

SANATORIO

• MADRAZO •

AÑO 11. * NÚMERO 6

DICIEMBRE DE 1912

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiusté.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO.

TRABAJOS ORIGINALES

VICENTE QUINTANA: Apuntes clínicos sobre embarazos extra-uterinos. (Conclusión).—V. JUARISTI: Las parálisis traumáticas periféricas.—Saneamiento del subsuelo de Santander.

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 CIENTÍFICA DE
ESTAS AGUAS MEDICINALES, ESTÁ
EN CONTENER ABUNDANTE EMANA-
CIÓN RADIATIVA, EN LA CARGA
ELÉCTRICA DE LOS IONES Y EN LA
GRAN PROPORCIÓN DE MATERIAS
ÓRGANO - METÁLICAS AL ESTADO
COLOIDAL = = = = =



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 ADMIMISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

— VIZCAYA —

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

Aguas Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

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

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

RAMÓN DE 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

—wv—
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

APUNTES CLÍNICOS SOBRE EMBARAZOS EXTRA-UTERINOS (1)

Por Vicente Quintana

(CONCLUSIÓN)

En todos los embarazos ectópicos la placenta se desarrolla en el sitio de inserción del huevo. La muscular de la trompa y lo mismo la del útero que rodean al huevo, no se hipertrofian cuando el embarazo es intersticial, como ocurre en el útero grávido, sino que se distiende, se adelgaza y atrofia, por lo cual se produce la rotura. El útero, en cambio, sigue presentando las mismas modificaciones que en el embarazo intrauterino: aumenta el espesor de sus paredes, se pone blando y se forma una caduca. Cuando el embarazo es abdominal, se forman a menudo en las cercanías del huevo adherencias con los órganos vecinos que protegen al huevo contra la rotura, pudiendo de tal forma llegar el feto a término y sacarlo vivo por laparotomía o morir sin romper las envolturas y llevar el curso que ya hemos explicado de extracción, supuración o enquistamiento.

Lo que sin duda ocurre mucho más frecuentemente de lo que se cree, en el embarazo tubario, es que muere el huevo, se reabsorbe por

(1) La enferma a que aludíamos en el otro número, murió un mes después de la intervención. La autopsia demostró la existencia de metástasis en la vejiga, ligamentos anchos y vísceras. Doce días después de operada se le presentó una gran flebitis en el miembro inferior derecho.

El tamaño del útero, la expulsión de la caduca, etc., nos hacen pensar en la concomitancia de un embarazo con el decíduoma maligno. El doctor Herrera, que ya trató en esta Revista de otro caso de corio-epitelioma, y que ha asistido a esta enferma como tocólogo y ginecólogo, se ocupará en esta Revista del caso.

Errata.—En la página 134 del último número del *Boletín*, en la cuarta línea empezando por abajo, dice: «se han podido encontrar»; debe decir: «no se han podido encontrar».

el mecanismo ya indicado, o se reorganizan quedando impermeable la trompa. Esto es muchas veces causa de esterilidad en mujeres que han creído al principio de sus matrimonios estar embarazadas.

La interrupción del embarazo ectópico suele venir en el primer mes y pueden ocurrir dos cosas: o el aborto tubario, o la rotura de la trompa.

En el aborto tubario el huevo va todo él a la cavidad abdominal o sólo incompletamente: en el primer caso el aborto es completo, en el segundo incompleto. En el aborto completo de menos tiempo de un mes, con hemorragia pequeña puede haber reabsorción de sangre y huevo y pasar desapercibido. El aborto incompleto suele ser de más tiempo, dos o tres meses, por lo cual no tiene facilidades ni para salir completamente de la trompa ni para ser reabsorbido formándose el hematocele, casi siempre extra-uterino por la acción de la gravedad y por el siguiente mecanismo: el huevo no se desprende por completo, pues permanece por una parte dentro de la trompa; la hemorragia es lenta, el roce de la parte de huevo desprendida sobre el peritoneo excita éste y produce o facilita la formación de adherencias y con esto el enquistamiento de la sangre coagulada. Estos hematomas enquistados pueden, o reabsorberse después de pasado algún tiempo, o producir molestias por endurecimiento fibroso de las adherencias que comprimen los órganos de la pequeña pelvis o venir a supuración por la llegada de un germen por el útero, intestino, sangre o la mano armada del médico (punción o raspado).

La rotura acontece menos veces, pero es el accidente más peligroso, pues así como el aborto tubario da casi siempre lugar a la intervención, la rotura no. Dos casos sólo han llegado a mis manos, el número 13 y el 25, los dos desesperados, los dos tarde, operados en el estertor agónico, sólo como remedio heróico para intentar salvar una vida.

Para estas roturas los traumatismos, las impresiones bruscas que elevan la tensión sanguínea, pueden ser causas predisponentes a las que doy yo ahora menos importancia que antes, que impresionado por un caso que vi en la clínica de Martín, cuando con él estudiaba la especialidad, no bañaba a nuestras operadas para que el baño no determinara la rotura.

Hacia la cavidad abdominal, la rotura es más fácil por ser este lado de la trompa menos resistente que abajo entre los ligamentos, pero también puede romperse por aquí y en este caso se forma un hematoma del ligamento ancho. Se rompe por el vientre y entonces viene una gran hemorragia de un litro o dos sin encapsularse y de la cual muere la enferma si el cirujano no acude pronto a detenerla.

En ciertos casos, como en el número 16, puede venir aun con rotura tubaria la formación de un hematoma circunscrito o encapsulado en plena cavidad abdominal, pero para esto es menester que la rotura sea pequeña y el huevo la obstruya en parte, siendo de este modo lenta la hemorragia y así, cuando el huevo termina de ser expulsado, la sangre primeramente derramada ha tenido tiempo de coagularse formando de esta manera una barrera de contención que detiene la hemorragia.

Síntomas. Los del embarazo extrauterino pasan desapercibidos cuando no se halla interrumpido su curso y siguen los acontecimientos evolucionando hacia el fin sin producir extraordinarias molestias creyéndose las mujeres normalmente embarazadas. No hay en este caso ninguna responsabilidad para el Médico si el embarazo se interrumpe y se presentan los peligros de hemorragia, de infección o de muerte. Pero ocurre el caso que el embarazo tiene anomalías: exageración de los vómitos, y así en enfermas que en embarazos anteriores no los tenían o en los cuales los vómitos eran raros, se hacen en este caso más frecuentes, se presentan dolores anxiales, tan típicos, que las enfermas que han padecido de los anejos y curan, si luego quedan embarazadas atípicamente, comparan a aquéllos los dolores estos. Si la mujer por estos síntomas u otros acude al médico para saber si está enferma o embarazada y si lo está, si el embarazo se presenta bien o mal, entonces tiene el médico los siguientes medios para diagnosticar.

La anamnesis, que como va dirigida en el sentido del embarazo puede darle alguna luz, principalmente para aquellos en que el embarazo ectópico ha pasado de los cuatro o seis primeros meses; pero en los que llegan a esta época, ni el peligro de rotura o aborto es grande, ni el diagnóstico ofrece dificultades. El verdadero compromiso para el médico es diagnosticar el embarazo ectópico en sus comienzos, que es cuando corre mayor peligro la enferma y cuando el diagnóstico presenta mayores dificultades. Si el embarazo normal puede deslizarse sin más fenómenos que la menopausia grávida, el atípico produce en el organismo, siempre que tenga de fecha más de dos o tres meses, síntomas de gran irregularidad; las mujeres se sienten más embarazadas de lo que están; se forma lo que pudiéramos llamar un falso circuito que desvía la corriente circulatoria atrayéndola violentamente a un punto anormal y los efectos de esta congestión activa, rápida y progresivamente creciente, producen la sensación de una flogosis, de un tumor, tanto, que en atención a sus consecuencias, a tumor maligno se le ha comparado para los fines terapéuticos.

Se quejan las enfermas de algo extraño; dolor en el bajo vientre, molestias de parte de la vejiga, del recto; coito doloroso y sensación de algo anormal. Las reglas se atrasan siempre dos o tres días en lugar de adelantarse como en el período normal; también es más escasa y dura más. Al tenerla es cuando sienten mayores molestias, algo a modo de contracciones. En este primer período el diagnóstico tiene que hacerle el dedo habituado a las prácticas ginecológicas; el tacto bimanual es el más seguro. Este hay que practicarle libre de preocupaciones, de juicios a priori.

Hay que desconfiar de encontrar la matriz voluminosa y blanda como si estuviera embarazada: el mismo síntoma de Hegard puede faltar y debemos llevar los dedos a explorar los anejos. Para palpar bien éstos, la mano que permanece fuera, la izquierda, nos será más útil. Apoyamos los cuatro dedos sobre el fondo del útero; este borde o canto, como le llaman los alemanes, hay que seguirlo de un lado a otro recorriendo las dos trompas; a poca tumoración que notemos, apretar suavemente hacia la otra mano para abrazar el tumor entre nuestros dedos, entre los que están en la pared abdominal y los que están en la vagina; apreciar el tamaño, forma, movilidad, resistencia, calor; si hay pulsación arterial; comparar un lado con el otro. Mientras los dedos están en la vagina, nada de hacer diagnóstico diferencial mentalmente; el cerebro sólo debe recoger las impresiones que le den los dedos para que éstas sean lo más exactas posible y luego del reconocimiento, con calma, interpretar bien aquéllas. Interrogar de nuevo a la enferma si es preciso y volverla a explorar, vaciados previamente vejiga y recto, tres o cuatro días después si aún queda alguna duda.

Si se nota un tumor en una trompa, si hay datos gonocócicos y fiebre, pensar en la salpingitis gonocócica y hacia ahí encaminar el diagnóstico. Esto también puede ser algo post-abortum, post-partum o consecuencia de maniobras falsas con el histerómetro: la historia aclara mucho el diagnóstico. No hace falta indicar que los datos gonocócicos hay que buscarlos con discreción.

Si no existe fiebre, pero sí antecedentes y síntomas tuberculosos, encaminar por ahí el origen de la lesión; que ésta sea unilateral o doble no tiene gran importancia diagnóstica, porque lo mismo el embarazo que otras lesiones pueden serlo. Aun cuando el tumor esté al lado derecho no hay que aceptar el diagnóstico de apendicitis si el cuadro y la historia no son completos. Si aún tiene el práctico dudas acerca del diagnóstico y no quiere asumir responsabilidad, en caso de que se presentara un

aborto o rotura tubaria, debe dirigir la enferma a un especialista. Este, si lo es, y para serlo no basta anunciarse, sino dominar el arte, difícilmente se equivocará aun en el caso de diagnóstico precoz.

Si la enferma consulta con el médico pasados los tres o cuatro primeros meses del embarazo, el diagnóstico es fácil, porque el feto, aunque se desarrolla fuera del útero, tiene el mismo tamaño que el desarrollado en la cavidad uterina. La falta de las reglas, la expulsión de una caduca que suele ser hacia el quinto mes, fenómenos que rara vez pasan desapercibidos y se acompañan de una ligera hemorragia, sin dolor; los movimientos fetales, la prominencia del pezón, la coloración de la areola, el afloramiento de las glándulas de Montgomery, la línea parda, el aumento del vientre, los trastornos intestinales si es abdominal, la falta de ellos si es tubario y el empleo del tacto bimanual nos pueden dar un diagnóstico, no ya de embarazo, que por todos estos datos ya es de sospechar, sino de la existencia de un embarazo extra-uterino.

Actualmente disponemos de un medio seguro para el diagnóstico de más de cinco meses, los rayos X.

Vamos ahora a ocuparnos de la interrupción del embarazo ectópico. Frecuentemente el médico es llamado porque una mujer, sana hasta entonces, se siente muy mal repentinamente. Lo que domina en el cuadro son los mareos, vómitos, dolores, cólicos al bajo vientre aceleración del pulso y tendencia al colapso con frialdad en las extremidades. Lo que importa primero averiguar es si se trata de la interrupción de un embarazo ectópico: el diagnóstico complementario de si es rotura o aborto tubario, es detalle que interesa saber para la resolución de dónde, cómo y cuándo se puede intervenir; pero es necesario aclarar primero el concepto patológico. Para esto pueden servir al médico los datos más arriba indicados, cuando el embarazo sigue su curso; pero en la rotura o aborto tubario se presentan dominando el cuadro los síntomas de anemia aguda, acompañados de ligera hemorragia por la vulva; esta hemorragia nunca es amenazadora y es una prueba de la muerte del embrión.

En muchos casos también sale la caduca con la forma triangular del útero. Muchas veces, aunque desprendida, no ha salido del todo con la sangre y asoma por el cuello: para apreciarlo basta hacer el tacto vaginal, preferible y más rápido que el espéculum.

Aunque las enfermas no acusan pródromos, investigando bien resulta que antes de venir el primer colapso, como cinco o seis horas antes, notan ligeros desvanecimientos o intranquilidad. Raramente han faltado dos reglas; lo corriente es una con retraso. Los síntomas se acen-

túan con rapidez, el pulso pequeño y rápido se hace filiforme, la palidez aumenta, se decoloran las mucosas labial y conjuntival, los ojos pierden el brillo, la respiración se hace superficial y jadeante; un sudor viscoso cubre las extremidades, que se enfrían; aumentan los vómitos que ya existían, la sed es devoradora, se acentúan los colapsos y la enferma muere.

Muchas conservan lucidez completa hasta el último instante; en otras llega la excitación al subdelirio, pierden la cabeza y en este estado están varios días, como le ocurrió a la enferma número 16, que entró en el Hospital loca, y así estuvo hasta pocos días antes de salir. (Debido, sin duda, a la anemia cerebral, o de origen tóxico).

Los síntomas de la rotura tubaria son mucho más rápidos que los del aborto tubario. En éste el cuadro de gravedad toma una forma más lenta; hay reacción, parece que desaparece o disminuye la gravedad, el pulso se rehace y la enferma se tranquiliza y puede dormir. Mas estas mejorías de corta duración, mejorías sólo de un cuarto de hora, se observan en las roturas tubarias, pero en seguida vuelve la gravedad aun más intensa. Donde estas alternativas se sostienen, es en los abortos tubarios, en los cuales el entorpecimiento que al funcionamiento intestinal oponen la sangre y las adherencias ocasiona dolores de vientre y vómitos en forma peritonítica; así vino al Hospital el caso número 22, con diagnóstico de peritonitis y obstrucción intestinal, e hicimos el diagnóstico de aborto tubario después de ver a la enferma. Es dato importante para este diagnóstico, y en esta enferma se notaba claramente, la macidez del bajo vientre á la percusión; aunque de ordinario el vientre suele estar sensible y hay cierta defensa muscular, en este caso creímos percibir bajo las paredes del vientre la crepitación de los coágulos; por el tacto vaginal combinado con la palpación abdominal, se apreciaba más claramente la sangre coagulada en el bajo vientre, hematoma libre, observación que tambien hicimos en el caso 11. Pero en los dos habían pasado mas de 48 horas, espacio de tiempo en el cual ya puede notarse la sangre coagulada. El tacto vaginal no da ningún dato en la rotura tubaria, pues la sangre líquida no se nota y la enferma sucumbe casi siempre antes que pueda coagularse.

Es muy difícil, en el momento culminante del ataque, distinguir si es rotura o aborto tubario; sólo excepcionalmente en los casos en que pueda apreciarse claramente la tendencia a la marcha lenta y a depositarse la sangre en el espacio recto-uterino podemos demorar la operación, pero debiendo trasladar a la enferma a una clínica u Hospital donde pue-

dan operarla en seguida si se presenta la indicación dejando en todo caso una guardia médica permanente y dispuesto todo lo necesario para intervenir en cuanto se acentúen los síntomas, pues la hemorragia detenida, o de marcha lenta, puede comenzar nuevamente o aumentar cuando la naturaleza quiera y el peligro es tan grande que requiere un remedio urgentísimo.

Claro está que en muchas ocasiones no se toma ninguna de estas precauciones y las enfermas se salvan, como lo prueba el gran número de ellas que nos vienen con estos tumores, ya hematoceles intraperitoneales, ya del ligamento ancho, hematomas extraperitoneales, colecciones sanguíneas que tienen su origen en el embarazo ectópico que estamos estudiando; pero, sin embargo, estas mujeres acuden después a nosotros por las molestias y trastornos que padecen.

Para esclarecer el diagnóstico de estos tumores, debemos tener en cuenta que el mal se inició con desmayos, vómitos y demás síntomas ya dichos; que la anemia siguió largo tiempo después; que hubo ligera temperatura por las tardes y que la irregularidad de la regla se mantiene muchos meses, siendo siempre al principio escasa; el carácter de los trastornos intestinales en estas colecciones sanguíneas: no se reabsorben, acentuándose en diez o quince semanas y no desapareciendo después. Estos hematomas son compatibles con la vida aun cuando ocasionen molestias, mientras no se infecten, porque si esto ocurre se impone la operación.

Para la necesidad de ésta, varía completamente el caso según que se trate de una rotura o de un aborto tubario: la primera sin operación es casi siempre mortal, y aunque puede haber casos en que una rotura grande de la trompa no determine una hemorragia mortal, en cambio roturas muy pequeñas la producen sin dar tiempo a intervenir. Por eso podemos decir de una manera general: pronóstico de la rotura tubaria: mortal sin intervención; del aborto tubario: sin intervención, para la vida favorable, aunque quedan muchas molestias porque el hematoma no se reabsorbe o tarda muchos meses en hacerlo: además, existe la probabilidad de la infección con sus consecuencias.

La terapéutica en el período agudo, es sencillamente la inmediata operación: aquí como nunca debemos seguir el consejo de Mack-Burney en las operaciones ventrales: en el abdomen se debe entrar lo primero que se pueda y salir lo antes posible. El traslado de una enferma a la clínica o al Hospital no debe detenernos: sorprende lo bien que los enfermos, aunque sea con hemorragias internas, soportan este viaje a

poco que se les procure ciertas condiciones (posición horizontal; el calor es muy necesario: nunca se les abriga demasiado) fáciles de encontrar en cualquier parte. Nada de vacilaciones: la vida va en ellas. Muchas enfermas sucumben por la falta de decisión en el médico o la familia. Una de mis operadas que ví a las tres de la tarde, pudo estar operada á las cuatro y por su tenaz resistencia no llegó á la mesa de operaciones hasta las seis y media, ya en la agonía. Siempre debemos operar lo primero que podamos; la inminencia del peligro no debe detenernos: al contrario, la intensa anemia hace inútil el cloroformo; dos pinceladas de tintura de yodo para purificar el campo operatorio; incisión; se introduce la mano derecha hacia el útero, se comprimen las trompas para que de la que esté rota termine de salir el huevo y la sangre, con lo cual ya casi tenemos cohibida la hemorragia y podemos, formando una cazuela con el hueco de la mano, extraer la sangre; después se limpia con gasa y se extirpa la trompa. Para todo ello, en un caso urgente, teniendo los instrumentos y el material preparado, no se tarda más de ocho a diez minutos.

Aunque la terapéutica debe dividirse en dos momentos operatorios, según que intervengamos en un embarazo ectópico que sigue su curso y cuyas consecuencias queremos evitar, o que intervengamos en caso de embarazo interrumpido, como cosa urgente, sin embargo, por no dar mayor extensión a estos trabajos los trataré casi juntos.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico de embarazo ectópico y tan pronto como sea posible, debemos extirpar el huevo que para los efectos terapéuticos se ha comparado a un tumor maligno (Wertt).

Lo peligroso o difícil en el embarazo ectópico de forma abdominal es quitar la placenta cuando vive el feto, pues como no se puede extirpar el sitio de implantación, la hemorragia venosa es considerable y exige casi siempre el taponamiento para dominarla. Esto, como digo, sólo ocurre cuando el feto vive, porque cuando éste ha muerto la desinserción de la placenta no ofrece dificultades. Claro está que en los embarazos tubarios no hay este temor, pues la trompa que suele permanecer libre, sin ninguna adherencia, sale como un quiste, ligándose fácilmente los pedículos sin temor ninguno a hemorragias, o dominando éstas sin dificultad.

La vía a elegir para la operación, vaginal o abdominal, depende, por una parte, del caso en particular, y segundo, del dominio que el operador tenga de la técnica por uno u otro lado. Siempre las intervenciones vaginales ofrecen mejor pronóstico que las laparotomías y mucho más

cuando la operación debe llevarse a cabo en condiciones que no permitan una severa asepsia. La laparotomía está más al alcance de los no muy prácticos, pero después de pasados los tres o cuatro primeros meses, es la vía preferible para todos, porque sólo excepcionalmente pasado este tiempo puede sacarse por la vagina, como hicimos en el caso número 17, que era un feto de seis meses.

La vía vaginal es sólo preferible cuando encontrándonos con todos los síntomas de una rotura tubaria y sospechando la presencia de una gran hemorragia libre en la cavidad peritoneal, no podamos trasladar fácil y rápidamente la enferma a una clínica; entonces, y teniendo la enferma condiciones para ello, ancha vulva y bien accesible la matriz por la vagina, con muy pocos instrumentos, con dos valvas, algunas pinzas de Museaux y de presión y unas tijeras, podemos hacer una colpotomía posterior amplia, dar salida a la sangre, bascular la matriz hacia atrás, sacarla y ligar la trompa rota. Mientras se esterilizan los instrumentos, se arregla un poco la habitación, se prepara una mesita para tenerlo todo a la mano y se reanima un poco a la enferma con un enema de dos litros de agua, vino y café, con lo que además se consigue limpiar el recto para que después durante la operación no nos infecte el campo. Sin embargo, no estará mal hacer un taponamiento del recto y hasta suturar el ano, como hacemos en las operaciones de aquél. Fuera de estos casos de gran urgencia o de condiciones de medio nada apropiadas para una laparotomía, la vía abdominal es la preferible.

Para intervenir por esta vía, la posición de la enferma será en Trendelenburg; creo que no debe lavarse el vientre con la solución de Tavel, siendo ventajoso extraer la sangre con la mano y enjuagarla con compresas. El lavado tiene los inconvenientes de que alarga la intervención, se manosean más las vísceras y es más expuesto a la infección. Cuando temamos ésta por las circunstancias en que hemos trabajado, o porque creamos que aún queda sangre por salir, vale más dejar un pequeño drenaje que prolongar mucho la operación. Nosotros no tenemos formado aún juicio definitivo sobre los efectos tóxicos de las hemorragias libres en la cavidad abdominal; las opiniones sobre el particular están divididas y fundadas en la impresión producida por los casos observados: ciertamente sorprende que algunas enfermas de constitución robusta presenten un cuadro de extrema gravedad y sucumban teniendo derramada muy poca sangre en la cavidad abdominal. El caso núm. 13 además de ser una mujer muy fuerte, tenía muy poca sangre en el peritoneo y nos extrañó mucho que aquella pérdida de sangre la hubiera matado tan pronto.

La sangre, como digo, debe retirarse completamente: la cápsula después de liberada, si fuera posible, disecandó todas sus adherencias, se extirpará ligando cuidadosamente su implantación, que debe tratarse de pediculizar lo más posible. Si las tónicas adventicias se adhieren mucho al intestino y peligra en la separación la serosa de éste, pueden dejarse estas capas más o menos apergaminadas, pues por ello no pasa nada desagradable. A ser posible, aunque quitemos la trompa debemos respetar el ovario; es ventajoso para la enferma.

El pronóstico de las intervenciones de los embarazos extra-uterinos es tanto más favorable cuanto primero se opere.

La gravedad de la enferma no debe ser motivo para aplazar la operación, antes al contrario, para adelantarla: no debemos esperar a que las enfermas salgan del shock; mientras tengan pulso debemos intervenir; nunca nos arrepentiremos de haberlo hecho. Después de la operación y mientras el pulso no se regularice o levante y desaparezca la anemia cerebral, tendremos a la enferma con la cabeza baja; después puede elevársela un poco y si se hubiera dejado drenaje, tener a la paciente algo incorporada. Si presenta vómitos y no tolera la ingestión de líquidos, administrar éstos por vía rectal; se absorben muy bien y para las grandes cantidades de agua es preferible a la hipodérmica. La cafeína, alcanfor, etc., en los primeros momentos.

CASOS OPERADOS

1.º F. P. M., natural de San Pedro del Romeral. Operada en marzo del 1903. Esta enferma había sido vista aquí ya hacía cuatro años y diagnosticada de un embarazo tubario, que llegó a término y aunque se inició el parto, no pudo romper las envolturas y quedó constituido en quiste fetal.

Abertura de un quiste fetal séptico en comunicación con el intestino. Esta comunicación debió establecerla, en los dolores de parto, el borde cortante de un hueso temporal de los que contenía el quiste fetal. Curación. Enferma enviada para la intervención por el doctor don Ildefonso Pérez.

2.º J. R., natural de Celada. Primípara. Operada en abril del 1905 de embarazo tubario diez y seis meses después de la concepción. La enferma al llegar el momento del parto no tuvo gravedad ninguna: sólo ligera expulsión de sangre por la vulva.

La extirpamos la trompa derecha, que no tenía ninguna adherencia: dentro tenía un feto completamente oxificado; un verdadero litopedión.

Según noticias posteriores recibidas de esta enferma por el médico que a recomendó, doctor Albino Molinero, ha tenido siete partos sin llegar ninguno a término, aunque después de los siete meses. Curación.

3.º L. P., natural de Cabuérniga. Embarazo extra-uterino abdominal. Al

llegar el momento del parto grandes molestias y dolores. Fenómenos de peritonismo. La enferma tuvo también durante el embarazo grandes molestias y dolores. A los dos meses de la concepción, historia de desvanecimientos y dolor de vientre. Es probable que entonces el embarazo tubario se hiciese abdominal. Desde los nueve meses hasta los doce, en que la operamos, presentó trastornos intestinales y dolores de vientre.

Extracción de un feto macerado. La placenta estaba adherida al epiplón en el lado derecho. El cordón adherido a una trompa. Curación.

4.º C. G., natural de Santoña; múltipara. Operada en febrero de 1903 de embarazo extrauterino, de seis meses; gran hemorragia en sábana al desprenderse la placenta. La trompa no pudo extirparse por estar adherida. Curación.

5.º T. G., natural de Bilbao. Embarazo extra-uterino de la trompa derecha. Operada en abril de 1906. No hay nada digno de mención en este caso. Curación.

6.º L. O., natural de Burgos. Embarazo tubario izquierdo. Se operó en septiembre de 1906. Esta enferma acusaba molestias de parte de la vejiga principalmente. Curación.

7.º L. B., de 40 años, natural de Rivadeo. Múltipara. Aborto tubario del lado derecho. Operada en abril de 1908. El hematoma era muy considerable, pero perfectamente encapsulado. Curación.

8.º Q. L., natural de Astrain (Navarra). Operada en mayo de 1908. Embarazo tubario derecho de cuatro meses. Bastante hemorragia que exigió la marsupialización y un buen taponamiento. Curación.

9.º C. G., natural de Santoña. La misma enferma del caso número 4. Operada en septiembre del 1908 de embarazo extra-uterino del lado izquierdo, de cuatro meses. La hemorragia fué más pequeña que la vez anterior. La enferma, a la cual en las dos operaciones se la conservaron los ovarios, continúa menstruando. Curación.

10. S. P., natural de Santander. Embarazo tubario derecho. Operada en junio de 1911. Feto muerto. Operada sin hemorragia; grandes adherencias de la trompa, pues el contenido del huevo estaba algo séptico. La enferma tenía por las tardes escalofríos y fiebre. Curación.

11. R. S. M., natural de Peñacastillo. Aborto tubario izquierdo. Operada en febrero de 1912. Sangre coagulada en el vientre: se había formado principalmente un hematoma hacia el Douglas. Fué operada cuarenta y ocho horas después de empezado el ataque. Curación.

12. N. L., natural de Govieta (Asturias). Aborto tubario doble, no muy grande, subagudo. Extirpación de ambas trompas. La enferma, casada hacía doce años, sin familia; dos meses antes de ser operada se iniciaron molestias en el vientre que mes y medio después se agravaron con síntomas de desvanecimiento y grandes dolores de vientre que la obligaron a decidirse por la intervención. Curación.

13. S. P. L., natural de Santander. Rotura tubaria derecha; traída al Sanatorio, febrero de 1912, en estado pre-agónico. Operada sin anestesia; muy poca sangre en el peritoneo. La enferma, operada ya sin pulso, falleció en la misma mesa de operaciones sin conseguirse reanimarla.

14. E. S., natural de Vizcaya. Operada en julio de 1900. Embarazo tubario del lado izquierdo. Curada.

15. A. G., natural de Vizcaya. Quiste del ovario izquierdo y embarazo extra-uterino lado derecho. El quiste era pequeño. La enferma curó sin incidentes.

16. L. P. M., de Cueto (Santander). Aborto tubario lado izquierdo; anemia aguda; perdidas las facultades mentales por la anemia cerebral, que duró hasta poco antes de salir la enferma del hospital. Abierto el vientre, se encontró una gran cantidad de sangre formando hematoma libre. Curación.

17. H. R. Extracción de un feto vivo de 6 a 7 meses de la trompa derecha por histerectomía vaginal. Se extirpó parte de la trompa, dejando lo que correspondía a la inserción placentaria. donde quedaron colocadas dos o tres pinzas permanentes. Curación.

18. C. V., de Salcedo (Renedo). Aborto tubario del lado izquierdo. Esta enferma tenía fenómenos de cistitis y menstruaba con grandes dolores: 8 días antes de operarse, los dolores aumentaron, tuvo vómitos y desvanecimientos. Se encontró en el fondo de Douglas bastante cantidad de sangre. Curación.

19. V. G., de Monte (Santander). Aborto tubario lado izquierdo. Nada de especial mención. Curada.

20. N. G., de Mazcuerras. Embarazo extrauterino doble. Se le quitan las dos trompas y el ovario derecho, dejando el izquierdo. En el lado derecho tenía un feto como de dos meses. Curación.

21. C. V. Es el mismo caso número 8. Vuelta a operar cincomeses después, en julio del año 1912 (la vez anterior lo fué en marzo de 1912), por embarazo extrauterino del lado derecho. Con dolores y fenómenos urinarios semejantes a la vez anterior. La enferma curó.

22. L. A., 36 años. Aborto tubario del lado derecho. Síntomas graves de anemia y oclusión intestinal. Laparotomizada, se encontró gran cantidad de sangre en el vientre coagulada en su mayor parte y entre ella un pequeño embrión que obstruía la rotura de la trompa. La enferma, operada de urgencia, curó.

23. N. P., de Monte. Operada de urgencia por la tarde en estado pre-agónico. Rotura de la trompa, gran cantidad de sangre fluída en el vientre, saliendo por el cuello la caduca. Operada sin cloroformo. Falleció en la mesa, resultando inútiles cuantos esfuerzos hicimos para combatir su anemia agudísima, causa de la muerte.

DE COLABORACIÓN

LAS PARÁLISIS TRAUMÁTICAS PERIFÉRICAS

Por V. Juaristi

DE IRÓN

Esta fotografía es la de una mano de muchacha. Los dedos están espasmódicamente cerrados y es inútil quererlos abrir. Como resorte, vuelven a plegarse violentamente, falange sobre falange. Los músculos están atrofiados, la piel es azulada, fría... ¿Una parálisis? Sin duda. ¿Cerebral? ¿Medular? No; una parálisis periférica, reciente, traumática.

«*Mano en garra... parálisis del cubital.*» Así dicen los libros, incluso los míos. En «*La ortopedia indispensable*», de Calot, que yo traduje, añadí un capítulo sobre parálisis traumáticas periféricas, con fotografías y dibujos. Al pie de uno de éstos dice «mano en garra; parálisis del cubital.» Y el grabado parece representar una mano de vieja iracunda, pronta a lanzarse sobre la cara del prójimo.

La mano de mi historia no puede arañar. *No tiene uñas*, se le han caído, y con las uñas ha caído también una porción de carne, y en un dedo asoma una falange necrosada; dicen los parientes que por haber metido en leche hirviendo el insensible remo... No hay tal, sino el terceto completo de una lesión nerviosa. *Parálisis-Anestesia-Distrofia.*



Sólo que... *el nervio cubital está bueno y sano*. Vaya la historia completa y breve, que es de interés práctico.

Niña que cayó de una tapia rompiéndose el codo (fractura compleja de la epífisis humeral inferior). Apósito provisional, reemplazado por otro a base de tizones, pez y pedazos de hule por una curandera; un mes después, viene a mis manos en el estado citado, y el codo anquilosado. Cloroformo, movilización forzada, incisión exploradora en la cara antero-interna, para alcanzar desde ella: 1.º *El cubital*, en donde creí hallar daño por la forma de la parálisis; la epitioleoa estaba intacta, y el nervio, alojado cómoda y tranquilamente detrás, sin detrimento. 2.º *El mediano*; éste estaba *mordido* por las esquirlas dentadas de una fractura, cuyo callo ataba al húmero y al cúbito; el nervio estaba casi seccionado, pues apenas se mantenían los dos cabos por dos o tres fibrillas marginales. Modelé el hueso, cosí cuidadosamente los dos cabos del mediano, por rutina, y luego la piel. Y digo *por rutina*, porque tanto da coserlos como no, si no mienten los anatómicos y los fisiólogos. «Todo nervio seccionado *degenera invariablemente* en toda la porción periférica y parte de la central.» Jamás se ha observado la restitución funcional inmediata de un nervio cortado y cosido en el acto y los casos de restitución tardía son incompletos y falsos; la mejoría, el retorno parcial son debidos a educación de músculos sinérgicos, a funciones nerviosas complementarias... Cuando un cirujano os hable de éxitos en este sentido, (¡Hay cada historia estupenda por esos periódicos!) no debeis creerle.

Mi enfermita curó de su herida en pocos días; el codo recobró una movilidad amplia; la circulación de la mano, quitada la compresión del callo, mejoró. Las puntas de los dedos cicatrizaron y hasta salió alguna uñita. Pero la contractura no retrocedió un milímetro, a pesar de dos meses de cuidados.

Y entonces, convencido una vez más de que la sutura nerviosa no arregla nada, y de que es disparatado todo lo que se aconseje en este sentido, *me dirigí a los tendones*.

Una incisión en cada dedo y por cada incisión dos tendones cortados; el flexor superficial y el profundo. Otra incisión en la muñeca y, por ella, otros dos tendones cortados (los palmares.) Vendaje enyesado durante ocho días, y a lucir la mano, bastante más fría que la otra, más azulada, paralizada, es verdad, pero correcta, dócil, atada a un antebrazo bien movable y sin el aspecto amenazador y la dolorosa contractura de la mano en garra.

Enseñanzas. Las fracturas *de! codo* pueden producir lesiones del

mediano. Las curanderas siguen haciendo brutalidades y el número de estultos sigue siendo infinito, como en tiempos bíblicos.

La mano en garra no asegura el diagnóstico de parálisis del cubital, pues su compañero de acción y vecino el mediano puede dar parecido cuadro, de difícil determinación territorial en niños indóciles. La sutura nerviosa tardía es inútil (y la inmediata lo mismo). Las deformidades ortopédicas de origen nervioso no se corrijen sino con tenotomías (Enfermedad de Litle (1), parálisis cerebral, o polimelitis infantil, parálisis traumáticas.)

(1) A propósito. Andan por ahí no pocos niños con este mal, calificados de incurables por los médicos. *Si no son imbéciles*, pónganlos en manos de un cirujano que sepa de estas cosas y, al año, el niño *andarà* sin apoyo. Lean ustedes «La Ortopedia indispensable». Seix, editor. (Juaristi).

SANEAMIENTO DEL SUBSUELO DE SANTANDER

El Ayuntamiento de Santander abrió el pasado año un concurso de anteproyectos para el saneamiento del subsuelo del casco de la ciudad y del ensanche de Maliaño, excluyendo el saneamiento del ensanche de San Martín y del Sardinero, que forman parte del proyecto de ensanche de la ciudad, objeto de otro concurso.

El resultado del primer concurso ha sido altamente satisfactorio, pues se han presentado cuatro notables anteproyectos, que han sido expuestos al público antes y después de haber sido estudiados por el Jurado competente, compuesto por dos arquitectos (señores Lavín y Escalera), dos ingenieros de caminos (señores Arroste y Huidobro) y dos médicos (nuestros queridos compañeros don Mariano Morales, inspector de Sanidad, y don Nemesio Polanco, médico municipal).

El Jurado, por unanimidad, ha otorgado el primer premio del concurso y ha propuesto al Ayuntamiento como único para su ejecución el anteproyecto cuyo lema es «*Hygea hominis altera mater*», firmado por los competentes ingenieros de caminos don Anibal G. de Riancho y don José Pardo Gil.

Hemos examinado dicho proyecto, trabajo concienzudo y detallado, que revela en sus autores un conocimiento profundo de la ciencia sanitaria moderna y que se adapta perfectamente a la topografía y circunstancias de la ciudad, resolviendo de modo perfecto el problema de su saneamiento.

Abarcando el tema en toda su extensión y agotando la materia, los autores han estudiado de un modo completo cuatro soluciones: dos de ellas de sistema separado (red distinta para las aguas negras y las de lluvia) y dos del sistema único o *tout-à-l'égout* (red única para las aguas negras y las de lluvia). Las dos soluciones de cada grupo se distinguen esencialmente por el punto de vertimiento de las aguas (San Pedro del Mar y Cabo Mayor).

Discutidas detenidamente en la Memoria las ventajas e inconvenientes de las diferentes soluciones, los autores adoptan como preferente el sistema separado, vertiendo las aguas negras a San Pedro del Mar y las de lluvia a la bahía por el alcantarillado actual, que se reforma y se com-

pleta; esta solución es la aceptada por el Jurado y propuesta al Ayuntamiento para su ejecución.

Dado el enorme trabajo que representa este estudio completo de las cuatro soluciones, no podemos ocuparnos más que de las grandes líneas de la solución adoptada, que son sumamente sencillas.

Consisten en la construcción de dos grandes colectores y de una red tubular de alcantarillas que recojan las aguas negras procedentes de las viviendas y las conduzcan á un depósito regulador, de donde son elevadas por medio de bombas accionadas eléctricamente al emisario que las lleva por gravedad a su vertimiento en el mar.

El colector número 1 arranca del Antedique, sigue por las calles de Castelar, Velasco, Colosía, Avenida de Alfonso XIII y calle de Castilla, hasta el depósito regulador situado en la parte inferior de los prados de Villacampa. El colector número 2 arranca de Cuatro Caminos y por la Alameda, calles de Burgos, Atarazanas y Ribera, empalma en la Avenida de Alfonso XIII con el colector número 1.

La red tubular se desarrolla por todas las calles, y sus ramales extremos van a parar a los colectores.

El emisario, en túnel, arranca del depósito regulador y termina en la ensenada de San Pedro del Mar, donde vierte por encima de la pleamar viva equinoccial, para asegurar en todo momento el desagüe libre y el buen funcionamiento de la red.

La limpieza de las alcantarillas, extremo de capital importancia, se efectúa por medio de depósitos de limpia, colocados en el origen de cada alcantarilla, que se llenan y vacían automáticamente cuatro veces al día, determinando al descargar el sifón una rápida corriente, que produce la limpia de la tubería. Para llenar estos depósitos se proyecta una elevación de agua del mar, que se hace necesaria dadas las notorias deficiencias del actual abastecimiento de aguas, principalmente en la época estival, en que es más necesaria la limpieza de las alcantarillas.

Las aguas de lluvia, que se pueden considerar como inocuas, se conducen por las alcantarillas actuales (que se completan y reforman) a su punto actual de vertimiento en la bahía.

Descrito a grandes rasgos el extenso proyecto que nos ocupa, sólo nos resta decir que sus autores se han preocupado además de estudiar los medios económicos a que ha de recurrir el Ayuntamiento para llevar a cabo la magna obra del saneamiento, que es el problema más capital y de más urgente necesidad que tiene hoy Santander. Para ello propone que el Ayuntamiento obtenga de los poderes públicos una ley votada en

Cortes, (análogamente a lo que se ha hecho en Valladolid y Coruña), por la que se le autorice a establecer un impuesto sobre la propiedad urbana, que no podrá exceder del 4 por ciento sobre el líquido imponible, y que será fijado de común acuerdo entre el Ayuntamiento y la Asociación de Propietarios.

Con la garantía de este impuesto se emitirán obligaciones, con las que se pagará al contratista que ejecute la obra mediante subasta. Para garantía del presupuesto presentado, que asciende a 4.500.000 pesetas, ofrecen los autores el concurso del reputado ingeniero y contratista don Alejandro González Heredia (constructor de los saneamientos de Valladolid y Coruña), quien se compromete a presentarse a la subasta, aceptando el pago en obligaciones emitidas con la garantía citada.

De este modo, sin necesidad de contratar empréstitos ni de gravar excesivamente los presupuestos municipales, podrá el Ayuntamiento realizar obra de tan vital interés.

Creemos que debemos dar a conocer estos detalles, por ser de suma importancia para el gran número de poblaciones españolas que habrán de acometer este mismo problema en plazo breve, pues el saneamiento de las ciudades, tan descuidado hasta estos últimos años en España, es la primera condición del progreso y de la vida nacional.

Felicítamos, pues, al Ayuntamiento de Santander, que completará con esta magna obra la serie de reformas y mejoras emprendidas en pro de la urbanización y del embellecimiento de nuestra ciudad, y a los autores del proyecto premiado, que han puesto en la empresa todos sus alientos y sus entusiasmos, coronados por el éxito, para resolver de un modo completo y satisfactorio el trascendental problema del saneamiento de Santander.

REVISTAS

Deutsche Medizinische Wochenschrift

PAUL KRAUSE, BONN: *Patología y terapéutica de la meningitis tuberculosa*.—La meningitis tuberculosa es una de las formas más frecuentes de meningitis. Es una enfermedad secundaria a una tuberculosis de otros órganos, de los que con más frecuencia atacados son los pulmones, pleuras y ganglios bronquiales y mesentéricos.

Puede presentarse también como consecuencia de tuberculosis del tractus uro-genital, tuberculosis de articulaciones y huesos, de los oídos, ojos, del cerebro (tuberculosis miliar) etc.

Aquellas formas que aparecen como primitivas, coinciden siempre con tuberculosis de otros órganos, que aunque clínicamente permanecen ocultas, se descubren en la autopsia.

No se sabe aún por qué son tan frecuentemente atacadas de tuberculosis las meninges. Muy probablemente la infección tiene lugar por vía linfática; sin embargo, nada puede asegurarse con exactitud.

Siempre el agente tuberculoso es la causa de la infección: enfriamientos, mojaduras, traumatismos etc., no obran más que acelerando la explosión de la meningitis, pero de ningún modo ocasionándola. Los niños tienen mayor predisposición que los adultos.

Síntomas.—La meningitis tuberculosa suele presentar síntomas prodrómicos que pueden durar en ocasiones hasta varias semanas y en otras sólo algunos días. Estos pródromos no suelen ser tan claros en la mayor parte de los casos, que basten por sí solos para hacer el diagnóstico. En los casos típicos acusan los enfermos dolor de cabeza que aumenta gradualmente, el apetito disminuye, el enfermo adelgaza, el sueño está interrumpido, parte por el dolor de cabeza, parte por una irritabilidad nerviosa. En este estadio existen ya ligeras elevaciones de temperatura que no suelen pasar de 38 grados, también existe sensación de vértigo, propiamente y zumbidos de oídos.

Yo, dice Krause, tuve ocasión de ver un enfermo que durante tres semanas presentó, al mismo tiempo que dolor de cabeza, manifestaciones gastro-intestinales y ligera elevación de temperatura, que el enfermo atribuía a la ingestión de carne en mal estado. Las manifestaciones gastro-intestinales reinaban en el cuadro clínico de este enfermo: a las tres semanas se estableció la meningitis típica.

Sensación de vómito y vómitos repetidos es un frecuente síntoma inicial. En no raros casos se acompaña la enfermedad de delirium tremens.

Estos síntomas iniciales no permiten más que en casos raros hacer el diagnóstico. Pero los síntomas se van acentuando tanto, que los enfermos necesitan guardar cama. Por lo general se quejan *de fuertes dolores de cabeza*; los enfermos están intranquilos y ejecutan movimientos diversos con brazos y piernas. En algunos casos están sumidos en estupor desde los comienzos de la dolencia. Por lo general, existe al principio sólo una falta de conocimiento, en pequeño grado. Los enfermos hablan o cantan para sí; a consecuencia de los dolores hacen gestos variados con la cara. La columna vertebral está rígida y dolorosa, existiendo con frecuencia el síntoma de Kernig. Como manifestaciones de irritación motora existen además de la rigidez de los músculos de la nuca, la de los de la espalda y extremidades. Los músculos de la cara están también algunas veces atacados de contracciones tónicas, como así también los del maxilar y los del brazo. Casi siempre se observan convulsiones totales y parciales y muchas veces toma la enfermedad la forma de ataques epilépticos. Las convulsiones pueden limitarse a una mitad del cuerpo, tanto que parece que hacen pensar en el origen cortical de la dolencia. También las convulsiones alcanzan todo el cuerpo: hasta el tétanos muscular se ha observado.

Puesto que en la meningitis tuberculosa existen trastornos de la base del cerebro, son las afecciones de los nervios craneales una complicación muy frecuente y de gran valor diagnóstico. Se presentan casi siempre en el transcurso de la segunda semana. Los músculos del ojo son interesados con más frecuencia, existiendo una ptosis bilateral como natural consecuencia de la paresia del motor ocular común: trastornos pupilares (miosis, midriasis, anisocoria). Como síntoma curioso es aquel del globo del ojo que desde un extremo de una posición se dirige al opuesto; tan pronto está hacia arriba como hacia abajo, a la derecha como a la izquierda. Tampoco son raros movimientos nistágmicos del ojo. El examen oftalmoscópico demuestra, bien una neuritis óptica, bien un edema de la papila. Tubérculos de la coroides sobrevienen con más rareza que en la tuberculosis miliar. En el territorio del facial, se observan los mismos fenómenos de irritación que de parálisis. Por la presión ejercida por el exudado coleccionado en la parte correspondiente por el edema inflamatorio o por reblandecimiento pueden existir síntomas de foco, como monoplejía de un brazo y hemiplegia total, las cuales son pasajeras la mayor parte de las veces. Asimismo ha sido observada la afasia.

Entre los trastornos de la sensibilidad, sólo merecen citarse la hiperestesia de los ojos y músculos en los primeros días del mal.

En el curso de la segunda o al principio de la tercera semana, los trastornos del sensorio se acentúan más, tanto que se presenta un estado comatoso del cual no vuelve a salir el enfermo. En este estadio las manifestaciones pa-

ralíticas se acentúan y se extienden; la pupila está enormemente dilatada, reaccionando en muy escaso grado o absolutamente nada.

El adelgazamiento se acentúa; el abdomen está profundamente deprimido; la piel seca en alto grado se deja elevar en grandes pliegues. La temperatura está casi siempre elevada; oscila entre 38 y 40° y no raras veces se ven remisiones hasta 37°. El pulso es por lo general lento, pero también hay rápidos cambios en la frecuencia. A veces existe una arritmia pronunciada. La respiración, correspondiendo a la fiebre, está acelerada. Hacia el fin de la enfermedad se presenta no raras veces el tipo respiratorio de Cheyne-Stok. En las últimas horas antes de la muerte se observa una postración característica mientras el coma se hace profundo. El enfermo no puede tragar más, el pulso se hace repentinamente muy frecuente, la respiración completamente irregular, hay relajación de esfínteres, la temperatura se eleva a 40 ó 41° o desciende de 37° y la muerte se presenta.

Lo sorprendente en el cuadro clínico de la dolencia está en la variabilidad de todas estas manifestaciones. Muchas veces se observan remisiones que hacen esperar una mejoría. El médico no debe dejarse seducir por este aparente estado de alivio; en más o menos corto tiempo la enfermedad toma un curso fatal.

Respecto a los síntomas que los demás órganos presentan, bueno es decir que el abdomen está abarquillado y sus paredes están tensas. La orina contiene en los últimos estadios restos de albúmina; la diazo-reacción es por lo general positiva. El bazo está sólo en ciertos casos aumentado de volumen. Los vómitos tan frecuentes al principio de la enfermedad desaparecen en el curso posterior.

Formas atípicas. En el primer estadio puede estar enmascarada la meningitis tuberculosa, como lo ha observado Nonne, por el cuadro clínico de una ataxia aguda. Puesto que en el proceso tuberculoso también toma parte el cerebelo, puede creerse en una ataxia cerebelosa.

Otra forma atípica es aquella en la cual el proceso tuberculoso se localiza al principio con más intensidad en los centros motores corticales. Entonces aparecen síntomas de foco; monoplejías, hemiplejías, afasia, epilepsia cortical, etc., que en ciertas circunstancias pueden existir varios días y hasta varias semanas antes de que la ulterior extensión del proceso aclare el diagnóstico. Por lo general se trata en estos casos, no de una meningitis pura, sino de una meningo-encefalitis. También se conocen casos de marcha crónica.

En todos los casos dudosos debe hacerse la punción lumbar que nos ilustrará sobre los caracteres del líquido céfalo-raquídeo. La albúmina de éste en los casos de meningitis tuberculosa, está aumentada ligeramente. El análisis microscópico, que es el más importante, demuestra que en los sedimentos de la centrifugación del líquido hay pequeños leucocitos mono-nucleares; los poli-nucleares son muy escasos o faltan por completo. Si se colorea bien el sedi-

mento se encontrará en muchos casos el bacilo de Koch, siendo necesario a veces hacer 10 y hasta 20 preparaciones. El reconocimiento es hoy muy fácil con la ayuda de la antiformina. La ausencia de bacilos no excluye la idea de meningitis tuberculosa.

Diagnóstico diferencial. La meningitis tuberculosa es confundida en los primeros períodos con el tifus. En la infancia la confusión es fácil. El reconocimiento de la sangre por medio del examen bacteriológico y serológico permitirá un diagnóstico temprano de la afección. Por lo demás, es por todos conocido que en los niños las enfermedades febriles ofrecen una serie de síntomas muy parecidos a los de la meningitis, sin que las meninges estén interesadas. Por tanto, no hay que apresurarse al formar juicio. Más difícil puede ser el diagnóstico de la meningitis tuberculosa con la tuberculosis miliar: en los dos casos puede existir un proceso pulmonar anterior de origen tuberculoso. Si se encuentra una difusa bronquitis y una cianosis manifiesta, entonces se debe pensar en una tuberculosis miliar aunque existan síntomas de meningitis.

En cuanto a las otras formas de meningitis, en especial la meningitis cerebro-espinal epidémica, la meningitis purulenta causada por estreptococos y pneumococos y la meningitis serosa, el análisis del líquido céfalo-raquídeo será el que ayude al diagnóstico. Clínicamente puede decirse que los síntomas prodrómicos son de mayor duración en la meningitis tuberculosa que en las restantes formas de meningitis.

Pronóstico. Por muchos autores se ha puesto en duda la curación de la meningitis tuberculosa. Sin embargo, los casos indudables (pues se encontraron bacilos en el líquido céfalo-raquídeo) de meningitis curados, son la prueba más palpable. Lo mismo lo demuestra la disección de meninges tuberculosas curadas (Loube, Rilliet, Barthez, etc).

La duración es de dos a tres semanas y más y sólo en raros casos la terminación ocurre en muy pocos días después que apareció la enfermedad.

Tratamiento. Los cuidados al enfermo tienen especial importancia. El cuarto donde esté alojado debe tener una temperatura regular, bien aireado y algo defendido de la luz. La alimentación será leche abundante, huevos, sopa, carne picada y preparados, como somatose, etc. Limpieza de la boca. Lociones frías o calientes de todo el cuerpo con agua o soluciones alcohólicas una o dos veces al día.

En caso de vómitos, pedacitos de hielo o agua muy fría; las aplicaciones de compresas calientes o de hielo al epigastrio producen frecuentemente alivio. En los casos de vómitos rebeldes, opio o morfina. Procurar el movimiento intestinal por medio del aceite de ricino o calomelanos.

Medicamentos específicos contra la meningitis tuberculosa no existen verdaderamente. La tuberculina no ha producido ningún resultado. Algunas veces se ha visto suceder una agravación del proceso a una inyección subcu-

tánea de tuberculina: la inyección intrarraquídea de esta sustancia es muy peligrosa. El yoduro en todas sus formas y cualquiera que sea su modo de administración no cura tampoco; jamás se ha publicado ningún caso que hable en favor de sus efectos curativos.

La punción lumbar debe ser ejecutada en todos los casos con aumento de presión. Los efectos son sorprendentes aunque por desgracia pasajeros. Si se quiere inyectar algún medicamento (colargor, yoduros etc.) por vía lumbar, es necesario extraer de antemano alguna cantidad de líquido céfalo-raquídeo. La cantidad que ha de extraerse varía naturalmente del estado de la presión: puede muy bien llegarse hasta 30 cms. sin ningún peligro. Es indiscutible que la punción lumbar trae consigo notable mejoría, pues hace desaparecer los vómitos y los dolores de cabeza.

Los baños templados con ducha fría obran favorablemente sobre algunas manifestaciones. En cambio los baños calientes 38 - 40° deben ser empleados con grandes reservas.

Se ha intentado curar la meningitis por medio de la abertura del espacio sub-aragnoideo drenándole y además por la abertura y drenaje del canal vertebral, pero con pocos resultados, aunque Tilman cree que la abertura obra aquí tan favorablemente como la laparotomía en las peritonitis tuberculosas.

El tratamiento sintomático es el mismo desde hace mucho tiempo. Hielo a la cabeza y también en la columna vertebral; bromuros, morfina, cloral et-cétera, para combatir las molestias y excitaciones nerviosas, ligeros purgantes para procurar el movimiento intestinal, diuréticos y fricciones mercuriales.

Journal de Chirurgie

HOFFMANN: HAMBURGO. *Resultados del tratamiento de la apendicitis en 4.000 casos.*—De la Memoria de Hoffmann basada en 4.000 observaciones de apendicitis operadas en el servicio del profesor Kümmel, de Hamburgo, se puede sacar la conclusión, admitida en verdad por un gran número de cirujanos, pero no por algunos otros, de que el único tratamiento racional de la apendicitis aguda, es la intervención precoz, inmediata. Dieulafoy lo había dicho y todos los trabajos serios recientes no hacen más que confirmarlo. Lo que demuestra la estadística de 4.000 casos de Hoffmann, es que salvo un mínim de desgracias, la operación precoz de la apendicitis hecha en período agudo pone al abrigo de complicaciones múltiples y siempre muy serias que amenazan al enfermo que no ha sido operado antes.

He aquí las cifras de Hoffmann:

1.361 operaciones por apendicitis aguda o en estado agudo, de las cuales 599 en las 24 primeras horas han dado solamente 22 muertos o sea 1,6 por 100.

1.986 operaciones «en frío» han dado 15 muertos o sea 0,75 por 100.

321 operaciones por peritonitis difusa, han dado 137 muertos o sea 42,7 por 100, y 306 operaciones por absesos apendiculares han dado 41 muertos o sea 13,4 por 100.

Semejantes cifras muestran hasta la evidencia que la intervención inmediata o muy precoz en casos de apendicitis aguda es apenas más grave que la intervención llamada «en frío»; que esta última no tiene la inocuidad absoluta que algunos la atribuyen; que la muy grande mortalidad de las peritonitis difusas y la mortalidad respetable de absesos apendiculares no pueden ser progresivamente disminuídas más que por la generalización sistemática de la intervención inmediata.



F. FROMME: *La hemostasia en la histerectomía abdominal por cáncer*.—F. señala las hemorragias venosas que se producen en el fondo de la pelvis, procedentes de venas situadas en las fascias pelvianas, y tanto más abundantes cuanto más se aproximan a la pared pelviana. La ligadura de estas venas es difícil y muchas veces hasta imposible: Bumm ha utilizado el taponamiento; otros han ligado la hipogástrica: Wertheim tiene pinzas especiales para el parametrio; otros operadores han comenzado por seccionar la vagina, reservando el aislamiento y ligadura de las venas para el último tiempo de la operación.

F. aporta dos observaciones personales en las cuales ha dejado pinzas permanentes y recomienda esta técnica: aconseja no retirar estas pinzas antes de las cuarenta y ocho horas o más.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde

MAJEWSKY: *Una anomalía rara del aparato lagrimal*.—En el párpado inferior derecho de la enferma se descubrían cuatro puntos lagrimales que desembocaban juntos en un canal lagrimal o quizá primero en un espacio algo mayor que conduciría luego las lágrimas al canal normal. Por lo demás, la enferma no presentaba ninguna otra anomalía. Majewsky atribuye este caso a un trastorno embrionario.



PISSARELLO: *Contribución al estudio de la ectopia lenticular bilateral congénita*.—En un joven de 18 años se encontró luxación bilateral del cristalino hacia abajo y afuera e iridodonesis. Como síntomas restantes presentaba un raquitismo muy acentuado, varicocele, epispadias, atrofia testicular incompleta y escasa inteligencia.

Para explicar la anomalía en este caso, P, cita el aumento del eje del bulbo

y la pequeñez resultante del cristalino, teorías de Badal-Lagrange y Schirmer, y admite además otras causas, como traumatismo y raquitismo.



COATS: *Sobre retinitis exudativa*.—El síntoma anatómico más constante es la existencia de una masa de tejido conjuntivo entre la retina y la coroides. En los primeros estadios no existe esta unión. La transformación más frecuente en los vasos es una dilatación y congestión sin modificación esencial de sus paredes. La trombosis es frecuente en los vasos dilatados. También suele haber engrosamiento de la pared fibrosa de los vasos y degeneración hialina. El origen anatómico de la enfermedad son hemorragias en las capas profundas de la retina. La sangre queda encapsulada por un tejido nuevo. La retina degenera, es asiento de un edema. Al principio se limita el proceso sólo a la retina; después la coroides llega a estar algo infiltrada. La retina llega de esta forma hasta el total desprendimiento. Puede desarrollarse una catarata secundaria.

La enfermedad tiene lugar con muchísima más frecuencia en los jóvenes. Trastornos generales no tienen nada que ver con las causas del padecimiento. El exudado en el fondo del ojo puede presentarse como un foco único; por lo general son varios. El foco mayor está situado, por lo general, en el polo posterior del fondo, ora cerca de la papila, a la que puede rodear, ora cerca de la mácula. Muy raramente es la enfermedad periférica.

En el primer estadio parece el exudado blanco-amarillento y opaco. Algunas veces tiene un aspecto brillante. Es prominente; frecuentemente son hemorragias. La parte principal del exudado está situada por detrás de los vasos de la retina. Estos no presentan, por lo general, ninguna modificación. Con el transcurso de los años, va progresando la lesión. El resultado final es la ambliopía total o parcial.

La causa hay que buscarla en una enfermedad de los vasos, la cual no es aún accesible ni al oftalmoscopio ni al microscopio.



GALEZOWSKY: *Retinitis exudativa sifilítica*.—Fuerte coloración de un blanco intenso de todo el polo posterior del ojo, incluso la mácula en uno, y con exclusión de ésta en el otro ojo, extendiéndose en ambos hasta el ecuador. Al examen oftalmoscópico se observa la imagen clínica de la retinitis pigmentosa con esclerosis de los vasos de la coroides. El color blanco corresponde a un exudado que es prominente y oculta la coroides. En algunas partes, donde el exudado parece retraerse, se distinguen la coroides y depósitos de pigmento. Este último se encuentra esparcido aun en el exudado mismo. Wassermann positivo.

A. C.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

XV Congreso internacional de Higiene en Washington

VON NOORDEN, VIENA: *El régimen alimenticio en las enfermedades.*—

En la *obesidad* se debe intentar una disminución de las calorías contenidas en la alimentación, la cual se consigue generalmente con la disminución de grasas. Los hidrocarburos se administrarán en abundancia; en cuanto a los albuminoideos no se darán en cantidades menores de 100 gramos. El agua no se prohibirá sino cuando existan alteraciones de la circulación.

Tratamiento de *engorde*. La cantidad de hidratos, a causa de su mucho volumen no ha de pasar de 250 gramos. De los albuminoideos se permitirán, cuando más, de 100 a 120 gramos, sin que se pueda esperar mucho, para conseguir el fin apetecido, de las 1.300 calorías correspondientes a aquella cantidad. En la práctica los mejores resultados se obtendrán con la administración de las grasas, llegando a dar de ellas de 250 a 300 gramos al día. Con ello se pueden conseguir aumentos de peso hasta de dos kilos a la semana.

Gota y diatesis úrica. Reducción y en caso de necesidad supresión de las sustancias que contienen purinas.

Diabetes mellitus. Evitar toda substancia alimenticia que excite a los órganos productores de azúcar (células hepáticas), obligándoles a aumentar la cantidad de aquella substancia. Toda excitación del órgano no sólo lleva la producción de azúcar, sino que aumenta para el porvenir la debilidad y la facilidad para enfermar del hígado; por eso un tratamiento bien meditado y seguido con constancia permite su descanso. En lo posible se han de reducir la cantidad de hidrocarburos y albuminoideos. En todos los enfermos de diabetes se debe estudiar atentamente con qué género de alimentación y qué clase de vida la producción de azúcar es menor.

Enfermedades del aparato digestivo. Alimentación nutritiva, ahorrando en lo posible trabajo á los órganos enfermos. Dieta láctea prolongada.

Enfermedades del riñón. Aliviar en lo posible el trabajo del riñón. Reducir las sustancias proteicas. Sin embargo, esta reducción no debe pasar ciertos límites, puesto que los enfermos con afecciones renales crónicas, se hacen anémicos y caducos cuando por mucho tiempo se les tiene privados de aquellas sustancias. Irritan el riñón los condimentos y se han de prohibir por tanto. También fatigan el parénquima renal el alcohol, la sal y el agua.

Se debe huir de toda dieta sistemática, siendo por el contrario de nece-

sidad estudiar la individualidad de cada enfermo y proceder según los casos dentro de prescripciones generales.

WARREN COLEMAN, NEW YORK: La mala ventilación; desconocimiento de los factores que la hacen perjudicial.

Las experiencias sobre la ventilación defectuosa son contradictorias. Sabemos que el aire libre, la luz del sol y un clima seco y frío ejercen en el organismo una acción benéfica y saludable; por el contrario, las habitaciones mal aireadas influyen desfavorablemente sobre los individuos. La fisiología, hasta ahora, no ha encontrado una explicación satisfactoria de estos fenómenos.

No es debida, seguramente, la acción nociva de la mala ventilación a la disminución del oxígeno, ni mucho menos a que el aire se halle sobrecargado de ácido carbónico. Tampoco se puede sostener que se deba aquella perniciosa acción a la presencia de alguna sustancia tóxica en el aire confinado. Probablemente, el papel principal lo juegan la temperatura y el grado de humedad.

El estado de la piel ejerce una poderosa acción sobre los pulmones, quizá por intermedio de una acción vaso-motora, probablemente sin embargo, provocando de alguna manera una acción química sobre aquellos órganos. Los pulmones no son, sin duda ninguna, órganos pasivos a través de los cuales circulan los gases, como pueden hacerlo a través de una membrana muerta. Son más bien asiento de diversos fenómenos vitales que tienen un influjo poderoso sobre la salud.

Creemos que los pulmones, de un modo indirecto, pero muy poderosamente, están influídos por la piel, y por este mecanismo la ventilación tiene grande y saludable influjo sobre la salud.

Sección de Biología de la Asociación médica de Hamburgo

LÜTTGE: *Tumor de conus medular*.—Hombre de 36 años, enfermo desde tres meses antes de su ingreso en la clínica: parálisis vexical, sin erecciones ni eyaculaciones, parálisis del esfínter anal: disminución de la excitación eléctrica en dos zonas inervadas por los nervios sacrales cuarto y quinto. Reflejo rotulario extinguido. Clínicamente todos los fenómenos hablan a favor de una afección del conus contra una lesión caudal y la falta casi absoluta de dolor, la rapidez del desarrollo (seis meses), simetría de los síntomas, disociación exacta de las parálisis sensitivas, existencia anterior de síntomas lumbares. Diagnóstico: Tumor intramedular (quizás glioma). Autopsia: Pielonefritis, absceso hepático, tumor en la parte terminal de la médula encapsulado por una membrana procedente de la aracnoidea, que le hacía parecer a primera vista como un tumor intramedular. Se trataba, sin embargo, de un endotelioma que, ha-

biendo tomado su origen en la aracnoidea y en la pia, envolvía la médula lumbar hasta su extremo. El conus en parte reblandecido. Detrás del canal medular, en el segmento sacral inferior existe una cavidad. Los cuernos y los cordones posteriores ligeramente afectados. Por debajo del conus, el tumor llena el conducto todo de la dura, rechazando a un lado el manojito caudal. Degeneración ascendente sólo en algunos cordones centrales de la cola.



KISSLING: *Sobre un caso de tumor cerebral.*—Kissling presenta un tumor del cuarto ventrículo, de cuyo análisis histológico resulta que se trata de una hipertrofia circumscripita del plexo coroides.

La preparación procede de una mujer de 42 años, la cual ya desde la juventud venía padeciendo fuertes dolores de cabeza, y varias veces había sido tratada de ataque de *cefalia*. En noviembre de 1911 volvieron otra vez a presentarse fuertes dolores de cabeza, náuseas, vértigos, vómitos, algunas veces trastornos de la deglución, *ahogos*.

Desde el 22 de mayo hasta el 17 de junio estuvo la enferma sometida a tratamiento en una clínica, durante el cual mejoró el estado general y disminuyeron los dolores de cabeza. Como faltaba todo síntoma objetivo, se diagnóstico de neurastenia o de histerismo.

Desde el 24 de junio, de nuevo se presentaron los dolores de cabeza, vértigos, zumbidos de oídos. La exploración permitió esta vez reconocer la existencia de éxtasis de ambas papilas. Wassermann negativo. Sangre, 4,5 millones de glóbulos rojos, 9.000 leucocitos, 60 por 100 de hemoglobina. El 30 de junio, punción lumbar, presión 210 milímetros, líquido claro, fase I positiva, linfocitosis negativa. El primero de julio aumenta el éxtasis papilar, hemorragia en ambos lados. Silbidos y zumbidos en la cabeza sobre todo al hacer algún movimiento. 6 de julio, paresia pasajera del lado izquierdo. Babinski. 8, nistagmus: pierna derecha, parálisis; izquierda parésica, 9. muerte repentina.

El orador presenta otros tres tumores del cuarto ventrículo, procedentes del plexo corideo y termina haciendo notar la gran dificultad que existe para diagnosticarlos.



NONNE: *Un caso de tumor medular.*— Se trata de un veterinario, de 40 años, sin antecedentes sifilíticos, alcohólicos ni traumáticos. El cual, del 27 al 28 de enero, empezó a notar suparestesia en el brazo izquierdo, con picor del mismo. Estos fenómenos, en el curso de la siguiente semana, fueron en aumento. Después se presentó dolor desgarrador en la nuca con irradiación al brazo izquierdo. Se la trató primero como reumático. Dos meses después se presentó una disminución de los movimientos de la extremidad izquierda superior. En

la clínica de una universidad se le hizo una radiografía, según la cual se diagnosticó un proceso destructivo de la quinta vértebra cervical. El orador reconoció al enfermo el 12 de junio, encontrando una pequeña disminución de la energía motora del brazo izquierdo, hipoestesia de todas clases en la misma extremidad. Exploradas las reflejas, no se pudo apreciar ninguna anomalía. No había atrofia ni cambio de la reacción a la electricidad. Ligera ataxia en los dedos y en la mano. Además se encontró sensación dolorosa a la presión entre las apófisis espinosas de la cuarta y quinta vértebra cervical: en la extremidad inferior izquierda estaban los reflejos aumentados Babinski. La exploración con los rayos X no dió ninguna anomalía.

Punción lumbar: fase I, +; linfocitosis, O.

Wassermann negativo.

El diagnóstico que se hizo fué: un proceso destructivo de la médula a la altura de la cuarta o quinta vértebra cervical. No se precisó si el tumor era extramedular, intramedular o intradural.

La operación (doctor Sicll) demostró que se trataba de un tumor, situado a la altura diagnosticada, hacia atrás y en la línea media de la médula. El intento de enuclearle fracasó, porque se trataba de una neoformación neoplásica infiltrada difusamente.

Muerte al día siguiente.

La autopsia demostró que se trataba de un gliosarcoma abundantísimo en células.

J. H. O.

BIBLIOGRAFÍA

Sobre los efectos del Salvarsan en el oído medio, por el doctor don Ernesto Botella, del Real Hospital del Buen Suceso. (Comunicación presentada al IV Congreso nacional de Oto-rino-laringología. Bilbao, agosto, 1912.) El distinguido especialista de Madrid, doctor Botella, ha hecho objeto de una interesante monografía su comunicación al IV Congreso de Oto-rino-laringología sobre los efectos del Salvarsan en el oído, asunto de gran interés y actualidad.

Empieza el autor por relatar varios casos referidos en la literatura médica y pasa luego a relatar sus personales observaciones, que ascienden a la respetable cifra de 81. Todas ellas son objeto de un examen otoscópico minucioso del oído medio e interno, y para aquilatar bien los resultados los divide en tres grupos.

- 1.º Individuos con oídos normales.
- 2.º Individuos con lesiones del oído anteriores a su infección sifilítica.
- 3.º Individuos con lesiones del oído posteriores a la sífilis.

De los 81 casos observados, 45 pertenecen al primer grupo y ocho de ellos presentaron trastornos después de la inyección.

Al segundo grupo corresponden 24, en las cuales el Salvarsan no produjo ningún efecto ni beneficioso ni perjudicial.

Al tercer grupo corresponden 12 enfermos.

En resumen, de 81 individuos examinados, 14 presentan alteraciones y trastornos más o menos graves después de la inyección de Salvarsan.

Pasa después revista el autor a todas las teorías para explicar estos trastornos y termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

1.^a Que el Salvarsan es un medicamento que, como todos los enérgicos, debe ser manejado con gran cautela, debiéndose hacer los mayores esfuerzos para destruir la leyenda de su terapéutica esterilizante magna, que hace confiar a los enfermos en una curación inmediata imposible con abandono de todo tratamiento, hecho que indudablemente favorece la presentación de complicaciones faciales y auditivas, sea el que sea el origen de éstas.

2.^a Que no debe hacerse ninguna inyección de Salvarsan sin que vaya precedida de un examen otológico minucioso, no considerando apto para ser inyectado ningún individuo que tenga lesión reciente del acústico en cualquiera de sus ramas.

J. S.

NOTICIAS

En Mansion House, en Londres, se ha celebrado una sesión el 25 de octubre bajo la presidencia del Lord Mayors, en la cual se trató de levantar un monumento nacional a la memoria de lord Lister. Se convino en colocar una medalla en la Abadía de Westminster, erigir una estatua en una de las principales plazas de Londres y fundar una institución con carácter internacional para fomentar el progreso de la cirugía. Lord Haldane, en un largo discurso, ponderó los inapreciables servicios prestados por Lister a la cirugía y a la humanidad y puso de relieve la justicia de los honores proyectados en memoria del famoso cirujano.

La viruela en Baviera

En el año 1911 no ha habido ni un solo caso de viruela en todo el reino de Baviera. Es un *record* que causará envidia en Inglaterra, donde la viruela produce tantas víctimas, porque ha dejado de ser obligatoria la vacuna.

El doctor Ulecia

El día 2 del mes pasado sorprendió inesperadamente la muerte al activo y culto compañero doctor Ulecia.

A «La Gota de leche», fundación al calor de la cual tantos niños han podido vivir, dedicó Ulecia grandes entusiasmos, que vió coronados no con menores éxitos que los que su labor periodística y profesional le proporcionó hasta su muerte.

Nosotros nos asociamos de corazón al dolor que por su pérdida siente toda la clase médica.

Una organización interesante

Alemania ha dado el ejemplo. Consiste en servirse de los carteros rurales para el servicio de recetas: es decir que si en pleno campo, en aldeas donde no hay botica, ocurre el caso urgente de una receta, por un médico, los interesa-

dos pueden echar la receta en el buzón de cartas; el cartero, al recoger las cartas se entera de la receta y la entrega en la farmacia más próxima. El cartero se halla autorizado también a recoger el medicamento recetado y llevarlo a domicilio, mediante remuneración de este servicio. La Dirección de correos de Alemania estudia el modo de incluir en esta organización las oficinas de correos y los buzones de las estaciones de ferrocarriles.

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 frecuentemente por la clase médica.

DEPÓSITOS EN SANTANDER

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

AGUA DE HOZNAJO

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.

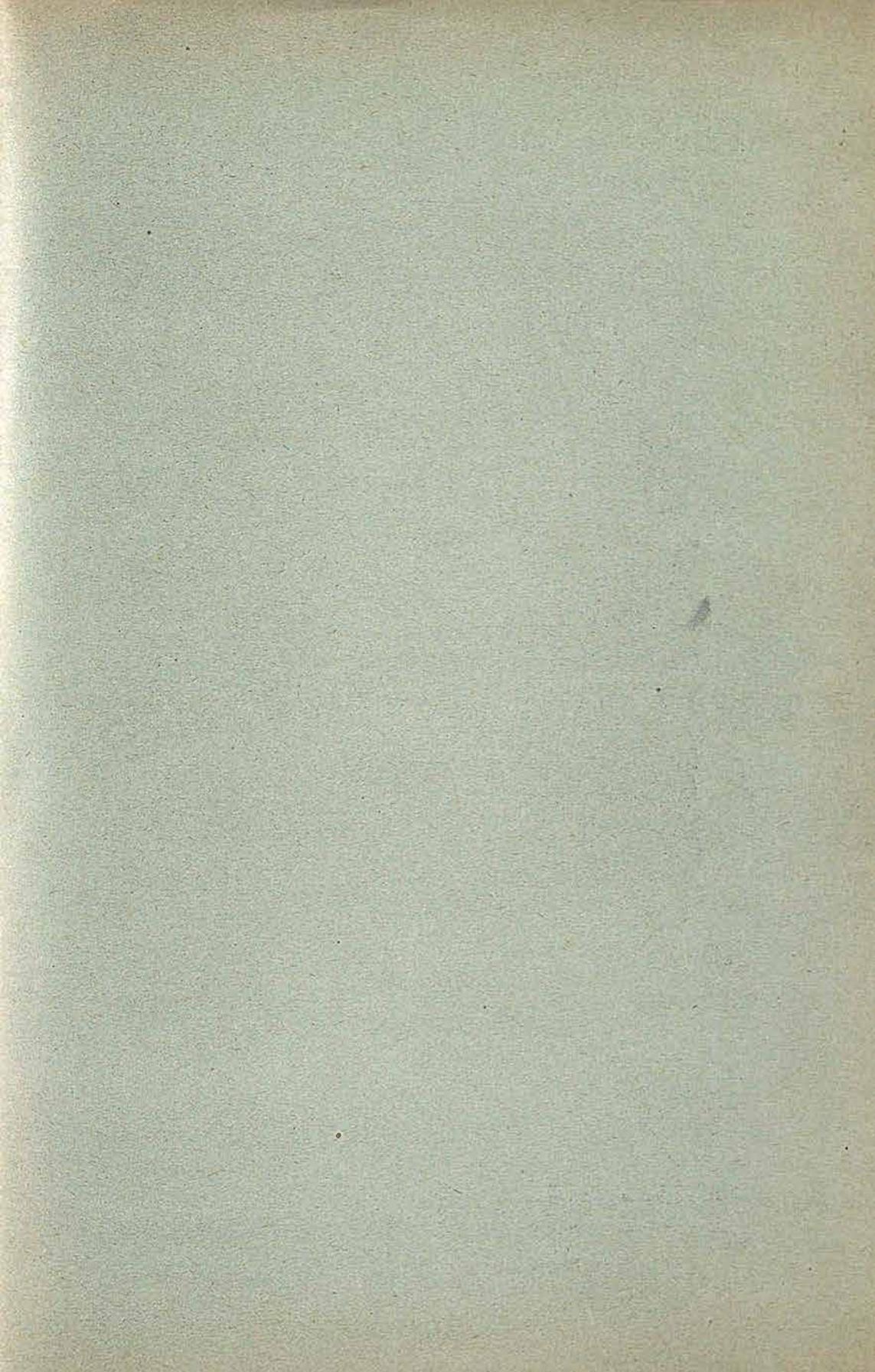
Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Uitrinas, etcétera.

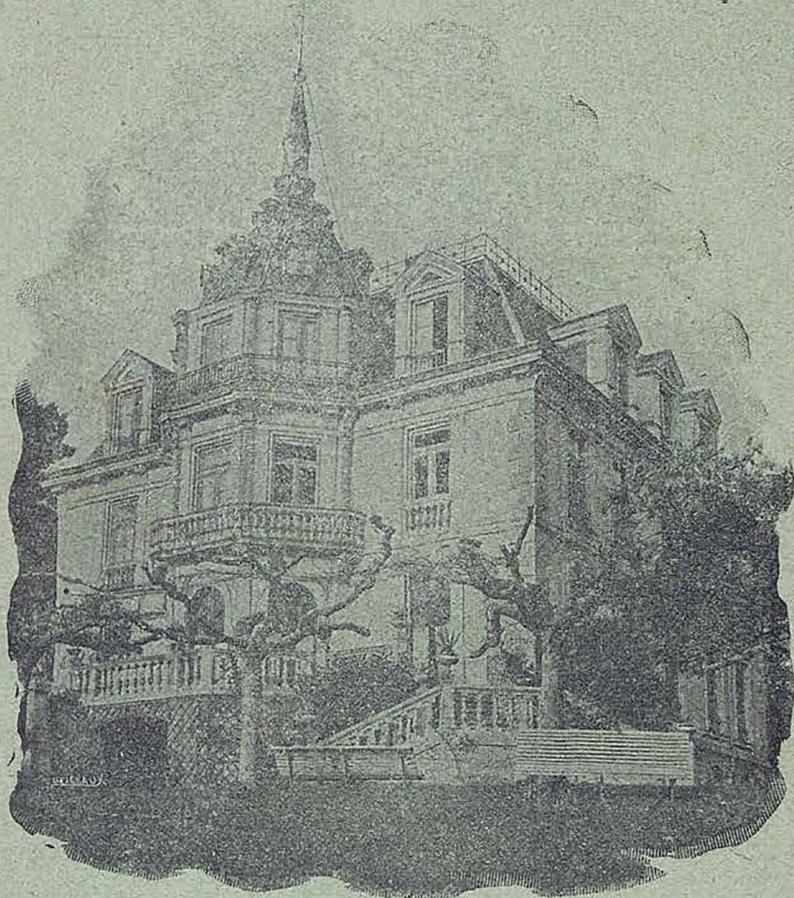
Calle de Valencia, número 286

BARCELONA



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.

Higado: 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