

SANATORIO

* MADRAZO *

AÑO 111. * NÚMERO 7

* JULIO DE 1913 *

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

JOAQUÍN SANTIUSTE Y AGUSTÍN CAMISÓN: Un caso de absceso intra-dural (paquimeningitis interna localizada).—P. D. RODRÍGUEZ RIVERO: Pólipo implantado en el fondo de la cavidad uterina. Extirpación por la histerotomía.—V. J.: La "entente".

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



PUENTE VIESGO-SANTANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFICA DE ESTAS AGUAS MEDICINALES, ESTÁ EN CONTENER ABUNDANTE EMANACIÓN 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 ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

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

Aguas Clorurado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

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

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.— Informes y catálogos gratis

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

FARMACIA JIMENEZ

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

Vacunas y tuberculinas del Instituto Ferrán
Especialidades : Medicación moderna : Ortopedia : Cajas para partos : Soluciones inyectables esterilizadas. —KEFIR—IOHURT

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

ESTÓMAGO * BAZO * RIÑONES * HÍGADO

AGUA DE VILAJUIGA

LA MAS RICA EN LITINA

CURA LA DIABETES, ARTRITISMO Y MAL DE PIEDRA

Pídase en Farmacias, Droguerías y Restaurants

VALIOSO TÓNICO DE LOS NERVIOS

ALIMENTO DEL CEREBRO

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS GENOVÉ

a base de FÓSFORO PURO

Indicadísimas para combatir rápidamente la **NEURASTENIA** y la **DEBILIDAD CEREBRAL**, producidas por desgastes físicos o intelectuales.

Venta en Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

BOLETIN

DE

CIRUGIA

UN CASO DE ABSCESO INTRA-DURAL (PAQUIMENINGITIS INTERNA LOCALIZADA)

Por Joaquín Santiuste
y Agustín Camisón

Entre las múltiples y muy graves complicaciones intracraneanas a que las otitis supuradas dan lugar, una de las más raras e interesantes es esta de que vamos a tratar, y que aun le dan mucho más interés las particularidades que veremos en el transcurso de la descripción del caso, tanto bajo el punto de vista de la patología auricular como de la oclística.

La primera etapa de complicación de la otitis supurada, ya aguda, ya crónica, es el amtrum, o, según muchos autores, coexistiendo desde el principio de su aparición en la mayoría de los casos. La tendencia general de esta complicación es abrirse paso al exterior, interesando las restantes células mastoideas y después la capa cortical, de cuya evolución y diferentes modalidades ya nos hemos ocupado en esta publicación al tratar de la mastoiditis de Bezold.

Si en este sentido encuentra resistencias grandes o invencibles, por tratarse de una apófisis de las llamadas ebúrneas, cambia de ruta, dirigiéndose al endocráneo, bien hacia arriba a la fosa media o bien hacia atrás a las fosas inferiores y seno lateral.

Por más que en muchos casos sea esta condensación mastoidea la causa de tales complicaciones, no creo que sea siempre, pues el que

haya operado y visto operar estas complicaciones intracraneanas, muchas veces no encuentra esta apófisis de carácter ebúrnea, y, en cambio, haciendo la operación radical o vaciamiento de todas las cavidades, habría encontrado ese tipo ebúrneo más o menos caracterizado, sin que exista complicación endocranánea, y, a pesar de existir la afección supuratoria del oído desde tiempo inmemorial. Indudablemente, carácter de constitución anatómica especial, o excesiva o también especial virulencia de los gérmenes, deben ser la base o deben influir para la aparición de esta propagación hacia el interior. Pero sea de esto lo que quiera, que no es del caso ocuparnos de ello en este momento, y prescindiendo de la complicación sinusal, vamos a ver la marcha más generalmente seguida por las restantes complicaciones intracraneanas que han sido mencionadas más arriba.

Por la progresiva osteítis destructiva se rompe la pared interna y el primer plano de resistencia que se encuentra es la dura, estableciéndose en este proceso flogístico de defensa adherencias al rededor del foco osteítico, para circunscribir y encerrar el pus en una cavidad más o menos grande, constituyéndose entonces el absceso extradural.

Pero si a este foco en comunicación constante con el séptico del oído no se le proporciona salida conveniente, la resistencia que opone la dura no es indefinida y cede al fin.

Entonces lo que sucede es que el pus se derrama en el espacio sub-aracnoideo, o pasa al interior del cerebro, constituyendo en este último caso el absceso cerebral, y en el primero una lepto-meningitis generalizada en la mayoría de casos, haciéndose mortal. Lo raro y excepcional es que la lepto-meningitis se localice, produciéndose en la pía mater un proceso de defensa como el indicado en la dura, produciéndose adherencias que aislan el foco supuratorio del resto de la cavidad aracnoidea. En esta excepción está incluido el caso de que vamos a ocuparnos más adelante. Gran importancia tendría para el cirujano que pasaran las cosas tal como las acabamos de exponer, es decir, que en todos los casos hubiera una continuación de lesión directa desde el foco auricular hasta el cerebro, última etapa de avance del proceso séptico, puesto que entonces siempre tendría un guía seguro para seguir paso a paso la lesión hasta sus últimos límites. Mas, desgraciadamente, esta no es la única forma de propagación del exterior al interior.

Estando la lámina interna sin perforar puede propagarse la infección

por los capilares intraóseos y alguna venilla que pone en comunicación la cavidad supurante con los senos venosos del cráneo. Contribuyen también a esta propagación órganos que pasan del cráneo al exterior, como son el nervio facial por el conducto de Falopio y el nervio auditivo, así como también los que van del exterior al interior, como la vena auditiva. La existencia de aberturas naturales anatómicas, que ponen el oído en comunicación con el endocráneo, como son el acueducto del caracol y el vestíbulo, son también vías conductoras del foco séptico.

Cuando estos últimos medios de propagación tienen lugar, la situación del cirujano es difícil y no tiene más indicio para caer sobre el foco de infección que la proximidad de la lesión auricular y los síntomas cerebrales que presenta el enfermo, que ya sabemos la poca precisión que dan en lo que se refiere a localizaciones del cerebro. También nuestro caso, que ya vamos a exponer a continuación, había penetrado en la cavidad craneana sin que, al menos perceptiblemente, estuviera perforada la lámina interna.

T. A., de 25 años, desde hacía cuatro sufría una supuración del oído izquierdo, que se le inició sin dolor ni molestias, a pesar de que la supuración era bastante abundante, y tampoco sin causa ostensible a que poderlo atribuir. Por esta falta de molestias no dió importancia a su afección ni tampoco trató de ponerla remedio hasta el momento en que, en la convalecencia de lo que ella llamaba una fiebre gástrica, que le duró ocho días, se acentuaron unos dolores de cabeza intensos, con los que había empezado la fiebre. A esto se añadió el haber momentos en que no conocía a las personas y decía palabras incoherentes. En esta situación le hice el primer reconocimiento del oído, en el que presentaba una supuración abundante algo fétida, y destrucción completa del tímpano, no quedando nada más que restos del martillo: no había ni infiltración ni dolor en la región mastoidea. El examen de la función auditiva no pudo hacerse bien, por el estado mental de la enferma. Calificamos el caso de una otitis supurada crónica con fenómenos meningíticos bastante acentuados, proponiéndole la operación radical que, según las circunstancias en el curso de la misma, podría terminar por la abertura del cráneo.

Varios días después ingresó en el Hospital de San Rafael, de esta ciudad, en donde se presentó ya con diplopia, ptosis del párpado superior y acentuados los fenómenos de incoherencia, delirio, de tal modo,

que nos obligó a operarla precipitadamente en la tarde del 9 de julio del año último pasado. Se procedió a practicar la operación radical. Apareció pus en las células mastoideas, fungosidades en la caja, todo lo que se limpió minuciosamente. La mastoidees no era de tipo ebúrneo, sin encontrarse lesión ninguna de la lámina interna ósea que nos indicara el paso de la sepsis al endocráneo; pero dados los síntomas meningo-cerebrales que presentaba la enferma, pusimos al descubierto en bastante extensión el seno y la dura madre correspondiente a la fosa cerebral media. En el primero no encontramos ninguna alteración, pero en la dura intacta pudimos apreciar una cierta decoloración, como algo engrosada, y, sobre todo, parecía empujada hacia fuera por una bastante intensa presión, por lo cual decidimos abrirla, y, efectivamente, salió una cantidad de pus que seguramente pasaría de unos 100 gramos; por la abertura de la dura madre pudimos observar que la superficie encefálica, fuera de alguna vascularización de la pía madre, parecía normal, y por esta razón y los caracteres indicados en las meninges, desde luego creímos que el pus no había penetrado en la masa encefálica.

El pus se había extendido por la base del lóbulo esfenoidal, no pudiendo, no obstante, verse la extensión y límites de la cavidad purulenta. Por la abertura de la dura introdujimos un desagüe de gasa iodofórmica poco cargada, y en el resto de la cavidad mastoidea y caja, gasa blanca. No hicimos la autoplástica del conducto auditivo, primero, por parecernos facilitar de esta manera y asegurar más el desagüe, y porque en las curas sucesivas habían de intervenir personas muy competentes, pero poco habituadas a tratar estos casos especiales.

