiva al principio de la punción, aun en exudados muy pequeños; al fin casi negativa. En la mayor parte de los exudados fué preciso emplear un sifón de 75 cms. de longitud para conseguir el vaciamiento: sólo en algunos pocos se necesitó una aspiración más enérgica.

Muy importante es que el estilete esté provisto de una punta fuerte y afilada y que se adapte bien a la vaina. Antes se tenía por condición muy importante que el calibre fuera pequeño, para impedir la infección; hoy no tiene fundamento este temor y se usan generalmente trocares de mediano calibre, de unos tres milímetros de luz.

Desinfectados la piel del enfermo, el instrumento y las manos del operador, se fija con la izquierda la piel del espacio intercostal y se hinca el trocar de un golpe rápido y seguro con la otra mano en el borde inferior del espacio intercostal. En la facilidad con que el instrumento se mueve se conoce que está en el espacio pleural. Se retira el estilete, se hace girar la llave y el líquido sale por la goma unida al tubo lateral. No es necesario anestesiar el sitio de la punción.

¿En qué espacio intercostal se debe practicar la punción?— En los exudados pequeños y circunscritos allí naturalmente donde el exudado se encuentre. En los grandes exudados se recomienda generalmente el sexto o quinto espacio intercostal sobre la línea axilar, principalmente porque éste es el sitio en que la capa muscular es más delgada. Yo añado que este punto tiene la ventaja, en enfermos muy debilitados, de ser accesible en la posición horizontal. En lugar del trocar se usa también una aguja fuerte provista de su tubo de goma; sin duda que con ella se puede hacer la punción, pero tiene el inconveniente de obturarse más fácilmente y de poder herir el pulmón.

Una cuestión muy discutida es: *qué cantidad de líquido debe sacarse con la punción.*

Cuando se empezó a practicar la punción de las pleuresías, se extraía gran cantidad de líquido en la idea de influir favorablemente en el proceso curativo. La experiencia ha demostrado que esto era un error y que un vaciamiento suficiente, que alivie la carga que pesa sobre la pleura, favorece la reabsorción total del exudado, y, además, que la extracción de una gran cantidad de líquido expone a graves peligros.

El más temible de ellos se manifiesta por una expectoración albuminosa, abundante, de aspecto sero-espumosa, ligeramente teñida de sangre: suele presentarse hacia el fin de la evacuación del exudado, va acompañada de tos, disnea y cianosis pronunciada, y muchas veces, en enfermos debilitados, termina con la muerte. Para prevenir este peligro no se extraerá en la primera punción más de  $1 \frac{1}{2}$  litros, en el espacio de media hora.

No pocas veces se ve uno obligado a suspender la operación a causa de una tos pertinaz, angustia y dolores en el pecho, porque el cambio de presión dentro de la cavidad torácica desde el principio dió lugar a aquellos trastornos. Para prevenir tales molestias es bueno practicar antes de la punción una inyección de morfina, una dosis pequeña (0,01 gramo.)

Cantidades mayores de  $1 \frac{1}{2}$  litros no suelo extraer más que en los casos en que la medida de la presión intratorácica me muestre que todavía la presión es positiva. Terminada la punción se tapa el orificio con un poco de esparadrapo o un poco de algodón y colodión.

Los *peligros de la punción pleural* fueron hace tiempo objeto de gran-

des discusiones; hoy, mejor conocida la técnica, no merece la pena tomarlos en consideración.

De la posibilidad de *una infección pleural* por una punción, me parece que no se debe ni hablar. El médico que haga hervir su instrumental y esterilice convenientemente sus manos y la piel del enfermo, seguramente ha prevenido el peligro de una infección. La entrada del aire en la cavidad pleural es muy fácil de evitar, pero aunque penetrara una burbuja de aire, es cosa que no tiene importancia; jamás he visto ningún inconveniente a causa de este pequeño accidente. Las pequeñas cantidades de aire se reabsorben fácilmente, y sabido es que una infección provocada por el aire no es de temer.

Entre las complicaciones hay que citar la *herida de la arteria intercostal*: accidente alguna vez citado en la literatura y sólo posible cuando se trata de alguna anomalía en la dirección del vaso. La *herida del pulmón mismo*, accidente sobre todo frecuente al practicar una punción exploradora, no he visto nunca que tenga malas consecuencias. Mucho más grave es la *expectoración albuminosa*, antes citada, cuya causa es un edema agudo del pulmón, rápidamente aliviado de la compresión a que estaba sometido. Con un vaciamiento cuidadoso, lento y no muy abundante, se puede prevenir casi seguramente. Algunas veces se presenta en la punción pleural y con mucha más frecuencia en las pleurotomías por empiemas, ataques de shock o epileptiformes o histérficos. La causa de estos accidentes no es aún conocida. Sin duda juegan aquí algún papel reflejos pleurales; otras veces la causa se debe atribuir a un corazón debilitado o a émbolias. Tales accidentes terminan muchas veces con la muerte.

Las indicaciones y la técnica hasta ahora descritas, se refieren solamente a los casos de pleuritis exudativa serosa y a las traxudadas.

Por el contrario, en los derrames hemorrágicos, cuya causa, la mayor parte de las veces, es una enfermedad grave, sólo se practicará la punción cuando a ello nos obliguen la abundancia de la colección y sólo se extraerá aquella cantidad que baste para hacer desaparecer los fenómenos peligrosos: menos de un litro si es posible.

Algunas modificaciones se han propuesto de la punción tal como la hemos descrito. Fundándose en que después de algunas punciones exploradoras el líquido pleural se ha reabsorbido rápidamente, algunos han propuesto limitarse a extraer cantidades pequeñísimas. El método no se ha generalizado. También se ha recomendado lavar la cavidad pleural con algún líquido antiséptico, para impedir que el exudado se repita, o inyectar algunos gases (O o N.) o pequeñas cantidades de adrenalina. Tampoco estos recursos han encontrado general acogida.

Con el nombre de *autoseroterapia* ha descrito *Gilbert* una modificación

de la punción pleural, que consiste en extraer con una jeringa una pequeña porción del exudado, y luego, sin retirar del todo la aguja, inyectarle debajo de la piel. Generalmente se presenta una rápida reabsorción que se acompaña de abundantísima diuresis. *Jone*, que ha practicado varias veces esta maniobra, no ha visto que los resultados sean tan admirables, pero no está descontento de su empleo. Yo también la he practicado en algunos casos, y el éxito no me parece indiscutible.

En los casos de pleuritis exudativa pertinaz, en los cuales no se consigue la curación ni con repetidas punciones, está indicada la pleurotomía.

Münch. M. Woch

DOCTOR HAUER-HOHENSTEIM: *Un cuerpo extraño en la uretra de un hombre.*—El encontrar cuerpos extraños en la uretra masculina es relativamente frecuente. Son casos que todos los médicos han visto alguna vez y no falta clínica en cuya colección dejen de existir cerillas, pajas, lápices, pizarrines, extraídos por medio de una operación del conducto uretral, lo mismo que trozos de sonda, pedazos de madera, etc.

Sólo por tratarse de un caso verdaderamente extraño voy a referir la historia clínica de un cliente mío.

Era un obrero de 70 años. Nunca había padecido enfermedades de importancia. Desde la mañana del día anterior al en que vino a mi consulta, se quedó de repente sin poder orinar. Sentía fuertes dolores y se le ocurrió, para abrir paso a la orina, introducirse por la uretra un alfiler de sombrero.

El pene estaba en semierección, edematoso en su parte inferior. Como a unos 7 centímetros del orificio uretral se encontraba una mancha de la piel, azulada, del diámetro de una moneda de dos céntimos. El miembro no se mostraba doloroso a la presión; por el contrario, una pequeña presión sobre el pene era muy dolorosa. La vejiga llena y muy dilatada.

La sonda tropezaba, a los 7 centímetros, con un cuerpo duro, metálico.

Por uretrotomía externa se extrajo un alfiler de sombrero de 18 centímetros de largo, enroñecida y con una cabeza de 7 milímetros de diámetro. Inmediatamente se vació una gran cantidad de orina turbia. La herida cicatrizó por segunda intención.

La causa de la retención había sido una hipertrofia de la prostata.

J. H O.

## SOCIEDADES Y CONGRESOS

---

### Reunión de los cirujanos del noroeste de Alemania

DOCTOR URBAN: *Pancreatitis aguda*.—U. ha operado en el último año tres casos de pancreatitis aguda. En dos casos fué establecido el diagnóstico durante la operación; en el tercer caso, algunas semanas después de la operación. 1.º Hombre de 40 años, el cual se sintió repentinamente enfermo, con fuertes dolores en el hipogastrio y manifestaciones peritoníticas. Lesiones encontradas en la operación: colección purulenta difusa en el epigastrio. Diagnóstico probable: colecistitis aguda perforada. Durante mucho tiempo, supuración abundante; el pus era cada vez menos espeso y finalmente queda una fistula con salida de jugo pancreático. Entonces fué establecido el diagnóstico. Curó en tres meses y medio. 2.º Mujer de 52 años. Hacía día y medio se sintió enferma repentinamente con fuertes dolores de vientre y vómitos. Fué a la clínica en un estado de colapso grave y manifestaciones peritoníticas. La laparotomía demostró la existencia de una extensa necrosis del tejido adiposo del epiplón y colección sero-sanguinolenta en la cavidad abdominal. Curación lenta. 3.º Mujer de 19 años: empezó 5 días antes con un dolor difuso en el vientre, que le apareció de un modo brusco y acompañado de dificultad respiratoria. La laparotomía demostró la existencia de una neurosis difusa del tejido celular y derrame seroso en la cavidad abdominal. Curación lenta. En lo que a la etiología se refiere no da ninguno de los tres casos un punto de apoyo. El alcoholismo y la adiposidad carecen de valor. La pancreatitis aguda es probablemente originada, en la mayoría de casos, por el paso de gérmenes del duodeno, de las vías biliares o por propagación de los órganos enfermos que tengan vecindad con el páncreas. El diagnóstico no se puede establecer más que por hipótesis.

En la inmensa mayoría de casos, aquél se establece en la operación o en la autopsia. No es posible indicar ningún síntoma patognomónico, como asimismo ningún método biológico ni químico seguro de reconocimiento. El tratamiento más racional es la laparotomía, que obra con mejores o peores resultados, según el estado del enfermo. Sin operación, el pronóstico es grave; en los casos operados pronto los resultados son bastante buenos.



DOCTOR RINGEL, HAMBURGO: *Del tratamiento quirúrgico en las neuralgias graves del trigémino.*—Caso 1.º Un enfermo de 45 años se presentó a consultar en diciembre de 1906 a causa de una fuerte neuralgia en el territorio de la segunda rama del trigémino y de la sien izquierda, correspondiendo a la gona del ganglio esfeno-maxilar. Tuvo sífilis en su juventud y estuvo sometido a varios tratamientos específicos. Después sufrió una osteitis sífilítica de la tibia derecha, y además una espondilitis, meningitis basilar, etc.; manifestaciones que desaparecieron completamente con el mercurio y los yoduros. Desde hace algunos meses existe la mencionada neuralgia tenaz a todos los tratamientos y como el enfermo había hecho un intento de suicidio, fué convencido de la necesidad de una operación. El 13 de diciembre de 1906, resección del ganglio esfeno maxilar izquierdo. Curación completa en 8 días, pero el resultado fué negativo, porque aparecieron nuevamente neuralgias en la tercera rama del trigémino. Por esto fué extirpado por Krause el ganglio de Gasser en enero de 1907. Curación. El enfermo no ha vuelto a sentir dolores desde hace 6 años. Alguna que otra molestia se ha presentado; pero desapareciendo en seguida. La zona anestésica de la parte izquierda de la cara se ha hecho cada día más pequeña y nunca sintió molestias. En la última observación sólo existía una zona anestésica en la mucosa de la mejilla izquierda: el enfermo sólo puede gustar con la mitad derecha de la lengua. Está completamente bien y puede dedicarse al trabajo.

Caso 2.º Hombre, de 40 años: fué a consultar en abril de 1911, a causa de una intensa neuralgia en la tercera rama del trigémino. Esta neuralgia existía desde hacía un año y no había podido ser combatida por ningún medio: también fué tratado por medio de inyecciones de alcohol en el origen de la tercera rama del trigémino, pero aumentaron los dolores. Por esto se le hizo, en mayo de 1911, la extirpación de la tercera rama del trigémino, pero con resultados absolutamente negativos. En verdad, desaparecieron los dolores unos días después de la operación, pero se presentaron de nuevo aun con más intensidad y extendiéndose el dolor por el territorio de la segunda rama del trigémino. En el verano de 1911, los dolores tomaron tal incremento, que el enfermo intenta suicidarse por medio del gas del alumbrado, que dejó abierto en su cuarto. Fué salvado y conducido a la clínica.

R. le observó nuevamente en el mes de septiembre del mismo año. Las neuralgias continuaban con igual intensidad, por lo cual los psiquiatras que le trataban le aconsejaron como último remedio la extirpación del ganglio de Gasser. Este fué extirpado el 20 de septiembre del 111 por Krause. Desde esta fecha (cuatro meses) no ha vuelto a tener dolores el enfermo. Únicamente sufre las molestias de la anestesia de la mitad izquierda de la cara, con sensación de tensión en la mejilla algunas veces. Su estado psíquico, antes sumamente alterado, ha mejorado considerablemente.

Si se han agotado todos los medicamentos y tratamientos no cruentos para tratar las neuralgias del trigémino, es necesario acudir al tratamiento quirúrgico. En todos los casos es casi imposible determinar si la neuralgia es de origen central o periférico, por lo cual es necesario dirigirse primero a extirpar las ramas periféricas, con lo que se obtiene alguna vez la curación sin recidivas. Cuando aquélla no se consigue por este camino, se deben emplear las inyecciones de alcohol en el sitio de la base craneana por donde salen las ramas del nervio, con lo cual se consigue algunas veces la curación. Si, a pesar de esto, aquélla no se consigue, no hay otro remedio que extirpar el ganglio de Gasser. La extirpación de nervios y ganglios extra-craneales en la base del cráneo deben evitarse, porque son tanto o más peligrosos que la extirpación del gánglio de Gesser, y a veces no se obtienen resultados.

*Discusión:* El doctor Aly dice que hace 12 años extirpó él a una señora el gánglio de Gasser, obteniendo la curación.

El doctor Anschutz (Kiel) manifiesta que la extirpación de las ramas del trigémino traen pocas curaciones definitivas. Las inyecciones de alcohol son muy recomendables. El único tratamiento que trae consigo una curación definitiva.

Cuando después de haber extirpado el ganglio quedan neuralgias, es que aquél no se ha extirpado por completo.

A. C.

---

#### Sociedad de Medicina de Kiel

HANDELFELDT: *Sobre la terapéutica de la tos ferina.*—Hasta ahora no poseemos ningún medio curativo contra esta enfermedad, sino sólo paliativos. La cosa variará probablemente cuando nos sea bien conocido el agente etiológico.

Con ocasión de haber padecido aquella infección uno de sus hijos, el autor ha ensayado la «Tussalvina», recomendada por Leuzmann, de Duisburg. La ha usado en inyecciones intravenosas e intramusculares, hasta ahora en unos 12 casos. Los resultados obtenidos no han sido tan favorables como los conseguidos por Leuzmann. De todos modos opina el autor que es un remedio que lleva gran ventaja a todos los hasta ahora empleados contra la tos ferina.



KOHN: *Sobre la ictericia hemolítica.*—Un joven, de 17 años, padecía desde hacía seis una ictericia crónica, variable en su intensidad, anemia ligera, sin que en ninguna ocasión hubiera estado gravemente enfermo. Dos her-

manos del paciente y una hermana de la madre eran también ictericos, y la abuela igualmente padecía de ictericia crónica. Encontramos un bazo muy abultado y una pequeña hipertrofia hepática, urobilina en la orina, bilisubina en el suero, la sangre con síntomas de una pequeña anemia (hemoglobina 65 %), anisocitosis y microcitosis (no había eritrocitos nucleados).

Se trataba de un caso típico de ictericia hemolítica familiar. No faltaba el síntoma cardinal de esta enfermedad, el descenso de la resistencia osmótica de los glóbulos rojos, enfrente de la solución hipotónica de cloruro de sodio. La hemolisis empezaba a las 0,54—0,64 % (normalmente a las 0,42—0,48 %), y terminaba a las 0,40—0,46 % (normal 0,28—0,52 %).

Aun es discutible si la patogénesis de esta enfermedad se ha de atribuir a un aumento en la acción hemolítica del bazo o a una disminución congénita en la resistencia de los eritrocitos. En el caso por mí observado pude comprobar una alteración en la transformación de los hidrocarburos.

*Discusión:* *Schlecht* refiere los tres casos siguientes de ictericia hemolítica familiar:

1. Mujer X, de 34 años. Anamnesia sin interés. Ni anemia, ni tumor esplénico en sus ascendientes. A la edad de 12 años empezó a teñirse la piel de un color amarillento, que se hizo permanente. A los 20 años fuertes ataques de ictericia, a veces con fiebre alta y gran alteración del estado general: hasta cuatro semanas de duración. Después de casada repitieron con frecuencia los ataques. Dos embarazos soportados bien, pero al final de la gestación notable aumento de la ictericia. La intensidad de la coloración aumenta notablemente bajo la influencia de las alteraciones psíquicas. Después de una abundante hemorragia desapareció el color icterico por unas semanas. En una exploración accidental hecha por el autor se encontró un tumor del bazo, duro, de regular tamaño. El hígado a su lado, palpable. Ligera ictericia. Hemoglobina, 42 %. Eritrocitos, 5 000.000. En la orina, urobilina. En el suero la reacción de la materia colorante de la bilis, débilmente positiva. Ligera policromasia y poiquilocitosis, microcitosis. Disminución de linfocitos.

2. Hija de la anterior, diez años; parto normal y normal desarrollo infantil. A las edad de año y medio, tumor esplénico, grande y duro. A los cuatro o cinco años, ictericia. Hemoglobina, 70 %. Al mismo tiempo fiebre, sin causa conocida. Noviembre 1911, ataque agudo y grave de ictericia. Dolor de cabeza, vómitos, fiebre alta, gran tumor esplénico, hígado palpable. Descenso de la hemoglobina, desde 80 a 20 %; leucopenia; en los primeros días, sin embargo, gran elevación proporcional de mononucleares. Eritrocitos, 1.510.000; notable microcitosis, anisocitosis, policromasia. Después un mejoramiento relativamente rápido (inyecciones de cacodilato). Enorme y enérgica regeneración (8—10 % de glóbulos rojos nucleados, cerca de 1,8 % de megalo blastos)

de los eritrocitos, leucocitosis neutrófila (25.000); ascenso de la hemoglobina, 50—60 %.

3. El séptimo hijo de la primera enferma. Al principio, normal. Tumor del bazo a los tres o cuatro años. Sin ictericia. Casi a la misma edad que la hermana presentó unos ataques semejantes a ella con fiebre, dolor de cabeza, dificultad al tragar. Igualmente un gran descenso de la hemoglobina y del número de glóbulos rojos y una regeneración rápida e intensa. El cuadro sanguíneo semejante.

En los tres enfermos se percibía un soplo sistólico muy suave.

J. H. O.

## BIBLIOGRAFÍA

*Reglas y consejos sobre investigación biológica, por don Santiago Ramón y Cajal.—3.<sup>a</sup> edición notablemente corregida y aumentada.—Madrid 1913.—3 pesetas.*

Aquel discurso leído por el sabio maestro el día de su ingreso en la Academia de Ciencias exactas, físicas y naturales, recogido y reimpresso por el doctor Lluria, a fin de regalarlo a los estudiantes y aficionados a la ciencia, aparece ahora editado por tercera vez, ampliado hasta formar un libro de 279 páginas, y sin el *Post-scriptum*, compuesto a raíz del desastre colonial, artículo de circunstancias que no parece al autor discreto ni oportuno reproducir.

Es el libro de Cajal ante todo, una obra alentadora y llena de esperanzas para todos los que, faltos de la inspiración genial, que tan raras veces viene a iluminar la inteligencia y la labor del hombre, se sienten, sin embargo, llamados por la vocación de la investigación científica. Es un tratado de educación y disciplina de la voluntad, tanto más útil y provechoso, como escrito por quien dió el ejemplo antes que las reglas y por quien ha contrastado con su personal experiencia los preceptos preconizados por los sabios que le precedieron en este camino.

Arrastra en España la investigación biológica una vida miserable, sin que sean bastante a sacarla de tan triste estado la existencia de algunos casos esporádicos de trabajadores entusiastas que aquí y allá se desvelan por levantar el nivel científico de nuestra patria. Obedece esta penuria de labor investigadora a muchas causas, difíciles de explicar: la falta de tradición; la orientación del espíritu nacional, cuando fué más fecundo, hacia otras ciencias distintas de las experimentales; el carácter práctico de los españoles (demostrado por Menéndez y Pelayo), que los lleva más a la aplicación de los descubrimientos de la ciencia que a la averiguación de las leyes generales que rigen y gobiernan el mundo fenomenal, y el espíritu de la raza, menos apto, sin duda, para la observación paciente y ordenada y para la minuciosa experimentación que el de otros pueblos que ahora van a la cabeza de los civilizados. Todas estas son razones que suelen invocarse para explicar la escasez de nombres españoles en el catálogo de sabios y descubridores de las ciencias físico-naturales. Y así será; pero es evidente también que todas estas razones, si pueden tomarse en consideración y sirven para dar cuenta de la inferioridad de la producción científica

española, no bastan para explicar esta ausencia nuestra, casi absoluta, del campo de los estudios experimentales.

Si se exceptúa el nombre del mismo Cajal, que por lo genial y extraordinario, y por mucho que honre al pueblo a que pertenece, es cosa aparte y que no debe entrar en cuenta al valorar el nivel medio intelectual, o mejor científico, de nuestros compatriotas, es seguro que se pueden recorrer cientos de listas bibliográficas interminables, sin tropiezar con el nombre de un sabio español. Alguna vez Ferrán, Oloriz, Pedro R. Cajal y pocos más. Ya sé que los prejuicios que en el Extranjero reinan sobre nuestra incultura y organización social presente y pretérita y el escribir en una hermosa lengua que ha perdido la categoría de idioma científico, son parte a que algunos nombres españoles anden injustamente desterrados de aquellas listas. Pero no hay que hacerse ilusiones: hemos trabajado muy poco. Hemos trabajado muy poco, y no sólo por incuria, sino también por desconocer los métodos y procedimientos de la investigación.

Y a llenar este hueco, viene por tercera vez la obra del infatigable maestro.

Demasiado extensa para analizarla aquí, no podemos hacer otra cosa, atendiendo al breve espacio que las pocas páginas de nuestra Revista nos consienten, que recomendársela encarecidamente a todos nuestros lectores, aun a aquellos que por sus aficiones o por las circunstancias de su vida, más lejos se hallen de los trabajos de investigación, porque es libro en cuyas hojas encontrará el médico práctico mucho que aprender y consejos que han de serle de mucho provecho; que al fin la clínica es constante laboratorio donde todos los días tienen aplicación las reglas y consejos que sirven para guiar los trabajos del investigador.

Es, sobre todo, un libro que debiera declararse obligatorio para los estudiantes. ¡Cuánto no ganarían trocándole por alguno de esos indigestos, adocados y carísimos, antipáticos hasta en la confección tipográfica; libros llamados de texto, deshonra de quien los escribe, vergüenza de quienes los toleran, única razón que puede consolarnos de ver a nuestro idioma preterida y desdeñado por los cultivadores de la moderna ciencia!

J. H. O.

---

## NOTICIAS

Dificultades de última hora nos obligan a publicar este número sin los fotograbados que debían ilustrar el trabajo de los señores Santiuste y Gonzalvo. Con el próximo número se repartirán las dos láminas de las interesantes radiografías.

### CONGRESOS

Durante la Semana Santa (del 26 al 28 de marzo) se celebró en Berlín el *I Congreso alemán para la educación antialcohólica de la juventud*. Fué presidente de honor el canciller del Imperio, *v. Bethmann Hollweg*. Presidente el que lo es del Senado, *doctor v. Stranus und Torney*.

El profesor *Weggandt Hamburgo*, presentó un trabajo sobre el *uso del alcohol en la infancia y en la juventud y sus peligros*. El profesor *Aschaffenburg, Colonia*, habló sobre *la acción psicológica del alcohol*.



Del 8 al 11 de junio se celebrará en Roma el *Congreso nacional italiano de enfermedades profesionales*. Ponentes: del primer tema, *Anquilostomiasis*, profesor *Camilo Bozzolo* y profesor *Trambusti*; segundo tema, *enfermedades de la sangre de origen profesional*, profesor *C. Brondi* y profesor *L. Ferrannini*; tercer tema, *Mortalidad infantil con relación a la posición social y a la profesión de los padres*: *Luigi Carozzi* y *doctor Tinizio*; cuarto tema, *Dermatosis de origen profesional*, profesor *V. Montesano*; quinto tema, *Patología profesional de los ferroviarios*, *doctor Fabbri* y *doctor Tognetti*; sexto tema, *Patología profesional de los actores y de sus hijos*, *doctor Peri*.

**Nueva ley sobre la venta de cocaína.**—El Congreso Americano se ha visto obligado a poner penalidades más severas que las actuales, en vista del incremento que ha tomado el cocainismo en aquel país.

La venta de la droga sin prescripción facultativa será penada con cinco años de prisión; el tratar de venderla con tres años de prisión, y el hecho de tener la droga (sin ser farmacéutico, médico, etc.), se penará con 1.000 pesos de multa.

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*

*Analizada por  
el Dr. Cajal*



*Recomendada fre-  
cuentemente  
por la clase médica.*

---

**DEPÓSITOS EN SANTANDER**

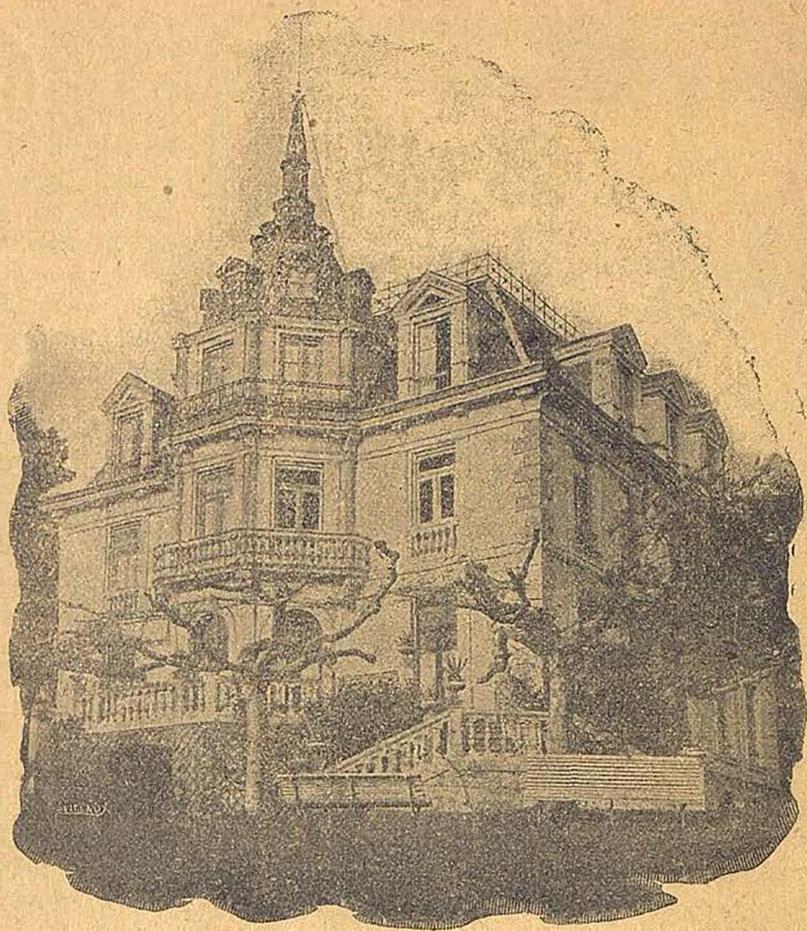
---

Farmacia del doctor Hontañón.  
Droguería de Pérez del Molino y C.<sup>a</sup>

**AGUA DE HOZNAJO**

# 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**