

R-1869

SANATORIO  
\* MADRAZO \*

AÑO III. \* NÚMERO 9  
\* OCTUBRE DE 1913 \*

# BOLETÍN

DE

# CIRUGÍA

## REDACTORES

E. D. Madrazo.	Juan Herrera.
Vicente Quintana.	José Teresa.
Joaquín Santiuste.	Carlos R. Cabello.
Mariano Morales.	Agustín Camisón.

## SUMARIO

### TRABAJOS ORIGINALES

JUAN HERRERA ORIA: Los extractos hipofisarios y el globo de "Champetier" en la placenta previa.—J. GÓMEZ VEGA: La estabulación de las ostras.—El descubrimiento de Noguchi, conferencia del D. LLORENTE.

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

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

Medicamento granulado e inyectable  
Reconstituyente energético



Phosphorrenal Robert

# JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"

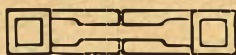


Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

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

---

# BOLETIN

DE

# CIRUGIA

---

## LOS EXTRACTOS HIPOFISARIOS Y EL GLOBO DE "CHAMPETIER" EN LA PLACENTA PREVIA

---

Por Juan Herrera Oria

En los últimos años se ha preconizado un tratamiento de alta cirugía contra la placenta previa: tal es la cesárea vaginal u operación de *Dührssen*, y la misma cesárea abdominal (*Sehlleim, Krönig*).

Los resultados obtenidos parecen satisfactorios. Pero tan radicales métodos ni son en la actualidad, ni serán nunca practicables fuera de la sala de operaciones. En absoluto no es un recurso inaccesible para el tocólogo con suficiente preparación quirúrgica, la práctica de la cesárea vaginal en el domicilio de la enferma, y en casos de gran excepción hasta la de la abdominal; pero ello no será sino cuando las circunstancias impongan tales intervenciones como *ultima ratio*, que ciertamente será muy pocas veces.

Mientras tanto, el práctico tendrá que contentarse con los recursos ya clásicos. Las frecuentes polémicas que en sociedades y congresos se suscitan sobre los métodos de tratamiento de esta grave complicación, y la frecuencia con que sobre ellos se escribe en la Prensa profesional, ponen de manifiesto lo poco satisfactorio de sus resultados a pesar de los progresos obtenidos. Ciertamente no son muy tranquilizadores los datos de la gran estadística (8.729 casos entre unos seis millones de partos) presentada por *Döderlein* en el último Congreso internacional; la mortalidad materna es, según ellos, de 15-20 por 100, la in-

fantil de 50 por 100. Es decir, que la placenta previa sigue siendo una de las complicaciones contra las que nuestros recursos terapéuticos valen menos. De aquí que toda modificación en los métodos de tratamiento conocidos que señale un progreso, por pequeño que sea, tiene importancia extraordinaria.

Creo que la combinación del globo de *Champetier* con la administración de los productos hipofisarios ofrece algunas ventajas sobre la versión de *Braxton Hicks*, y sobre la metrorraxis simplemente.

a) La contracción de la matriz dificulta la desviación de la presentación, uno de los inconvenientes del globo.

b) Se puede prescindir del peso que tira del globo (cuya colocación no deja de ofrecer algunas dificultades e inconvenientes), de necesidad muchas veces, cuando las contracciones tardan en presentarse.

c) El globo que actúa con el peso ejerce una presión continua sobre el segmento placentario inserto en las márgenes del orificio: la presión provocada por la contracción misma es intermitente, y con ello la vitalidad del feto sufre menos.

d) La presión constante predispone a las rasgaduras cervicales que tan extensas suelen ser en estos casos, de tanta sangre y tan graves.

e) Con ser el parto más rápido, es menor el peligro que el feto corre.

f) Por la misma razón disminuyen las causas de infección materna.

Voy a referir dos casos con este tratamiento terminados satisfactoriamente.

I. *Múltipara*.—La noche anterior tuvo una hemorragia abundante. Se la taponó. Al día siguiente, quitado el tapón, se repitió la pérdida de sangre. La ví al mediodía con el doctor Pelayo Guijarte. Embarazo a término. Primera presentación. Feto muerto. Cuello empezando a borrar. Dilatación como dos pesetas. Bolsa íntegra. 110 pulsaciones. 37-8°. No sangraba. Por el tacto se percibía la masa placentaria inserta en la cara posterior de la matriz.

Rotura de la bolsa. Colocación de un globo mediano de *Champetier*. Inyección de pituitrina «Vaporole». A los tres minutos primera contracción. Hora y media después expulsión espontánea del globo y en seguida del feto. Diez minutos más tarde alumbramiento completo. La pérdida de sangre insignificante. Puerperio normal.

II. *Primípara*.—Última regla 25 de enero. Embarazo normal. Desde

los primeros días de octubre alguna pérdida de sangre. El feto vivo. Primera presentación. Reposo absoluto. El 20 del mismo mes hemorragia abundante. El cuello no daba paso a un dedo. 105 pulsaciones. Temperatura normal. Rotas las membranas, y como no cesara la hemorragia a la hora, introducción de un globo pequeño de *Champetier*: cesó la hemorragia. Pasada una hora sin que hubiera contracción, inyección de una ampolla de «Hypophysin» (*Meister Lucius u Brüning*). A los pocos minutos primera contracción: éstas se sucedieron con regularidad durante dos horas, al cabo de las cuales los dolores se hicieron más raros y muy débiles. Para entonces las cosas estaban de esta manera: no había pérdida de sangre; cuello casi borrado del todo; dilatación como un duro. Saqué el globo para colocar otro mayor (durante esta maniobra, que fué, sin embargo, muy rápida, se perdió un poco de sangre) y administré una nueva inyección de «Hypophysin»; volvieron los dolores enérgicos y seguidos. Expulsión del globo a las dos horas. La cabeza se encajó en seguida, conteniendo la pérdida de sangre. Expulsión del feto en diez minutos y detrás las membranas. Feto vivo. Puerperio normal.

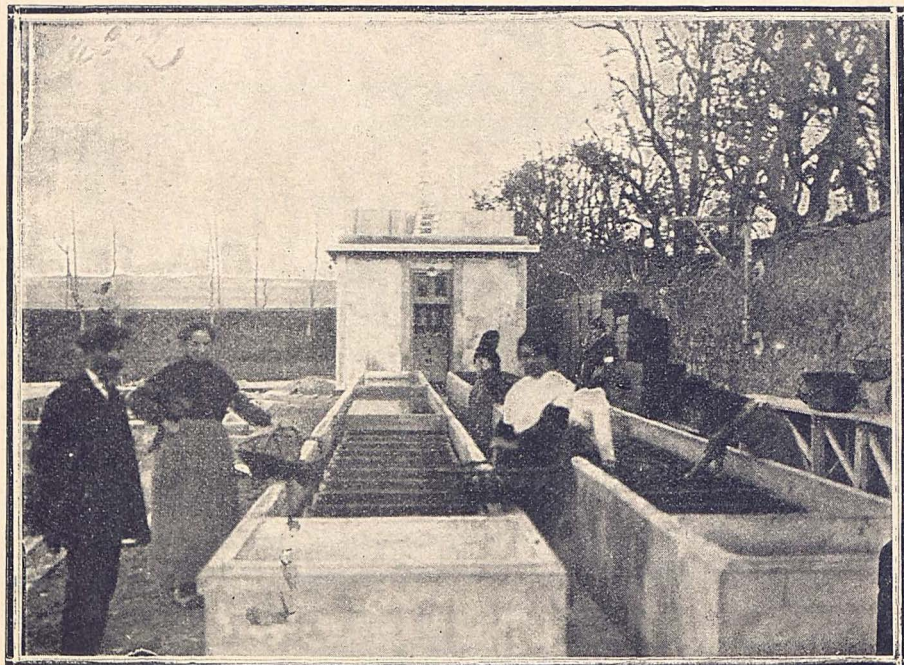
Casos semejantes a estos abundan en la prensa profesional, especialmente alemana.

## LA ESTABILACION DE LAS OSTRAS

Por J. Gómez Vega.

La epidemia de fiebre tifoidea que se padeció en Madrid a últimos de 1911 y principio de 1912 fué ocasionada, según algunos médicos, por la ingestión de ostras, fundándose éstos en que la epidemia atacaba a la gente pudiente y que, por lo tanto, podía hacer uso de este marisco; sin embargo, otros médicos creían que no se podía científicamente culpar a las ostras de ser el vehículo de transmisión del bacilo de Eberth, fundándose en que nunca se había encontrado el bacilo de Eberth en las ostras a pesar de los numerosos y repetidos análisis, y en segundo lugar en que en ninguna capital, excepto Madrid, se padecía en aquella época fiebre tifoidea, a pesar de consumirse una gran cantidad de ostras y proceder de los mismos parques que las que se consumían en Madrid.

Si en un depósito limpio, alimentado con agua de mar bien filtrada, colocamos ostras cuyas valvas hayan sido bien cepilladas, a las 24 horas notamos que



el fondo del depósito está cubierto de filamentos parduscos oscuros. Estos filamentos son las deyecciones del tubo digestivo de las ostras. Si por un lavado del depósito y por una renovación del agua también filtrada los hacemos desaparecer, al día siguiente vuelven a aparecer los filamentos, pero en menor número, más cortos y más transparentes. Y repitiendo estas operaciones varios días concluyen por desaparecer los filamentos. La ostra ha vaciado su tubo digestivo, y como el agua filtrada con que se ha repuesto el depósito no contiene nada que la ostra pueda ingerir, queda ésta en estado de ayuno completo. Las impurezas que pueden estar contenidas entre las valvas tardan menos tiempo en desaparecer, pues son rechazadas por las pestañas vibrátiles del manto, que están en movimiento constante.