Desde el día siguiente de la operación disminuyó la ptosis del párpado superior, pero siguieron los fenómenos delirantes y el conocimiento tardó en restablecerse, tanto, que temimos por el resultado, a causa de que al menor descuido se quitaba la enferma el vendaje, sin poderse conservar la asepsia debida. El dolor de cabeza también continuó por algún tiempo, hasta que a los ocho o diez días ya desapareció, así como se restablecieron por completo las facultades intelectuales. La diplopia también pudo comprobarse, después de recobrar el conocimiento, que había desaparecido. En las primeras curas siguió saliendo pus fétido bastante abundante y esfacelos grandes y numerosos. Ya a los quince días la herida se presentaba granulada, aunque supurando. El estado, muy bueno; la enferma se levantaba, estaba bastante fuerte, y atendido esto, pidió el

alta para venir a la cura externa del Hospital. No obstante este buen estado, de vez en cuando se presentaban algunos conatos de vómitos, alguna ráfaga de dolor de cabeza y un fenómeno, no recordamos a qué fecha, que a ratos no veía bien del ojo correspondiente al lado enfermo, por lo cual el doctor Camisón, se encargó de examinarla.

A los pocos días de presentarse estos síntomas oculares se acentuaron vómitos y dolores de cabeza, que cesaron después de una noche que sintió la enferma como si saliera una gran cantidad de líquido por el oído, y al día siguiente se encontró el vendaje empapado de pus. Desde esa fecha poco a poco fué ganando en visión, hasta llegar casi y sin casi a la agudeza normal; pero de vez en cuando se inicia algún dolor de cabeza y vómitos, particularmente en las épocas de la regla, y la última vez que la vimos, aunque era poca la supuración, no había desaparecido por completo.

Como vemos, la infección de las meninges no ha sobrevenido por estado de condensación de la mastoides, y, además, no hemos podido comprobar el camino que han seguido los gérmenes, pues hemos roto la lámina interna y puesto al descubierto la dura por la seguridad de que, dada la situación de la enferma, no podía menos de existir alguna complicación meníngea o cerebral. Afortunadamente, la prociencia que hacían las meninges hacia afuera, a través de la abertura ósea, y su decoloración, nos dieron cierta probabilidad de que íbamos a dar con el foco, como así sucedió, según queda referido en la historia de la enferma.

No puede dejarse de llamar la atención sobre la gran cantidad de pus que salió con porciones de tejido esfacelado. No hemos registrado la literatura médica minuciosamente sobre este asunto, pero lo que hemos leído sobre esto en general, refiérese a abscesos pequeños, dados con el carácter de cierta rareza, pero absceso tan grandes como estos no recordamos haberlos visto descritos sin ser intracerebrales. La gran cantidad de pus nos explica la extensión de la gran cavidad que lo contenía para no poder llegar a apreciar sus límites, lo que nos podría hacer sospechar si sería una meningitis supurada no localizada, pero no podíamos creerlo así porque hubiera producido la muerte.

Esta gran extensión que había alcanzado la superficie supuratoria meníngea, nos explica, en primer lugar, los grandes fenómenos de irritación cerebral en el primer periodo, y después los fenómenos de compresión cerebral producida por el pus.

En el momento de la salida pudimos apreciar que el pus salía, en su mayor parte, por debajo del lóbulo, lo que nos explicaba que fueran fenómenos básicos los que presentaba la enferma, parálisis del motor ocular común (diplopia y ptosis del párpado superior), unida a la extensión que queda mencionada de la meningitis, que no nos atrevemos a negarle el nombre de paquimeningitis localizada.



La enferma de quien se ocupa anteriormente el doctor Santiuste, fué observada por mí, con motivo de la aparición de síntomas oculares. Éstos eran de dos órdenes; unos tenían asiento en el nervio óptico y otros dependían de trastornos en la inervación del motor ocular común.

En las otitis medias y mientras no exista ninguna complicación cerebral o meníngea, se suele presentar, aunque en verdad con escasa frecuencia, una neuritis óptica que ofrece como únicos síntomas oftalmoscópicos hiperemia y ligero éxtasis papilar: los vasos no presentan ninguna de las modificaciones que casi siempre se observan en las demás formas de neuritis y en el *staungs papille* de los alemanes; igualmente el edema peripapilar es escaso. Sólo estos caracteres de la imagen oftalmoscópica permiten en ocasiones hacer un diagnóstico etiológico de la neuritis, y aunque no se les pueda conceder un valor positivo, pueden, en muchos casos, valernos por sí solos para formular un diagnóstico causal con muchas probabilidades de acierto. Así, por ejemplo, la neuritis sífilítica (neuro-retinitis específica), se distingue muy bien algunas veces por el edema peri-papilar, que llega a ser tan considerable, extendiéndose tanto por la retina y borrando los límites papilares, que es muy difícil definir dónde termina ésta y donde empieza aquélla, y sólo por la entrada de los vasos puede uno orientarse del sitio que ocupa la papila. Además no son raros en la periferia depósitos de pigmento en la coroides, como asimismo una opacidad central del cuerpo vítreo. Las neuritis diabética y albuminúrica van acompañadas, sobre todo esta última, ya desde los primeros tiempos, de focos hemorrágicos y de degeneración en la retina y la papila suele presentar el aspecto del éxtasis papilar. La neuritis tuberculosa ya no es tan fácil de diagnosticar por el examen oftalmoscópico, más que en el caso de existir al mismo tiempo tubérculos en la coroides o en el nervio óptico. De todas maneras, aparece casi siempre cuando la meningitis ya se ha diagnosticado, al contrario que la neuritis sífilítica,

en la cual la inflamación del nervio óptico es anterior a las manifestaciones meníngeas. Claro está que no por esto han de tener un papel secundario otros medios de comprobación diagnóstica, como la reacción de Wassermann, el análisis de la orina, etc.

Antes indicaba la forma de neuritis que se presenta algunas veces en la otitis media, neuritis que no ofrecía al oftalmoscopio más que un ligero éxtasis e hiperemia de la papila, pero esto siempre que no hubiera complicaciones meníngeas o cerebrales, porque en el caso de existir, el cuadro sintomático varía notablemente. Entonces la papila se enrojece en extremo sin borrarse los límites; el edema peri-papilar aumenta y los vasos se hacen prominentes.

En nuestra enferma, después de la aparición de un absceso intrameníngeo, consecutivo a una otitis media, que aumentó la presión intracranéana, la imagen oftalmoscópica era la del *staungs papille* típica, y aunque se observaba en los dos ojos, estaba más marcada en el izquierdo en el cual la elevación de la *papila* era considerable, así como la dilatación venosa, que contrastaba con el calibre sumamente reducido de las arterias. El edema peri-papilar resaltaba más porque era un fondo de ojo casi albino.

A pesar de todas estas modificaciones del fondo, la agudeza visual permanecía casi normal: sólo se apreciaba una limitación concéntrica del campo visual.

Estas formas de éxtasis papilar tienen un pronóstico benigno, pues no llegan nunca al periodo atrófico, porque desaparecen sin dejar huella en cuanto la causa deja de obrar.

Así en nuestro caso todos los síntomas desaparecieron al dar salida al pus con una intervención quirúrgica: a los 14 o 16 días de la operación apenas era perceptible más que un enrojecimiento de la papila. Pero aquí, en esta enferma, aparecieron nuevamente los síntomas subjetivos que antes aquejaba y a la par nueva agravación de los síntomas oculares: era indudable que había nueva colección purulenta; ésta se vació espontáneamente al cabo de algún tiempo y las modificaciones del fondo mejoraron otra vez hasta desaparecer por completo.

Entre los síntomas de otro orden que se observaban en la enferma hay que apuntar una parálisis completa del motor ocular común izquierdo, que era el lado correspondiente a la lesión; ptosis no muy pronunciada, midriasis, parálisis de la acomodación, ligero exoftalmos, bulbo ocu-

lar hacia afuera y abajo, y diplopia al elevar el párpado afecto de ptosis.

La parálisis de los motores del ojo que con más frecuencia se observa en la meningitis ótica no purulenta, es la del motor ocular externo; este nervio, en una parte de su trayecto, se apoya sobre el vértice del peñasco y en el caso de una meningitis circunscrita puede ser interesado. Después del motor ocular externo, viene en frecuencia el facial, mientras que los trastornos en los demás nervios motores del ojo, son de una rareza extrema.

Pero en nuestra enferma se trataba de una meningitis purulenta con la formación de un absceso que no era subdural, como es lo frecuente, sino intradural y difundiéndose en gran extensión. Este absceso ocasionó la parálisis del motor ocular común sin participación apreciable de ningún otro nervio. No pudimos observar el tiempo que tardó en establecerse esta parálisis, aunque debió de ser muy rápido, según indican los que rodeaban a la enferma. Desapareció también rápidamente hasta hacerlo por completo a los tres o cuatro días de operada.

Para que la parálisis total del motor ocular común se manifieste, debe existir una lesión que recaiga en el mismo tronco del nervio, porque las fibras que le constituyen se disocian por delante al entrar en la órbita para ir a cada uno de sus músculos y posteriormente se disocian también para ganar los núcleos de origen. Así en la enferma de que nos ocupamos la parálisis debió de ser producida por compresión en la base, ejercida por el absceso.

Como dije antes, la parálisis desapareció completamente muy pocos días después de la operación, y a pesar de que los demás síntomas oculares se agravaron con la formación de un nuevo absceso, los síntomas del motor ocular común no volvieron a manifestarse.

Pólipo fibroso implantado en el fondo de la cavidad uterina

EXTIRPACIÓN POR LA HISTEROTOMÍA

Por P. D. Rodríguez Rivero

DE PUERTO CABELLO

En agosto del año pasado practicamos la histerotomía vaginal mediana anterior para la extirpación de un pólipo fibroso implantado en el fondo de la cavidad uterina, cuyo orificio interno estaba obturado por el cuerpo del tumor.

La enferma es de Tocuyo de la Costa (Venezuela): contaba para la fecha 43 años; de raza muy mezclada: de vida muy activa, viajando frecuentemente a caballo. Reglada a los 17 años, conservó la regularidad de su período catamenial, que duraba ocho días, sin dolores ni interrupciones hasta el año 92, que salió en cinta del único hijo que tiene: el parto fué normal.

Como antecedentes hereditarios nos informa que perdió hace años a su padre atacado de tuberculosis pulmonar: no ha habido otro caso de esta enfermedad en sus ascendientes.

De la madre nos dice que se lamenta siempre de un sufrimiento de la matriz, pero sólo sabe de cierto que la anciana tiene constantemente gran secreción mucopurulenta por la vagina.

Nuestra enferma, que fué sana en su niñez, y hasta el alumbramiento, perdió su salud con la maternidad, a pesar de que asegura que fué bien asistida por la *comadrona*, y que no tuvo hemorragia, ni fiebre, ni dolores uterinos.

Se comprende que fué robusta, pero la encontramos demacrada y muy pálida: sufre una dispepsia terrible: está quejosa de frecuentes dolores de cabeza y de cintura, que cada día se acentúan más; después del parto sus reglas vinieron más seguidas, le duraban diez y doce días, eran más abundantes, siempre con olor desagradable y dejando en los intermedios un flujo leucorréico fétido.

De un año acá sus males se han acentuado: no regla una, sino dos veces por mes, con igual o más abundancia de sangre, que se *coagula*: son verdaderas metrorragias acompañadas de dolores en el vientre.

En Mayo sintió en uno de los últimos días de sus llamadas reglas, un dolor muy agudo, expulsivo y con profusa hemorragia, que cesó antes que el cólico: le sobrevino un ligero aparato febril. Cuenta ella que todo pasaba cual si estuviera en pleno proceso de expulsión de un aborto. Los meses restantes los pasó con los dolores, bien que más moderados, y con poquísima pérdida de sangre.

Es digno de anotarse que no ha tenido jamás, ni aun en la crudeza de sus males, ningún fenómeno por parte de la vejiga.

Llamaba la atención su estado precaquético; la faz terrosa, su sistema nervioso exaltado. Taquicárdica, y con soplos cardiovasculares propios de su profunda anemia, *sentía en sus oídos* los movimientos de su corazón, acompañados de ruidos que la quitaban su tranquilidad.

La pared abdominal, delgada y flácida, permitía palpar fácilmente los órganos abdominales, que juzgamos normales, a excepción del bazo, algo crecido, bien fuera por nuestro endémico paludismo, o por exceso de función para reponer tanto glóbulo perdido.

Los ganglios inguinales estaban naturales, e indolentes, sin ningún signo de infección en el territorio de sus linfáticos aferentes.

Examinando los órganos genitales, vemos bien desarrollados los grandes y los pequeños labios; sin señal de rasgadura la horquilla vulvar; el periné es fuerte. Por la vagina hay salida del producto leucorréico en cantidad apreciable.

Cateterizada la vejiga, con el doble objeto de explorar el reservorio, y de dar salida a la orina, evitando con esto—según los consejos de nuestro sabio maestro *Jayle*, del Hospital Broca—caer en un error de diagnóstico, tan frecuente cuando se examina con la vejiga, llena, extrajimos todo lo que había de líquido, y pudimos cerciorarnos de la integridad funcional del órgano, que hasta ahora ha sido indiferente al proceso genital de la enferma.

Por el tacto vaginal llegamos al cuello, cuyo orificio externo permitía, aunque difícilmente, el paso del índice, lo mismo que el canal cervical; el orificio interno estaba obstruido por algo ligeramente convexo, inmóvil, y cuya consistencia nos fué imposible apreciar porque apenas lo alcanzamos con el pulpejo digital. Los fondos de saco estaban libres;

el cuerpo uterino no ha aumentado en altura, ni los anexos sufren. Por el tacto rectal ninguna luz sacamos para nuestro diagnóstico.

El especulum nos puso a la vista el hocico de tenca, semiabierto, corto, cuyo canal estaba ocupado muy cerca del orificio interno por un cuerpo de color blancuzco, ligeramente rosado, cubierto de moco y que parecía encajado como un vidrio de reloj en su aro, no dando paso al histerómetro, con el que quisimos franquear la orilla del cuerpo obturador; por más que tratamos de asirlo con una pinza de dientes, y lujarlo, previa dilatación extemporánea y no completa del cuello, no lo conseguimos.

Sin duda que estábamos frente a un mioma, o más bien a un fibroma, por su dura consistencia, ya apreciada en el examen al especulum, cavitario, de pequeño volumen, porque el continente (útero) no daba señales de crecimiento, como que fué bien limitado su tamaño normal por el tacto y la palpación combinados. Lo que no podíamos asegurar es si se trataba de un fibroma sesil o de un pólipo fibroso, aunque los fenómenos de violentos dolores coincidentes con la disminución de la metrorragia, relatados por nuestra paciente, podían inclinarnos a creer lo último, explicándonos dichos fenómenos como el resultado de un descenso brusco del tumor, que al tratar de abrirse salida por el canal cérvico-uterino, producía el dolor expulsivo, cohibiendo la hemorragia al encajarse en el orificio interno, donde fué detenido por la cortedad o resistencia del pedículo; tanto o más creíble la presencia de una sólida sujeción era el hecho de que, a pesar de tener tiempo (de Junio a Agosto) para salir del cuello, no se verificó, aunque no cesaron del todo los dolores expulsivos, sino que se hicieron tolerables.

Resuelta la operación, a ella procedimos, a fines de Agosto, en el servicio particular del Hospital Municipal de Puerto Cabello, entonces a nuestro cargo.

Desde la víspera fué rasurado el pubis, lavada al jabón y al sublimado la vagina y taponada con gasa esterilizada.

Cloroformizada, hicimos un tocamiento completo con tintura de yodo al décimo en la vagina y los fondos de saco, quitando el exceso con alcohol absoluto: todo esto, después de haberle hecho el cateterismo vesical y vaciándole bien la vejiga, así como había sido vaciado el recto con una enema de agua esterilizada.

Fué nuestra intención completar bajo el anestésico la dilatación del

cuello, e intervenir por esta vía, después de haber precisado la extensión y calificación del cuerpo patológico.

Al efecto, aplicada la valva inferior, fijamos el cuello con dos pinzas de Pozzi, atrayendo el útero a la vulva, cosa fácil en este caso, porque los anéxos cedieron, gracias a haber permanecido extraños a todo el proceso uterino, y por tanto estaban libres de adherencias, conservando su natural elasticidad.

Dilatamos lo más que pudimos con el dilatador de Siredey, siéndonos tan difícil como antes rodear con el dedo el cuerpo del tumor, por no dar espacio: cogido aquél con una pinza de Musseux, no cedió en nada a moderadas tracciones.

Consideramos entonces justificada la histerotomía mediana anterior, que aconseja el Profesor Sebilleau, a la que procedimos por el método clásico.

Incindida la semicircunferencia superior del cuello, a uno o dos centímetros del orificio, y buscado el plano de declive, llegamos hasta el fondo de saco anterior, que abrimos, protegiendo tanto los tejidos como la vejiga, por una valva. Llegado al cuerpo del útero, hicimos una incisión mediana, comprendiendo el cuello y parte de la pared uterina: así pudimos ya rodear el tumor, y encontrar su pedículo, implantado en la parte media del fondo de la cavidad. Le seccionamos de un golpe de tijera en su misma inserción, apreciando su firme consistencia fibrosa y su escasísima vascularización, hasta el punto de no necesitar de ligadura.

Hicimos un ligero raspado de la mucosa y tocamos la superficie de implantación del pólipo con tintura de yodo, cerrando con puntos de catgut la incisión uterina y el fondo de saco vesico-uterino.

Luego drenamos la cavidad con un tubo de caucho vulcanizado estéril (por no tener a la mano drain de cristal), envuelto en gasa aséptica, taponando igualmente la vagina.

A las cuarenta y ocho horas retiramos el drenaje tubular y lo reemplazamos por el capilar de gasa simplemente, hasta dos días después, que nos conformamos con taponar la vagina.

A los catorce días estaba la operada completamente buena.

El pólipo—que conservamos en el naciente museo anatomo-patológico que iniciamos en aquel Hospital durante nuestra Dirección, y que contiene algunas importantes piezas—tiene la clásica forma de un higo, cuyo diámetro mide siete centímetros, y el largo del pedículo cuatro,

siendo la longitud total de ocho centímetros escasos: es de color blanquecino con reflejos rosados y su consistencia es casi leñosa.



Varios son los procedimientos para extirpar los pólipos uterinos, siendo el más sencillo, sin duda alguna, el arrancamiento por torsión con una simple pinza, de ganchos si son duros, lo cual, hecho suavemente, sin precipitación ni brusquedad, no acarrea la inversión uterina, frecuente en las maniobras brutales: así quisimos proceder al principio, y ya hemos dicho que no nos lo permitió el encajamiento del pólipo en el segmento superior del cuello. No nos quedó más recurso que practicar la histerotomía vaginal, benigna de por sí, y porque deja ver bien todo; y adoptamos la anterior, por el método de Sebileau, recomendado en su magnífica obra «Leçons de chirurgie», porque da bastante luz: se hace la incisión en una zona isquemiada, y no hay lugar a encumbramiento de pinzas, dejando una sola cicatriz.

Las histerotomías laterales son más incómodas, porque ocupan más pinzas: dan menos luz, dejan dos cicatrices, producen sangre al pasar del cuello y hasta exponen al peligro de herir las uterinas, que ya sabemos cómo se deben respetar.

Santander, mayo de 1913.

LA “ENTENTE”

¿Qué tiene que ver la cirugía con la política internacional? ¿Por qué hablar en este Boletín tan... austeramente quirúrgico, de nuestras relaciones con Francia e Inglaterra? Pues tiene que ver. Hasta hoy teníamos nuestras dudas acerca de la cordialidad de los franceses hacia nosotros; pero ahora, después de la inauguración del Instituto Francés en Madrid, después de la creación de la U. M. F. I. A., que no es una sociedad deportiva, sino la flamante Unión Médica, franco-ibero-americana, para estrechar los lazos, etc., etc., que los vecinos de enfrente han procurado echarnos siempre al cuello, no se puede dudar de sus excelentes intenciones.

Estamos, pues, en el deber de corresponder a sus cariñosas manifestaciones con otras semejantes; por lo pronto, vamos a cambiar de criterio respecto a nuestros compañeros los cirujanos franceses, olvidando los desaires que de ellos hemos recibido, la tenacidad con que siempre han rechazado una colaboración nuestra en sus revistas y sociedades científicas, la consigna de no citar un nombre español en ningún trabajo.

Los que hemos cosechado en la mayor parte de las escuelas europeas, creíamos que el trigo francés valía poco (acaso menos que el nuestro) y que lo más lucidito del mercado era traído del campo alemán. Creíamos también que tenía razón Heine cuando explicaba que en Francia los cómicos son malos, porque los que tienen aptitudes para el teatro... se dedican a otra cosa, a la cirugía, por ejemplo. Es en Francia, en donde creíamos haber leído que, así como para hacer un guisado de liebre, lo de menos es la liebre, para operar una apendicitis, lo de menos es que el enfermo la padezca; habíamos creído que la palabra *pose* era francesa y de difícil traducción al castellano, y que los Doyen y su suero anticanceroso para millonarias americanas y su estafilasa (o estafa-lisa, no estoy seguro del nombre) y su *mico*-lisina y su cinematógrafo tenían cierta mancha, cierto olorciillo de charlatanería...

Pero, no; rechazando estos falsos juicios, confesemos en adelante los altos méritos de nuestros compañeros, y pongamos en las portadas de nuestros pobres libros la histórica y confraternal divisa:

¡Il n'y a plus de Pyrénées!

Después de lanzar este grito, leemos cierto artículo de la *Revue Moderne de Médecine et Chirurgie*, periódico editado por la casa Ducatte para anunciar sus específicos. Se titula «La influencia médica francesa a través del Mundo». Viendo las cosas con ojos de mercader, dice su autor que los principales abastecedores son tres: Francia, Alemania y América del Norte. «Francia, otras veces privilegiada, ha visto, es preciso reconocerlo, su esfera de influencia muy disminuída.» (¡Ahí le duele!) «La geografía médica francesa comprende España, Portugal, etc., etc. Rusia, hasta estos últimos años, estaba bajo la dominación de la escuela alemana; pero parece que un movimiento de independencia se ha manifestado.»

Pues bien, señor articulista; parece que también se observa este movimiento de independencia en España. Vamos andando solitos, y, si no corremos, no es por falta de piernas, sino por sobra de estorbos; no por falta de energías intelectuales, sino por atadidos de otro orden: tales, por ejemplo, una falta de cohesión, para presentar unificada la obra individual; unas leyes que tienen en la miseria los centros de enseñanza y postergan al médico español, como el decreto de Zorrilla dando libre entrada a todo médico extranjero, mientras las demás naciones nos cierran sus puertas... Y si «Italia, donde el cariz económico ha sufrido una rápida ascensión, tiende a extender sus zonas de influencia médica», España ve también que su hacienda se levanta, y que puede librarse de tutelas de honorabilidad sospechosa.

Continúa el artículo con unas armoniosas variaciones sobre el conocido tema de *las afinidades étnicas, el genio latino*, etc., etc., y termina el primero de estos artículos (habrá una continuación, según parece) explicando que el dominio francés sobre nuestra medicina puede afinarse y extenderse con *medios científicos y procedimientos económicos*; o sea relacionando las teorías de la ovulación con la ley de Aduanas, o *los cambios bursátiles* con los orgánicos. No está mal.

Entre tanto, la U. M. F. I. A. ultima los detalles de su primer Congreso en París, para estrechar los consabidos lazos; y el *Figaro* escri-

be un extenso artículo que ustedes conocerán «concluyendo que somos unos salvajes, y que, si el Africa no empieza en los Pirineos, todavía hay Pirineos».

Y que los haya por los siglos de los siglos, vecinita.

Para cerrar estos comentarios, vaya una anécdota al estilo francés: El año 1901 (era yo interno del Sanatorio) un gran periódico de París, envió un corresponsal a Santander para asistir a la llegada de cierto personaje que no llegó. El reporter no quería irse de vacío y preguntó: ¿Hay algo en Santander que valga la pena de una crónica, de una información?

¡Psch! Tenemos un muelle que no está mal; la industria, tal cualeja; hay en las letras un tal Pereda, cierto señor Pérez Galdós, un Menéndez Pelayo, cuyas casas puede ver; hay también un Instituto de biología marítima, un Sanatorio modelo, pinturas de Casimiro Sáinz.

El bueno del francés no conocía, ni de oídas, a don Casimiro, ni a don Marcelino, ni al señor Pérez...; *a la hâte*, vió algunas de estas cosas, y, con gran sorpresa, las encontró tan bien, tan bien... que se cuidó mucho de escribir cosa alguna acerca de Santander y sus notabilidades... ¡Viaje perdido!

V. J.

REVISTAS

Med. Kl.

Las siguientes observaciones son de un discurso pronunciado por *von Noorden* en la Universidad de San Francisco de California sobre el *Tratamiento de las Nefritis*. En las *nefritis agudas* se debe guardar cama hasta la curación, hasta que la nefritis ha pasado el periodo crónico. Con frecuencia la orina continúa presentando albúmina semanas y meses después de haber desaparecido todos los síntomas del periodo agudo, y ocurre entonces preguntarse si el reposo en la cama debe continuarse, con la esperanza de que la albúmina desaparezca más rápidamente; *von Noorden* opina que generalmente se prolonga demasiado el reposo en la cama. Una estancia en la cama de semanas y meses no es indiferente, sobre todo para el niño y el adolescente; perturba el desarrollo de los músculos, del funcionamiento cardíaco y de la sangre, aparte de su funesto influjo sobre el espíritu del enfermo. El criterio que debe guiarnos para disponer que el enfermo abandone el lecho, es la desaparición, en la orina, de los eritrocitos y del epitelio renal; una vez que estos elementos han desaparecido, esperar todavía dos semanas (naturalmente, en el supuesto de que todos los otros síntomas de la nefritis se hayan extinguido y no existan complicaciones).

El que la cantidad de albúmina aumente no es motivo bastante para obligar al enfermo a guardar cama nuevamente: esto se ordenará tan sólo cuando se vuelvan a presentar eritrocitos y epitelios renales.

Por lo que hace a *la dieta*, *von Noorden* se separa de la opinión corriente, que dispone la dieta láctea en el primer periodo de la nefritis aguda. Aunque la leche es pobre en cloruro de sodio y no contiene sustancias extractivas, el trabajo que exige al riñón la dieta láctea pura es todavía muy elevado a causa de su contenido en protéidos, en fosfatos y sulfatos. Por lo cual *von Noorden* administra la leche cuando el aumento de la diuresis, el creciente contenido de cloruro sódico y el descenso de la albúmina indican que ha pasado el estado agudo de la inflamación. Tampoco la dieta de hambre es recomendable, ni necesaria en el primer periodo, puesto que con la falta de alimentos se destruye una gran cantidad de albuminoides del organismo. Los protéidos deben excluirse de la alimentación del nefrítico y aumentar los hidrocarburos y las grasas, que no exigen trabajo al parenquima renal. El cloruro de sodio debe pros-

cribirse naturalmente. La alimentación se reducirá a azúcar en gran cantidad, frutas dulces y sus jugos, papillas de harinas finas (maíz, arroz, trigo, patatas) y a manteca lavada. Esta alimentación la sostiene *von Noorden* durante una o dos semanas; después prescribe cuando hay mejoría la leche, y poco a poco va añadiendo avena, cebada, puré de zanahorias, leguminosas (guisantes, lentejas, alubias blancas), legumbres verdes cocidas, cacao, yemas de huevo, pastas... etc.; la sal durante mucho tiempo debe rehusarse. Últimamente, pero mucho más tarde, la clara de huevo, pescados y carne cocida.

Respecto al *agua*, rechaza todas las minerales, lo mismo en las nefritis agudas que en las crónicas (Biliner, Fachinger, Vichy, Wildunger, etc.), por las sales que contiene, y prescribe en cambio jugos de frutos, te claro o simplemente el agua común. Tampoco en el estadio agudo de las nefritis se debe intentar el aumento de la diuresis con la administración de grandes cantidades de líquido con la esperanza de lavar el riñón; lo que se hace es aumentar los edemas sin conseguir que la diuresis sea mayor; el agua se administrará prudencialmente. Sólo cuando la diuresis muestre nueva tendencia a aumentar, será útil la administración de abundante cantidad de líquido. Pero también entonces es preferible el agua común a las minerales, cuyo uso hoy tan extendido combate *v. Noorden* como una costumbre perniciosa para la salud. En lugar de agua pura de fuente o agua común, prescribe muchas veces agua destilada, aunque no todos la toleran.

Con respecto al *estímulo de otras fuentes de secreción* no concede el autor al sudor el papel que se le atribuye y que hasta ahora ha hecho que se le emplee en el tratamiento de las nefritis agudas y crónicas. Los distintos procedimientos de sudación no tienen más indicación ni importancia que en cuanto disminuyen los edemas y privan de agua al organismo. Con el sudor se segrega una pequeña cantidad de urea y poco más cloruro de sodio: la expulsión de ambos se hace mucho mejor por medio de *purgantes enérgicos*, los cuales deberán usarse más de lo que se hace ordinariamente.

Medicamentos: Cardíacos y diuréticos no están indicados en la nefritis aguda; sólo he visto algún buen resultado con los preparados de *teobromina*. La permanencia en climas secos y calientes ejerce idéntica influencia que los procedimientos de sudación. Los últimos residuos de edemas que en los climas húmedos del Norte no desaparecen, se reabsorben rápidamente en Assouan o en Helouan, aunque el enfermo no esté allí sometido a una limitación de líquidos, y sin necesidad de recurrir a la provocación del sudor. La acción del clima de Egipto sobre la albuminuria es muy pequeña; sólo en la convalecencia de las nefritis agudas ha visto *v. Noorden* un resultado durable: en las nefritis crónicas todo lo más que puede dar de sí el clima de Egipto es la desaparición de edemas y el mejorar el estado general.

A los *nefríticos crónicos* hay que evitarles el ejercicio corporal y el trabajo intelectual, aunque la limitación no ha de llegar a una cura de reposo absoluto. De la misma manera hay que evitar una sobrealimentación, pero también una dieta debilitante. No sirven aquí las reglas que se dan para alimentar a los nefríticos agudos; estos enfermos deben alimentarse bien. *Von Noorden* permite, como término medio, de 80 a 100 gramos de albúmina por día. Cuando más, se admitirá un tercio de esta cantidad bajo la forma de carne (unos 130-160 gramos de carne cruda). La clase de carne es indiferente, según *von Noorden*. De pescado puede permitirse 40 ó 50 gramos más que de otra carne. Es importante advertir que sólo se deben consumir carnes frescas: sólo se exceptúa el jamón cocido. El resto de la cantidad señalada de proteidos se dará en leche, huevos y albúmina vegetal. Entre los preparados albuminoideos prefiere el Sanatógeno y el Glidin. *Von Noorden* ha aceptado la *cura de hierro* lo mismo en la convalecencia de la nefritis aguda que en el curso de la crónica, según ha propuesto *C. Gerhardt*. La prohibición *absoluta de sal* no debe generalizarse a tontas y a locas. No está justificada más que cuando existen edemas. También en la prohibición del agua, por más que sea favorable para el funcionamiento del corazón, se debe ir con peso y medida. En el *riñón atrofico-vascular*, *von Noorden* limita la cantidad diaria de líquido a $1 \frac{1}{4}$ ó $1 \frac{1}{2}$ litros; y permite semanalmente un *día de bebida*, en el que se puede beber hasta 2 litros y medio. También en las nefritis crónicas prefiere el agua común y los jugos de frutas a las aguas minerales; sin embargo, recomienda, lo mismo en la nefritis crónica que en la convalecencia de las agudas, de tiempo en tiempo una cura con aguas minerales ligeramente alcalinas y pobres en sales. (Brückenaу, Wildungen, Nenenahr).

Die Therapie der Gegenwart.

AD. CZERNY: *Sobre el empleo terapéutico del aceite de hígado de bacalao*.—Desde muy antiguo tiene el aceite de hígado de bacalao fama de ser un excelente remedio contra la escrofulosis. A pesar de su olor y sabor desagradables ocupa un puesto preeminente en el arsenal terapéutico y todavía no ha encontrado la industria moderna un producto que pueda sustituirle.

Hasta hoy tampoco ha podido nadie precisar el mecanismo de su acción favorable. Debe aceptarse que el aceite de hígado de bacalao no posee en realidad ninguna acción especial, sino que es solamente una grasa, que ofrece por una parte la ventaja de su inalterabilidad, y por otra, la de ser muy fácilmente absorbible.

En la tuberculosis está indicada la administración de grasa. De tiempo

atrás saben los médicos que aquella infección ofrece un curso mucho peor en los niños alimentados principalmente con hidrocarburos, que en aquellos otros cuya alimentación es rica en albuminoideas y en grasas. Lo que la experiencia médica enseña desde mucho tiempo hace, lo ha podido demostrar *Weigert* experimentalmente. La alimentación con grasas impide el desarrollo de la tuberculosis, la alimentación con hidrocarburos le favorece.

De todos los medios alimenticios, la grasa es el más caro; por eso cuando los recursos, o mejor la falta de recursos obliga a ahorrar en la alimentación, la administración de hidrocarburos aumenta, con perjuicio de la de grasas. Así vemos que en las capas inferiores del pueblo, la alimentación de los niños tuberculosos es muy deficiente. Cuya falta podemos corregir limitando la ración de hidrocarburos y aumentando la de grasas a favor de la administración del aceite de hígado de bacalao. Parece que así se explica el buen resultado obtenido con la administración del aceite. Sé que esta no es la opinión admitida generalmente, puesto que muchos niños de las clases acomodadas, los cuales, como dice *Biernercki*, padecen de sobrealimentación grasosa, se les administra también el aceite: lo cual constituye, no solo un mal uso del aceite de hígado de bacalao, sino un error terapéutico que puede acarrear perjuicios.

Si en la actualidad queremos conservar el concepto de la escrofulosis, debemos entender por tal, tan sólo la combinación de la diátesis exudativa con la tuberculosis. La tuberculosis influye sobre aquélla muy desfavorablemente. Las manifestaciones cutáneas y de las mucosas propias de la diátesis exudativa, alcanzan bajo la influencia de la tuberculosis caracteres de gran gravedad. Yo he demostrado que bajo la acción terapéutica de la alimentación, se extinguen los síntomas de la diátesis exudativa y permanecen los de la tuberculosis. De aquí resulta con toda evidencia que la compleja sintomatología que antes designábamos con el nombre de escrofulosis, no es otra cosa que una combinación de aquellas dos modalidades patológicas. En el Congreso de Naturalistas de Salzburgo hice ya observar que el que intente encontrar en las clínicas de niños de nuestras estaciones tuberculosas manifestaciones escrofulosas, quedará asombrado de no encontrar ninguna. He hecho durante este año una experiencia que me parece digna de ser publicada.

Todos los niños de mi estación de tuberculosos toman el aceite de hígado de bacalao. Un colega que visitó la clínica, emitió la opinión de que la dosis administrada era pequeña y nos indicó que él obtenía mejores resultados con dosis más elevadas. Quisimos convencernos de propia experiencia, y ordenamos que se administrara a los niños la cantidad de aceite de hígado de bacalao que pudieran tolerar sin inconveniente. Algunos llegaron a tomar hasta 80 gramos diarios. Durante este periodo de abundante administración de aceite de hígado de bacalao no se marcó de un modo evidente el aumento de peso de los niños.

Pero, en cambio, uno después de otro empezaron a padecer eczemas de la cabeza y de la cara y en poco tiempo la colonia tuberculosa se convirtió en una colonia escrofulosa. Se volvió a limitar la administración del aceite de hígado de bacalao y en pocas semanas desaparecieron los síntomas escrofulosos. Sabido es que la administración excesiva de la grasa de la leche, provoca en los niños depecho los síntomas de la diátesis exudativa. Nuestro experimento demuestra que también en los niños de más edad una excesiva cantidad de grasas puede dar lugar a manifestaciones de la misma naturaleza.

Cuando exista la combinación de la tuberculosis con la diátesis exudativa, debemos vigilar cuidadosamente la cantidad de grasa administrada en la alimentación. La primera nos ofrece la indicación de administrar más grasas, la segunda la de reducirlas. Cuando la alimentación sea pobre en grasas, podemos administrar el aceite de hígado de bacalao, en una dosis que puede llegar hasta dos cucharadas de sopa diarias.

J. H. O..

SOCIEDADES Y CONGRESOS

XV reunión de las sociedades alemanas de ginecología

ZANGEMEISTER: *Relaciones de las enfermedades del aparato urinario con el embarazo, parto y puerperio.*—En una primera parte expone los cambios fisiológicos que durante el embarazo, parto y puerperio sufren los órganos del aparato urinario, y después: *II. Las enfermedades de los órganos urinarios bajo la influencia del embarazo, parto y puerperio, y III. Influencia de las enfermedades del aparato urinario sobre el embarazo, parto y puerperio.*

Vejiga y uretra.—Durante el embarazo existe una gran tendencia a producirse cistitis y uretritis, y cuando estalla una de estas infecciones suele ser rebelde para curarse. La retroflexión del útero grávido, provoca iscuria, generalmente hacia el fin del cuarto mes, debido a la compresión y estiramiento de la uretra. Después de la iscuria puede venir la gangrena de la vejiga y hasta la rotura de la misma, un fenómeno que jamás ocurre sólo por la retención de orina, si las paredes vexicales no están enfermas. Al vaciarse la vejiga distendida pueden sobrevenir hemorragias graves. Durante las maniobras criminales para la expulsión del feto, puede ser herida la vejiga. El saco de un embarazo extrauterino puede, después de muchos años, entrar en supuración y abrirse en la vejiga. Durante el parto pueden ser heridas la vejiga y la uretra por tres distintos mecanismos: por una compresión prolongada que produce necrosis de los tejidos; por acción directa (con instrumentos), y por desgarros vexicales indirectos. De estas tres clases de lesiones, las más frecuentes son las fístulas por compresión (74 por 100).

Las fístulas interesan los órganos por este orden de frecuencia: la vejiga 87 por 100, la uretra 2 por 100, ambas a la vez 11 por 100; la vagina 71 por 100, el cuello 9 por 100, ambos a la vez 20 por 100. Estas fístulas pueden ser producidas también por otras partes fetales distintas de la cabeza (las presentaciones de cara, en las transversas, con el metreurinter). Las heridas directas de la vejiga suelen ocurrir en las operaciones dilatadoras de la pelvis, en las cesáreas vaginal o abdominal, más raramente en las porforaciones y embriotomías. Mientras que la sinfisiotomía pocas veces da lugar a esta complicación (0,5 por 100), en las hebotomías operadas hasta 1911 (758 casos) se produjo en 10 por 100 en el método subcutáneo, once veces más que en el

abierto (22 : 2 por 100). La colpohisterotomía dió 1,2 por 100 de heridas vexicales, la cesárea vaginal, 6 por 100.

Las rasgaduras indirectas pueden ocurrir en todas las maniobras graves de extracción, especialmente cuando los tejidos están ya alterados o cuando han perdido sus naturales relaciones por una operación dilatadora de la pelvis. También cuando ha existido una vieja fistula pueden sobrevenir rasgaduras. Naturalmente, ofrecen una gran gravedad las roturas uterinas que coinciden con una rasgadura vexical (85 por 100 de mortalidad). La existencia de cálculos vexicales puede dar lugar a fistulas por compresión o a rasgaduras vexicales. Durante el puerperio hay que citar, en primer lugar, la iscuria puerperal, la cual en su forma esencial se presenta en un 2 por 100 de los casos. Una retención parcial es fisiológica en los primeros días del puerperio. La iscuria suele ocurrir después de un parto prolongado, con feto grande. La causa suele ser alguna dificultad al paso de la orina por la uretra (torsiones o acodamientos) o una disminución del poder contráctil de la vejiga. El peligro de la iscuria está en la predisposición a la cistitis, en la posibilidad de una gangrena de la vejiga y de una infección de la pelvis renal. La incontinencia puerperal, mucho menos frecuente, suele ser ocasionada por los magullamientos, estirones y desgarros de la capa muscular de la uretra. Lesiones debidas principalmente al forceps: también a la sinfisiotomía y hebototomías. A causa de la retención fisiológica de la orina, del poder infectante de las bacterias de los loquios y su frecuente propagación a lo largo de la uretra, se producen, con mucha facilidad, durante el puerperio, infecciones de la vejiga. Por otra parte la cistitis puerperal es mucho más susceptible de curarse que las infecciones vexicales del embarazo. En la vejiga pueden abrirse abscesos paramétricos del puerperio.

Uréteres y pelvis renales.—Las *pielitis gravidarum* se presentan ordinariamente del quinto al octavo mes del embarazo, con más frecuencia en las primerizas. La pelvis del riñón derecho es atacada con triple frecuencia que la del izquierdo. Entre los agentes infecciosos que las producen, es el más frecuente el bacillus coli (78 por 100). Entre los síntomas son los más notables la retención intestinal prodrómica y los vómitos iniciales. La duración de la enfermedad es de dos a tres semanas, con fiebre alta, remitente, y dolores en la región renal y del uréter. Son frecuentes las confusiones con peritiflitis y pneumonías. La terminación suele ser buena, aunque quede por mucho tiempo bacteriuria, y, por tanto, el peligro de una recaída. La *pielitis gravidarum* se origina generalmente por estancación urinaria (dobladura o acodamiento del ureter en la pequeña pelvis), y paso ulterior del bacilo desde el intestino a la pelvis renal dilatada. Las lesiones del ureter durante el parto son muy raras. La mayor parte se deben a desgarros cervicales. Estas fistulas uretéricas co-

responden casi siempre el uréter del lado izquierdo. Otras veces las producen maniobras operatorias (Pozzi, «Histerectomía vaginal».) Durante el puerperio también puede sobrevenir la pielitis, debido a la estancación de la orina que facilita la infección ascendente.

Riñón.—Las *nefropatías gravidarum* son una manifestación de una hidropesía gravídica general. Por riñón gravídico deben entenderse los casos no muy raros (10 por 100) de albuminuria ligera que se observan en las embarazadas, en los cuales el contenido de albúmina es muy pequeño. Las nefropatías se presentan en el 2 por 100 de todas las embarazadas, con más frecuencia en las primerizas. La función renal en tales casos está alterada, principalmente con relación a la secreción del agua y del cloruro sódico.

El contenido de albúmina puede llegar a ser muy grave (50 por 100). Anatómicamente se caracterizan los nefropatías gravidarum por un enturbiamiento albuminoso, y hasta degeneración grasosa del epitelio de los tubuli contorti. Es siempre de un pronóstico muy grave la complicación de un embarazo con una verdadera nefritis, y tanto más si va acompañada de una miocarditis. El diagnóstico diferencial entre una nefritis durante el embarazo y una nefropatía gravidarum, es todavía muy incierto. La tuberculosis renal no sufre en general una mala influencia por el embarazo; sólo los casos de tuberculosis avanzada y doble se dejan influir desfavorablemente. Durante el embarazo se presentan hemorragias del riñón esenciales, cuyo origen todavía es desconocido. En los casos en que no existe más que un riñón, el embarazo transcurre sin ningún inconveniente para el que queda.

Las fistulas urogenitales son, con frecuencia, causa de amenorrea. Pueden también influir en el curso del embarazo, parto y puerperio. Los cálculos vesicales pueden constituir un estorbo para el parto: con frecuencia se toman por exostosis de los huesos de la pelvis o pasa desapercibida la causa de la distocia. La retención de orina durante el puerperio, puede ser el punto de partida de una fiebre puerperal, impidiendo la salida de los loquios. La pielitis del embarazo puede influir en su curso, interrumpiéndole. El pronóstico infantil se agrava con esta complicación (entre los partos a término, la mortalidad infantil es de 7,6 por 100). Tampoco es rara la interrupción del embarazo en las nefropatías gravidarum. Todavía ocurre esto con más frecuencia en las nefritis crónicas. Además, aquí hay el peligro del desprendimiento prematuro de la placenta, que da una mortalidad materna de 30 por 100 y una fetal de 95 por 100. Las operaciones sobre el riñón no perturban, en general, la marcha del embarazo. El riñón flotante puede ser causa de distocia, acortando el conyugado verdadero cuando ha penetrado en la pelvis.

FROMME, BERLÍN: *Relación de las enfermedades del corazón con el embarazo, parto y puerperio.*

I. Las relaciones entre la gestación y el corazón normal.--Conclusiones:

1.^a La doctrina de la hipertrofia o dilatación cardíaca en el curso del embarazo normal es insostenible. Las demostraciones anatómicas y clínicas en que aquella opinión se apoyaba son inciertas.

2.^a El aumento de volumen del corazón, aun durante el embarazo, sólo obedece al funcionalismo y al volumen del sistema muscular general. Puesto que durante el embarazo el aumento de volumen de la mujer es debido más al tejido adiposo que al aumento general de las masas musculares, el corazón de las embarazadas normales no se separa de lo normal.

3.^a Con todo, no debe negarse en absoluto un reforzamiento en el funcionamiento del corazón durante el embarazo, aunque la demostración evidente de tal hecho falte sin embargo.

4.^a El aumento de la cantidad de sangre durante el embarazo, caso antes admitido, tampoco es admisible.

5.^a La presión sanguínea aumenta poco a poco durante la gestación hasta alcanzar el límite más elevado de la presión normal, y a veces hasta la sobrepasa. Durante el parto, la presión sanguínea sufre grandes oscilaciones, que son independientes de los distintos períodos del parto. Por tanto, es muy verosímil que durante el embarazo y el parto, el corazón esté sometido a un aumento de trabajo.

6.^a En un 10 a 15 por 100 de casos se presentan, durante la segunda mitad de la gestación, soplos cardíacos accidentales, cuyo origen es debido a un acodamiento de la arteria pulmonar.

7.^a No existe una alteración del pulso que sea característica del embarazo. Por el contrario, en el 20 por 100 de las púerperas hay bradicardia; con frecuencia asociada a una arritmia respiratoria.

8.^a Las antiguas teorías que atribuían la gravedad del embarazo y parto para las enfermas del corazón a causas puramente mecánicas, no se aceptan hoy en gran parte. Al lado de la importancia que hay que conceder a las lesiones valvulares, para afirmar un pronóstico bueno o malo hay que tener en cuenta ante todo el estado y el funcionamiento del músculo cardíaco.

II. Relaciones entre la gestación y el corazón enfermo. Estadística.—Conclusiones:

9.^a Las complicaciones entre las enfermedades del corazón y el embarazo y parto, se presentan en el 1,5 o 2,5 por 100 de todos los casos.

10. De doscientas enfermas del corazón, murieron tres durante uno de los embarazos, partos o puerperios que hubieron de sufrir. Limitando las observaciones a los embarazos, sólo murió una entre doscientas.

11. Los datos antiguos sobre la mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio de las enfermas del corazón han sido por tanto exagerados (33,5 por 100).

12. 75 a 80 por 100 de todas las enfermas del corazón permanecen durante su embarazo sin manifestar ningún síntoma de su enfermedad.

13. De cien partos de mujeres cardíacas, noventa y ocho transcurren sin presentar trastornos del aparato circulatorio. La tendencia a la atonía no es mayor que en otros casos.

14. Sólo en casos muy raros se presentan trastornos al principio del puerperio, cuando el embarazo y el parto han sido normales.

15. En las cardíacas ocurre el parto prematuro en el 5 a 9 por 100 de los casos; el aborto en 4 a 8 por 100.

16. El contingente mayor de las muertas por lesiones mitrales le da la estenosis mitral, o la combinación de ésta con la insuficiencia mitral.

17. Al lado de las lesiones valvulares graves juegan un importante papel, durante la gestación, las complicaciones intercurrentes. Entre ellas se deben citar la endocarditis (en 16,6 por 100 de todos los casos mortales), la nefritis aguda y crónica, el riñón cirrótico (29,4 por 100); las enfermedades pulmonares, como la pulmonía, la tuberculosis (en 6,8 por 100), el enfisema pulmonar, el catarro bronquial, la obliteración de las cavidades pleural y pericárdica; además, las cifoescoliosis de las vértebras torácicas, la estrechez general del sistema arterial, la obesidad exagerada.

18. De gran importancia es en todos los casos el estado de la musculatura cardíaca. Están especialmente amenazadas las mujeres que padecen una miocarditis primitiva, o aquellas en las cuales el músculo cardíaco ha enfermado a causa de una lesión valvular.

19. Los peligros que corren las enfermas valvulares, durante el período de gestación, han sido exagerados por la mayor parte de los ginecólogos.

III. Terapéutica.—Conclusiones:

20. Las enfermas que durante el embarazo y el parto no presentan, ningún síntoma de parte del corazón, no exigen ninguna terapéutica: sólo prescripciones dietéticas.

21. Los trastornos más pequeños de la compensación exigen en todos los casos un tratamiento farmacológico, al igual que los trastornos graves, lo mismo cuando se trata de una primeriza bien compensada antes del embarazo, que de una multipara cuyos anteriores embarazos hayan transcurrido normalmente.

22. Si no se consigue con la medicación el objeto apetecido, se debe interrumpir la gestación en el mes en que se encuentre. No se ha de andar en tanteos en los casos en los que, con anterioridad al embarazo, existían

ya fenómenos de falta de compensación o cuando en anteriores embarazos se presentaron graves trastornos. Idéntica conducta se debe seguir en los casos de múltiparas con miocarditis o esclerosis coronarias, en las que haya una estenosis mitral muy acentuada, o existan complicaciones (enfermedades del pulmón, sobre todo tuberculosis, enfermedades del riñón, etc.)

23. Todos los métodos de interrupción del embarazo pueden ponerse en práctica. En los casos graves y con el fin de ahorrar a la enferma el trabajo del parto, se pueden practicar la cesárea vaginal o la abdominal, hasta con anestesia local.

24. En aquellos casos en los que, a causa de la gravedad o por haber fracasado la terapéutica medicinal, haya que intervenir, se deben prevenir nuevos embarazos por medio de la esterilización quirúrgica de la mujer. El solo hecho de que la mujer sea cardíaca jamás será una indicación para proceder a la esterilización.

25. La falta de compensación durante el parto debe tratarse precipitándole por medio de la extracción fetal. El feto se extraerá lentamente y debe practicarse una compresión del abdomen en cuanto el útero se haya vaciado.

26. La insuficiencia cardíaca durante el puerperio se tratará con los ordinarios recursos de la terapéutica.

27. A las jóvenes que de solteras han padecido ya graves trastornos de la compensación, se les debe prohibir terminantemente el matrimonio. No existe razón ninguna para prohibir el matrimonio ni el embarazo cuando las lesiones están bien compensadas y no ha habido nunca tendencia a la decompensación.

J. H. O.

Sociedad oftalmológica de Berlín

WEST presenta dos enfermos de dacriocistitis tratados sin resultado por la sonda permanente y otros métodos, curados con el suyo de extirpación de la pared interna del saco por la nariz

WAETZOLD presenta: 1.º, un enfermo de tracoma con degeneración amiloidea de la conjuntiva; 2.º, un muchacho de 14 años con una afección de la piel de la oreja derecha, parecida al lupus, que se extendía por los alrededores del ojo, especialmente de los párpados (elefantiasis linfangiectásica).

MEISSNER presenta un enfermo con un absceso metastásico de la esclera, cuyo contenido purulento era rico en estafilocosos áureos. Al mismo tiempo existía una cistitis purulenta.

ADAM: *El tratamiento funcional post-operatorio de la operación del estrabismo*.—Son necesarias, ante todo, ciertas condiciones, a saber: localiza-

ción normal de la imagen en la retina, la cual sólo se observa en el 50 por 100 de los ojos estrábicos; una determinación exacta de la agudeza visual del ojo estrábico; edad no muy avanzada del enfermo, y tiempo y paciencia por parte del médico.

Si se trata de estrabismo convergente, se investigará primero la refracción, paralizando la acomodación con la atropina, y disponiendo lentes que corrijan por completo el defecto de refracción, los cuales deben usarse medio año. Si con ellos, y al cabo de ese tiempo, se encuentra mejoría en el estrabismo, entonces se desiste de la operación y se continúa con el tratamiento funcional.

El estrabismo divergente debe ser operado de primera intención, lo mismo que si se trata de estrabismo alterno. Mientras la falsa localización del eje estrábico no puede ser mejorada con el ejercicio, la agudeza visual puede alcanzar una mejoría de $\frac{2}{60}$ hasta $\frac{1}{2}$.

No parece posible mejorar la agudeza visual más de $\frac{1}{2}$, lo cual hace creer en la inferioridad congénita del ojo estrábico.

Si en seis u ocho semanas no se ha dado ningún paso, entonces hay que suspender los ejercicios.

Si se ha conseguido una mejoría en la agudeza visual, hay que empezar los ejercicios de visión binocular con ayuda del estereoscopio y del amplioscopio. En el estrabismo alterno no se puede conseguir la visión binocular simple. Frecuentemente aparece con el tratamiento diplopia, aunque esto no tiene importancia porque suele desaparecer al cabo de algún tiempo. Para la sensación de relieve es recomendable el estereoscopio de Bielschowsky.

Aun después de cuatro a seis semanas de estos ejercicios, no se puede garantizar un resultado permanente. Sin embargo, es suficiente que el enfermo haga uso del estereoscopio una vez a la semana, y se presente donde el médico cada tres meses.

En el 80 por 100 de todos los casos tratados, se consigue la visión binocular simple, y en el 20 por 100 la sensación de relieve. Es suficiente la visión binocular simple para mantener el ojo operado en la posición normal.

Sociedad oftalmológica de Suecia

LIDSTRÖM: *Contribución al tratamiento de la úlcera serpigínosa de la córnea*.—Los principios del tratamiento del comunicante son: 1.º Supresión de todos los antisépticos. 2.º Cauterización de la úlcera. 3.º Compresas húmedas calientes, las cuales deben renovarse tres veces al día. 4.º Tratamiento de las vías lagrimales, según los procedimientos usuales. 5.º Excepcionalmente, y en caso de necesidad, punción de la cámara anterior, según Sæmisch.

Los casos desgraciados con este tratamiento eran 1,8 por 100; limpieza de la úlcera a los tres días en el 80 por 100 de los casos, y ya en el segundo día en un 67 por 100.

STALBERG: *Algunas palabras acerca del tratamiento de la queratitis ulcerosa.* — Discute solamente la pregunta de si en el caso de úlceras cornianas existe una infección de las vías lagrimales, debe ser tratada al mismo tiempo que aquélla, o dejarla en reposo. La dacriocistitis debe ser tratada según los métodos en uso. La secreción purulenta no contraindica la cauterización de la úlcera, pero el pronóstico es más grave. El aumento de tensión que con tanta frecuencia se observa en el *ulcus serpens*, pone en guardia en cuanto al empleo de la atropina: el mejor medio contra la hipertensión, es la paracentesis. En el caso de fístula corneal, un colgajo conjuntival, según Kuhnt.

Discusión: Ask. — Bajo el punto de vista oftalmo-quirúrgico hay que tener en cuenta: tratamiento de las vías lagrimales, cauterización y paracentesis. Además, claro está, la limpieza mecánica del fondo de saco conjuntival y las distintas reglas para el tratamiento local y específico de la úlcera e iritis secundaria (tratamiento sero-terápico, aunque en verdad no dé tantos resultados como se creyó antes).

En lo que al tratamiento de las vías lagrimales se refiere, Ask cree preferible a todo la extirpación del saco lagrimal, siempre que el examen bacteriológico demuestre la existencia de bacterias patógenas en el saco lagrimal. Si el foco séptico de la córnea se ha destruido por el cauterio, entonces debe evitarse, en lo posible, el peligro de una nueva infección, lo que únicamente se consigue con la supresión radical de la más peligrosa fuente de infección, con la extirpación del saco lagrimal.

Es posible, a veces, la curación de la úlcera sin cauterización.

La hipertensión no es suficiente indicación en ciertos casos, para la ejecución de la paracentesis, la cual debe ser ejecutada con el cauterio mismo. Entre los peligros de la operación de Sæmisch recuerda Ask la oftalmia simpática, la cual ya ha sido observada.

AHLSTROIN cree más ventajosa la paracentesis con el cauterio, porque la operación de Sæmich va casi siempre seguida de un glaucoma secundario.

A. C.

BIBLIOGRAFÍA

Diagnóstico y tratamiento de las diferentes formas clínicas de la tuberculosis pulmonar, por el doctor don Ricardo Royo Villanova.—Zaragoza.—Tipografía de G. Casañal, Coso, 98.—1912.

Educación higiénica de la mujer y su influencia en el desarrollo físico y moral de los hijos, por don Eduardo Buisán Pellicer.—Premio Legado Roel, número 12.

Sobre un tema de interés médico y social tan grande como el de la «Educación higiénica de la mujer», ha escrito el doctor Buisán (Briones, Logroño), un trabajo que la Sociedad Española de Higiene ha encontrado muy justamente digno del premio Roel.

En los doce capítulos del opúsculo se ocupa el autor con brevedad, pero con gran precisión y claridad, de temas tan importantes como: Lo que debe saber e ignorar la mujer (cap. III); Higiene del embarazo (cap. V); La mujer en el parto y después del parto (cap. VI); La madre, el médico y el maestro (cap. XII), y otros, expuesto todo en ameno y fácil castellano.

Felicitamos sinceramente al doctor Buisán por su interesante labor.

J. H. O.

NOTICIAS

Primera Asamblea Nacional de Químicos y Bacteriólogos.—Se celebrará en Madrid del 20 al 23 de Octubre próximo.

Además de los trabajos que se quieran presentar, se recomienda que las Memorias se circunscriban a los siguientes temas oficiales:

- I. Sobre unificación de procedimientos analíticos.
- II. Sobre formación de cuadros de composición de los alimentos y bebidas que se produzcan en cada provincia.
- III. Sobre unificación de procedimientos de análisis fisico-químicos y bacteriológicos de las aguas alimenticias.
- IV. Sobre unificación de procedimientos especiales en el examen de aguas y alimentos para investigar la existencia de bacterias propias de la flora intestinal, del vibrión del cólera y del bacilo tífico.
- V. Sobre los procedimientos más rápidos para investigar en las excreciones los gérmenes del tifus y del cólera.
- VI. Sobre elección de procedimientos más eficaces de desinfección en casos de tifus exantemático, fiebre tifoidea y cólera.

Las Memorias y adhesiones se dirigirán al doctor don César Chicote, Director del Laboratorio de Higiene municipal, Madrid.

Los premios del Congreso Internacional de Medicina.—Habrán tres premios: el de Moscú, que está valuado en 5.000 francos, se adjudicará a trabajos en medicina y cirugía o a servicios importantes hechos a la humanidad doliente; el premio de París, valuado en 4.000 francos y que se donará al mejor trabajo original hecho en los últimos diez años acerca de medicina, cirugía, obstetricia o biología, y el premio de Hungría, de tres mil coronas de valor, con que se premiará algún trabajo notable en la ciencia médica que haya aparecido después de la celebración del último Congreso. Estos premios conmemoran respectivamente los Congresos XII, XIII y XIV, celebrados en Moscú, París y Budapest.

El día 5 del pasado mes se constituyó en la corte la *Sociedad de Pediatría de Madrid*, la cual empezará a funcionar en el próximo mes de octubre.

La Junta directiva está formada por los siguientes señores: presidente, doctor Criado y Aguilar; vicepresidente 1.º, doctor González Alvarez (B.); ídem 2.º, doctor Guedea Calvo; vocal 1.º, doctor Tolosa Latour (M.); ídem

2.º, doctor Benavente; idem 3.º, doctor Fernández Gómez; idem 4.º, doctor Beniter; secretario general, doctor Valle; idem de actas, doctor Sainz de los Terreros; tesorero, doctor Banqueis; contador, González Alvarez (M.); bibliotecario, doctor Pérez de Diego.

Las mujeres médicos en Alemania.—El número de mujeres que ejercen la profesión de médico y el de las estudiantas de medicina ha aumentado considerablemente en Alemania en el curso de estos últimos años.

En 1900 Alemania no contaba más que doce mujeres médicos.

En 1908 su número fué ya de 68. En 1910 había 70, y en 1911 el número ha aumentado todavía y alcanza a 100.

En Berlín es donde hay más mujeres médicos: treinta y dos.

Munich, Francfort y Dresde cuentan cada una seis.

Otras diez ciudades alemanas cuentan dos mujeres médicos, y veintiocho localidades tienen una cada localidad.

En cuanto al número de médicos alemanes es de 32.499.

La fundación Roberto Koch ha dado las subvenciones siguientes para el estudio de la tuberculosis: 20.000 marcos a Gaffky; 3.000, a Kruse (Bonn); 2.000, a Schieck (Königsberg), y 1.000, a Rautenberg (Gross Lichterfelde).

Cinematografía de las cuerdas vocales.—Mlle. Chevroton y M. Ules han logrado cinematografiar las cuerdas vocales durante la emisión de la voz.

El *film* obtenido permite proyectar una imagen muy limpia, en la cual las cuerdas vocales tienen 30 centímetros de longitud.

El sujeto estudiado ha sido Madame Marage, que se ha prestado con una paciencia heroica a exploraciones penosas algunas veces; su colaboración en este asunto no tiene precio.

Este método será útil, no solamente a los fisiólogos, sino también a los médicos, porque permite fijar el estado de la laringe durante la fonación.

Las películas obtenidas tuvieron un éxito grandioso en la sesión que el 7 de abril celebró la Academia de Ciencias de París.

Carnegie, el millonario norteamericano, benemérito de la ciencia, ha dado recientemente un millón de dollars para el fomento de la investigación y enseñanza médicas. Dicha cantidad se destinará principalmente a la construcción de la sección médica de la universidad Vanderbilt.

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

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

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



*Reconocida como
la mejor
agua de mesa*



AGUA

DE HOZNAJO



*Analizada por
el Dr. Cajal*



*Recomendada fre-
cuentemente
por la clase médica.*

DEPÓSITOS EN SANTANDER

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

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA
EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

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

—w—
PÍDASE EN TODAS PARTES

El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fósforo orgánico asimilable

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

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

PREMIADO EN LAS EXPOSICIONES

DE

PARIS, MARSELLA, ANGERS, LONDRES, MURCIA Y BUENOS AIRES

MEMBRE DU JURY (Hors Concours) PARIS

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO

AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (Reinosa)

Clorurado sódicas, sulfatadas cálcico-magnesianas, radiactivas
Declaradas de utilidad pública por real orden de 20 de agosto de 1912
SUS SIMILARES, Cestona y Carlsbad (ALEMANIA)

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

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

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

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

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encendido inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Vitrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

APARATOS PARA LAS CIENCIAS

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

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

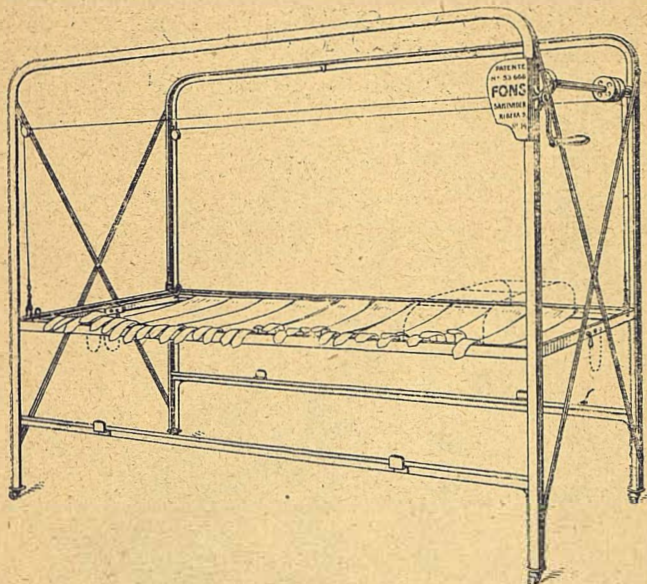
Microscopios, microtomos, aparatos de polarización y análisis de sangre, de la Casa C. REICHERT DE VIENA.

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

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

APARATO DE SUSPENSION PATENTADO

FONS.—Ribera, núm. 9. - Santander



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

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

MICROSCOPIO LEITZ GRAN MODELO STATIV A.

Gran escotadura; inclinación hasta 90 grados; plaina redonda, giratoria. Tubo ancho, utilizable para micro-fotografías. Cremallera para el enfoque rápido y tornillo micrométrico lateral. Condensador Abbe separable 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.

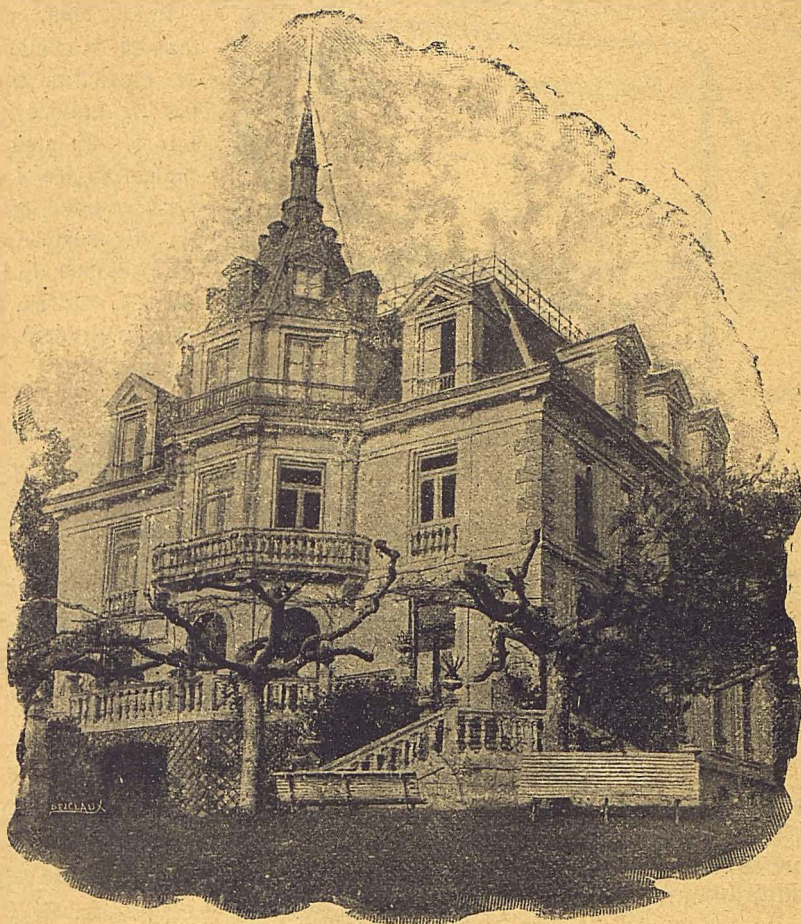
Ocular de dibujo número 111.

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 ejecuta por un cocinero que ha hecho sus prácticas en hoteles dietéticos de Suiza.

Cuenta con un laboratorio para las necesidades de la clínica, y personal competente en el trabajo.

Enfermedades del estómago: Dispepsias, úlceras, dilatación, etc.

Intestino: Catarros intestinales, diarreas, intoxicación intestinal, etc.

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

Circulación: Arterio-esclerosis y consecuencias de las enfermedades del corazón.

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

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

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR