

SANATORIO

* MADRAZO *

AÑO III. * NÚMERO 6

* JUNIO 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

ERNESTO GOZALVO FERNÁNDEZ: El médico debe analizar las orinas de sus enfermos.—PABLO PEREDA ELORDI: ¿Anafilaxia morfínica?—JUAN HERRERA ORIA Y ALEJO RUEDA: Enfermedad del suero.—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



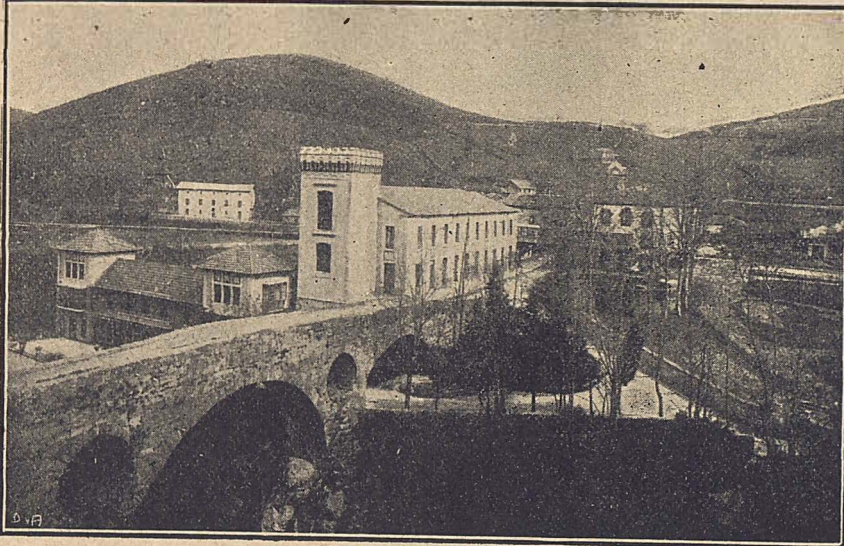
DEPÓSITOS

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:

Exemo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

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

Aguas 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, etcétera, etcétera.

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

RAMON DE BERGÉ, Gran Vía, 5, Bilbao ó Molinar de Carranza

FARMACIA JIMENEZ

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

*Vacunas 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

Pidase 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

El médico debe analizar las orinas de sus enfermos

Por Ernesto Gonzalvo Fernández

Me refiero a los análisis cualitativos, que podíamos llamar de urgencia, que el médico debe realizar, a ser posible, ante la cabecera del enfermo con la mayor rapidez siempre.

Claro es que estas líneas las dedico a los compañeros que por ejercer la profesión lejos de los grandes centros se ven imposibilitados de saber con la prontitud necesaria la constitución, siquiera sea cualitativa, de una orina en sus elementos anormales.

El médico de la ciudad tiene medios para resolver estos problemas pronto, ya que no siempre urgentemente, porque dispone de buenos laboratorios; pero el médico práctico que carezca de estos medios, preciso es que los sustituya de una manera rápida, aunque no sea del todo completa, y con la mayor economía posible.

Material necesario.—Todo él se reduce a media docena de tubos de ensayo, una copa de 500 centímetros de cabida, otra muy cónica de unos 15 centímetros; dos probetas graduadas, una grande, otra pequeña; un uro-densímetro con graduación comprendida entre 1,001 y 1,040, o mejor aun, dos densímetros, graduados de 1,001 a 1,020 el uno, y de 1,020 a 1,050 el otro; dos pequeños embudos de cristal, una lámpara para alcohol, hojas de papel para filtrar, papel tornasol rojo y azul, y nada más. Con este material se pueden llevar a cabo nuestros pequeños análisis.

Todas las orinas deben ser previamente filtradas con sumo cui-

dado hasta que del todo queden límpidas. Si esto no se consigue por la filtración ordinaria, se añade a algunos centímetros cúbicos de orina un poco de magnesia calcinada, se agita bien y se filtra después. Si tampoco por este medio se consigue un líquido transparente del todo, se toman dos tubos de ensayo de idénticas dimensiones, en los que se ponen la misma cantidad de orina, y se hace en uno de ellos el ensayo y el otro sirve para comparar.

Análisis cualitativo de la albúmina en la orina.—Primeramente se ha de obtener el peso específico con los urómetros ya indicados. Para investigarlo se vierte en la probeta graduada grande unos 200 centímetros de orina, cuidando de que no se forme espuma, quitándola, en el caso que se haya formado, con un trozo de papel filtro, porque es indispensable para poder leer exactamente, la ausencia de aquélla. Después se introduce con cuidado el urómetro en la orina, procurando que no toque las paredes del vaso; cuando el urómetro queda inmóvil, se lee la división correspondiente al menisco inferior.

Acto seguido se investiga la reacción con el papel tornasol: si es ácida el papel tornasol azul se teñirá en rojo; si es alcalina transformará el papel rojo en azul; si ninguno de los dos colores se modifican por la acción de la orina, la reacción será neutra.

Ocurre a veces que una orina enrojece el papel azul y azulea el rojo. Esta reacción se llama amfótera y es producida por los fosfatos monoácidos y diácidos que la orina contiene, y que se encuentran en la misma, en una relación conocida y recíproca que oscila entre estrechos límites.

De todos los procedimientos recomendados para el análisis cualitativo de la albúmina, dos, me parece, son los más rápidos y seguros, y los dos exigen que las orinas sean perfectamente transparentes.

1.º *Por el calor y el ácido acético.*—Se llena con orina un tubo de ensayo hasta las dos terceras partes de su altura y se somete a la acción de la llama. Si contiene albúmina se nota el enturbiamiento poco antes de llegar al punto de ebullición: el precipitado puede ser debido, bien a la albúmina, ya a los fosfatos y carbonatos. Si después de añadir dos o tres gotas de ácido acético persiste el enturbiamiento, de albúmina seguramente se trata.

No debe calentarse el tubo por el fondo, sino por la capa superior del líquido. Si se somete a la acción de la llama la parte inferior del

tubo, la transmisión del calor en estas circunstancias es muy rápida y casi siempre la orina se proyecta al exterior con violencia, y a menudo casi en su totalidad; además puede, obrando de este modo, pasar desapercibido un ligero enturbiamiento. Por el contrario, si es solamente la capa superior del líquido la sometida a la acción del calor, el resto quedará frío y la más ligera opacidad se pondrá al descubierto por simple comparación.

La orina no debe observarse a la luz directa, sino sobre un fondo obscuro.

2.º *Por el ácido nítrico en frío.*—Este procedimiento es aun más rápido que el anterior; pero tiene algún inconveniente, como veremos después:

Se llena con orina la mitad de la copita graduada; se introduce después hasta el fondo del recipiente un pequeño embudo de cristal, dejando caer por él, de modo que resbale lentamente por sus paredes, una pequeña cantidad de ácido nítrico; la orina, más ligera, ocupa la capa superior a medida que el ácido, como más denso, queda en la inferior; se retira entonces el embudo, con mucho cuidado, para evitar la mezcla.

Si la operación se ha hecho bien se aprecian dos capas, una inferior incolora, el ácido, y otra superior naturalmente coloreada, constituida por la orina.

En el límite exacto de separación de las dos capas, se ve un anillo blanco constituido por albúmina.

Ocurre algunas veces que, en orinas muy cargadas de urea se forma un anillo de nitrato de urea, parecido al de la albúmina, que desaparece por el calor, pero que ya puede confundir y complicar la operación.

El anillo puede también ser producido por resinas ácidas que forman parte de medicamentos balsámicos, (trementina, copaiba, etc.) y que se disuelven por la adición de alcohol.

Los otros procedimientos, tales como el de Roch y Praum por el ácido sulfosalicílico; el de Guerín por el ozoiodol, y el de Spliegler por el bicloruro de mercurio, no son recomendables, el de Spliegler, por su exagerada sensibilidad, puesto que aprecia indicios de albúmina que en clínica son despreciables, porque en todas o en casi todas las orinas normales existen, y los otros porque precipitan al mismo tiempo las peptonas, albumosas y buena parte de los álcalis.

En resumen: los mejores procedimientos son por el calor y ácido

acético, y por el ácido nítrico en frío y de estos dos preferible es el primero.

Causas de error a evitar.—Cuando una orina encierra sangre de un origen cualquiera, (uretra, vejiga, riñón, sangre del período), pus y secreciones vaginales, da siempre una reacción positiva, pues es bien sabido que la serosidad del pus y el suero sanguíneo son de por sí muy albuminosos.

Cuando las orinas contienen muy poco cloruro de sodio (nefritis intersticial, enfermos declorurados), la albúmina aun existiendo no precipita si no se le añade previamente algunas gotas de una disolución de sal marina.

Siempre que sea posible se solicitarán dos muestras de orina, la una habrá sido emitida durante el reposo y la otra después del movimiento. Este será el modo de descubrir las albuminurias ortostáticas, que tal mal responden al tratamiento clásico por el régimen lácteo.

En el Sanatorio del doctor Morales hemos tenido no hace mucho tiempo dos casos de esta naturaleza: una señora cubana que hace cuatro años había sido diagnosticada su enfermedad de nefritis y que estuvo sometida durante todo ese tiempo a régimen lácteo exclusivo con muy mal resultado; después de repetidos análisis pudimos comprobar la albuminuria ortostática; la enferma curó. El otro caso, el de una señorita de esta localidad que también había sido diagnosticada de nefrítica; resultó asimismo otra albuminuria ortostática; la enferma sigue en tratamiento, muy aliviada.

Investigación cuantitativa de la albúmina.—Para los fines clínicos sirve el método, aproximado en volumen, fundado en el empleo de los llamados albuminómetros.

El de Esbach es el más clásico y práctico porque su manejo, es del todo sencillo. Se llena de orina filtrada el tubo hasta la letra U y luego se añade el reactivo hasta la letra R; después se agita muy suavemente y se deja en reposo durante 24 horas en una habitación que esté a una temperatura media. Transcurrido aquel tiempo, se lee en el tubo la división hasta donde llega el precipitado que se depositó y que representa la cantidad de albúmina contenida en mil partes de orina; cantidad aproximada, puesto que el error proporcionado por este procedimiento puede llegar en ocasiones hasta un 40 por 100.

El reactivo de Esbach tiene la siguiente composición: ácido pícrico,

10 gramos; ácido cítrico, 20 gramos; agua, cantidad suficiente para 1000 centímetros cúbicos.

Si se quiere saber la cantidad exacta de albúmina, será necesario mandar la orina a un laboratorio para que en él la analicen por el procedimiento de las pesadas.

Proporción de albúmina en las orinas patológicas.—Generalmente, la proporción de albúmina que encierra una orina no tiene, para el clínico, un valor absoluto.

La única conclusión, bajo el punto de vista del pronóstico, es que una proporción elevada de albúmina coexistiendo de manera permanente con una poliuria de dos a cuatro litros, es siempre de un pronóstico grave.

La disminución de la albúmina acompañada de poliuria indica cuando menos que el proceso inflamatorio tiende a limitarse.

Una fuerte proporción de albúmina en una orina pálida, abundante, de poca densidad, pobre en urea, en ácido úrico y en elementos minerales, señala siempre una nefritis crónica avanzada de pronóstico grave (Ch. Talamón).

Pequeña cantidad de albúmina en una orina coloreada, poco o medianamente abundante, de una densidad normal o elevada, rica en urea y en ácido úrico, es siempre de un pronóstico inmediato benigno (Ch. Talamón).

En la albuminuria del embarazo, cuando la cantidad de albúmina es abundante, es decir, cuando pasa de dos gramos por mil, el pronóstico es grave, tanto para la madre como para el niño (Ch. Talamón).

La albuminuria del trabajo es un fenómeno episódico sin gran importancia.

Glucosa en la orina. Su investigación por la potasa o la sosa.—A diez o quince centímetros de orina puestos en un tubo de ensayo, se añade dos gramos de potasa o de sosa caústicas, calentando después; si la orina contiene glucosa se colorea de rojo, rojo oscuro o en negro según la cantidad.

Este procedimiento de investigación no es absolutamente característico de la glucosa.

Por el reactivo de Bötger y Nylandez.—Se prepara este reactivo mezclando dos gramos de subnitrito de bismuto y cuatro gramos de sal de Seignette en 100 centímetros cúbicos de agua, añadiendo luego diez gramos de sosa caústica.

Se toman 10 centímetros de orina, se le añade 1 centímetro de reactivo y se somete a la llama hasta la ebullición. Si la orina contiene azúcar se forma un precipitado gris, casi negro, constituido por el bismuto reducido. Este reactivo manifiesta hasta indicios de glucosa.

Por el reactivo de Fehling.—Se compone de dos soluciones. Solución A: sulfato de cobre puro, 40 gramos; agua destilada, 200 centímetros. Solución B: potasa caústica, 80 gramos; sosa caústica, 150 gramos; ácido tártrico puro, 105 gramos; agua destilada, 400 cmtros. cúbicos.

Las dos soluciones deben conservarse en frascos separados, para su mejor conservación. Para su uso se mezclan partes iguales de las dos soluciones, (dos o tres centímetros cúbicos de cada una), y se someten a la llama hasta la ebullición, durante unos segundos; el reactivo debe quedar azul y transparente; en el caso que esto no suceda es porque se encuentra alterado y no sirve.

Se añade a la orina de ensayo dos o tres centímetros del reactivo y se le hace hervir. Un precipitado amarillo-rojizo indica que la presencia de glucosa es cierta. Pero ocurre a veces que el precipitado es imperfecto, de tal manera que no se puede afirmar con seguridad si es debido a la presencia de glucosa. Esta reacción confusa puede ser debida a la poca cantidad de azúcar, o bien a que la orina encierra alguna sustancia ligeramente reductriz, como el ácido úrico, uratos, sales amoniaca-les, esencia de trementina, etc.

En caso de duda será necesario defecar la orina, es decir, desembarazarla de las sustancias capaces de enmascarar la reacción. Para ello se prepara el reactivo de Courtonne, cuya fórmula es como sigue: Acetato neutro de plomo, 500 gramos; agua destilada, un litro; ácido acético, de 5 a 8 gotas; fíltrese.

A 100 centímetros cúbicos de orina se ajustan 10 centímetros cúbicos del reactivo, se continúa añadiendo éste en pequeñas cantidades hasta que una nueva adición de la sal de plomo no produce precipitado; entónces se filtra y se hace el ensayo con el Fehling, según la técnica que hemos dado.

En estas condiciones, si se forma un precipitado, cualquiera que sea su aspecto, podemos estar bien seguros de que de azúcar se trata.

Toda orina a ensayar debe hervirse previamente, porque si contiene albúmina al mismo tiempo que azúcar (hecho muy frecuente), se tiene que separar la primera por filtración, antes de verificar el análisis.

La investigación de la acetona en orinas diabéticas ha perdido la importancia que tenía en otro tiempo, desde que se ha observado que la existencia, aun en bastante cantidad, de acetona en las orinas de los diabéticos no implica un pronóstico grave, al menos inmediato.

El coma diabético tiene, sobre todo, por causa una intoxicación ácida, debida a la presencia del ácido oxibutírico.

La proporción de acetona en la diabetes puede llegar hasta cinco gramos y más en las 24 horas, y en los casos graves las orinas acetónicas son menos abundantes; poseen el olor a acetona (manzanas) y se colorean en rojo por el percloruro de hierro; esta coloración es debida, sobre todo, al ácido acetilacético.

Sangre en la orina. Reacción de Heller.—En un tubo de ensayo se mezclan cinco centímetros cúbicos de legía de sosa y otros tantos de orina; al calentar aparece un precipitado rojo pardo que se transforma luego en rojo sangre, en forma de copos. El ácido crisofánico, (crisarobina, sen, ruibarbo) puede dar una reacción muy semejante, si bien es posible la distinción, porque en este caso la aparición del color rojo se produce en frío.

Reacción de Van Deen.—Se añade a la orina 1 centímetro cúbico de tintura de guayaco recientemente preparada y la misma cantidad de esencia de trementita vieja, y se agita con cuidado si hay sangre, la mezcla toma una coloración azul, más o menos intenso según la cantidad.

La reacción de Meyer a beneficio de la fenoltaleína, que es tan aconsejada, no parece sea la más apropiada para esta clase de trabajos, pues el reactivo, de preparación demasiado entretenida y algún tanto complicada, se altera con extraordinaria facilidad, tomando un tinte rosáceo que enmascara la reacción.

Como vemos, estos análisis, casi siempre suficientes, bajo el punto de vista clínico, son de una realización que implica sencillez suma, muy poco trabajo y muy poco dinero.

En resumen: todo análisis cualitativo es de la competencia del médico y siempre que sea preciso él mismo debe realizarlo

Los análisis cuantitativos serán resueltos siempre por personas competentes en laboratorios bien montados, no olvidando nunca, en este último caso, de mandar, al mismo tiempo que la muestra de orina, un cuadro descriptivo de la alimentación y medicación a que está sometido el enfermo: esto es muy importante.

¿ANAFILAXIA MORFÍNICA?

Por Pablo Pereda Elordi

No es mi intención, al escribir estas líneas, extenderme en consideraciones en el tan complejo tema que encabeza este artículo, pues a todo el que se digne leerme, le creo tan conocedor del asunto o más que el que esto escribe; mi deseo es sumar un caso más a tantos como se publican y que, habiendo acaecido en un miembro de mi familia tan allegado como es la compañera de mi hogar, dejó en mi memoria huella tan imborrable, que hoy día recuerdo tan al vivo mis sufrimientos y zozobras en trance tan crítico, como en el día por el que pasamos.

C. C., 22 años, de buena constitución, temperamento nervioso sanguíneo, en el sexto mes del primer embarazo. Una tarde comienza a sufrir un ataque de jaqueca, de que era víctima con alguna frecuencia. Y, con el objeto de aliviarla en lo posible, me decidí a inyectarla, *por primera vez en su vida*, medio centígramo de clorhidrato de morfina. El efecto que buscaba fué rápido, a los 4 minutos; pero empezó a sentir una angustia inexplicable, al mismo tiempo que desaparecía la cefalalgia y escotoma centelleante que molestaba su vista. Ésta se iba oscureciendo, y de sentada que estaba en un sofá, tuve que ayudarla a levantarse y llevarla hasta la cama para acostarse. Sentía náuseas, la piel algo fría, facies pálida y pulso blando, con debilidad en las piernas. Este cuadro sintomático me extrañó desde luego, explicándomelo por algo de intolerancia a la morfina y por ser la primera inyección que recibía.

A los cinco meses de esto, al repetirle un nuevo ataque de jaqueca, me decido a inyectarla por segunda vez la morfina; pero acordándome del cuadro sintomático de la primera vez, la apliqué muy poco menos que antes. Era a la una y media de la tarde y se encontraba acostada en cama, y sin haber comido en este momento. Poquísimos minutos habían pasado de la inyección, cuando empiezo a notar que la facies se ponía ligeramente cianótica, con círculo bucal pálido y ojeras muy marcadas; el pulso en número de 95, y a los 10 minutos, náuseas y vómitos. Estos

se repetían cada tres o cuatro minutos. La jaqueca había desaparecido en el acto, dejando lugar al cuadro sintomático de que tratamos.

La infusión de café que tomaba después de verificado un vómito, era eliminada a los tres minutos próximamente, no dando lugar a que actuara como tónico, sino como evacuante. Por esto se fueron repitiendo las tomas tantas veces como las vomitaba. A las cuatro de la tarde, la facies era ya pálida, la insensibilidad en los miembros inferiores y superiores era muy pronunciada, pues no sentía los pellizcos ni la presión el pulso aumentó de frecuencia a 108 y era pequeño y depresible; la sensación de sueño dominante exigía que se la obligara y ayudara a pasearse para dominarle, y no sintiendo bajo sus pies la sensación del piso por donde andaba; un ligero prurito molestaba su superficie tegumentaria; pupila contraída y una deposición diarréica escasa completaban este cuadro, en que la inteligencia se conservaba despejadísima. Se la aplicó sobre el vientre cataplasmas sinapisadas repetidas veces; se la inyectó bajo la piel 20 centigramos de cafeína, que apenas se absorbió, notándose bajo la piel a las cinco horas de inyectada. Bebió dos vasos de solución, atenuada al 1 por 20.000, de permanganato potásico, y ya a las diez de la noche, y como repentinamente, se dió cuenta de que estaba mejor, por una sensación agradable de descanso y bienestar, suspendiéndose los vómitos los trastornos de la pupila y la sensación de la piel. En todo este tiempo de ocho horas y media, había sufrido 125 ataques de vómito próximamente, y había ingerido, por tanto, una cantidad de infusión de café que alcanzaría, próximamente, a seis litros, que más los aprovechó como lavado de estómago que como tónico.

¿Este caso es de intoxicación por la morfina o de anafilaxia morfínica? Lo primero no es creíble, por que las dosis inyectadas eran menores que las consideradas como terapéuticas, como tampoco debe tomarse como intolerancia al medicamento, porque esto es muy abstracto. Además, que los fenómenos entonces observados la segunda vez, serían de la misma intensidad que en la primera, porque la intolerancia sería para la misma dosis siempre igual o aproximada; pero habiendo ocurrido lo contrario, o sea que los fenómenos sintomáticos, que la reacción del organismo a la segunda inyección de menor cantidad del agente medicamentoso fué brutalmente mayor, ¿no nos hace pensar en la anafilaxia?

Se anafilactiza un organismo con una dosis normal de un antígeno, formándose en dicho organismo un cuerpo al que Richet propuso llamar-

le *toxogenina*, cuerpo inofensivo, puesto que los organismos así hipersensibilizados conservan un estado completo de salud; pero en el momento en que, por medio de una segunda inyección del mismo antígeno (anafilaxia específica), practicada pasados los 15 días próximamente de la primera, aunque sea a una dosis mucho menor que la primera, damos lugar a que se ponga en contacto con la *toxogenina*, se formará, por medio de una reacción, un nuevo veneno, llamado por Richet *apotoxina*, causa de los fenómenos más o menos alarmantes que se observan al verificarse el choque anafiláctico. Así parece este caso, y por eso me atrevo a exponerlo a la consideración de mis respetables lectores.

ENFERMEDAD DEL SUERO

Por Juan Herrera Oria
y Alejo Rueda, de Arnauero

Sin duda ninguna que muchos accidentes morbosos, que hasta ahora no han podido recibir razonable explicación, pueden ser interpretados en el sentido de una reacción anafiláctica.

Los accidentes consecutivos a las inyecciones secundarias del suero, representan evidentemente fenómenos de pura anafilaxia.

Los síntomas de la enfermedad del suero se pueden superponer exactamente a los fenómenos de la anafilaxia animal. (Ch. Richet, L'Anafilaxie, Paris, 1911).

Sabido es que desde los trabajos de *von Pirket y Schick* (1) se denomina con el nombre de enfermedad del Suero (*Serumkrankheit*) a los diferentes accidentes que el uso de los sueros terapéuticos pueden provocar.

Estos fenómenos pueden revestir una gravedad extraordinaria, como el referido en el *Münchener medizinische Wochenschrift* (número 15, 1912) por el doctor *Wilh Asam*, reproducido en nuestro BOLETÍN en el número de agosto de 1912, y hasta pueden ser mortales.

Clínicamente los síntomas de la enfermedad del Suero pueden dividirse en dos grupos: 1.º, los que sobrevienen a seguida de una primera y única inyección, o de dos o tres inyecciones consecutivas y, 2.º, los que ocurren después de una reinyección.

La inyección de suero practicada a un enfermo por primera vez, no da lugar, por regla general, a ninguna clase de trastornos; el suero se reabsorbe y ni en el punto de la inoculación ni en el estado general se nota alteración ninguna. Pero no siempre ocurre esto; alguna vez se presentan fenómenos morbosos de mayor o menor intensidad.

Éstos suelen ser muy variados, y aunque, según algunos autores, pueden presentarse inmediatamente después de la inyección, *von Pir-*

(1) Die Serum krankheit, Wien, 1907.

ket y *Schick* señalan un período de incubación de 7 a 14 días (en nuestro enfermo 9 días).

Como manifestaciones prodrómicas suele aparecer un enrojecimiento apenas perceptible en el punto de la inyección y el infarto de los ganglios linfáticos de la región.

El cuadro nosológico es la mayor parte de las veces poco alarmante y cuando la enfermedad dura poco tiempo el estado general no sufre mucho, estando en contraposición con la gran elevación térmica que sobreviene.

Otras veces, y sobretodo cuando se inyectan grandes cantidades de suero, la duración del cuadro sintomático se prolonga durante cuatro o cinco semanas y aun más, y puede alterarse gravemente todo el organismo.

Una semana duraron los síntomas en el caso que hoy publicamos, la fiebre no sufrió alteración (entre 37^o2 y 38), y únicamente en los primeros días se notó un pequeño aumento en el número de pulsaciones (de 110 a 120). El estado general no empeoró.

La urticaria es uno de los síntomas más frecuentes; puede generalizarse a toda la piel o quedar limitada al punto de inoculación; puede presentar muchas veces un carácter emigratorio y hasta interesar las mucosas. El picor acompaña casi siempre a la erupción y llega a ser muy molesto por su intensidad y persistencia.

Los fenómenos dolorosos son frecuentes; musculares unas veces, y las más articulares; pero casi siempre muy intensos. Como la urticaria son fugaces y movibles, van acompañados de tumefacción de las articulaciones atacadas y se presentan caprichosamente en unas o en otras articulaciones. Es uno de los síntomas más molestos y pertinaces; reaparece cuando menos se le espera y quizá cuando todos los otros han cedido. El dolor de la articulación coxofemoral se presentó en nuestro enfermo tres días después de haber desaparecido todas las manifestaciones provocadas por las inyecciones del suero, y después de una pausa de cuatro días volvió otra vez durante 48 horas.

De distinta manera ocurren las cosas cuando se trata, no de una sola inyección, sino de una reinyección de suero. Precisemos la significación de la palabra reinyección. Para que se pueda hablar de reinyección no basta que el enfermo haya recibido dos o más inyecciones en días consecutivos (nuestra enferma recibió dos inyecciones en dos días

seguidos), sino que es necesario que entre una y otra inyección hayan transcurrido algunas semanas.

La reinyección expone con más frecuencia a complicaciones mucho más graves que la simple inyección.

También se presentan mucho primero: a veces inmediatamente después de la segunda inyección, de un modo fulminante, poniendo en pocos momentos en peligro la vida del enfermo, y hasta dando lugar a la muerte, de lo cual se citan algunos casos en la literatura médica.

No existe en tales casos período de incubación. La piel se pone roja a nivel de la inyección, rápidamente aparece una tumefacción que aumenta por momentos; la región se hace muy dolorosa; se infartan los ganglios, y parece, en una palabra, que se va a formar un flemón difuso de marcha agudísima.

Con todo, nunca se produce supuración.

El edema, la coloración rojiza y el dolor, disminuyen con rapidez y nunca sobrevienen accidentes graves.

A estas manifestaciones locales se limitan en muchas ocasiones todas las alteraciones provocadas por la reinyección.

Pero otras veces se producen trastornos generales de mucha mayor gravedad, acompañados o no de las manifestaciones locales antes descritas. Tales son, náuseas, vómitos, dolores generalizados extraordinariamente intensos, diarreas abundantes, alteraciones alarmantes en el ritmo cardíaco, una sensación de angustia penosísima. Afortunadamente la cosa suele terminar bien y pocos días después todo ha desaparecido.

Ya hemos dicho que la muerte puede ser el desenlace de este cuadro sintomático; unas veces sobreviene rápidamente en un estado de adinamia invencible por los recursos terapéuticos, otras veces con más lentitud, consecutiva a trastornos nutritivos que conducen al enfermo a una especie de caquexia.



La naturaleza de todos estos fenómenos es de origen anafiláctico; tal creen *Ch. Richet, von Pirquet y Schick, Arthus*, etc.

Y ciertamente no se puede negar la semejanza que existe entre unos y otros. Un hecho de anafilaxia es el fenómeno experimental de *Arthus* tan parecido a los que se describen como síntomas de la *enfermedad del suero*. *Arthus* ha demostrado que si se hacen a un conejo

inyecciones repetidas de suero de caballo, se producen edemas, alteraciones tróficas de la piel, escaras... etc., fenómenos todos de innegable naturaleza anafiláctica: las primeras inyecciones preparan al animal y las últimas producen la descarga anafiláctica.

A pesar de todo, los fenómenos que se presentan después de una sola inyección o de dos consecutivas, como en el caso nuestro, no cumplen con todas las condiciones que *Ch. Richet* tenía por esenciales en su memoria de 1902. Tales son la 1.^a y la 5.^a.

1.^a Il faut un certain temps d'incubation pour que l'anaphylaxie s'établisse.

5.^a Les symptômes de l'anaphylaxie son immédiats et foudroyants, tandis que les symptômes de l'intoxication première sont très lents.

Y el mismo *Richet*, autoridad primera en estos trabajos, define la anafilaxia como «la curiosa propiedad que poseen algunos venenos de aumentar en lugar de disminuir la sensibilidad del organismo o su acción». En cuya definición va implícita la idea de la reinyección.

En los casos de reinyección la semejanza entre los síntomas de la *enfermedad del suero* y los de la anafilaxia es tan evidente que en ocasiones se identifica con una experiencia de laboratorio.

Compárese el caso antes citado de *Wilh Asam* con el nuestro: en aquel al cuarto de hora de la inyección de suero se presentaron los primeros síntomas; en éste no aparecieron hasta nueve días después de la inyección. La intensidad y la generalidad con que se presentaron fueron también muy diferentes en ambos casos. Tampoco la gravedad ni la naturaleza de los mismos es idéntica.

En resolución, que si provisionalmente podemos aceptar que la *enfermedad del suero* sea una manifestación de los fenómenos de anafilaxia, creemos muy justificada la pregunta de *Jean Minet* y *J. Leclercq*. (Les Applications pratiques de l'Anaphylaxie.—París, 1915). ¿Será esta (la anafilaxia) la única patogenia que podamos invocar para explicarlas? Nada podemos afirmar añaden, con mucha razón, aquellos autores:

Sicard y *Salin* han demostrado la existencia de ciertas reacciones meningéas asépticas, consecutivas a la inoculación del suero en el canal raquídiano, reacciones que nada tienen que ver con la anafilaxia y que toman parte quizá en la génesis de ciertos accidentes provocados por los sueros.

La historia clínica de nuestra enferma es la siguiente:

Día 6.—Tres días después del parto y a las cuatro de la mañana de este día tiene violento escalofrío único y muy prolongado, seguido de elevación de temperatura a 40°5, dolor en el hipogastrio, supresión de loquios y 140 pulsaciones, En el examen local presenta una gran rasgadura incompleta de periné, erosiones en la vagina, parte posterior, y una pequeña rasgadura del cuello uterino. Se le dispuso una poción tónica a base de extracto blando de quina, canela y acetato amónico y lavados extensos vaginales y uterinos de permanganato potásico y ácido fénico alternados:

Día 7.—Temperaturas de 40°5 a 41 y 160 pulsaciones; continúan los dolores en el hipogastrio con irradiaciones a los lomos; merced a un laxante hace dos deposiciones y la orina es escasa y encendida. En este día por la tarde se la dieron en inyección subcutánea 50 gramos de suero antiestreptocócico y 500 gramos de suero fisiológico de Hayen; 50 centígramos de ergotina después de los lavados uterinos y al mismo tiempo aplicaciones permanentes de la bolsa de hielo al vientre.

Día 8.—En la madrugada de este día descendió la temperatura a 38°5 y se elevó algo la tensión del pulso aunque sigue siendo frecuente 140 pulsaciones y la temperatura vuelve de nuevo a elevarse a 40°5. Se continúan los lavados, las inyecciones de ergotina, la medicación tónica, el hielo y se la vuelven a inyectar otros 50 gramos de suero antiestreptocócico y 500 gramos de suero fisiológico.

Día 9.—Por la mañana descendió la temperatura a 38°2 para después elevarse a 40°5 y el pulso sigue en la misma forma 140 pulsaciones pero más fuerte que los días anteriores. El vientre sigue moviendo natural, la orina se ha hecho mucho más abundante y duerme a ratos y sin delirio. En la tarde de este día en consulta con el doctor Herrera convinimos en suprimir los lavados intrauterinos y quedar solamente la cura de las rasgaduras con lavados de lisoformo y solución iodo-iodurada, sustituir la ergotina por la secacornina, las inyecciones subcutáneas de suero fisiológico por enemas del mismo, suprimir las de suero antiestreptocócico y darlas de ácido nucleínico, administrar 15 gotas al día en enemas de la solución madre de adrenalina al milésimo y continuar la poción tónica y las aplicaciones permanentes de hielo al vientre.

Día 10.—Las temperaturas de 40°5 a 41 y 160 pulsaciones, dolores abdominales, insomnio y algo delirio; mueve el vientre y orina abundante.

Día 11.—Aumentan los dolores abdominales, continúan las temperaturas de 40°5 y 41 y 150 pulsaciones; ha tenido un vómito, mueve el vientre y orina abundante y se continúa con el mismo tratamiento anteriormente expuesto, sustituyendo los enemas de suero fisiológico por enemas de infusiones concentradas de café.

Día 12.—Temperaturas de 40 y 40^o5 y el pulso más tenso y fuerte que los días anteriores, desaparecen algo los dolores abdominales, sigue moviendo el vientre y orina abundante.

Día 13.—Pocos dolores abdominales, y únicamente son bastante intensos en el lado izquierdo y con irradiación al lomo de este lado y remite la temperatura a 38^o y el pulso a 120 pulsaciones

Día 14.—Temperaturas de 38 a 39^o5 y 120 pulsaciones.

Día 15.—Temperaturas de 37^o5 a 39 y 120 pulsaciones, continuando con el tratamiento anterior, y se suprime la adrenalina y la secarnonina, y en cuanto a la alimentación, que hasta aquí había consistido en leche y caldos, se la hace tomar una yema de huevo en cada toma de caldo.

Día 16.—Temperaturas de 37^o5 a 38^o5 y el pulso de 105 a 120 pulsaciones.

Día 17.—Temperatura de 37^o5 a 38^o5 y el pulso de 100 a 120 pulsaciones.

Día 18.—Temperaturas de 37^o5 y el pulso de 100 a 115, sigue moviendo el vientre y orina abundante aunque más disminuída que los días anteriores; el estado local de las heridas va mejorando mucho. En la mañana de este día se presentó un edema bastante agudo en su aparición en las manos que casi estrangula el dedo anular por el anillo y que hizo necesario el limar éste para extraerlo, edema doble que llega hasta la mitad del antebrazo, igualmente se presentó en los pies hasta la mitad de la pierna y edema exagerado que partiendo del labio superior comprende la mitad inferior de la cara, bastante picazón de la región edematizada y una mancha encarnada como del tamaño de un centímetro en la región radiana de uno de los miembros, no observándose nada ni en el corazón ni riñones, sometiendo la orina a la ebullición por falta de otros medios, no daba precipitado de ninguna clase: se la prescribió régimen lacteo exclusivo, un purgante drástico, desinfectantes intestinales y un diurético a base de digital.

Día 19.—Temperaturas de 37^o5 a 38 y el pulso 120 más débil que anteriormente, estreñimiento y orina escasa, los edemas de las manos han ascendido hasta el brazo, los de los pies hasta la rodillas y el edema de la cara se ha generalizado, continúa la picazón en el cuerpo y se han presentado dos manchas encarnadas como del tamaño de un duro en los muslos.

Día 20.—Temperatura de 37^o5 a 38 y 120 pulsaciones, persiste el estreñimiento y se repite un purgante oleoso, orina escasa, siguen generalizándose los edemas y se estienden las manchas por todo el cuerpo continuando la picazón del mismo, se presentan además dolores agudos en las articulaciones tarso-metatarsianas del lado derecho.

Día 21.—Temperatura de 37^o2 a 38 y el pulso de 100 a 110 pulsaciones, continúan los edemas, la erupción, continúan los dolores agudos en el pie de-

recho y se presentan dolores articulares en las rodillas, articulaciones falango-falangianas de los dedos pulgar e índice de la mano derecha.

Día 22.—Temperatura de $37^{\circ}2$ a 38 y pulso de 100 a 110 pulsaciones, hace varias y abundantes deposiciones, aumenta la cantidad de orina, desaparecen bastante los edemas de los brazos y piernas y bastante también el de la cara, aunque mucho menos que los otros, y va desapareciendo la erupción, se calman los dolores en las articulaciones tarso-tarsianas y continúan en las demás articulaciones expuestas.

Día 23.—Temperaturas de 37 a $37^{\circ}7$ y pulso de 100 a 110 pulsaciones, han desaparecido los edemas, quedando únicamente el de la cara, desaparecen las manchas eruptivas y siguen algo doloridas las articulaciones antes mencionadas; orina algo abundante, y persiste algo el estreñimiento y se disponen enemas glicerinados.

Día 24.—Temperaturas de 37 a $37^{\circ}5$ y 100 pulsaciones, continúa desapareciendo el edema de la cara y siguen, aunque menos intensos los dolores de las articulaciones, orina abundante y persiste tendencia al estreñimiento.

Día 25.—Temperatura de 37 a $37^{\circ}2$ y 100 pulsaciones; desaparecen los edemas y los dolores articulares y se empieza el régimen de alimentación mixta: leche, huevos, pescados y carnes de carne blanca, frutas en compota y asadas.

Día 26.—Temperaturas de $36^{\circ}5$ a 37 y 100 pulsaciones, purgante oleoso y hace deposiciones abundantes, orina abundante, se suspende todo el tratamiento anterior y queda únicamente el tratamiento local de la rasgadura, que continúa mejorando.

Día 27.—Temperaturas de $36^{\circ}5$ a 37 y 80 pulsaciones, hace deposiciones y orina abundante.

Día 28.—Temperaturas de 37° a $37^{\circ}7$ y 80 pulsaciones, se presentan fuertes dolores en la articulación coxo-femoral derecha.

Día 29.—Temperaturas de 37° a $37^{\circ}5$ y 80 pulsaciones, continuando los dolores agudos.

Día 30.—Temperaturas de 37° a $37^{\circ}5$ y 80 pulsaciones, y disminuyen algo los dolores.

Día 31.—Temperaturas de 37 a $37^{\circ}2$ y 80 pulsaciones, desapareciendo por completo los dolores en la articulación citada.

Día 1.^o—Temperaturas de $36^{\circ}5$ a $37^{\circ}2$ y 80 pulsaciones.

Día 2.—Temperaturas de $36^{\circ}5$ a 37 y 80 pulsaciones.

Día 3.—Temperaturas de $36^{\circ}5$ a 37 y 80 pulsaciones.

Día 4.—Vuelven a aparecer los dolores en la articulación coxo-femoral, siguiendo con temperaturas y pulso normales.

Día 5.— Siguen los dolores aunque no tan intensos y con temperatura y pulso normales.

Día 6.— Temperaturas de 37 a $37^{\circ}8$ y 85 pulsaciones; en la noche anterior tuvo un vómito y tiene sensación de pesadez en la región epigástrica y se la prescribió un purgante y dieta lactea.

Día 7.— Temperaturas de $36^{\circ}5$ a $37^{\circ}5$ y 80 pulsaciones, continúan las molestias en el epigastrio y con el purgante hizo varias disposiciones.

Día 8.— Temperaturas de $36^{\circ}5$ a 37 y 80 pulsaciones, continúan las molestias en el epigástrico y vuelve al régimen mixto de alimentación: En este día y sin molestias de ningún género se le presentó el período.

Día 9.— Temperatura y pulso normales y el período sigue curso normal.

Día 10.— Temperatura y pulso normales y el período continúa su marcha normal.

Día 11.— Temperatura y pulso normales y el período abundante.

Día 12.— Lo mismo que el día anterior.

Día 13.— Temperatura y pulso normales y el período decrece en intensidad.

Día 14.— Temperatura y pulso normales y el período sigue retirándose.

Día 15.— Temperatura y pulso normales y en vista del estado de la enferma se la aconseja el levantarse.

Día 16.— Temperatura y pulso normales, desaparición del período y terminada casi por completo la cicatrización de la rasgadura.

HOJAS DIETÉTICAS

El pescado llamado blanco (merluza, lubina, etc.) es un gran alimento para el enfermo. Es agradable, de fácil digestión y nutritivo. Su composición se parece a la carne, con más agua, materia fosforada y menos fibrina. Su poder nutritivo es menor que la carne.

Creemos que los casos de anafilaxia digestiva del pescado es la mayor parte de las veces intoxicación por productos en vía de descomposición. La primera condición del pescado para ser utilizado por los enfermos es ser muy fresco, cosa no tan fácil como parece desde que las nuevas artes de pesca y los medios de conservación hacen que se prolongue el tiempo desde la muerte hasta el consumo, y la putrefacción, que se halla detenida, desde el momento en que el frío deja de intervenir para detenerla, se precipita bruscamente.

La grasa del pescado se funde entre 50 o 60 grados y por tanto es indigesta, ya que la digestibilidad de la grasa está en razón inversa de su punto de fusión. Así los pescados grasos, como el salmón, la anguila y las sardinas son difíciles de digerir, porque tienen entre 8 y 24 partes por 100 de grasa. Los pescados dietéticos son los que tienen menos de 1 por 100 de parte grasa lenguado, merluza, lubina, dorada, etc.

Los enfermos nunca deben tomar la piel.

Las formas culinarias mejores son asados y cocidos. Ahora bien, los enfermos casi siempre lo piden frito y para hacer esta forma lo menos indigesta deben ser empapados en leche, rodarlos en harina, sacudir ésta después y ponerlos en grasa hirviendo.

Los llamados «souflés» son también dietéticos. El pescado cocido y pasado por tamiz, se convierte en puré; así preparado se hace un «souflé» ordinario añadiendo poca clara de huevo. Así preparado tiene gran utilidad para los hipercláhdricos y estómagos con insuficiencia motora.

Las ranas son poco empleadas en España, pero como tienen por 100 partes 0'1 de grasa y 16 de materias nitrogenadas, son nutritivas y de fácil digestión.

Las ostras son fáciles de digerir; tienen 80 por 100 de agua, 9 de albúmina y 2 de grasa. Sales minerales 1 por 100 y el predominio de éstas son principios fosforados.

Una cucharada de sopa contiene: 15 gramos de harina, 20 de pastas de sopa, 20 gramos de sémola, 25 de arroz, 16 de tapioca y 20 de azúcar

Teniendo presente estas cifras, o más sencillamente reteniendo que entre 15 a 25 gramos, haya comprendido el peso de las sustancias hidrocarbonadas más empleadas, prescribamos nuestro menú con más precisión, porque hoy decimos, tome usted una sopa. ¿Y qué contiene el tal plato de sopa? Pues entre 100 a 500 calorías, según el ojo de la cocinera. Es curioso que dosifiquemos la cantidad de jarabe de una receta y dejemos casi a capricho la cantidad de alimentos de un convaleciente.

M. MORALES.

REVISTAS

Deutsche medizinische Wochenschrift.

DR. L. WEBER: *Tratamiento del morfinismo.*--Si se quiere comprender la esencia del morfinismo y tomar un punto de apoyo para su tratamiento, se necesita tener en cuenta dos hechos: uno, que el envenenamiento crónico y sus consecuencias lo que se conoce con el nombre de morfinismo, no tiene nada que ver con la acción y síntomas de la intoxicación aguda por la morfina. No se trata de una acumulación o exaltación del envenenamiento agudo, sino de mutaciones intra-orgánicas, especialmente en el sistema nervioso. Puede por consiguiente identificarse el morfinismo con la *morfinomanía*. El segundo hecho importante es que la imagen clínica de la morfinomanía tiene lugar en terrenos en los cuales existía una anterior predisposición, dependiente de una disminución en las resistencias del sistema nervioso central. En la mayor parte de los casos se trata de una predisposición congénita, la cual no excluye que los individuos en quienes recae sean por otra parte seres de espíritu noble y de perfectas facultades intelectuales. Más raramente existe el morfinismo en individuos con predisposición adquirida con motivo de una dolencia crónica, y mucho más raro aun, y de lo cual yo he visto casos, que un individuo se haga morfinómano por haber tenido que necesitar casualmente una inyección de morfina, siendo por lo demás un hombre completamente sano intelectual y físicamente.

Hay que distinguir por consiguiente en la etiología del morfinismo tres circunstancias que le ocasionan: 1.^a una predisposición congénita; 2.^a, algún padecimiento doloroso, por lo general crónico, que da lugar al uso continuado de la morfina; (es raro que para mitigar ciertos estados psíquicos se acuda a ella), y 3.^a el uso mismo de la morfina, como, por ejemplo, se usa el tabaco o el éter. La primera y la segunda causas contribuyen a disminuir aun más las resistencias nerviosas ya de por sí predispuestas a la morfinomanía.

En la terapéutica del morfinismo no se trata solamente de suprimir la morfina, sino que también las molestias o dolores que dieron lugar a su empleo como medio terapéutico y por último tratará el médico en cuanto le sea posible de convencer al enfermo de las consecuencias a que se expone con el uso de la morfina y educarle para resistir el daño físico y moral. Sólo cuando se

haya conseguido esto se puede contar con una salvación segura de la morfínomanía.

La profilaxia juega su papel en la terapéutica. El médico prestará gran atención al enfermo a quien ha de tratar con morfina. Las indicaciones de su empleo duradero, que antes eran tan extensas, han quedado hoy reducidas a muy pocos casos, porque la cirugía con sus progresos ha logrado curar procesos dolorosos que antes requerían el empleo de la morfina y al mismo tiempo aquellos otros de larga duración. Pero en todos los demás casos debe el médico ver la manera de reemplazar la morfina por otro de los muchos productos analgésicos que la moderna química pone en manos de todos, así como también por el tratamiento hidroterápico.

En todo caso y siempre que el empleo de la morfina sea inevitable, no debe el médico dejar en poder del enfermo ni el producto ni la jeringuilla de inyecciones y ni aun siquiera al personal encargado de la asistencia, pues ya conozco yo casos de enfermeros y enfermeras que han sido morfínomanos por este mecanismo.

A la profilaxia pertenece también el hecho de que los individuos de la familia de un morfínomano, para librarse de aquella enfermedad se hicieron también morfínomanos. Pero también en los parientes no consanguíneos como por ejemplo en los esposos, ejerce una gran influencia el poder sugestivo de uno que toma morfina para seducir al otro, que llega a caer también en el morfínismo.

El tratamiento de la morfínomanía se reduce a tres cosas: primera, suprimir la morfina; segunda, tratar las manifestaciones psíquicas y físicas ocasionadas por la abstinencia del opio, y tercera, tratar, después que éstas manifestaciones de la abstinencia vayan desapareciendo, de fortalecer y aumentar las resistencias vitales de los enfermos.

La abstinencia y las manifestaciones que esta supresión de la morfina ocasiona, sólo pueden ser tratadas convenientemente en las clínicas destinadas a ello o en todo caso en las clínicas de enfermedades nerviosas, donde un personal adecuado vigile constantemente al enfermo y cumpla las indicaciones terapéuticas.

Un cierto grado de morfínismo que sirva para señalar la necesidad de llevar el enfermo a la clínica, no existe con precisión, pues depende de circunstancias individuales; esta indicación existe desde el momento que el enfermo, sin orden del médico y sin causa que lo justifique, hace uso de la morfina y no puede prescindir de ella.

La abstinencia de la morfina empieza despojando al enfermo de toda la provisión que traiga consigo, registrándole bien las ropas y el cuerpo, porque los morfínomanos refinados acuden a todo género de argucias para tener con-

sigo el producto. La abstinencia sin ninguna resistencia no existe. Respecto a si la supresión de la morfina ha de ser radical o ha de hacerse poco a poco, ello depende de circunstancias individuales varias, de las complicaciones que se presenten etc.

No existen medicamentos que puedan reemplazar sin inconvenientes a la morfina. De la misma manera se hará uso, para tratar algún síntoma, de algunos narcóticos, como por ejemplo veronal, cloral, dionina, etc., pero nunca usándolos constantemente y en lugar de la dosis de morfina a que antes estaba acostumbrado el enfermo.

En caso de colapso se pondrá una inyección de morfina.

Es necesario advertir que de ninguna manera se debe intentar el sustituir la morfina por la cocaína, porque a ésta se habitúan mucho más rápidamente los enfermos y los síntomas psíquicos y físicos del cocainismo son aun más peligrosos.

Para la cura de abstinencia conviene que el enfermo guarde cama, no sólo porque él tendrá la sensación de estar enfermo, sino porque de este modo es fácil la comprobación y ante todo a causa de las manifestaciones que la abstinencia le ha de ocasionar. Al mismo tiempo que se hace cura de abstinencia es menester tratar los síntomas que acompañan a la abstención de la morfina, manifestaciones muy diversas y cuyo origen no está bien precisado, pues lo mismo parecen ser manifestaciones de envenenamiento crónico por el opio que se presentan al dejar de obrar como tónico la morfina, que tratarse de síntomas de insuficiencia de origen nervioso y psíquico que conducen a la morfomanía.

Estos síntomas son mucho más señalados que en la abstinencia alcohólica. Son muy diversos: insomnio, dolores en forma de cólicos, diarrea, sudores copiosos, falta de apetito, dolores neurálgicos, etc. Como ya se ha dicho, todos estos síntomas deben ser tratados por medio de baños, aireación, digital, estrofantó o alcanfor. En casos de insomnio e intranquilidad se emplearán los narcóticos, pero siempre bajo la vigilancia del médico y variando de productos para evitar el hábito.

Entre los trastornos psíquicos pueden presentarse tendencia al suicidio, estados de alucinación, miedo, etc., que reclaman la intervención de un médico psiquiatra y de un personal adecuado.

Las manifestaciones de la abstinencia se presentan con más intensidad en los primeros días, especialmente con la supresión rápida de la morfina, pero hay casos en los cuales después de ocho días sin ninguna molestia aparece hasta el colapso.

En los casos no complicados puede darse por terminada la cura de abstinencia a los cuarenta días sin que quede ya ningún síntoma. Entonces ya la pu-

pila aparece dilatada, reaccionando bien, vuelve el sueño y el apetito y el estado general se mejora considerablemente.

Las manifestaciones psíquicas desaparecen mucho más lentamente y necesitan una cura de sugestión hecha con perseverancia.

Una vez curado el enfermo, ha de tenerse sumo cuidado de que con ocasión de un nuevo padecimiento el enfermo vuelva a tomar morfina, porque entonces se habitúa nuevamente.

También hay que indicar la facilidad con que un morfínómano curado cae en el alcoholismo y tabaquismo.

Todos estos peligros desaparecen si el médico logra ejercer influencia sobre la voluntad del sujeto.

A. C.

Müsch. Med. Woch.

DOCTOR PAUL HÜSSY. (Basilea): *Un caso de peritonitis mortal después de una dilatación por la laminaria.*—No deja de ser interesante la relación del siguiente caso, puesto que las dilataciones con los tallos de laminaria gozan aún de predicamento entre muchos ginecólogos.

Se trata de una mujer de 45 años. En los últimos meses la menstruación se había hecho irregular. Entre ellas alguna vez, grandes hemorragias. El médico de la casa formuló el diagnóstico de mioma uterino y aborto inminente. Se la administró, sin resultado, algunas preparaciones de cornezuelo. Taponamiento, sin conseguir tampoco el fin buscado. Entonces colocó el médico un tallo de laminaria. Al poco tiempo un gran escalofrío y elevación grande de la temperatura. Se la envió a la clínica.

Mujer pálida, con semblante angustioso. Cara hipocrática. Mamas sin calostrum. Abdomen dilatado, principalmente en la parte inferior, doloroso. El cuello cerrado. Útero grueso, especialmente en el lado izquierdo, duro e irregular.

Diagnóstico: Mioma uterino, principio de peritonitis.

En la laparotomía, inmediatamente practicada, se demostró que no había perforación, accidente a que puede dar lugar el empleo de un tallo de laminaria. Al abrir el peritoneo salió una pequeña cantidad de pus amarillento; las asas intestinales estaban dilatadas, en algunos puntos adheridas entre sí y recubiertas de exudados fibrinosos. Por tanto, se confirmó la sospecha de peritonitis. Se rechazaron los intestinos con ayuda de compresas, y se puso al descubierto el útero y los anejos. El extremo de las trompas aparece fuertemente enrojecido, la derecha con adherencias a las partes vecinas; el apéndice

ce libre. Extirpación total del útero y de los anejos. Drenaje por la herida abdominal y por la vagina; lavado del vientre con agua oxigenada. Al día siguiente la fiebre y la frecuencia del pulso habían aumentado. El vientre muy dilatado. Disnea. Se le administró la Disotrina (combinación de la digalena y la estrofantina), peristaltina. A pesar de ello sigue la parálisis intestinal y aumenta el decaimiento. A los dos días la muerte. El análisis bacteriológico demostró lo siguiente: Con la secreción recogida en el útero y en las trompas se hicieron siembras, que dieron numerosas colonias de estreptococos hemolíticos y de largas cadenas.

Indudablemente se trataba de una infección ascendente del cuello. La causa no fué otra que la dilatación con la laminaria: también el taponamiento vaginal debió de favorecer la invasión microbiana. *Schidde y Amersbach* reconocen que muchas lesiones inflamatorias de las trompas tienen su origen en las dilataciones del cuello con la laminaria. *Schridde* ha observado siete de tales casos. La maniobra provocó una inflamación del útero, que se propagó a las trompas o directamente o por medio de los ninfáticos. Modernamente ha insistido *Aschoff* sobre esta cuestión. Ha examinado un gran número de trompas, extirpadas (con el fin de esterilizar a la mujer) al parecer sanas, y en muchas de ellas se pudo demostrar la existencia de un catarro purulento. En todos estos casos había habido un embarazo, interrumpido con la dilatación por la laminaria; veinticuatro horas después de colocado aquél se había practicado la extirpación de la trompa. El catarro salpingiano debía atribuirse por tanto a la colocación de la laminaria y se había desarrollado escasamente en 24 horas. En conjunto, *Aschoff* ha examinado treinta y ocho de estos casos; en veintiuno encontró síntomas de catarro o de linfangitis purulenta, total en cincuenta y cinco por ciento.

El profesor *von Herff* ha rechazado siempre el empleo de la laminaria. Una sola vez la ha empleado, durante doce años, en la clínica de Basilea. Se trataba de una enferma con útero bicorne, en uno de cuyos cuernos habían quedado restos de un aborto y era necesario descubrir el cuerno grávido. Esta enferma murió de embolia pulmonar. Desde entonces sólo usa la dilatación con las bugías de *Hegar*. Nuestro caso muestra que los gérmenes que han dado lugar a la inflamación de la trompa no siempre muestran un carácter benigno. Los estreptococos hemolíticos que se propagan desde el cuello hasta las trompas poseen una gran virulencia. No existió una endometritis; ni hubo tiempo para que se formara. Con una rapidez increíble se estableció la infección peritoneal, contra la cual nada pudo la terapéutica empleada. Los trabajos de *Schridde* y *Aschoff* han puesto fuera de discusión que puede sobrevenir una infección de las trompas consecutiva a la aplicación de un tallo de laminaria.

En todos estos casos se trata sin duda de gérmenes de escasa virulencia.

Pero si una vez se encuentran microorganismos muy virulentos, la mujer corre un serio peligro.

En otro caso de la clínica particular del profesor *V. Heaff* se presentó una grave pelveocelulitis. De aquí que se deban usar con gran cautela los tallos de laminaria y mejor sería desecharlos, lo mismo que el taponamiento, y en su lugar emplear los dilatadores de *Hegar* o que se pueden esterilizar con toda seguridad.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

XLIII reunión de las Sociedades alemanas de Cirugía.

L. ARNSPERGER, KARLSRUHE: *Etiología de las pancreatitis agudas.*—El orador habla a propósito de tres casos operados por él en los últimos años, de pancreatitis hemorrágica, con necrosis difusa del tejido adiposo del abdomen, en los cuales, además existía una colecistitis con cálculos biliares, mientras que el colédoco, el conducto pancreático y el duodeno se encontraban libres de toda manifestación inflamatoria.

Fundándose en la observación de estos casos, el autor tiene como muy posible el origen de la pancreatitis por vía linfática, debido a la propagación de una colecistitis, de la misma manera que se ha descrito para las pancreatitis crónicas.

Esta misma opinión confirma, según el autor, el hecho de que uno de los casos, después de extraídos los cálculos y drenada la vexícula, mejoró, y sólo cuatro semanas después de su salida de la clínica murió, mientras que los otros dos, en las cuales se hizo el drenaje del páncreas, fallecieron a las pocas horas.

Y termina recomendando que en todo caso de pancreatitis, lo mismo en la operación que en la autopsia, se observe el estado de la vexícula biliar, como medio de comprobar la relación y dependencia que entre estas dos lesiones existen.

KÖRTE, BERLÍN: Ha tenido últimamente ocasión de operar tres casos de pancreatitis, y los tres han curado con el drenaje.

NORDMANN, BERLÍN: Hace observar que el 40 por 100 de los casos de pancreatitis se presentan en enfermos que padecen cálculos biliares o colecistitis. Para aclarar esta cuestión se ha inyectado bilis normal e infectado en el conducto pancreático. Los resultados positivos obtenidos por este experimento son debidos, según Nordmann, a que el delgado conducto pancreático estalla y el jugo del páncreas se difunde en los tejidos: por tanto es un experimento cuyos resultados no deben ponerse en parangón con los de la patología. En treinta perros se ha practicado la siguiente maniobra: se cierra la papila y se inyecta después en la vexícula biliar una mezcla de bacterias, de esta manera se ha conseguido provocar en catorce perros una pancreatitis necrótica típica, con hemorragias y extensas necrosis del tejido adiposo, las cuales mi-

croscópicamente presentaban todos los caracteres de las pancreatitis espontáneas. Si se cierra la parte superior de la ampolla y se deja libre el conducto pancreático, a pesar de provocar la infección de la vexícula, no se presenta ninguna alteración del páncreas. El mismo resultado negativo se obtiene ligando ambas ampollas y uniendo lateralmente el conducto colédoco con el páncreas, después de haber dado lugar a la infección de la vexícula. Según el orador, la pancreatitis es originada por tres circunstancias. Primero, por la incomunicación de la bilis y el jugo pancreático con el duodeno, la cual debe ser absoluta; segundo, por la existencia de materiales infecciosos en la vexícula biliar, si se liga la ampolla, pero la bilis permanece sin infectarse no se presenta la pancreatitis; tercero, por existencia de una disposición anatómica que se encuentra de ordinario en el perro, y que algunas veces ocurre en el hombre: los dos conductos desembocan juntamente en la papila superior, y forman muchas veces, al juntarse, una pequeña ampolla por encima de la papila superior, de tal modo, que la obturación de la última permite a la bilis pasar al conducto pancreático.

Con el resultado de todos estos experimentos concuerdan los de la clínica, según Nordmann. El ha tenido ocasión de intervenir ocho veces por pancreatitis necrótica. En los cuatro primeros casos se hizo la decapsulación del páncreas, y por todas partes se drenó y taponó a través del ligamento gastrocólico y del epiplón menor, y el vientre se lavó. Todos los enfermos murieron en colapso a las pocas horas de operados. En los tres casos siguientes se hizo el drenaje de la vexícula biliar una vez, y dos veces se extirpó; además la decapsulación, drenaje y taponamiento. En el último caso, no se hizo la operación, atendiendo al estado gravísimo del enfermo; días después se incindió un absceso subfrénico del lado izquierdo. El enfermo curó después de graves cólicos hepáticos y ataque de ictericia. En los ocho casos se pudo demostrar, o en la autopsia o durante la operación, un padecimiento de la vexícula. En dos de los enfermos, en los que se había quitado la vexícula, se pudo demostrar el paso del jugo pancreático al conducto colédoco, de lo que Nordmann deduce que, con toda seguridad, ambos canales estaban en relación por un punto situado por encima de la ampolla. De sus observaciones clínicas, que tan en armonía están con los resultados de la experimentación, deduce Nordmann que en todos los casos de pancreatitis necrótica, la vexícula o el conducto colédoco deben drenarse, y sólo extirpar la vexícula cuando el estado general no sea excesivamente grave, cuando la extirpación sea fácil o las lesiones muy graves.



KEHR, BERLÍN: *Sobre dos mil operaciones en las vías biliares*. (Estudio comparativo de los resultados obtenidos en el primero y segundo millar.)—La

mortalidad general se eleva al 16,7 por 100. Si se exceptúan los casos malignos (carcinomas, cirrosis biliar, colangitis séptica difusa) la mortalidad se reduce al 5,4 por 100. La de los casos de cálculos sin complicaciones no pasa del 3 por 100.

La mortalidad global del primer millar, 16,2 por 100.

La del segundo, 17,2 por 100. La de los casos operados durante su estancia en Berlín (380 casos), 18 por 100. Este aumento de la mortalidad se debe a que cada año aumenta el número de casos graves operados. En el primer millar los casos graves estaban en la proporción de 12,9 por 100; en el segundo, en la de 17,8 por 100; entre los 380 casos de Berlín, en la de 20 por 100.

Por el contrario, en el segundo millar, la mortalidad de los casos no complicados es menor que la del primer millar. Alcanza en el primer millar (202 casos) sólo el 2,1 por 100, y en las primeras 50 coledocotonías, 10 por 100.

No he vuelto a tener ninguna peritonitis, a pesar de operar sin guantes y sin mascarilla para la barba.

No he vuelto a tener ninguna infección grave de la herida desde que no coso el panículo adiposo.

Dos cosas no he conseguido todavía: 1.º, narcosis inocua, y 2.º, evitar las graves hemorragias de los ictericos.

Contra las hemorragias graves de los ictericos, no existe hoy más que un recurso: la intervención oportuna.

Sociedad ginecológica de Amsterdam

MEURER: *Sobre trombosis y embolia*.—En el material recopilado en la escuela de comadronas, encontré, entre 4.550 partos, 61 trombosis (1,3 por 100) y 4 casos entre las operaciones ginecológicas (0,5 por 100).

Cree que muchos casos de trombosis pequeñas pasan desapercibidos: desde que ha puesto mayor atención en el estudio de esta lesión, los casos observados han aumentado. No sólo los dolores, sino la aparición de parestesias, o simplemente la aparición de una sensación de pesadez en las extremidades, debe inducirnos a sospechar en la aparición de una trombosis. Su temperatura permanece ordinariamente por debajo de 39º (rectal); el pulso es más frecuente del que corresponde a la temperatura. Se suele presentar el síntoma de *Maller*, pero no es patognomónico de la trombosis. Las embolias generalmente se presentan en los pulmones, menos veces en el cerebro. La mayor o menor importancia de los síntomas depende del mayor o menor calibre del vaso obturado. La mayor parte de las trombosis ocurren en los seis primeros meses del puerperio. En cuanto a las causas que las producen, resulta de los trabajos de

Ebert, *Schimmelbusch* y otros, que su aparición va unida a tres circunstancias: 1.^a Lentitud de la corriente sanguínea. 2.^a Alteración de la pared vascular. 3.^a Modificación en la composición del líquido sanguíneo. La infección no es necesaria.

Meurer opina que la mayor parte de los trombosis tienen su origen, no en las venas de la matriz, sino en las de la pierna: en una embarazada con albúmina, vió él producirse una trombosis de la pierna, sin que hubiera ni en la matriz ni en parte alguna signos de inflamación. La temperatura de su enferma se oponía también a la idea de la existencia de una infección. Según el orador, hay que aceptar que la sangre de las puerperas tiene exacerbada la facultad de coagularse.

La experiencia de *Meurer* sobre el levantamiento precoz para prevenir la trombosis, no es muy convincente: entre 200 casos, se presentó esta complicación siete veces. La temperatura y el pulso eran completamente normales antes de abandonar el lecho. *Meurer* tiene por peligroso aceptar esta práctica como sistema general. Para disminuir el poder coagulante de la sangre se ha recomendado la hirudina y el ácido cítrico. Quizá sea conveniente disminuir la cantidad de leche que tome la mujer durante el puerperio, porque la cal que contiene puede aumentar el poder coagulador de la sangre.

De Snoo hace observar que en el material por él recogido, la trombosis se presentó siempre algo más tarde que en el de *Meurer*, jamás antes del sexto día. Tiene por errónea la opinión de *Meurer*, que funda el principio de la trombosis en el dolor de la pantorrilla.

J. H. O

BIBLIOGRAFÍA

La laringectomía en el cáncer de la laringe por el doctor Ricardo Botey —Con este título hemos recibido una Memoria que constituye el discurso leído en la sesión inaugural del curso de 1912 a 1913 de la Academia y Laboratorio de ciencias médicas de Cataluña por el socio de número doctor Botey.

No hemos de negar toda clase de alabanzas a nuestro ilustre compañero y amigo por haber tenido el feliz acierto de haber elegido tema tan interesante y de tanta actualidad como este, para la sesión solemne anual de tan importante centro científico.

Seguramente, dada la rara competencia científica del doctor Botey, la perfección con que ha desarrollado el tema habrá satisfecho al más exigente de sus sabios compañeros.

Empieza el autor por hacer una reseña histórica de las vicisitudes por que ha pasada esta grave intervención quirúrgica, desde que Billroth practicó la primera laringectomía en 1870, hasta el presente. Hace ver en ella que la causa de haber sufrido esta operación un relativo retraso ha sido en primer lugar el no haber podido evitar en los primeros tiempos por los procedimientos generales de la cirugía las causas de la gran mortalidad que daba la extirpación de la laringe, por lo cual se hacía a los cirujanos objeto de frases satíricas como la que se cita de Paul Kock después de ver operar a Langenbeck, que *la habilidad del cirujano consistía en que en estas intervenciones no se muriese el operado en sus propias manos*. Unido a esto ocurría que los especialistas eran médicos en vez de cirujanos, cosa muy poco favorable para solventar los grandes escollos con que tropezaba esta operación para su progreso.

Pasa a enumerar después las diferentes complicaciones que pueden ocasionar accidentes mortales. En primer término cita la asfixia. Esta, aunque rara vez da lugar, entiéndase bien en el momento de la operación, a un desenlace fatal, tiene razón el autor, en cambio, para decir que existen casos en los que las cosas van con tal rapidez, que no hay más remedio que recurrir a la punción *inter-crico-tiroidea* ideada por el doctor Botey y aceptada hoy universalmente.

Habla después de la hemorragia y de la broncopneumonía, bien ocasionada por sangre que ha pasado al aparato respiratorio o por ingestión. Para evitar la primera causa de infección se necesita hacer una muy cuidadosa hemostasia,

pero lo que evita la gran mortalidad producida por las broncopneumonías por ingestión fué la genial idea del doctor Bardenheuer, la incomunicación absoluta del aparato digestivo con el respiratorio.

Para conseguir este objeto se idearon diferentes métodos, el de Perier La Bec en dos tiempos y el de Gluck declarándose partidario de este último después de varias reflexiones. Pasa luego a hacer consideraciones sobre las estadísticas, siendo una de las primeras la española, a cuyo frente figura el doctor Cisneros.

Atendida la disminución grande de la mortalidad y las curaciones definitivas, sin reserva se declara partidario de la intervención operatoria en el cáncer de la laringe. Respecto al estado moral del enfermo, hemos tenido el alto honor de que sean citadas por el autor las consideraciones que hicimos en este BOLETÍN en un artículo sobre laringectomía y que transcribe en la siguiente forma: «que el doctor Santiuste de Santander respecto al estado lamentable en que quedan en esta operación los enfermos privados de la voz, se hace la comparación partiendo de la idea de una laringe sana, pero si se piensa que los individuos al ser objeto de esta intervención tienen la voz casi apagada y si a esto se añade la disnea y la disfagia, se verá que la transición no es tan grande».

Se habla en la Memoria de los éxitos conseguidos por enfermos que han logrado, por decirlo así, tener voz sin laringe y de los perfeccionamientos que se han hecho en los aparatos fonéticos.

En conclusión dice que la laringectomía es una operación excelente.

Felicitemos cordialmente a nuestro querido amigo el doctor Botey por su trabajo.

J. S.

Medicación hipofisaria.—Discurso leído por el doctor don Pedro Zuloaga Mañueco en el acto de su recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

El trabajo del joven y docto tocólogo señor Zuloaga es seguramente el más extenso y completo de los que se han escrito en España sobre un tema tan interesante y de actualidad. Trabajo de paciente y nutrida recopilación y de selecta crítica es el del nuevo académico. Dedicando sendos capítulos a la *anatomía y fisiología de la hipófisis*, al estudio de los *extractos hipofisarios*; al de los *trabajos experimentales sobre la acción fisiológica de los extractos hipofisarios*, a los *estudios clínicos sobre su acción terapéutica*, y, finalmente, a la *terapéutica hipofisaria*, de cuyo último capítulo copio las siguientes palabras: «En la actualidad dispone la terapéutica de un medio que prestará indiscutibles beneficios en los casos de shock, de hipotensión arterial, de taquicardia, de astenia, de inercia uterina y de atonía intestinal; de un remedio

que debe ensayarse en las infecciones agudas y crónicas, en algunas cardiopatías con hipotensión, en los períodos de hiposistolia de las afecciones mitrales, y, sobretudo, de las miocarditis crónicas, en las hemoptisis, hemorragias internas, hemofilias y, como antes dije, en las enfermedades de las glándulas de secreción interna en que exista hipopituitarismo o en que se quiera refrénar o reforzar las secreciones de otras endocrinas.»

La Memoria es notabilísima bajo todos aspectos y arsenal donde puede documentarse ampliamente todo el que le interese la medicación hipofisaria.

J. H. O.

Zeitschrift für ophthalmologische optik.—Con este título acaba de aparecer una revista dedicada a la óptica oftalmológica y a los instrumentos de esta especialidad.

Baste apuntar que entre los redactores de esta nueva revista figuran nombres como los de Axenfeld (Freiburg), Knapp (New York), Landolt (París), Stock (Jena), Wolff (Berlín), Schlötz (Christiania), Greeff (Berlín) y otros muchos para darse cuenta de los valiosos trabajos que ya comienzan a salir a la luz y que han de ser juzgados como se merecen, aumentando las suscripciones de periódico tan necesitado en la especialidad oftalmológica.

A. C.

NOTICIAS

CONGRESOS

Del 15 al 20 de octubre se celebrará en Madrid el IX Congreso internacional de hidrología, climatología y geología.



La XII reunión anual de *los neurólogos alemanes* se celebrará en Breslau del 29 de septiembre al 1 de octubre.



Las sociedades alemanas contra las enfermedades sexuales se reunen del 20 al 21 de junio en Breslau. El ponente *Dr. Julio Marcuse*, Ebenhausen, se ocupará del tema: *las enfermedades sexuales y el problema social*. El profesor *Heller* de *las enfermedades sexuales y los derechos conyugales*.

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

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

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



*Reconocida como
la mejor
agua de mesa*



AGUA DE HOZNAJO



*Analizada por
el Dr. Cajal*



*Recomendada fre-
cuentemente
por la clase médica.*

DEPÓSITOS EN SANTANDER

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

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA

EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

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

—w—
PÍDASE EN TODAS PARTES



El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fósforo orgánico asimilable

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


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

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

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO



AGUAS MINERO-MEDICINALES DE 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)

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

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

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

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

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Vitriñas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

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.

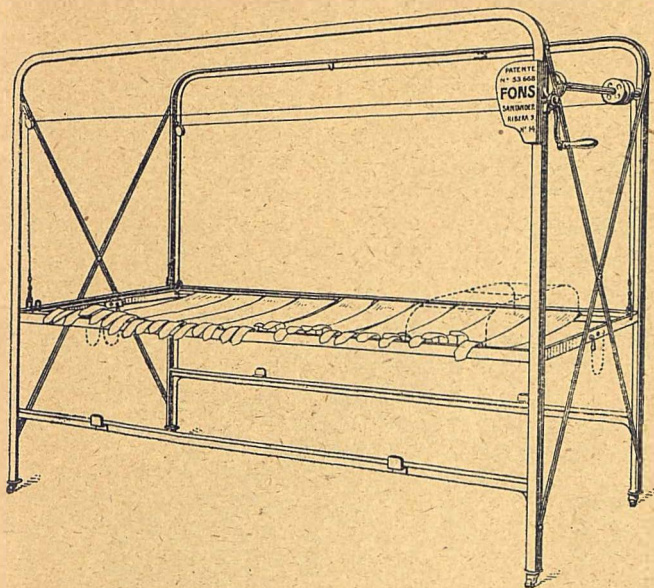
Microscopios, microtomos, aparatos de polarización y análisis de sangre, de la Casa C. REICHERT DE VIENA.

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.

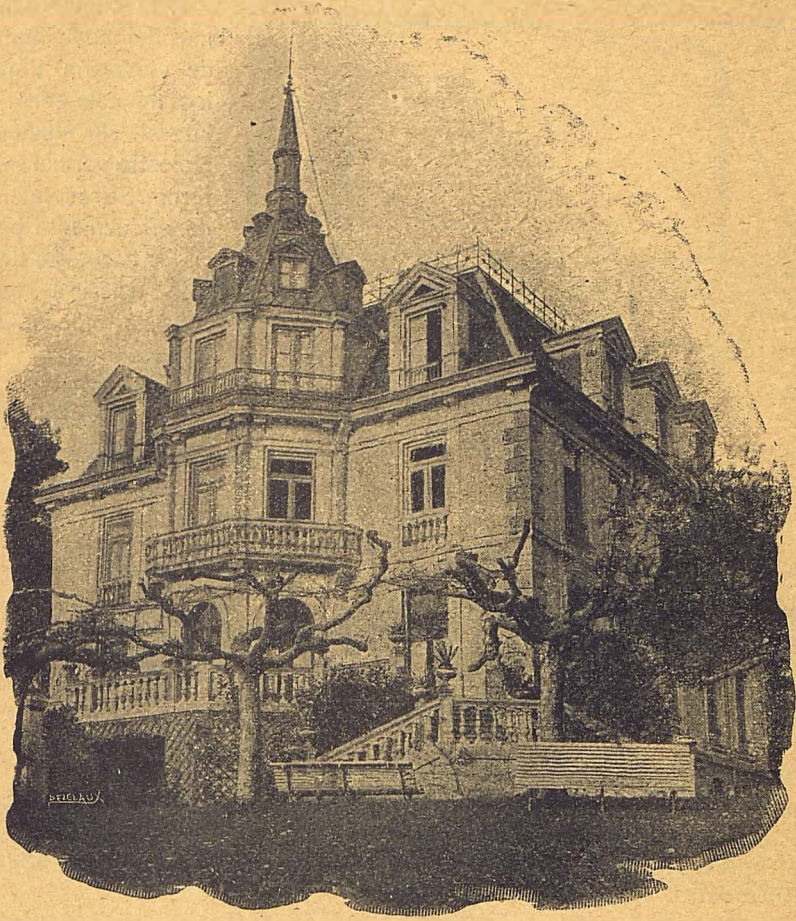
Ocular de dibujo número 111.

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-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