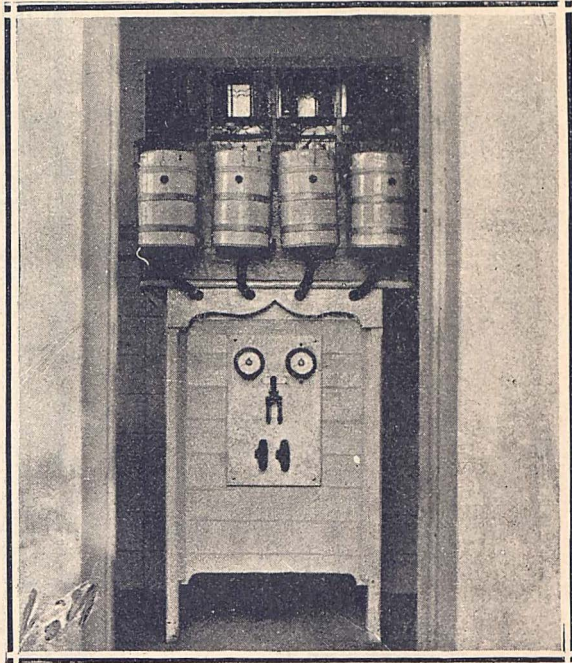
Las ostras que durante ocho días hayan estado sometidas a esta renovación de agua filtrada, pueden considerarse como puras. En experiencias hechas por Faber Domengue en un acuario con 670 ostras en siembra en estufa a 40°, no acusaban ya cultivo de ninguna clase.

Estas condiciones en que se colocan las ostras es lo que los franceses llaman «estabulación».

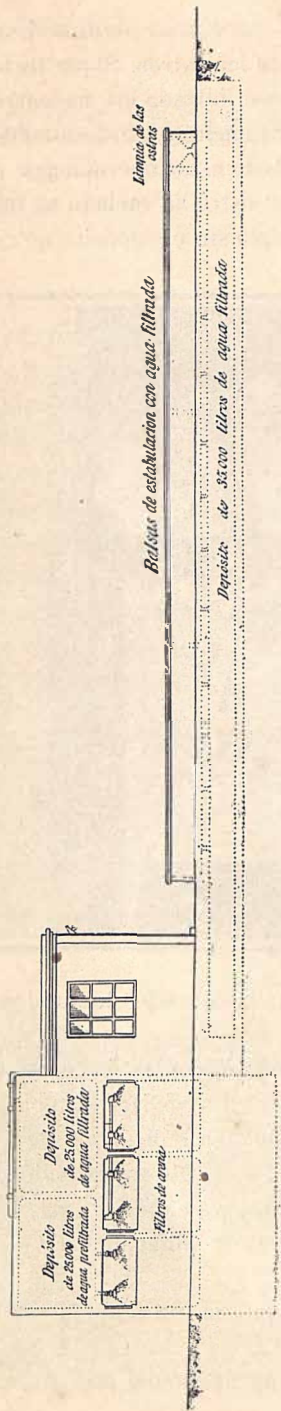
Como se ve, el fundamento de la depuración consiste en hacer vivir las ostras en agua de mar rigurosamente purificada, y para realizar esto basta con disponer de un sistema de purificación del agua de mar y disponer de un estanque dividido en compartimientos, tantos como los días de estabulación, siendo el mínimo seis, y dos más para operaciones o para depósito de las ostras destinadas al consumo. Estos estanques deberán estar alimentados con agua de mar asepticada.

La Compañía Ostrícola de Santander agrega a la filtración la esterilización por los rayos ultra-violeta.

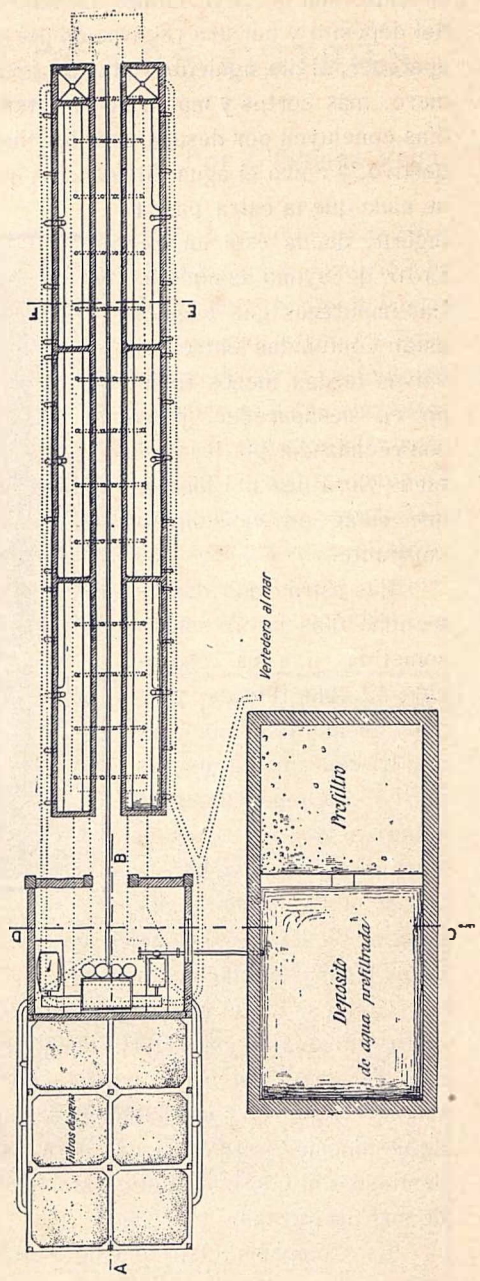
La filtración la hace la Compañía Ostrícola de Santander por un prefiltro



# ALZADO



# PLANTA

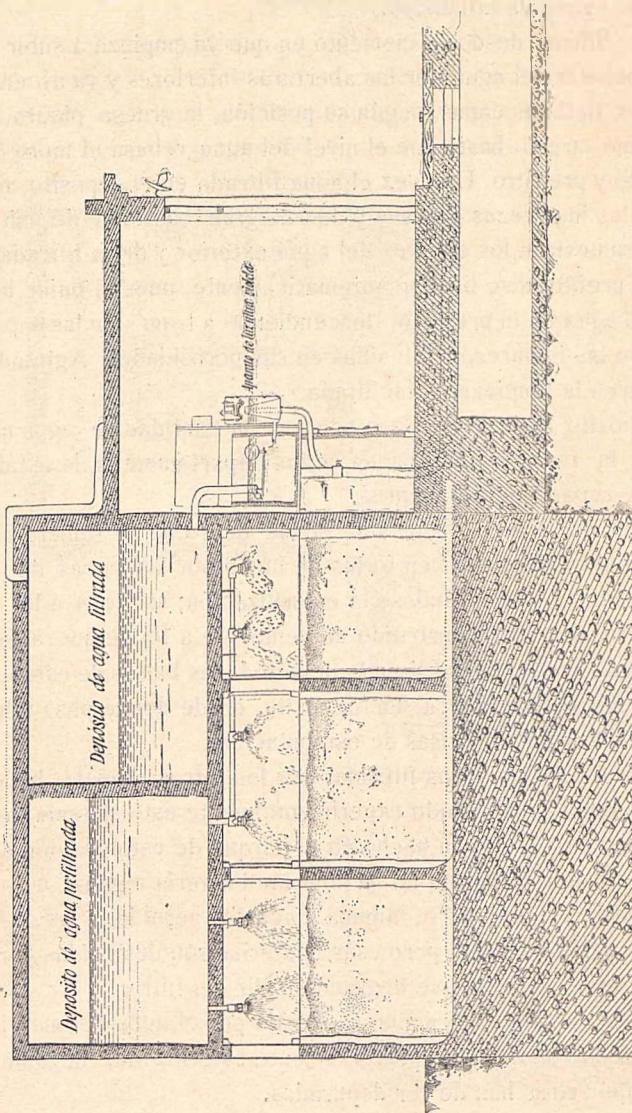




tipo atlántico, en el cual el agua del mar entra en la marea alta, de la parte inferior a la superior, atravesando las capas de grijo, grava, arena gruesa y arena fina, midiendo un metro de espesor. Sus muros tienen una altura superior a las más altas mareas, evitándose, por tanto, la posible entrada de las aguas por la parte superior.

El prefiltro tiene una extensión proporcionada al consumo diario de metros cúbicos de agua de mar esterilizada, necesaria para la estabulación. Del prefiltro pasa el agua a un depósito de una capacidad de 60 metros, y de donde,

SECCION A. B.



con una bomba centrífuga actuada por un motor eléctrico, es elevada a dos depósitos altos, capaz cada uno para 25.000 litros. De éstos desciende el agua por unos tubos cuyas bocas en forma de regadera dejan caer el agua sobre un sistema de filtros «Janet», que constan de una capa de arena de 1,20 metros y una capa inferior de grava de diez centímetros. Una vez filtrada el agua es aspirada por la bomba centrífuga y llevada a las cámaras de cuatro baterías de luz ultra-violeta, donde es esterilizada, pasando después a las balsas de estabulación. Éstas tienen sus desagües inferiores, que marchan al mar, por donde salen las aguas ya utilizadas.

En el prefiltro, desde el momento en que ya empieza a subir la marea, comienza a penetrar el agua por las aberturas inferiores y va ascendiendo, atravesando las distintas capas, según su posición, la gruesa piedra, grijo, grava y, por último, arena, hasta que el nivel del agua rebasa el muro de separación del depósito y prefiltro. Una vez el agua filtrada en el depósito, está desembarazada de las impurezas gruesas y aun de gran cantidad de microorganismos, como lo demuestran los cultivos del agua exterior y de la filtrada.

Estos prefiltros se limpian automáticamente, pues al bajar la marea baja el nivel del agua en el prefiltro, descendiendo a través de las capas filtrantes y arrastrando las impurezas detenidas en sus porosidades. Agitando la arena en la baja marea la limpieza es facilitada.

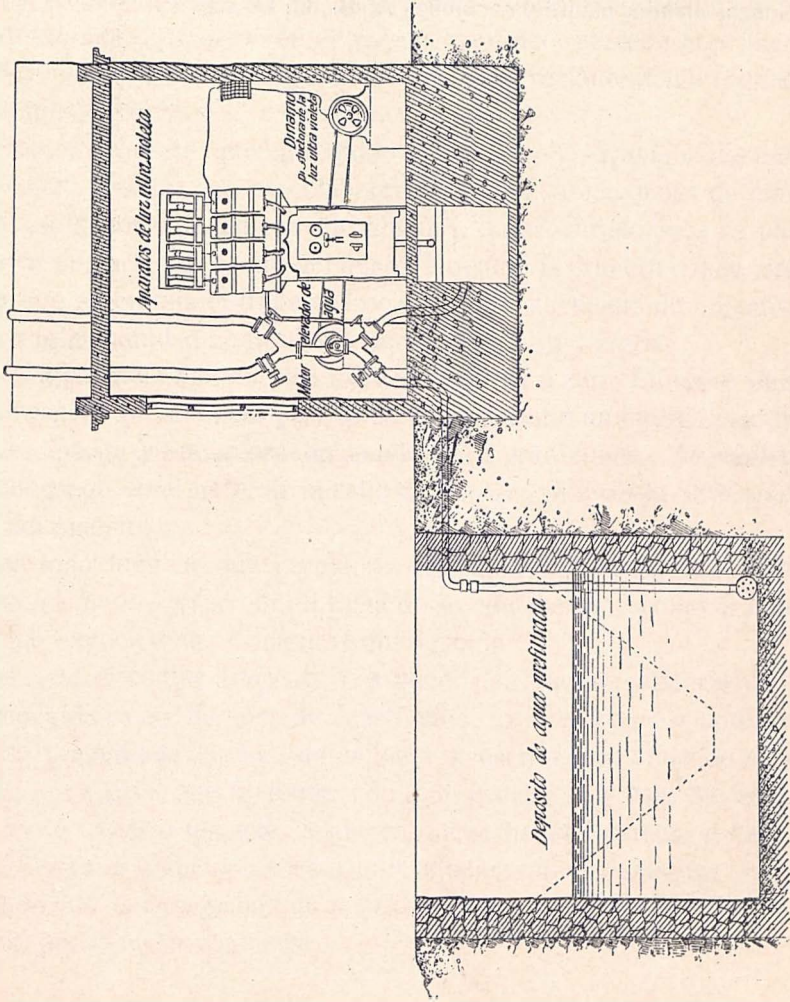
El depósito anejo al prefiltro contiene la cantidad de agua necesaria para atender a la renovación del agua en los departamentos de estabulación en el tiempo que separa marea a marea.

Los filtros «Janet», que son filtros de arena no sumergidos, reciben el agua de los depósitos altos en forma de lluvia por las bocas de regadera, aireándose el agua y facilitándose la esterilización; así llega a las capas inferiores del filtro, que está construido en pendiente a fin de que aquélla no se detenga y siga a una cisterna situada debajo de las balsas de estabulación, donde por una bomba es elevada a un depósito, desde donde pasa a las baterías de luz ultra-violeta y a las balsas de estabulación.

El análisis de las aguas filtradas por los filtros «Janet», hecho por Michel y Monche, que han estudiado experimentalmente este sistema, así como por el doctor Mendoza, que lo ha hecho en el parque de estabulación de la Compañía Ostrícola de Santander, no ha acusado bacteria alguna: a lo más, en las partes inferiores del filtro, alguna bacteria aerobia a las que llama Michel bacterias epifenomenales; pero esas bacterias son destruidas por los rayos ultra-violeta en el caso en que llegasen a salir del filtro.

Una vez conocido el camino recorrido por el agua del mar hasta llegar al depósito donde ha de estar perfectamente esterilizada, llegamos a las balsas en donde las ostras han de ser depuradas.

SECCION C. D



SECCION E. F.  
Filtros de estabilizacion con agua filtrada



Para esto existen seis balsas donde se colocan las ostras después de un cepillaje mecánico de sus valvas. Como este cepillaje no pudiera ser suficiente para destruir las algas parásitas, etc., que se crían en dichas valvas, son desinfectadas en una solución de permanganato de potasa al 25 por 1.000 y después lavadas con agua esterilizada para separar el desinfectante.

En las balsas de estabulación se colocan las ostras, siendo las aguas renovadas constantemente, permaneciendo en ellas seis días, y desde donde van directamente al consumo, y por consecuencia completamente exentas de germen patógeno.

Para dar idea completa de los trabajos hechos con el fin de someter las ostras a los modernos y eficaces procedimientos de esterilización por estabulación, publicamos algunos fotograbados, entre ellos los planos de las instalaciones, alzado, planta y secciones A. B., C. D. y E. F.

---

# EL DESCUBRIMIENTO DE NOGUCHI

## CONFERENCIA DEL DOCTOR LLORENTE

Al sabio doctor Llorente, director del Instituto Microbiológico de Sueroterapia y Antirrábico, cuyo amor a la ciencia médica y cuya competencia y laboriosidad en las investigaciones microbiológicas ponen su nombre a tan alta cotización en el mundo científico, se debe la primera noticia del descubrimiento del germen de la rabia, recientemente logrado por el doctor Noguchi.

El doctor Llorente, que ha seguido paso a paso los trabajos del eminente médico japonés, que ha colaborado con otras eminencias de fama universal en las investigaciones microbianas, ha procurado para su país la gloria de colgar en el pecho del ilustre Noguchi la primera condecoración con que se premia el trabajo, la ciencia y el altruísmo de un sabio, con quien la humanidad contrae una deuda de gratitud eterna.

La competencia que en esta materia tiene el doctor Llorente daba a la conferencia que anunció para el domingo pasado un interés científico extraordinario, y buena prueba de ello fué el gran número de médicos que se congregó en el hotel de la calle de Ferraz, para oír la autorizada palabra del maestro.

En el tono familiar que caracteriza la llaneza y modestia del eminente bacteriólogo, desarrolló el tema de su conferencia, como el catedrático que explica a sus discípulos una lección.

Comenzó el doctor Llorente por hacer una sucinta historia de la rabia, conocida ya en tiempos de Aristóteles, trescientos años antes de Jesucristo, y estudiada con más detenimiento sesenta años antes de la Era Cristiana por Celso, que la define con toda precisión, y éste dió el tratamiento con acierto tal, que desde entonces hasta Pasteur, no se ha empleado para la curación de esta enfermedad otra terapéutica que la indicada por él, la extirpación de la parte infectada, la succión y la cauterización por el hierro candente.

En 1881, el gran Pasteur reproduce la rabia por inoculación y señala las leyes de la propagación en el individuo.

El mismo glorioso profesor francés notifica al mundo, en 25 de febrero de 1884, que ha arrancado a la Naturaleza el secreto de la curación de la rabia, y en comunicación que dirige a la Academia de Ciencias de París, fija las reglas, establece las conclusiones, señala los procedimientos, y, en una palabra, levanta el velo de la ignorancia y descubre la verdad. La rabia, azote de la humanidad, dejará de serlo en lo sucesivo mediante las inoculaciones del suero antirrábico. El *similia similibus curantur* tiene una vez más aplicación y confirmación en la medicina.

Si Pasteur, por otros descubrimientos bacteriológicos, no fuera merecedor de la admiración del mundo entero, bastaría este para que cualquier pueblo que de culto se precie se honre levantándole estatuas.

En 1885, la ciencia adopta como verdad inconcusa la revelada por Pasteur, y al tratamiento por él aconsejado, le da el nombre de Pasteriano en loor y memoria del ilustre inventor.

Otros sabios, Negri entre ellos, continúan los estudios del germen de la rabia, y el últimamente nombrado señala en los atacados de esta enfermedad los corpúsculos que llevan su nombre. Pero experiencias repetidas demuestran que no se ha descubierto todavía el microbio de la rabia, toda vez que ese corpúsculo se encuentra en los centros nerviosos de animales no afectados, que con ellos no se provoca en el perro la rabia furiosa y que su inoculación no inmuniza a los animales vacunados.

En este estado el problema, corona el edificio gigantesco cuyas primeras piedras pusiera Pasteur, otro investigador, Hideyo Noguchi, médico japonés, perteneciente a esa generación esforzada de hombres amarillos que, rompiendo las fronteras del aislamiento letal en que su raza vivía, entra con brío pujante en la colaboración científica mundial, y con su inteligencia esclarecida ocupa la vanguardia de la intelectualidad.

Noguchi, discípulo predilecto de su compatriota Kitasato, colaborador éste del gran Koch, profesor del Instituto Rockefeller—decía en su conferencia el doctor Llorente—es un muchacho de treinta y seis años, bajo de cuerpo, de rostro, como la mirada, inteligente. De su mano izquierda perdió tres dedos allá en los albores de su vida, manipulando pólvora en inconsciente juego infantil. Con su amistad personal me

honro. Cuando ya había arrebatado a la ciencia este su transcendental secreto, pero antes de que le entregara a la especulación científica, me hizo a mí partícipe de él, y yo, dándome cuenta exacta de la importancia que tenía, me apresuré a solicitar del jefe del Estado español y de su Gobierno la concesión de una distinción honorífica para el sabio, oscuro entonces, que en un espacio breve de tiempo estaría orlado con el nimbo luminoso de la celebridad. Acogida con beneplácito mi propuesta, fué nombrado el doctor Noguchi caballero de Isabel la Católica, y diósele esta condecoración, porque el nombre de nuestros Reyes Católicos es en las tierras americanas objeto de profunda veneración, por lo que influir pudieron en el descubrimiento del nuevo continente.

Ha sido, pues, mi patria—proseguía orgulloso de su obra de justicia el doctor Llorente—la primera que ha enaltecido al sabio doctor japonés.

Volviendo al tema de su conferencia, decía que el fundamento científico de este descubrimiento tenía la sencillez del huevo de Colón.

La rutina, de que también la ciencia es esclava muchas veces, había impedido llegar a la posesión de la verdad.

Los cultivos de este microbio se venían intentando mediante la alimentación en órganos cocidos. El doctor Noguchi *servió* a los microbios de la rabia el alimento tal como ellos le tenían en el órgano de los animales; es decir, en crudo, y así, en condiciones apropiadas para la vida, el desarrollo y la reproducción del microbio, pudo aislarse y estudiarse éste.

Según Noguchi, el germen de la rabia no es bacilo ni coco; es un protozoo perteneciente al grupo de las bacterias epitelioides, es filtrable, esencialmente anaerobio (de vida imposible en contacto con el aire atmosférico) y vive a expensas del oxígeno de los tejidos nerviosos.

Los medios de cultivo, pues, consisten en darle por alimento trozos crudos de sistema nervioso, colocado en el fondo de un tubo, en el cual se echa una cantidad de gelosa, aislándole del contacto del aire por medio de una sustancia como la parafina u otra análoga, y a una temperatura de 37° y medio centígrados.

Es un cuerpo redondeado con un núcleo en su centro, rodeado de una membrana transparente, muy refringente, que visto al ultramicroscopio, permite apreciar granulaciones. Esta membrana envolvente aísla por

el interior del núcleo a los distintos microbios que le componen, y al estallar se subdivide y forma nuevos cuerpos.

El tamaño de este microbio es de 12 micrones, o sea 12 milésimas de milímetro.

Ventajas que se obtendrán de este descubrimiento:

En primer lugar, la posesión de una verdad tangible, que siempre es útil a la ciencia conocer las verdades; dar a la inmunización contra la rabia mayores garantías de seguridad de las que hoy tiene, y, por último, poder afirmar en muy breve espacio de tiempo si el animal sometido a estudio está o no rabioso.

No se cree que produzca este microbio toxinas, o, por lo menos, no se han hallado.

Terminaba el doctor Llorente su interesantísima conferencia abriendo su corazón a la esperanza de que en plazo brevísimo y por el procedimiento racional seguido por Noguchi, se descubrirán los gérmenes de la viruela, del sarampión, de la escarlatina y de otras enfermedades, como se ha descubierto el de la parálisis infantil y el de la sífilis, debido este último descubrimiento a los trabajos de Schaudin, completados por Noguchi, que ha dado el procedimiento para aislar y cultivar el «treponema pálido», causa de la avariosis.

Acabada la conferencia, mostró el doctor Llorente a sus compañeros varias microfotografías del protozoo objeto de la lección, y, por último, en dos microscopios pudieron los concurrentes ver y conocer *personalmente* al causante de la rabia.

El ilustre director del Instituto Microbiológico, que había sido objeto de la admiración de sus oyentes, fué felicitado por ellos con entusiasmo.

(De *Medicina Española*).

---



# REVISTAS

## Deutsche medizinische Wochenschrift

*El tratamiento de la arterio-esclerosis por el Prof. Dr. H. Hochhaus, de Colonia.*—Desde que la experiencia clínica ha demostrado que la arterio-esclerosis da ocasión con frecuencia a trastornos vasculares, no sólo en los viejos, sino también en los de edad media; necesita ser conocido su tratamiento como un punto importante de la terapéutica.

Como causa principal de la arterio-esclerosis se admite hoy un exceso funcional del sistema vascular, ocasionado más frecuentemente por intensos esfuerzos corporales o psíquicos, así como las depresiones anímicas, etc.

Además juegan un papel en su producción el abuso del alcohol principalmente, del tabaco, té y café, así como además una rica alimentación. También la diabetes, gota, obesidad, nefritis y muchas enfermedades tóxicas e infecciosas, en especial la sífilis.

Es indudable la predisposición a heredar la arterio-esclerosis en determinadas familias.

Es hoy generalmente admitido que las manifestaciones vasculares son debidas a una acción de conjunto de los factores arriba indicados. Tampoco puede excluirse una influencia claramente nerviosa: yo recuerdo solamente la existencia de la estenocardia, así como la claudicación intermitente, las cuales no pueden ser explicadas solamente por las manifestaciones anatomo-patológicas: también la eritromegalia que con frecuencia se observa en tales enfermos tiene en gran parte un seguro origen nervioso.

Las recientes investigaciones de Charchaud y Jores confirman que las alteraciones anatómicas tienen asiento especialmente en la túnica íntima, mientras que la media y adventicia sólo son interesadas secundariamente. Experiencias anatómicas y clínicas enseñan también que la enfermedad sólo rara vez interesa con igual intensidad todo el sistema vascular; generalmente se limita a las arterias de un órgano y así suelen ser las manifestaciones clínicas más ostensibles cuando se localizan en el corazón, aorta, riñones o cerebro: más raras son las localizaciones en las extremidades y en algunas vísceras.

Con este casi exacto conocimiento patogénico de la enfermedad sería de gran utilidad poder diagnosticarla en sus primeros estadios y ponerla un tratamiento: por lo menos sería posible en muchos casos detener la enfermedad y

aun curarla. Pero por desgracia hay muchos obstáculos para la ejecución de este plan: unas veces porque muchos arterio-esclerósicos ofrecen síntomas cuando ya la enfermedad ha hecho grandes progresos: especialmente en las manifestaciones esclerósicas del corazón y de la aorta me ha sorprendido la enorme desproporción entre las alteraciones orgánicas y los síntomas subjetivos: los enfermos acuden al médico cuando el corazón está notablemente alterado y la aorta sumamente dilatada.

Por otra parte, no es raro que las manifestaciones iniciales de la arterio-esclerosis no permitan suponer su verdadero carácter; especialmente en el cerebro y más rara vez en el corazón se presentan manifestaciones nerviosas, las cuales hacen pensar largo tiempo en una neurosis antes que en una afección orgánica: después una observación atenta viene a demostrar su verdadero origen. También ocurre en este caso, que se empieza el tratamiento cuando la enfermedad ha pasado su primer estadio.

El ideal médico sería poseer un medio con el cual se pudiera volver a su estado normal las arterias alteradas; pero desgraciadamente hoy aún no existe ningún medicamento y tenemos que limitarnos a mantener el proceso en estado de reposo e impedir sus progresos.

El tratamiento consta de una parte general y una parte especial.

En primer lugar es preciso por una anamnesis bien buscada, determinar las causas ocasionales probables y poder eliminarlas: esto es fácil en algunos casos y muy difícil en otros. Si, por ejemplo, el abuso del alcohol, tabaco o café ha podido jugar un papel ocasional, será muy fácil suprimirlos o reducirlos a una pequeña cantidad. Más difícil es el caso cuando la gota, diabetes o nefritis son las causas ocasionales: no es posible pensar en alejar estas causas, habiendo que limitarse a lo sumo a mejorar la arterio-esclerosis por un tratamiento especial de estas enfermedades (el cual es ya de suyo difícil). Si son esfuerzos físicos o psíquicos los que especialmente ocasionaron el mal, limitarlos en lo posible por medio del reposo.

Debe cuidarse de que los enfermos no se enteren de su dolencia, pues, como dice Romberg con razón, se alarman al oír que su enfermedad consiste en la calcificación de las arterias, lo cual los tiene en una constante tensión de espíritu nada favorable para una mejoría.

Una cuestión importante es el papel que la alimentación juega en el tratamiento: no han faltado pruebas en este sentido; así ha recomendado Huchard una cura de leche sostenida por largo tiempo sin encontrar conformidad ni aprobación entre los demás médicos. Cierto que la leche puede ser útil en muchos estadios de la enfermedad, como, por ejemplo, en intensos trastornos circulatorios, obesidad o nefritis; pero tampoco es menos cierto que una cura de leche hecha por mucho tiempo no ha mejorado el proceso de esclerosis. Por el

contrario, una cura de leche durante mucho tiempo trae consigo cierto grado de desnutrición que es peligroso.

La dieta propuesta por Rumpf suprimiendo las sales calcáreas, con el fin de evitar el depósito de tales materias en las arterias, no ha tenido aceptación, porque en la práctica no se cumplen las suposiciones teóricas en que se funda tal abstención. No existe una dieta especial aplicable con éxito en la arterioesclerosis: en la mayor parte de los casos debe contemporizarse con una dieta mixta lo menos irritante posible y que no contenga gran cantidad de albuminoides.

Tampoco existen medicamentos que obren curando el proceso patológico de las paredes vasculares; pero por el contrario tenemos con el yodo un medio para influir beneficiosamente en este proceso, como la experimentación clínica lo ha demostrado. Aún no se sabe la explicación de este hecho: la mayor parte de los autores admiten que con el yodo se disminuye la viscosidad de la sangre y se facilita la circulación. No es necesario administrar mucha dosis. De yoduro sódico pueden tomarse de diez a cincuenta centigramos tres veces al día. Debe usarse durante muchos años con ciertos intervalos. En lugar del yoduro sódico, puede administrarse el yoduro potásico a las mismas dosis, tomándolo con un poco de leche o agua alcalina después de las comidas. Muchos médicos emplean los modernos preparados de yodo: la sayodina (0,10 gramos tres veces al día) o la yodipina, la cual puede ser usada también subcutáneamente. En verdad no son mejores estos preparados que los indicados anteriormente.

Cuando se administra el yodo durante mucho tiempo hay necesidad de vigilar a los enfermos, pues algunos presentan alteraciones gástricas y desnutrición que obligan a suspender el medicamento.

Ultimamente se ha señalado como específico la anti-esclerosina y el suero de Trionczek, cuyos resultados aún no han sido bien comprobados.

Al lado del yodo hay otros medios, los cuales obran preferentemente disminuyendo la presión, como son la nitroglicerina, el nitrito de amilo etc. Según mis investigaciones, creo que la acción favorable de estos preparados sólo ejerce influencia en ciertos estados patológicos del corazón de origen arterioesclerótico. Para el tratamiento especial de la arterioesclerosis no me parecen recomendables tales medicamentos, por creer yo que el aumento de presión no es sintomático de tal proceso. Ultimamente ha sido recomendada la vasotonina para disminuir la presión, pero su valor como agente específico en la arterioesclerosis es nulo.

Los baños salinos a placer son recomendables porque regularizan la circulación y con ello ejercen un influjo favorable sobre los vasos: también una gimnasia metódica y el masaje son convenientes. Además del tratamiento general debe emplearse el local, según la región en donde el proceso se haya localizado,

porque aunque específicamente nada se pueda conseguir, sin embargo hay particularidades que requieren un tratamiento especial

En los casos de insuficiencia cardíaca la digital presta indiscutibles servicios, a pesar de la idea de que el aumento de presión es peligroso para los vasos, porque este peligro desaparece no empleando grandes dosis: yo empleo generalmente polvo de digital, al que asocio sulfato de quinina 1,5 para 30 píldoras para tomar tres al día: esta combinación, la cual siempre me ha prestado buenos servicios, está indicada para los casos de miocarditis arterio-esclerótica crónica, en la cual puede sostenerse este tratamiento durante meses y años sólo con pequeñas pausas. La diuretina es recomendable en los casos de ataques de esteno-cardia (tres veces 0,5 grs.) El medicamento que mejores resultados me ha proporcionado en estos casos es la solución alcohólica de nitroglicerina al 1 por 100 al principio del ataque en la dosis de tres hasta 5 gotas: ni el nitrito de amilo ni ningún otro de los que se emplean comunmente me ha sido tan útil.

Los baños y la gimnasia encuentran su empleo especialmente en las formas de insuficiencia cardíaca no avanzadas. Es interesante la observación de la temperatura de los baños, así como su riqueza en sales y gases, que debe regularse según el efecto que se obtenga de su aplicación, especialmente de la primera: de estos baños he visto yo buenos efectos. Rara vez tienen lugar estos baños en la casa misma del enfermo, por lo cual son de recomendar los establecimientos que llenen esta indicación.

En los enfermos arterio-escleróticos con adiposis se debe emplear los sudoríficos, especialmente los baños de luz.

Para el tratamiento de las nefritis arterio-escleróticas es necesario el mismo tratamiento que para las restantes formas de nefritis. En la hipertensión que acompaña a estas formas de nefritis debe emplearse los medios citados anteriormente, la diuretina y especialmente la vasotonina.

La arterio-esclerosis cerebral exige ante todo un reposo intelectual completo. El tratamiento medicamentoso se reduce al yodo en los primeros períodos. Es muy difícil poder conseguir el sueño en ciertos enfermos afectados de arterio-esclerosis cerebral: los baños calientes, un masaje suave y el empleo del veronal, sulfonal, etc., pueden ser útiles.

Los trastornos que la arterio-esclerosis ocasiona en el aparato gastrointestinal son rara vez objeto de nuestra intervención; únicamente la diabetes melitus, que algunas veces tiene lugar en enfermos con arterio-esclerosis y contra la cual no difiere en nada el tratamiento del comunmente empleado.

Contra la claudicación intermitente a que algunas veces da lugar la arterio-esclerosis periférica, deben emplearse aquellos medios que consigan una mejor circulación en la extremidad atacada: baños calientes de pies a 36°, frotacio-

nes con alcohol, corrientes galvánicas en forma de baños galvánicos, el masaje, etc., etc.

Para terminar, deseo aún indicar que no todos los arterio-escleróticos necesitan ser tratados, especialmente los viejos; sólo cuando existan verdaderas molestias se empleará un tratamiento y no cuando se note dureza en una u otra arteria.

A. C.

---

## SOCIEDADES Y CONGRESOS

### XVII Congreso Internacional de Medicina celebrado en Londres.

SECCIÓN DE CIRUGÍA.—*Tema: Tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del intestino grueso. (Excluidos los del recto.)*

*1.º ponente.* KÖRTE. BERLÍN.—El tratamiento quirúrgico de los tumores del intestino grueso, es uno de los problemas más importantes y, a la vez, que mayores dificultades ofrecen de la cirugía moderna. Es opinión unánime de los cirujanos que el único tratamiento de aquellas neoplasias es la extirpación radical cuando técnicamente es todavía posible; mientras que las intervenciones paliativas, como la *colostomía* y la *enteroanastomosis*, sólo como operaciones previas están indicadas cuando el estado general no permite una intervención más extensa principalmente en los ataques de obstrucción y, por supuesto, cuando ya no es posible una extirpación radical. La experiencia recogida por los cirujanos, de día en día más dilatada, muestra que los tumores malignos del intestino grueso ofrecen, en general, un buen pronóstico por lo que hace a la curación definitiva, puesto que no determinan la infección general del organismo sino en una época relativamente avanzada de su crecimiento: los mismos ganglios regionales se afectan tardíamente.

Muestra, por otra parte, la experiencia que las suturas intestinales que en el estómago, en el duodeno y en el intestino delgado tan bien se toleran, en el intestino grueso dan resultados mucho peores.

La mortalidad de las resecciones, seguidas de inmediata sutura, da para casi todos los cirujanos un resultado semejante: 38 %

De los casos publicados desde 1900, en conjunto unas 757 operaciones radicales, ha encontrado el autor una mortalidad de 32 %

*Körte* se extiende describiendo los peligros de la intervención radical, debidos a la anatomía especial de la región, a la distribución de sus vasos, al estancamiento del contenido intestinal, a los peligros de la infección del peritoneo..., etc., y trata luego la cuestión de la intervención en *uno* o *en más tiempos*.

Según el orador, es esta una cuestión que no puede suscitarse más que en los casos libres de complicaciones, puesto que en los complicados no es dudoso que lo indicado es proceder en varios tiempos. Las complicaciones que pueden sobrevenir son: 1.<sup>a</sup> Obstrucción intestinal. 2.<sup>a</sup> Supuraciones en las ve-

cindades del tumor. 3.<sup>a</sup> Invaginaciones. 4.<sup>a</sup> Adherencias con otros órganos. Las complicaciones con otros órganos (riñón, corazón, pulmones) contraindican también la resección, que debe aplazarse hasta que aquéllas se mejoren.

Conclusiones.—1.<sup>a</sup> Los peligros de las resecciones radicales de los tumores del intestino grueso proceden de las especiales condiciones anatómicas del órgano y de las dificultades que ofrece el contenido intestinal.

2.<sup>a</sup> En las obstrucciones intestinales de naturaleza aguda se debe aliviar el intestino por medio de intervenciones lo menos enérgicas posible (*colostomía*). La operación radical se hará más adelante. (*Operación en varios tiempos.*)

3.<sup>a</sup> En la estancación crónica del contenido intestinal el método de elección es el de *en varios tiempos*, aunque también es el más lento.

4.<sup>a</sup> La *resección en un tiempo* está indicada cuando el intestino se pueda vaciar completamente, la circulación no está perturbada y los cabos intestinales se puedan anudar sin tirantez.

5.<sup>a</sup> Las diferencias anatómicas de los distintos tractus intestinales exigen naturalmente diferentes procedimientos operatorios.

6.<sup>a</sup> El pronóstico definitivo de los tumores malignos del intestino grueso es relativamente bueno.

7.<sup>a</sup> Como operación paliativa en la obstrucción intestinal la intervención de elección es la *enteroanastomosis*.

Los casos operados por *Körte* desde 1890 hasta fines de 1912 son 254. De ellos 83 sufrieron operaciones radicales con 24 casos de muerte (28, 9 por 100), 30 enteroanastomosis con 7 muertes, 64 colostomías con 25 defunciones, 5 laparatomías exploradoras, 11 incisiones de abscesos y 61 casos no operados.

2.<sup>o</sup> *ponente*: RAFFAELE BASTIANELLI. ROMA.—Lo mismo que *Körte*, hace la división entre los casos complicados y los no complicados y entre las complicaciones señala como la más importante la obstrucción intestinal. En tal caso la intervención radical está contraindicada formalmente. Pero existen también casos con obstrucciones incompletas subagudas o crónicas.

En tales circunstancias se puede empezar por hacer un ano iliaco o una anastomosis ileo-cólica. En los tumores del colon ascendente y de la flexura hepática se hará previamente el ano preternatural. Esta previsora maniobra es tanto más necesaria en los tumores del lado izquierdo, cuanto que en tales casos con dificultad nos podemos orientar sobre su asiento, extensión, adherencias y operabilidad. Haremos por lo tanto un ano preternatural en el lado derecho.

Si existe una obstrucción aguda, se debe practicar una incisión en el lado derecho, que nos permitirá informarnos del estado del ciego y del sitio, exten-

sión y adherencias del tumor situado a la izquierda y finalmente sacar un asa del ileo y hacer un ano preternatural.

Por lo que hace a la operación radical, es naturalmente el método en *un tiempo* el ideal y es, según el autor, en casi todos los casos posible y de buenos resultados, con excepción de los tumores de la ese iliaca situados profundamente. Es el método de elección para los tumores del lado derecho, en los cuales después de quitado el tumor es posible una ileoanastomosis que casi siempre da buenos resultados funcionales. En los tumores del lado izquierdo, como casi siempre la sutura colocolica se hace con dificultad y tirantez de los dos extremos, comprometiendo la cicatrización, la mayor parte de los cirujanos han renunciado a la reunión inmediata o practican una aposición lateral o una anastomosis latero-terminal con preferencia a la sutura circular. En estos tumores del lado izquierdo, cuando no es posible practicar de una vez la excisión y sutura consecutiva, prefiere *Bastianelli* hacer la operación en tres tiempos, empezando por un ano preternatural.

Las intervenciones radicales en los casos complicados le han dado resultados muy malos: cualquiera que fuera la técnica empleada, 60 por 100 de mortalidad en 84 operadas. He operado 356 casos no complicados en *un solo tiempo* con 33, 4 por 100 en conjunto: ordenados según la región donde asentaba la neoplaxia 24, 4 por 100 del ciego, 35 por 100 de la fleura sigmoidea.

Esta estadística ha mejorado notablemente desde el año 1905: de 44 casos sólo dos muertes (4'5 por 100). La *enterectomía* precedida de un ano preternatural ha dado también mucho mejores resultados en los últimos años y es de esperar que en el porvenir sean aun mejores. Desgraciadamente, casi la mitad de los tumores del intestino grueso vienen a las manos del cirujano cuando ya no son operables. Cuando el médico práctico pueda mandar al cirujano esta clase de enfermos en mejores condiciones para ser operados, los resultados operatorios serán mucho mejores. Con ayuda de los rayos X el diagnóstico puede hacerse ya antes de que sobrevengan las complicaciones, puesto que el desarrollo y la propagación de estos tumores son lentos, la infección general tarda en presentarse y en los casos típicos la extirpación es fácil.



SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA.—*1.er Tema. Ponente: G. BANTI, FLORENCIA.*—*El cuadro clínico de la hemolisis.*—Como se deduce de los cuadros clínicos, el bazo juega en los procesos hemolíticos un papel importante. Se ve que enfermos que padecen una hemolisis patológica progresiva se curan rápidamente con la extirpación del bazo.

Idénticas conclusiones se deducen de los estudios experimentales. Interesantísima cuestión es conocer el mecanismo por medio del cual aquel órgano in-



terviene en la hemolisis. La respuesta a esta pregunta nos la darán los estudios experimentales sobre animales con sueros específicos. El primer efecto de una inyección de suero es una acción directa sobre los glóbulos rojos circulantes, provocando una débil hemoglobinemia inicial, que adquiere la misma intensidad en los animales normales que en los que previamente se les ha privado del bazo. Fuera de esta acción directa sobre el glóbulo rojo, poseen los sueros específicos otra más intensa y duradera sobre el parénquima esplénico y el de otros órganos, en el cual se produce una citolisis. Por esta acción destructiva de las células se pone en libertad una cito-hemolisina que actúa de nuevo sobre los glóbulos rojos que atraviesan el bazo.

La existencia de estos cuerpos se demuestra experimentalmente con extracto esplénico de animales previamente tratados por el suero específico. Además de la hemolisis que directamente producen, estos productos tienen la propiedad de disminuir la resistencia de los eritrocitos, los cuales con facilidad son después destruidos al pasar por otros órganos. Ahora bien, la hemolisis inicial es de la misma intensidad en los animales privados del bazo que en los que no se les ha extirpado este órgano; pero la hemolisis tardía es en estos últimos mucho más lenta y menos pronunciada, lo que prueba que los otros órganos tienen menos predisposición y facilidad que el bazo para producir las cito-hemolisinas. Por otra parte, los glóbulos rojos poseen después de la esplenotomía mayor resistencia a la hemolisis.

El bazo no posee ninguna acción hemolítica autóctona, sino que es esta una propiedad siempre adquirida.

De la misma manera ocurren las cosas en la patología humana. En la esplenomegalia hemolítica lo mismo que en la ictericia crónica hemolítica, que se curan con la extirpación del bazo, deben ocurrir las cosas exactamente igual que en los animales tratados con los sueros específicos. También son semejantes las alteraciones sufridas en los órganos en los enfermos atacados de esplenomegalia, a las que sufren los animales tratados por el suero: se encuentran en uno y otro caso necrosis y atrofia granular del endotelio y otras células del mesenquima y además las descritas alteraciones de los glóbulos rojos. En ocasiones puede ocurrir que los agentes hemolíticos y citolíticos no permanezcan en el bazo, sino que se esparzan por el torrente circulatorio: en tales casos la extirpación del bazo no puede traer aparejada la curación de la enfermedad.

*Banti* sospecha que algunas enfermedades de anemia perniciosa tienen su origen en una hiperhemolisis de origen esplénico.

2.º Tema. *Glándulas de secreción interna.* Ponentes: A. BIEDL, VIENA; E. GLEY, PARÍS; A. V. KORANGI, PEST; F. KRAUS, BERLÍN.—*Biedl* expone en su comunicación un interesante cuadro de nuestros actuales conocimientos,

desgraciadamente plagados de la gunas, sobre la química y la fisiología de los órganos con secreción interna y sus productos, las hormonas.

*Gley* traza una breve historia de la secreción interna hasta el actual estado de la cuestión. Tres condiciones son necesarias para conceder a un órgano la denominación de glándula con secreción interna. Sus células han de presentar un carácter histológico glandular; sin poseer un conducto excretor, deben ser órganos muy vasculares y estar los elementos celulares en íntimo contacto con los vasos, de modo que puedan verter en ellos los productos que en su interior se elaboran. La segunda condición es de orden químico, es, a saber, poseer una sustancia de una determinada y especial composición. Nada podemos añadir sobre esto, puesto que hasta el presente no conocemos ningún producto químico de secreción interna, fuera de la adrenalina. La tireoglobulina es, aunque sin estar aún seguros de ello, el principio activo de la glándula tiroides; y sobre la química de las restantes glándulas no sabemos nada. Mejor orientados estamos sobre el tercer factor, el fisiológico. En la sangre que proviene de la glándula, debe demostrarse al inyectarla a otro animal una acción específica. Este es el camino hasta hoy más frecuentado para demostrar la existencia de una secreción interna. Por el contrario, la administración de los extractos apoterápicos no es adecuada para tal objeto, porque la acción puede ser debida a la formación postmortem de alguna sustancia no conocida. Otro camino para demostrar la acción de estas glándulas es el estudio de los fenómenos que sobrevienen después de extirpadas y la corrección de los mismos con la terapéutica apoterápica correspondiente.

Los productos de las glándulas dotadas de secreción interna pueden clasificarse en una serie de grupos: 1.º Las sustancias que sirven como materiales nutritivos. 2.º Los cuerpos que se emplean de un modo especial para la formación de los tejidos en el proceso del crecimiento (testículos, tiroides, hipófisis, timo). 3.º Las sustancias que sirven como excitantes; las verdaderas hormonas, las cuales a su vez pueden dividirse en hormonas químicas y fisiológicas. Entre las sustancias de la primera categoría y las de las otras dos, existe una importante diferencia, puesto que aquéllas (secreciones utilizables de *Biedl*) se producen en grandes cantidades, mientras que estas últimas en muy pequeñas dosis producen ya su acción específica. Importante en las hormonas es su acción específica y su origen, específico también. Esta especificidad no se extiende, sin embargo, al individuo, sino que es común a los mismos órganos de los distintos animales

*3.º Tema: Insuficiencia cardíaca.* H. VÁZQUEZ. PARÍS.--Expone primeramente los métodos para diagnosticar la insuficiencia cardíaca. El método más sencillo, que consiste en observar la precipitación del pulso durante el trabajo, no nos conduce a ningún resultado positivo: lo mismo puede decirse sobre la du-

ración de esta modificación en la frecuencia. Poco mayor importancia concede al método de *Katzenstein*, comprimir una arteria de grueso calibre y observar pasado algún tiempo el aumento que experimenta la presión arterial y la lentitud del pulso. En todas estas maniobras intervienen otras muchas cosas que complican el resultado. Tampoco las diferentes variedades de diagramas del pulso nos ofrecen gran utilidad.

Después hace una crítica de las diferentes arritmias y su diagnóstico: la arritmia extrasistólica, la arritmia perpetua y, finalmente, el pulso alternante. Este último es de un pronóstico muy grave. Su importancia diagnóstica es especialmente grande cuando se trata de determinar el pronóstico de una insuficiencia cardíaca: él nos da con seguridad la existencia de una insuficiencia irreparable. Por lo que hace a la presión arterial, puede ocurrir que llegue la disminución de la capacidad funcional del corazón hasta la insuficiencia cardíaca, sin que se manifieste un cambio en la amplitud del pulso (diferencia entre la presión diastólica y sistólica). Por otra parte puede existir una notable diferencia entre la presión sistólica y diastólica, sin que existan síntomas de insuficiencia cardíaca.

Sobre la importancia de la electrocardiografía se muestra reservado, si bien reconoce su utilidad para una porción de cuestiones, y espera que en el porvenir se pueda conseguir mayores ventajas de su empleo. Por el contrario concede una gran importancia a la radiografía: el diagnóstico radiográfico es nuestra mejor ayuda para juzgar de la existencia y del pronóstico de la insuficiencia cardíaca.

En la segunda parte de su discurso se ocupa de la sintomatología de la insuficiencia cardíaca, primeramente de la insuficiencia auricular, cuyo diagnóstico es en la actualidad muy difícil.

Como primeros síntomas de la insuficiencia ventricular señala las palpitaciones del corazón, sensación de angustia, extraordinaria rapidez del pulso y disnea dolorosa. Este estadio se prolonga durante un tiempo más o menos largo, y rápidamente sobrevienen los síntomas más graves, como vemos en la angina de pecho. A veces se presenta también el edema pulmonar, que es el síntoma más grave de la insuficiencia cardíaca. En algunos casos es este síntoma, al cual rápidamente puede sucumbir el paciente, el síntoma primero. La causa de la insuficiencia aguda del corazón es la hipertensión arterial, contra la cual lucha el miocardio, hasta que al cabo de algún tiempo llega a relajarse.

Experimentalmente puede reproducirse este proceso excitando el vago y, al mismo tiempo, comprimiendo la aorta abdominal, con lo cual se aumenta considerablemente el trabajo del corazón y se disminuyen las energías del miocardio.

Sin embargo, no en todos los casos conduce este mecanismo a la insufi-

ciencia del corazón. La insuficiencia del corazón derecho se manifiesta clínicamente por el clásico fenómeno de la disnea del trabajo, la cual rápidamente desaparece con el reposo. Cuando la enfermedad está más avanzada esta disnea se hace más duradera: al mismo tiempo se presentan fenómenos de estancación, tanto en la periferia como en los órganos. Más tarde aparecen esclerosis viscerales, como cirrosis hepáticas y nefritis crónicas. La insuficiencia del corazón derecho puede ser primitiva y secundaria: en el segundo caso es la consecuencia de una insuficiencia del corazón izquierdo: a menudo sigue a una insuficiencia del ventrículo derecho la de las aurículas. Para terminar se ocupa de la insuficiencia cardíaca total. Casi siempre la dilatación total del corazón es secundaria.

Existe la dilatación secundaria aguda, consecuencia de ciertas enfermedades infecciosas, especialmente el reumatismo, y la dilatación secundaria progresiva en individuos afectados de lesiones cardíacas, como manifestación del último período de su enfermedad; especialmente se presenta como consecuencia de la estenosis mitral.

K. J. WENCKEBACH. STRASBURGO. *Insuficiencia y debilidad cardíaca*.—Empieza afirmando que no tenemos ningún motivo para estar satisfechos de nuestros medios de diagnóstico cardíaco. Un funcionamiento defectuoso del corazón produce una circulación también defectuosa. Las alteraciones circulatorias son, por lo tanto, el síntoma más importante de todos los que poseemos para diagnosticar la insuficiencia del funcionalismo cardíaco. Muy importantes son los fenómenos subjetivos que acusa el paciente, muchas veces pequeños síntomas. Sin embargo, no todas las alteraciones circulatorias tienen por fundamento una alteración del corazón; las hay sin duda de origen extracardíaco. Debemos tener en cuenta estas tres circunstancias: 1.<sup>a</sup> Existe en el organismo poca sangre. 2.<sup>a</sup> Existe una cantidad normal de sangre, pero el corazón recibe insuficiente cantidad. 3.<sup>a</sup> La circulación de la sangre ofrece a la acción cardíaca una resistencia exagerada.

Tampoco puede decirse que en todos los casos en que el causante de los trastornos circulatorios sea el corazón, el motivo sea la debilidad cardíaca. Numerosas causas de origen cardíaco pueden dar lugar a que una víscera de fuerte musculatura sufra tales alteraciones en su funcionalismo, que produzca determinadas alteraciones circulatorias. Tales causas pueden ser cambios de posición del corazón, especialmente el descenso del diafragma; adherencias del corazón, que pueden producir alteraciones muy notables de la función cardíaca; además las lesiones valvulares, y después las arritmias, las cuales indican casi siempre una alteración del mecanismo cardíaco, y, finalmente, una innervación anormal.

La debilidad cardíaca, como debilidad del músculo cardíaco, puede ser

funcional sin alteración anatómica apreciable, o puede tener su origen en una modificación anatómica del tejido muscular. La isquemia produce un rápido agotamiento de la musculatura del corazón y es causa frecuente de una debilidad cardíaca secundaria. Las intoxicaciones pueden producir una acción perniciosa sobre la fibra cardíaca. Las toxinas microbianas tienen también una acción nociva sobre ella: la toxina diftérica produce una alteración del músculo cardíaco apreciable al microscopio. Muy difícil suele ser diferenciar estos trastornos anatómicos de los puramente funcionales, los cuales, por otra parte, pueden desaparecer definitivamente. El orador critica la denominación de miocarditis como sinónimo de alteración inflamatoria del miocardio. Muchos de los procesos que clínicamente se designan con el nombre de miocarditis no son inflamatorios, sino de naturaleza degenerativa.

\*  
\* \* \*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. — 1<sup>er</sup> tema. DÖDERLEIN, MUNICH. *Sobre el tratamiento de la placenta previa.*—Quizá sea este el problema de todos los que atañen a la práctica obstétrica, sobre el cual anden más divididas las opiniones de los autores, circunstancia que concede extraordinaria importancia al hecho de haberle elegido como tema para un Congreso Internacional.

Nada concreto se deduce de las estadísticas, si no es la elevada mortalidad de la placenta previa.

En una estadística general de Baviera, que comprende desde el año 1878 al 1907, y que consta en números redondos de 6.000.000 de partos, se encuentra indicada la placenta previa en 8.729 casos, con una mortalidad materna de 19 % y mortalidad fetal de 50 %. *Krönig* calcula la mortalidad materna, en el gran Ducado de Baden, en un 13-15 %; *Führt*, en Coblenza, 19-7 % para la madre y 48-9 % para el feto, y *Mende*, en Waldenburg, 15 % para la madre.

Estos cálculos se quedan por debajo de la realidad, puesto que en ellos no se incluyen las muertes sobrevenidas semanas y aun meses después del parto, pero debidas a la placenta previa o a su tratamiento. No son utilizables los datos recogidos por *v. Rosthorn*, en Viena, y por *Hammerschlag*, en la Prusia Occidental (2-3 y 8-7 % respectivamente), puesto que a la investigación practicada respondieron pocos médicos y faltan seguramente los casos desfavorables. Los resultados obtenidos (y consignados en el cuadro I) en las clínicas alemanas y extranjeras, que en conjunto se refieren a 5.615 casos, dan una mortalidad de 8,05 % para la madre y 54,12 para el feto. La comparación de estos resultados con los de las estadísticas generales hace resaltar el importantísimo dato de que la mortalidad materna de los casos asistidos en las clínicas es la mitad menor.

Hay unanimidad de criterio entre todos los autores para juzgar la rotura

prematura de las membranas como el tratamiento más inocente de la placenta previa, aunque no libre del cargo de contribuir a algunas complicaciones del parto.

En el cuadro II se presenta un conjunto de 309 de la literatura, con una mortalidad materna de 0-9 % y fetal de 25 %. Desgraciadamente, estos casos en los cuales bastó la punción de las membranas, son muy pocos para deducir consecuencias. Pero esta misma limitación nos prueba que no es de gran importancia para la práctica general este sencillo tratamiento.

No es menos sencillo, por lo que hace a la técnica, el tratamiento de la hemorragia producida por la placenta previa por medio del taponamiento vaginal, por más que la mayor parte de las veces no se emplea más que como maniobra previa; pero los datos estadísticos no son aprovechables.

Como tratamiento exclusivo no es admisible el taponamiento, si bien con él se consigue muchas veces cohibir rápidamente la hemorragia cuando está correctamente aplicado. Su mayor inconveniente consiste en el peligro de la infección, el cual siempre existe, aunque se tomen las medidas de asepsia más escrupulosas, puesto que no es posible librar a la vagina en absoluto de gérmenes.

De las investigaciones bacteriológicas hechas en compañía de mi asistente el doctor *Weber*, he deducido que el tapón no debe conservarse más de seis horas. No debe servir, pues, el taponamiento más que para proteger a la mujer contra la pérdida de sangre, mientras se la transporta a una clínica.

Con esto entramos ya en los verdaderos métodos de tratamiento de la placenta previa.

El inconveniente de la metrorraxis es la intromisión en la cavidad del útero de un cuerpo extraño, y, por tanto, del peligro de infección; y, por otra parte, es una maniobra que no deja de ofrecer algunas dificultades técnicas para el médico práctico.

Tampoco la versión de *Braxton Hicks* deja de presentar sus peligros y dificultades, hijas principalmente de la estrechez del canal cervical. Para dilatarle no se usarán ni los tallos de laminaria ni los de *Hegar*, sino más bien la dilatación digital de *Bonnaire*, de ninguna manera el dilatador de *Bossí*. Para la prehensión del pie he empleado con buen éxito una pinza pequeña de forma de cuchara. Al pie extraído se le une un peso de 2-3 libras; un peso mayor ofrece el peligro de predisponer a una rasgadura del cuello.

En el cuadro III se ofrecen 1434 casos tratados por la versión de *Braxton Hicks*. La mortalidad materna alcanzó a 7-8 % y la fetal a 73,7. Según una estadística de los autores franceses más notables, recogido por *Challayes*, la mortalidad materna fué de 15,5 % y la fetal de 56,7. Esta estadística no está exenta de objeciones a causa de su selección.

Tampoco es utilizable la estadística formada con los casos tratados por metrorrhis, puesto que los resultados pueden variar esencialmente según el empleo del material, según el peso que se emplee o la manera de terminar el parto. El término medio de los números obtenidos es de 6,5 % de mortalidad materna y 45,4 % de mortalidad infantil.

Ultimamente se ha tratado de obtener mejores resultados con nuevos métodos de tratamiento, como son la cesárea vaginal y la cesárea abdominal.

Naturalmente, no es necesario advertir que tales tratamientos no se le ha ocurrido a nadie aconsejarlos para que sean puestos en práctica por el médico en el ejercicio de la profesión a domicilio. Se impone aquí una absoluta separación entre la obstetricia a domicilio y la practicada en la clínica.

El tratamiento de la placenta previa por la operación cesárea abdominal, primeramente propuesto en América y en Italia, ha sido, desde hace poco, resucitado en Alemania y puesto en práctica, cada vez con más frecuencia, bajo el impulso de *Sellheim* y *Krönig*. Las indicaciones para la cesárea en esta afección son limitadas. La contraindicación más importante es la infección ya existente en la enferma o el peligro de infección. Toda exploración hecha fuera de la clínica, y especialmente el taponamiento, son causas que ensombrecen el pronóstico. Otras contraindicaciones: hemorragias anteriores muy profusas, poca vitalidad del feto y, finalmente, la posibilidad de terminar el parto por procedimientos más sencillos.

Respecto a los métodos de la cesárea abdominal, las opiniones andan muy divididas. *Sellheim* prefiere el método transperitoneal cervical; *Krönig* el corporal. Aquél tiene ocho casos sin ninguna muerte; éste 35.

La cesárea vaginal introducida por *Dührssen* en la práctica obstétrica se ha empleado también contra la placenta previa. Tiene la ventaja de que sus indicaciones están menos limitadas.

El cuadro IV presenta 159 casos de la literatura, en los cuales se empleó la cesárea vaginal. Dan una mortalidad materna de 11,3 % y de 21,7 infantil.

No estamos todavía, por falta de material, en condiciones de emitir un juicio definitivo sobre la histerotomía vaginal como método de tratamiento de la placenta previa.

J. H. O.

---

## BIBLIOGRAFÍA

*Memorandum de nombres propios anatómicos, por el doctor P. D. Rodríguez Rivero. Segunda edición corregida y aumentada. Santander, J. Martínez, 1913.*

De todos los tiempos ha sido costumbre en la ciencia anatómica bautizar con el nombre del anatómico descubridor de alguna novedad, el objeto mismo del descubrimiento (Bola de Bichat; células comisurales de Cajal: ligamento de Gimbernat... etc.) De esta viciosa costumbre resulta que el nombre no va asociado a ninguna idea que tenga relación con la forma, funcionamiento, sitio que ocupa en el organismo; etc., etc., el órgano designado y por lo tanto se encomienda simplemente a la memoria un sinnúmero de palabras por una parte de ningún valor mnemotécnico y que por otra parte en nada ayudan a recordar alguna circunstancia aprovechable del objeto a que dan nombre. Si a esto se añade que algunas veces son dos o más los nombres propios con que se nombra algún órgano, que los celos y rivalidades nacionales mantienen indefinidamente, se comprenderá cuán necesario y urgente es terminar con una costumbre tan molesta y perjudicial.

Existe ya una comisión internacional para unificar el lenguaje anatómico.

Mientras esto se consigue, es de suma utilidad una obra como la compuesta por nuestro ilustrado colaborador el doctor venezolano señor Rodríguez Rivero, a la cual con toda seguridad habrá de recurrir multitud de veces todo médico estudioso, detenido en la lectura profesional por algún nombre cuya precisa significación no puede servirle su memoria en aquel momento, fatigada con la balumba de términos técnicos que por necesidad ha de retener.

El autor ha aumentado esta segunda edición con algunos nombres que no están en la primera, con lo que su obra resulta muy completa.

Las definiciones son concisas y claras, preciosas cualidades que no suelen abundar, sobre todo la primera, en los escritos de autores latinos.

Termina el libro, elegantemente impreso en los talleres de J. Martínez, con la *Nomenclatura anatómica latina*, casi en su totalidad de la adoptada por el Congreso Médico de Basilea.

La obra va precedida de una sentida dedicatoria al sabio cirujano don Pablo Acosta Ortiz, al general Diógenes Torrellas Urquiola, paisanos del autor y a nuestro compañero el doctor Quintana.

J. H. O.



## NOTICIAS

---

Ha fallecido en Barcelona el reputado Catedrático de la Facultad de Medicina de dicha población, Barón de Bonet. Era habilísimo cirujano y a su fallecimiento desempeñaba el cargo de Rector de la Universidad barcelonesa.

Descanse en paz tan eximio comprofesor.

---

### CONGRESOS CIENTÍFICOS

La Asociación francesa de Pediatría celebra su último Congreso el 3 y 4 de octubre. Se discutirán los temas siguientes:

*Obesidad en los niños.*—Ponentes: Doctores Legendre (de París), Monriquad (de Lyon), Nathan (de París).

*Tumores cerebrales en la infancia.*—Ponentes: Doctores A. Broca (de París), d'Astros (de Marsella), F. Terrien (de París).

\*  
\* \*

El XXVI Congreso francés de Cirugía se celebra en París del 6 al 11 del corriente, bajo la presidencia del doctor Kirmisson.

Los temas oficiales son los siguientes:

1.º *Tratamiento curativo de las anquilosis.*—Ponentes: Doctores Baumgartner (de París) y Denuce (de Burdeos).

2.º *Cirugía del colon pelviano.*—Ponentes: Doctores P. Duval (de París) y Patel (de Lyon).

3.º *Tratamiento de las heridas del cráneo por proyectiles pequeños.*—Ponentes: Doctores Billet (cirujano militar) y Demoulin (de París).

\*  
\* \*

La Asociación francesa de Urología celebra su 17.ª sesión en París del 9 al 11 de octubre, bajo la presidencia del doctor Guyon.

El tema oficial es el siguiente:

*Pericistitis.*—Ponente: Doctor Aversen (de Toulouse).

---

**Cólera.**—Austria-Hungría: en Marienbad (Bohemia), hasta el 14 de septiembre se había registrado un caso de cólera. En Galitzia, en las proximidades de Lawoczne, estación del ferrocarril, entre Pest y Lember, 3 enfermos y un caso de muerte. En Hungría: en Pest, hasta el 11 de septiembre, enfer-

maron 9 personas y 3 murieron. Del 26 al 30 de agosto hubo en Bosnia, en la región de Tuzla, 30 invasiones y 22 defunciones. En Rusia: en Cherson, del 2 al 3 de septiembre, 4 enfermos y una defunción, y, en conjunto, desde el 26 de agosto, 8 enfermos y 4 defunciones. Rumanía: entre las tropas acampadas en Galatz ha habido, hasta el 10 de septiembre, dos nuevas invasiones seguidas de defunción, y entre la población civil otros dos casos de muerte, debidos a la epidemia colérica. En Braila enfermaron entre el 2 al 8 de septiembre 4 y fallecieron 3. El número de defunciones ocurridas hasta ahora entre soldados y reservistas se calcula entre 1.200 y 1.400. Servia: según los datos oficiales, que se refieren a toda la nación, han ocurrido del 16 al 23 de agosto 339 invasiones y 158 defunciones, de las cuales corresponden a la provincia de Belgrado 18 y 6 respectivamente. Turquía: en Constantinopla, desde el 5 de agosto al 7 de septiembre, 22 enfermos y 12 casos de muerte: en Smirna, del 25 al 31 de agosto, 48 casos de invasiones y 22 defunciones: en Bairaclie, una invasión.

**Peste.**—Grecia: según el parte del 3 de septiembre han ocurrido, en conjunto, 11 casos de peste, de ellos 10 en el Pireo y 1 en Atenas. Desde hace más de una semana no se han presentado nuevos casos de la epidemia. India inglesa: del 3 al 9 de agosto enfermaron 1.132 personas y murieron 886. India holandesa: del 13 al 26 de agosto se registraron 753 invasiones y 749 defunciones. Hongkong: del 27 de julio al 7 de agosto, 42 enfermos y 37 muertos. Mauricius: del 4 al 24 de julio, 8 enfermos y 5 muertos.

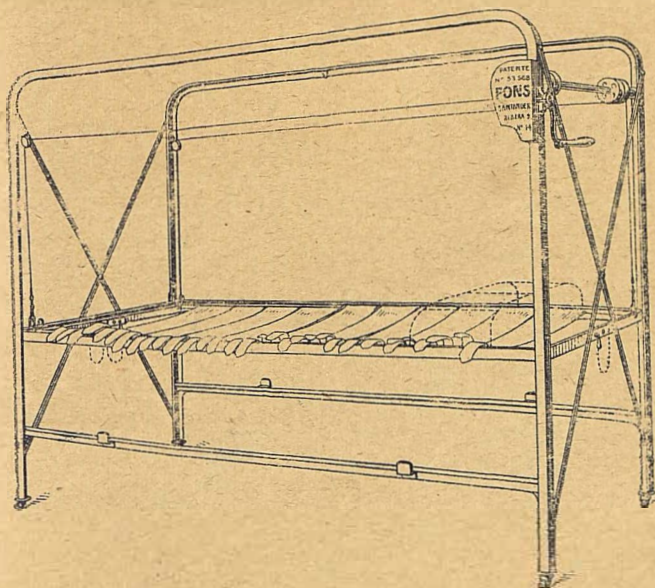
El gobierno de Prusia ha adquirido un gramo de radium por la suma de 350.000 marcos. Para los próximos presupuestos ha votado 800.000 marcos con objeto de preparar nuevas cantidades de sustancias radio-activas. También en las principales ciudades del Imperio se han reunido grandes sumas con el mismo objeto. En Berlín, 200.000 marcos; en Bremen, 160.000; en Magdeburgo, 160.000; en Dresde, 200.000; en Munich, 200.000; en Leipzig, 38.000.

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

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

# 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; plina redonda, giratoria. Tubo ancho, utilizable para micro-fotografías. Cre nallera para el enfoque rápido y tornillo micrométrico lateral. Condensador **Abbe** separable lateralmente. 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.

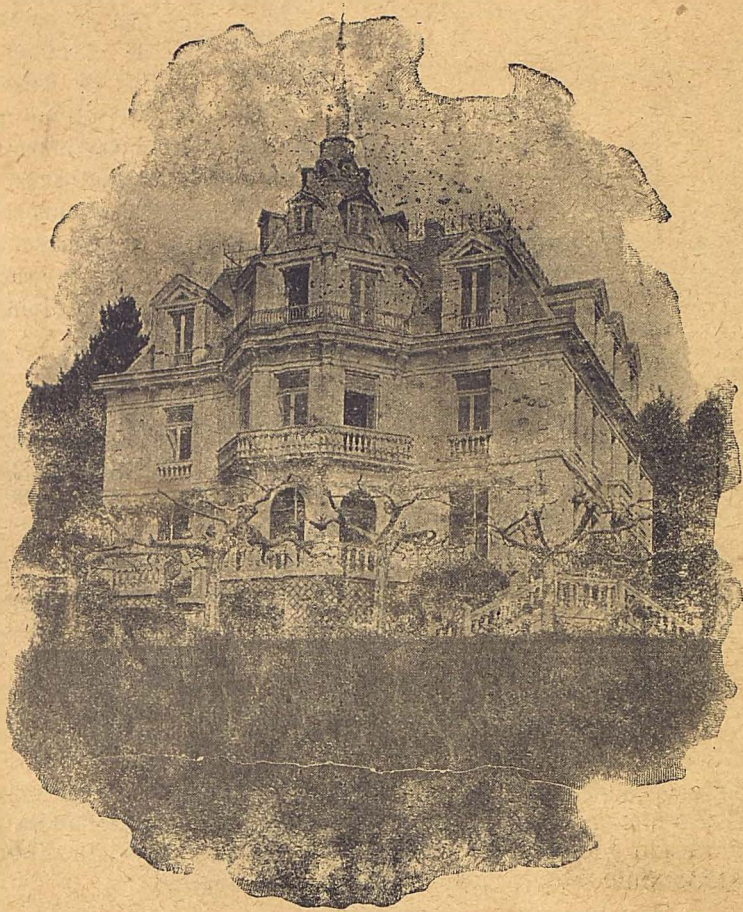
Ocular de dibujo número 111.

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 encarga 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: Catarrros 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.

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

**PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR**