

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

VICENTE QUINTANA: Apuntes clínicos sobre embarazos extra-uterinos.—CARLOS R. CABELLO: La fiebre tifoidea. Su concepción patogénica actual.—VICENTE QUINTANA: Sobre el tratamiento de Zeller.

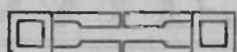
Revista [de revistas.—Sociedades y Congresos.—Bibliografía.—Noticias.

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"

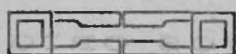


Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

Laxante suave y eficaz.

Especialmente recomendado para las señoras y niños por sus efectos seguros y sabor agradabilísimo.

Se vende en todas las farmacias



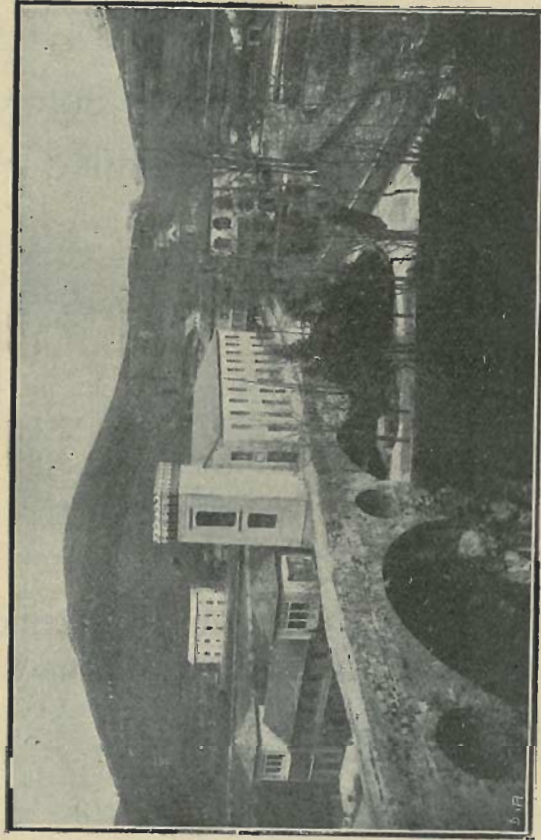
DEPÓSITOS

Farmacia de SOMONTE, Correo, núm. 4.-BILBAO

Farmacia de FUENTES, Hortaleza, núm. 110.-MADRID



PUENTE VIESGO-SANTANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFICA DE

ESTAS AGUAS MEDICINALES, ESTÁ

EN CONTENER ABUNDANTE EMANA-

CIÓN RADIACTIVA, EN LA CARGA

ELÉCTRICA DE LOS IONES Y EN LA

GRAN PROPORCIÓN DE MATERIAS

ÓRGANO - METÁLICAS AL ESTADO

COLOIDAL = = = = = $\frac{2}{3}$ = = =



Únicas aguas y baños en España de éxito práctico, reconocido por la Ciencia Médica, para las
:: :: :: enfermedades del corazón, reumatismo visceral y del sistema nervioso :: :: ::

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

Especialísimas para los catarros del
aparato respiratorio y digestivo y predis-
posición á contraerlos.

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Exemo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

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

Aguas Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

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

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

RAMÓN DE BERGE, 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

Apósitos 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, Uítrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

BOLETIN

DE

CIRUGIA

APUNTES CLÍNICOS SOBRE EMBARAZOS EXTRA-UTERINOS

Por Vicente Quintana

Elegimos este tema para nuestro artículo, por haber tenido recientemente varios casos de embarazos ectópicos que han hecho fijar nuestra atención sobre este asunto, y además, por la mucha importancia que tiene su conocimiento para salvar situaciones difíciles que se presentan corrientemente en la práctica, y que se dominan mejor habiendo tenido ocasión de verlas o pensado en ellas.

Vamos a examinar 24 casos, y basándonos en ellos, haremos algunas consideraciones de carácter general sobre esta enfermedad. Los casos que voy a exponer, son casos tipos por la claridad de sus lesiones. En la mayor parte, la presencia del feto o del embrión y en los restantes el conjunto de la pieza anatómica lo demostraba plenamente. Si contásemos como embarazos extra-uterinos, hematomas retro-uterinos y muchos pio-salpinx aquí operados (y cuyo origen fué un embarazo ectópico) figurarían más casos; pero mi idea es presentar únicamente los de mayor relieve para fijar más la atención de los lectores en esta cuestión.

Aunque lo importante para las enfermas es que se conozca bien el diagnóstico y tratamiento, no puede hablarse de ello sin recordar algo de su etiología, frecuencia y lesiones anatómicas. Estos principios aclaran el proceso y le dan caracteres propios.

Mientras no sepamos el sitio en que el huevo queda fecundado, es hipotético todo lo que pudiéramos decir de la etiología del embarazo ec-

tópico; pero las causas consideradas como más probables son: o dependientes del huevo mismo, como excesivo crecimiento de éste, mayor potencia madurativa, etc., o dependientes de obstáculos en su camino hacia el útero; peritonitis locales, torceduras de la trompa por caídas del ovario, tumores de la pared de la trompa o de fuera que la compriman, falta de peristaltismo de la misma, pólipos de ésta, infecciones gonocócicas, puerperales y tuberculosas. Nosotros concedemos gran importancia a la *exageración del libido sexualis* que tan frecuente es en estas enfermas.

En cuanto a la frecuencia, bueno es confesar que no puede hacerse hoy una relación entre el embarazo normal y el ectópico, ni podrá fácilmente hacerse nunca, pues son muchísimos los que ni se ven ni se diagnostican, y los normales, si bien excepcionalmente pueden no verse, se diagnostican casi siempre.

Efectivamente, el embarazo extra-uterino en no pequeño número de casos transcurre sin síntomas, pasa completamente desapercibido y sólo en la mesa de operaciones o de autopsias se descubre la anomalía del embarazo. A veces, las enfermas se creen embarazadas, llega el momento del parto y con la sorpresa de las gentes y de la parturienta, no se presenta más que un gran dolor, uno o varios desvanecimientos, ligera hemorragia por la vulva (la caduca se expulsó probablemente entre el 4.º y 5.º mes y quizá por ser expulsada con poca sangre no se apercibió de ello la enferma) y tras de algunos días en que la enferma está en situación muy crítica, sufriendo desde ligeros dolores a fenómenos de pseudo-peritonitis, con pulso rápido, vómitos y timpanismo, el vientre disminuye, las mamas se reducen y secan y la mujer recobra la normalidad, quedando como único residuo una tumoración en uno u otro lado del vientre.

Esto ocurrió en el caso *número 2*, embarazo tubario del lado derecho, en que extraje un feto completamente calcificado, un verdadero litopedión de 16 meses: en este caso, por ser las paredes de la trompa resistentes, la enferma tuvo muy pocas molestias al llegar el momento del parto.

En el caso *número 3*, los síntomas y molestias fueron intensos: hubo pseudo-peritonismo en el alto grado, explicable porque se trataba de un embarazo abdominal y aunque las envolturas del huevo resistieron y las aguas no pudieron salir, la muerte del feto no fué sin lucha y las asas intestinales tomaron parte en ella, apretándose más de lo que estaban para envolver al feto e impedir su salida.

Otras veces, como ocurrió con el caso *número 1*, se presenta el embarazo acompañado de trastornos y molestias no observadas por la enferma en embarazos anteriores: la enferma a que aludo vino a la con-

sulta, diagnosticándose un embarazo ectópico (por el Dr. Madrazo) y aconsejando la inmediata intervención, que la enferma rechazó por consejo de su médico, que la aseguró la normalidad del embarazo.

Llegó el momento del parto, se presentan violentísimos dolores de vientre que duraron tres días, vómitos, alguna hemorragia por la vulva y ligera elevación de temperatura, recobrando la normalidad siete u ocho días después, sin más que la presencia de un tumor que fué disminuyendo hasta quedar reducido al tamaño de un melón pequeño.

Cuando la mujer se creía curada, pasados que fueron cinco años, y estando nuevamente embarazada, sintió señales de parto, en el que todo fué normal hasta que en uno de los últimos dolores de expulsión, sufrió uno agudísimo en el vientre, que la enferma distinguió perfectamente por sus caracteres bien distintos a los del dolor propio del parto.

Después de esto, se presentaron fiebres continuas al principio y remitentes después, y con deposiciones algunas veces muy purulentas, siguiendo estos síntomas y la consiguiente demacración, hasta que en un estado avanzado de septicemia vino al Sanatorio. Aquí recordamos la historia antigua y diagnosticamos restos de embarazo ectópico o quiste fetal roto en el intestino, y sepsis consiguiente de la bolsa fetal. Practicada la keliotomía, se encontraron los huesos de un feto a término macerados, y gran cantidad de pepitas de cereza. No fué posible aquel día encontrar la comunicación con el intestino, pero pasados tres o cuatro, al levantar la cura aparecieron heces fecales sólidas en el fondo de la cavidad, lo cual probaba que la comunicación era con el intestino grueso, la que no cerramos, más que por sus dificultades, por saber ya de antes que estas fístulas a esa profundidad cierran solas, como sucedió en esta enferma, que salió curada poco tiempo después.

Estos casos, que pudiéramos llamar post-término, serán cada vez más excepcionales en la práctica a medida que la cultura médica y médico-social vayan aumentando; ocurrirá con ellos lo que con los tumores mónstruos, propios sólo de países en los cuales aún no se han familiarizado con la cirugía ni los médicos ni las gentes.

En los países en que se interviene quirúrgicamente más, y más oportunamente que en España, ha aumentado notablemente el número de embarazos extra-uterinos que se operan en las clínicas ginecológicas: en mis tiempos de París, visitando asiduamente estos establecimientos, allá por los años del 91 al 93, apenas ví operar algunos casos: eran *rara avis*. Ya en Alemania del 93 al 95 ví muchos más, sobre todo a Martín y Leopold: en aquella época había aun más diferencia que hay hoy a favor de

la cirugía alemana, pero ahora lo mismo en uno que en otro país, se operan muchos más casos que antes: esto es debido, no a que haya más casos, sino a que la cultura médica aumenta y se diagnostica mejor y más pronto.

Si estos embarazos ectópicos que llegan hasta su completa evolución son poco frecuentes, en cambio estoy persuadido de que lo son mucho los que interrumpen su evolución en los diez o quince primeros días, y que pueden curar fácilmente, ocasionando solamente, a quien los sufre, ligeras molestias. Nosotros nos lo explicamos por el siguiente mecanismo: se rompe el huevo, se produce una pequeña hemorragia que rodea al embrión; las vellosidades del córion producen rápidamente nuevos vasos que envuelven a aquél, encerrándolo en una red vascular de vivísima circulación, dotada de un gran poder fagocitario, algo a modo de un angioma temporal que se formase sólo para llenar el fin de reabsorber en poco tiempo la sangre extravasada y el embrión, quedando luego todo en estado normal.

Esto lo he podido apreciar perfectamente en el *caso 21*. Esta enferma operada de un aborto tubario derecho, vino a verme el 5 de marzo de este año, después de salir del Hospital, porque aquejaba ligeras molestias vexicales. Reconocida, encontré normal el anejo izquierdo, y sólo aprecié una cistitis producida por el cateterismo hecho durante la convalecencia. La recomendé lavados vexicales. Curó con ellos, pero el día 10 de julio volvió a la consulta del Hospital, diciéndome que desde hacía dos días tenía grandes dolores en el lado izquierdo del vientre, que se exacerbaban con las deposiciones, de los que quería verse libre aun a costa de una nueva intervención.

Ella comparaba los dolores a los que había tenido cuando el otro aborto tubario. En la exploración no encontré, siguiendo la trompa por el fondo del útero, más que una tumoración apenas perceptible; pero por la vagina aprecié perfectamente el latido arterial, y no al lado del cuello, sino debajo de la trompa, como si procedieran los latidos de la espermatíca. Sospechando otro embarazo tubario, y propuesta y aceptada la intervención para el día siguiente, me encontré en ella con un tumor de la trompa izquierda del tamaño de una nuez pequeña, lleno de una especie de vellosidades y de sangre a medio coagular, en un estado que, por el aspecto, hacía dudar de si el hematoma se reabsorbería o se haría mayor, pero que no parecía tender a la coagulación. Disminuídos los fenómenos sintomáticos de este cuadro, puede pasar desapercibido, reintegrándose la función de la trompa sin dejar huellas.

El embarazo ectópico es más frecuente en las múltiparas que en las nulíparas; se suele observar la repetición, esto es, el embarazo ectópico en la otra trompa, como en los casos 4, 12, 20 y 21. Entre los que presento, hay cuatro dobles. Es posible, y algunos casos registra la literatura médica de embarazo uterino y ectópico, y también puede ocurrir que éste sea gemelar y triple.

Las formas del embarazo extra-uterino son: abdominal, ovárico y tubario.

El primero (casos 2.º y 3.º) puede llegar muchas veces a término, pues el feto se desarrolla perfectamente entre las asas intestinales, y es el que tiene menos tendencia a interrumpirse, salvo grandes traumatismos en el vientre o complicaciones intestinales.

Su origen es casi siempre un aborto tubario, en el cual la trompa pare el huevo, sin romperle, en la cavidad abdominal, acompañando a esta expulsión una muy ligera hemorragia. Allí se implanta y sigue el mismo curso que si el embarazo fuese en la trompa.

El ovárico, muy raro, tiene lugar cuando se revienta un folículo de Graaf y es fecundado allí mismo y allí también se desarrolla el huevo.

El más frecuente y grave es el embarazo tubario. Se distinguen en él tres emplazamientos: 1.º, embarazo intersticial o de la primera parte de la trompa, más bien en el útero mismo, desarrollado en pleno miometrio, como el caso de que nos ocuparemos luego. 2.º, embarazo tubario propio o ístmico, desarrollado en la parte media de la trompa, caso el más frecuente, y 3.º, embarazo de la ampolla o extremo abdominal.

De estas tres formas de embarazo tubario, el intersticial es sumamente raro, tanto que habiendo sido observado primero por Mauriceau en el año 1669, y primeramente descrito por Dionis el año 1718, según resulta del trabajo de Baart de la Faille, no había recopilados en el trabajo de Rosenthal aparecido en 1896 en el C. Bl. Für Gynakologie, entre 1324 embarazos extra-uterinos más que 40 casos, que arrojan un 3 por 100 de los observados. August Martin tenía el año 1895 entre 77 casos operados, uno intersticial. Cito estas cifras, no como erudición, recurso fácil, sino para encarecer la rareza de esta forma de embarazo. La suerte me ha proporcionado esta mañana tropezar con uno, que aunque como todos los de esta índole sea discutido, allá vá, para que el lector le clasifique como quiera.

■ Mi opinión es sólo provisional, mientras el examen histológico y la marcha clínica resuelvan el caso. Las dos lo decidirán, pero ésta sobre todo.

El martes 15 de octubre, ingresó en el Hospital una mujer en estado de anemia aguda y profunda, solicitando la familia fuese atendida de urgencia, pues la enferma se moría. Acudió el médico de guardia, que confirmó la gravedad y el diagnóstico de entrada. En cuanto la mesa de operaciones quedó libre (se estaba haciendo una decolación por tuberculosis en un enfermo que después de 20 años de tratamiento conservador, optó por esta resolución...!!) y la ocupó la enferma pre-agónica. Posición ginecológica; sin cloroformo; ligera limpieza de la vulva; exploración; matriz grande, vacía y blanda; por el cuello salía una membrana; en la vagina, a dos centímetros detrás del meato, un pequeño hematoma abierto que no daba sangre; un poco detrás de éste, otro mayor en las mismas condiciones; dudé si la hemorragia hubiese procedido de aquí, pero seguí adelante. Coloqué una valva; con la cuchara terminé de extraer la membrana que asomaba (que era tan grande como toda la cavidad); la cuchara roma no sacó más, pero en un sitio noté que había perforación. Entonces ví claro el cuadro; la hemorragia era interna; la palpación del vientre me lo confirmó. Cinco minutos después, los precisos para dar un hervor a los instrumentos, corté el Douglas; dos o tres litros de sangre líquida y serosidad, de ascitis nueva, salieron tumultuosamente. Introduje por la brecha vaginal los dedos a coger el fondo del útero y toqué el sitio de la perforación y de la hemorragia. Todo lo que allí había pasado exigía un amplio desagüe. En un momento fué extirpada la matriz; al colocar entre las pinzas el tapón de gasa para drenaje, ví que sangraba un hematoma del ligamento ancho izquierdo; le drené bien, por separado y recomendé vigilasen a la enferma y la colocasen la cabeza baja, (ya hablaremos de esto más adelante), pues a ésta era imposible tenerla de otro modo; se moría. **Se le dieron algunas gotas de cloroformo para la extirpación.**

Y vamos a examinar la **pieza patológica**: matriz grande y blanda de 250 gramos de peso; las paredes anterior y posterior, hipertrofiadas, presentaban al corte un espesor de 2 1/2 centímetros, y el fondo de 3. En el ángulo izquierdo del fondo del útero, cerca de la trompa, pero en pleno miometrio, una cavidad del tamaño de una esfera de tres centímetros de diámetro, separada de la uterina por una delgada capa de músculo y llena de un coágulo blando (en el cual, como ocurre casi siempre, se han podido encontrar vestigios de embrión), y en contacto con la serosa, a través de la cual se había roto en la cavidad abdominal, dando lugar a la hemorragia dicha.

La cavidad del huevo estaba separada de la cavidad uterina por una

delgada capa de músculo. De la cavidad uterina habíase desprendido espontáneamente casi toda la caduca, que era lo que asomaba por el cuello. El asiento de la mucosa estaba completamente sano: nunca he visto otra matriz que tuviera más trazas de estarlo. El huevo alojado en la pared hubiese cabido holgadamente dentro de la cavidad uterina.

Es de notar que la comunicación entre la trompa izquierda y la cavidad del útero estaba libre: nosotros pudimos sondarla, como se ve en la pieza anatómica y se verá en la fotografía. Estando muy clara la lesión y examinando la pieza en fresco, con todas las relaciones bien presentes, nos explicamos este hecho por una pequeña hendidura de la pared uterina en el momento de la implantación del huevo.

Este caso podemos calificarle como embarazo intersticial propio o intramural, caso muy raro y que, como ha ocurrido, termina con la rotura por la tendencia que tiene en su desarrollo a separarse de la cavidad uterina y hacerse subseroso; pero no siempre sucede así, como en los casos de Klebs y Rokitanski, en los cuales estuvo incluido 16 y 18 meses como quiste fetal.

Nuestro caso puede hacer pensar en el decíduoma maligno por el antecedente de mola hace 18 meses: si lo fuera (no lo creo), el hematoma vaginal y del ligamento serían metástasis, en cuyo caso la enferma moriría en breve. Nuestros lectores conocerán el resultado.

(Continuará)

LA FIEBRE TIFOIDEA.--SU CONCEPCIÓN PATOGENICA ACTUAL

Por Carlos R. Cabello

Desde la segunda mitad del siglo pasado, a la antigua hipótesis que atribuía la fiebre tifoidea a emanaciones pútridas existentes en el aire y en el suelo, fué substituyendo la teoría del contagio, que admitía la posible existencia de un agente causal, hasta entonces desconocido, que de enfermo a enfermo a través del aire, y más probablemente del agua (Pettenkoffer), transmitía la enfermedad.

Con el descubrimiento del bacilo, llevado a cabo por Eberth (1880), y casi simultáneamente por Kock, la fiebre tifoidea queda ya definitivamente clasificada en el grupo de las enfermedades microbianas y contagiosas.

Su sintomatología, la presencia casi constante de ulceraciones intestinales, comprobada en la autopsia, hicieron considerarla durante muchos años como infección preferentemente localizada en el intestino, y de aquí los nombres de tifus abdominal y dotienentería con que se la conoce.

Como la pneumonía, la difteria, etc., creyóse hasta hace poco tiempo, que se trataba de una infección, cuyo primero, y en muchos casos único proceso, se desarrollaba en el intestino, ganglios mesentéricos, hígado y bazo, desde donde sus toxinas envenenaban el organismo, dando lugar a fenómenos de reacción general; admitiéndose, claro está, que como en aquellas citadas infecciones, el germen podía emigrar excepcionalmente, y a título de complicaciones engendrar lesiones a distancia (meningitis, flebitis, etc.)

Tal era el concepto que hasta hace poco se tenía de la fiebre tifoidea, fundado en su sintomatología clínica, en la presencia constante de lesiones en los órganos ya citados y en la imperfección de nuestros medios de laboratorio, que no lograban descubrir, sino rara vez, el bacilo fuera de aquellos sus sitios preferidos. A ello es necesario añadir que el contagio tenía lugar por el tubo digestivo, y que eran los ingesta contaminados, principalmente el agua, el vehículo de la infección.

Los progresos de la moderna bacteriología, aislando al bacilo y siguiéndole en su recorrido a través de nuestros tejidos desde que penetra en el organismo, han modificado en estos últimos años nuestras ideas.

Lemierre y Abrahams, en Francia, haciendo hemoculturas, han encontrado, casi constantemente, el bacilo de Eberth en la sangre desde los primeros días de la infección, y aun antes de que hayan aparecido los primeros síntomas. Asimismo el bacilo ha sido encontrado en la bilis y en la orina, también desde el comienzo de la afección. La bilis, sobre todo, es un verdadero hormiguero del bacilo de Eberth.

Tan interesantes investigaciones, comprobadas y contrastadas por la mayor parte de los bacteriólogos, han derrocado la antigua concepción, y hoy día la dotienentería debe ser considerada como una verdadera infección generalizada, una verdadera infección o septicemia eberthiana, nombre que debe substituir a las palabras fiebre tifoidea, tífus abdominal o dotienentería.

En resumen, y a grandes rasgos trazada, la patogenia actual de la fiebre tifoidea es la siguiente:

Continúa admitiéndose el contagio por el tubo digestivo y se supone (en este punto, tanto en esta como en la anterior concepción, estamos aún dentro de la hipótesis) que las amígdalas, faringe, estómago e intestinos puedan ser el punto de entrada. El germen desde estos puntos pasa al torrente circulatorio y linfático, allí se multiplica y con ellos se difunde por el organismo.

Ya durante los primeros días, en el período de incubación, antes de que estallen las síntomas de la infección y se ponga de manifiesto lesión alguna, el bacilo existe en la sangre.

Posteriormente, el bacilo reproducido y multiplicado en los medios de cultivo que le ofrecen la sangre y la linfa, se detiene y fija en ciertos órganos, para los cuales, como todos los microbios en general, tiene especial afinidad, y el hígado y el bazo, órganos depuradores del sistema circulatorio, reaccionan al estímulo bacteriano en virtud de su facultad hematopoyética y se infartan, y el germen conducido por la red linfática intestinal infarta los ganglios mesentéricos, ulcera los folículos linfáticos de la mucosa intestinal, pasa por los capilares más finos hasta el dermis, formando las manchas rosadas lenticulares, y por los finos linfáticos pulmonares da lugar a la bronquitis tífica.

Sus principales emunorios de eliminación son la bilis y la orina: ya hemos dicho que en la bilis se encuentra siempre en número extraordinario; la vesícula biliar es un verdadero hormiguero, y desde aquí pasa al

intestino. Así se explica su presencia en las heces aun mucho tiempo después de curada la infección y curadas ya las lesiones intestinales, y así se explica también la frecuencia de las angiolitis y colecistitis en el curso de la fiebre tifoidea, que no son, sin embargo, constantes, porque el microbio puede atravesar las vías biliares dejándolas indemnes.

La orina es su segundo emuntorio, menos constante y de menos importancia que la bilis. Como en aquélla, el bacilo atraviesa o puede atravesar el filtro renal y el enfermo orina el bacilo (bacteruria) sin fenómenos de cistitis ni de nefritis.

Apagada ya la infección, el bacilo de Eberth puede persistir aún durante mucho tiempo en la sangre y es frecuente observar enfermos que durante muchos meses y aun años le contienen en sus heces y en su orina. Fácilmente se comprende que estos *portadores* del bacilo son agentes terribles de contagio, sobre todo de las aguas. Así en Alemania se les tiene sometidos a un régimen de observación y de profilaxis hasta la completa desaparición del bacilo de sus excretas. Para combatir la bacteruria se emplea como antiséptico la urotropina, que ejerce una marcada acción antiséptica de la orina.

Por lo que respecta a la infección de las vías biliares, la acción antiséptica de la urotropina es menos manifiesta y yo la he visto fracasar en la inmensa mayoría de los casos. Algunos cirujanos alemanes, llevados de sus radicalismos operatorios, han propuesto y practicado la abertura y drenaje de la vesícula biliar como curativa del estado de sepsis biliar post-tifoideo y como medida profiláctica social.



El diagnóstico de la infección eberthiana es desde el punto de vista clínico, en la inmensa mayoría de los casos, uno de los más difíciles: la fiebre tifoidea no tiene en su cuadro clínico ningún síntoma patognómico; la hipertermia, el estado saburral de la lengua, la constipación o diarrea, la roseola, hasta la hipertrofia del hígado y del bazo son síntomas que pueden encontrarse cuando cualquiera otro microbio pulula en el organismo, y si todos reunidos pueden dar lugar a diagnóstico clínico muy probable, aquél no tendrá carácter de certero si no está refrendado por el laboratorio.

Por otra parte, lo variado de su morfología clínica, que afecta todas las formas, desde el llamado tifus ambulatorio (que no obliga al enfermo a guardar cama) hasta la antigua forma estuporosa o adinámica, con todo el cortejo clásico de síntomas, y el hecho de que engendran infecciones

muy semejantes (si bien más benignas) los bacilos paratíficos y colibacilares, hacen de todo punto indispensable el concurso del laboratorio cuando se quiera dar el justo apellido a lo que en el lenguaje corriente solemos dar el nombre vago de fiebre infecciosa.

La distinción entre el bacilo de Eberth de los paratíficos colibacilos y serie colibacilar, es uno de los capítulos más interesantes de la bacteriología moderna, que ha llevado en este asunto sus investigaciones hasta lo extraordinario; pero ello requiere el concurso de un bacteriólogo experimentado y de un laboratorio.

No quiero, sin embargo, terminar sin decir dos palabras acerca del valor diagnóstico que hoy tienen los tres procedimientos clásicos de sero-aglutinación de F. Vidal, la diáso-reacción de Erlick y el examen de la sangre. Estos métodos de diagnóstico son suficientes para hacer un diagnóstico clínico exacto y están al alcance, no solamente de un laboratorio por modesto que sea, sino hasta de todo médico que maneje regularmente el microscopio.

Sero-aglutinación o reacción de F. Vidal: Aunque el poder de aglutinación que tiene para el bacilo de Eberth el suero procedente de un tífico fué conocido ya por Gubler, a Vidal corresponde el mérito de haberla erigido, tras concienzuda labor experimental, en precioso medio de diagnóstico y por eso justamente lleva su nombre.

El sero-diagnóstico ha sido ensayado en casi todas las infecciones cuyo bacilo ha podido ser aislado y cultivado (tuberculosis, neumonía, infección pirocánica, disentería, peste, fiebre de Malta), pero los resultados han sido inconstantes, excepción hecha de la fiebre tifoidea y fiebre de Malta, en las cuales, por el contrario, constituyen un excelente medio de diagnóstico.

Para practicar una sero-reacción es necesario disponer:

1.º De un cultivo de bacilos de Eberth.

Este cultivo debe, a ser posible, reunir las condiciones siguientes:

Debe ser fresco (de dos o tres días, todo lo más), de bacilos vivos y sobre todo no presentar aglutinación espontánea. No es condición indispensable que el microbio esté vivo; la reacción puede verificarse igualmente con el bacilo muerto, pero es preferible que esté vivo.

Estos cultivos que, desde luego, claro está, han de ser del verdadero bacilo de Eberth, pueden adquirirse en los institutos Ferrán o Alfonso XII en España; Pasteur y la casa Coccis, Boul. St. Michel, en París.

2.º Unas gotas de sangre del enfermo obtenida por picadura en un dedo o ventosa escarificada: dejándola desecar en un tubo de ensayo,

el suero así obtenido va a servir a la reacción. Si la cantidad de sangre no es suficiente para obtener suero, tres o cuatro gotas de sangre, aun desecada, pueden servir, diluyéndolas en unas gotas de agua destilada, pero en este caso la reacción carece de la exactitud matemática que da el suero.

En posesión de los dos elementos, la técnica de la reacción, sumamente sencilla, es la siguiente:

Con una pipeta, provista de un tapón de algodón en su extremidad bucal para detener el líquido, si éste al aspirar sube bruscamente antes de llegar a los labios del operador, se toman diez, veinte, treinta gotas, etc., del cultivo y se colocan en un tubo de ensayo o cristal de reloj, y con otra pipeta análoga se añade una gota del suero, o de la sangre diluida.

Una gota de las mezclas obtenidas, con una tercera pipeta se coloca sobre un portaobjetos, y cubierta con el cubre, se examina al microscopio con un objetivo bastante fuerte y una iluminación poco intensa (supresión del condensador).

Si la aglutinación es negativa, se verá por todo el campo del microscopio los pequeños elementos bacilares agitarse aislados, cruzando aquél en todas direcciones, sin llegar a formar grupos compactos, y en estas condiciones quedar por fin inmóviles.

Si, por el contrario, la reacción es positiva, los bacilos van reuniéndose en grupos cada vez más nutridos, sus movimientos al mismo tiempo se van apagando, quedando por último inmóviles formando grandes haces o amas, entre los cuales sólo se ve alguno que otro bacilo a quien ha sorprendido la muerte sin darle tiempo a reunirse con sus restantes compañeros.

Interpretación de la reacción: Para que pueda interpretarse debidamente es necesario tener en cuenta el grado de dilución de la mezcla y el tiempo que tarda la aglutinación en verificarse.

Desde el punto de vista práctico debe considerarse sin ningún valor una reacción positiva obtenida con una dilución inferior al 1 por 10 (una gota de suero por diez de cultivo). En esas proporciones el suero de un individuo normal puede aglutinar el bacilo. Desde el 1 por 10 hasta el 1 por 30 la reacción positiva es un signo de gran probabilidad en favor de la infección eberthiana y de certeza absoluta desde el 1 por 30 en adelante. Conviene advertir que de ordinario el bacilo de Eberth aglutina en diluciones muy superiores (1 por 50, 1 por 100, 1 por 500) a las señaladas aquí para que sirvan de norma.

El tiempo en que la reacción se verifica es el segundo factor igualmente digno de tenerse en cuenta. La reacción, en algunos casos, es instantánea, de ordinario son necesarios algunos minutos (quince o veinte) para que el fenómeno tenga lugar, y no es raro también observar una mayor lentitud; desde luego, se comprende que la reacción es tanto más francamente positiva cuanto más rápida.

Cuando la duración excede de una hora, la reacción es dudosa; en estos casos puede haber, por simple desecación de la preparación, aglutinación espontánea.

La reacción de la aglutinación no se produce o es muy débil, y por tanto dudosa, en los primeros días de la fiebre tifoidea. Sólo hacia los nueve o diez días aparece francamente positiva. En cambio persiste durante mucho tiempo. El suero de un individuo que ha padecido la infección eberthiana conserva el poder aglutinante durante muchos meses, a veces durante muchos años. (1)

El suero de un tífico no aglutina más que el bacilo de Eberth, pues aunque en casos excepcionales un suero dotado de un gran poder de aglutinación pueda aglutinar algunas especies paratíficas, la reacción es mucho más lenta y más débil que con aquél. Las especies colibacilares no son aglutinadas. La reacción francamente positiva indica, pues, siempre la presencia del bacilo de Eberth.

La diaso-reacción y la aldehído-reacción, ambas descubiertas por Erlich, tienen menos importancia diagnóstica, por no ser exclusivas de la fiebre tifoidea.

La técnica en ambas es sumamente sencilla. Para investigar la primera son necesarias una

SOLUCIÓN A		y una	SOLUCIÓN B	
Acido sulfoanílico.	1 gramos		Nitrito de sosa.	0'50 gramos.
» clorhídrico..	10 »		Agua destilada.	100 »
Agua destilada....	200 »			

En un tubo de ensayo se colocan 10 centigramos de la solución A, dos gotas de la solución B; se agita y añade 10 centigramos de la orina del enfermo. Si ésta procede de un tífico, la mezcla toma un color cereza o escarlata; si, por el contrario, la reacción es negativa, la orina conserva su color amarillo.

Esta reacción es más precoz que la de Vidal: aparece desde los pri-

(1) Su mismo autor, F. Vidal, que la padeció en su juventud, conservaba hasta hace pocos años en su sangre la propiedad aglutinante.

meros días, pero la quita valor diagnóstico el hecho de que la dan también positiva las fiebres eruptivas, septicemia, tuberculosis y las **caquexias**.

No la producen, y por tanto permite eliminarlas, las gastritis, la gripe, la meningitis cerebro-espinal.

Más recientemente, Erlich ha descrito la aldehído-reacción, cuyos resultados son idénticos, pero cuya técnica es aun más sencilla.

Una sola solución basta.

Dimethylamidobenzolaldehído.....	1 gramos
Acido clorhídrico puro.....	25 »
Agua destilada.....	25 »

Verter algunas gotas en cuatro o cinco centigramos de orina.

Como en la diáso-reacción, se produce en los casos positivos un tinte rojo.

Su significación diagnóstica es la misma.

Por último, existe casi constantemente en la fiebre **tifoidea**, leucopenía, es decir, disminución del número de glóbulos blancos.

Esta leucopenía es al principio moderada: en el curso de la primera semana, el número de glóbulos blancos oscila entre 5.000 y 4.500 en lugar de 6.000, cifra normal; se acentúa en la segunda y tercera semana, y esta cifra puede caer hasta 1.000, y desaparece poco a poco en el período de convalecencia. Pero cesa rápidamente para **ser substituída** por una hiperleucocitosis cuando sobrevienen ciertas **complicaciones**, especialmente la perforación intestinal y la formación de abscesos, **circunstancia** que ha hecho utilizarla como medio diagnóstico de ellas, en **los** casos dudosos.

Tales son en síntesis los procedimientos de laboratorio clínico (permítase la frase) que pueden ser utilizados en el diagnóstico de la infección ocasionada por el bacilo de Eberth. Ellos son suficientes para hacer un diagnóstico exacto. Por otra parte, la bacteriología, como he dicho antes, dispone de numerosos e interesantes medios de comprobación; el diagnóstico del bacilo y su diferenciación de la numerosa serie de bacilos paratíficos y colibacilares, es uno de los capítulos más interesantes y mejor estudiados de aquella ciencia.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE ZELLER

Por Vicente Quintana

El doctor Herrera, llevado del noble afán de que a los lectores de este Boletín les lleguen sin retraso las primicias de lo que se escriba, se diga o se haga sobre la curación del cáncer, publicó en el último número un artículo sobre el nuevo tratamiento que preconiza Zeller para este mal.

Tiene este trabajo de Zeller la ventaja, indiscutible, muy grande y para mí la única, de venir amparado con una introducción de Czerny. El doctor Herrera coloca al final de su artículo una nota en la que dice clara y sintéticamente su modo de pensar, inclinado a la duda, si no contrario al método en cuestión. Pero la nota o conclusión es tan corta, y el trabajo tan extenso, que quizá muchos lectores la pasen desapercibida y sólo fijen en éste su atención, como le ha ocurrido a un distinguido compañero que me ha preguntado nuestra opinión sobre el asunto. Como muchos otros colegas pueden encontrarse en este caso, les diré que aludiendo a los trabajos publicados por Zeller en los números 34 y 35 del «Münchener Wochenschrift», escribe S. Wolff, consejero de Sanidad en Berlín, un artículo en el número 38 del «Deutsche Medizinische Wochenschrift», llamando la atención sobre la falta de novedad de los remedios empleados por Zeller y repitiendo que, como no hay ningún medicamento específico para combatir la enfermedad, sólo el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico es lo que puede salvar al enfermo de cáncer.

Esta es la síntesis de un trabajo que suministra datos sobre la antigüedad de los remedios empleados actualmente por Zeller y los que fueron sus antecesores en el uso de ellos. Efectivamente, la obra de S. Wolff sobre el cáncer, tomo 1.º de 1907 y 2.º de 1911, es completísima sobre este particular.

El ácido silícico no fué R. Farrcett Battye (no Batty, como dice Zeller) el que le empleó primero al interior, sino Franz Schuh, cirujano vienés, el año 1854. Battye, en un trabajo publicado en 1874 en el «Edinburgher Medizinische Journal», dice que en los cancroides, cánceres superficiales de la piel, ha tenido buenos resultados con el ácido silícico. La pasta de arsenio y cinabrio, no fué Juan Baseilhac, el llamado Fray Cosme, el primero que la usó, sino Rouselot. (Véase «Del empleo de la

pasta arsenical para el tratamiento del cáncer, Tesis de París, 1849», por León Perrote).

El remedio de Fray Cosme que describe en su libro «De la talla lateral por el periné», París, 1804, era «Arsénico en polvo 5 granos; cinabrio 15 granos; polvo de suelas quemadas, lo que se toma entre el pulgar y el índice» Esta pasta de arsénico es idéntica a la número 2 de Rousselot y a la que usa Zeller. Ac. arsenic, 2 gramos; cinabrio 6 gramos, carbón animal, 3 gramos.

He tomado estos datos para que se vea que no hay ninguna novedad, y que lo mismo estos sencillos remedios, usados, abandonados y vueltos a poner en práctica, que otros, preparados en laboratorios bien montados y por gente docta, como el Antimeristen, y con aires de específicos, no tienen más que un valor circunstancial.

Todos hemos ensayado la destrucción de los tumores inoperables empleando la pasta cáustica: destruyen, bien es cierto, pero hay que confesar que el procedimiento es bárbaro y más peligroso que el bisturí o el termo. El suero de Emmerich, que alcanzó bastante boga para tratar los carcinomas hará 20 años, hoy la ha perdido. Para el sarcoma, el de Cole, mezcla de las toxinas del estreptoco y del bacilo prodigiosus, dicen que da buen resultado. Nosotros hablaremos de esto otro día a los lectores, repitiendo hoy que lo que sucede tiene fácil explicación. La cirugía fracasa muchas veces en el cáncer, muchísimas más de las que debiera fracasar, y la culpa de ello la tienen los enfermos que por su abandono llegan tarde donde el médico; éste desconoce muchas veces lo que la cirugía puede hacer cuando coge el cáncer a tiempo, y dispuestos médico y enfermo a ensayar cualquier remedio, que siempre resulta menos seguro, más molesto, más dispendioso y más grave que la cirugía, dejan pasar un tiempo precioso completamente perdido.

Todos estos remedios u otros parecidos usa el cirujano, pero los usa en los casos que juzga inoperables, para llevar al enfermo un consuelo moral, porque alivio físico le llevamos todos siempre y el que no le proporcione será porque no quiera: la morfina se administra fácilmente.

De estos fracasos, que desgraciadamente son muchos, se aprovechan unos cuantos, y con un poco de leyenda, otro poco de anuncio y la buena fe de los demás, el remedio tiene una época de notoriedad que hace más daño que beneficio. A esto debemos oponernos los que estamos obligados a decir la verdad.

REVISTAS

Monat. f. Geburt. u. Gyn. Festnummer dem
VI Internationalen Gynäkologen-Kongress.

E. BUMM: BERLÍN.—*Proflaxis de la peritonitis operatoria*.—Las peritonitis que sobrevienen después de una operación, están producidas la mayor parte de las veces por una mezcolanza de gérmenes que, empezando a multiplicarse en la herida peritoneal o en otras heridas de la cavidad inconvenientemente tratadas, acaban por descomponer la sangre y el plasma trasudado de las superficies cruentas. La reabsorción de los líquidos sero-hemorrágicos descompuestos, acaba por determinar una intoxicación general, que en medio de débiles manifestaciones de reacción local y de pequeñas elevaciones de temperatura, conduce a un desenlace fatal. La naturaleza de los gérmenes varía de un caso a otro; ordinariamente se trata de bacterias vulgares, que en todas las laparotomías consiguen llegar al peritoneo, el cual cuando está sano da cuenta de ellas, pero en casos desfavorables pueden multiplicarse y llegan a ser peligrosas. Estos gérmenes no trascienden del exudado en que vegetan; la sangre permanece libre de ellos hasta la agonía.

Esta es la forma de peritonitis más frecuente; hay otra más rara, la de la peritonitis séptica virulenta. La causa de ella es la invasión peritoneal de gérmenes virulentos que provienen de fuera o de focos endógenos abiertos durante la operación. Esta peritonitis casi siempre está provocada por estreptococos. Su curso es el de una inflamación purulenta progresiva, que se extiende a veces hasta la herida del vientre y que nada tiene que ver con el cuadro de la peritonitis de forma tóxica.

Los medios de prevenir la infección virulenta son conocidos; aquí sólo se trata de la otra forma de peritonitis, para prevenir la cual, la más eficaz medida es terminar de tal modo la operación, que la cavidad peritoneal quede por todas partes recubierta de peritoneo sano. Si nos encontramos con superficies imposibles de recubrir con peritoneo o infectadas y por tanto impropias para sufrir aquella maniobra, debemos intentar aislarlas del resto de la cavidad, aplicando sobre ellas alguna de las vísceras abdominales. Se puede con tal fin echar mano, no sólo del epiplón, vejiga, intestino grueso, peritoneo parietal, sino del mismo intestino delgado. La superficie cruenta así aislada debe ser drenada; la colocación de gasa o cualquier otra clase de tapón en la cavi-

libre del peritoneo, el tapón de Mickulitz, por ejemplo, conduce en los casos más favorables, por la irritación que produce, a un encapsulamiento, pero con frecuencia provoca la peritonitis que se trata de evitar, favoreciendo la secreción de los jugos plasmáticos y el desarrollo de gérmenes.

En los últimos años hemos profesado como principio fundamental, puesto en práctica en todas nuestras operaciones, peritonizar todas las superficies cruentas, evitar todo drenaje y dejar en la cavidad libre del peritoneo sólo serosa sana; con ello hemos mejorado los resultados obtenidos. A continuación los expongo:

Las *ovariotomías sencillas*, aquellas en que no hay más que ligar un estrecho pedículo, no deben entrar en cuenta, puesto que en ellas apenas hay superficie cruenta, secreción consecutiva, ni hemorragia. Otra cosa es en los casos de grandes adherencias: aquí dependerá el curso favorable del tratamiento cuidadoso del peritoneo y del aislamiento de todas las superficies desprovistas de peritoneo.

Desde el 1.º de octubre de 1910 hemos operado 110 *ovariotomías complicadas*, con dos casos de muerte. Una de ellas muerta, por ileus, a las tres semanas después de operada; la otra, muerta después de una operación laboriosa, de un dermoide intraligamentario; colapso cardíaco; el peritoneo y la superficie de implantación del tumor permanecieron, seguramente, libres de infección.

En la última temporada fué necesario reoperar a los doce días a una ovariometomizada con ileus; se encontró un asa intestinal pegada al pedículo, que estaba necrosado. Soltada la adherencia, el curso volvió a ser regular. Sin embargo, este caso nos enseña que aun en la ovariometomía no hay que dejar ninguna superficie cruenta sin cubrir con el peritoneo. Desde entonces ligo aisladamente los vasos del pedículo y coso por encima la serosa.

Entre 47 laparotomías por *embarazos extrauterinos* ó *hematocelos* murió una mujer, después de una franca reconvalecencia, de embolia. El curso post-operatorio fué mejor cuando se pudo hacer una sutura sero-serosa que cuando la cavidad peritoneal quedó en comunicación con la superficie cruenta de la pelvis.

De 65 operadas de *tumores supurados de los anejos*, han muerto dos. En el primero de estos casos el intestino, muy adherido a la tumuración anexial, hubo de perder gran parte de su serosa; fue necesario extirpar el útero; no se consiguió aislar convenientemente la pelvis de la cavidad peritoneal, y la mujer murió de peritonitis tóxica. En el segundo caso se trataba de una anexitis con una fístula vaginal, restos de una operación anterior hecha por la vía vaginal; sobrevino una peritonitis virulenta por estreptococos, flemón del tejido conjuntivo subseroso y supuración de la herida del vientre.

En las *miotomías*, desde el verano de 1908 en la clínica privada y desde octubre de 1910 en la clínica, vengo haciendo una cuidadosa sutura sero-serosa. **Suturo**, una vez extirpado el útero y hecha la hemostasia detenidamente, la

vagina a la serosa que recubre la vejiga y el recto; la abertura transversal queda luego cerrada por una serie de puntos sueltos y, finalmente, por encima hago una sutura seguida sero-serosa con catgut fino.

Con este método he operado hasta ahora 197 casos. En esta serie hay 120 casos seguidos sin una defunción. En conjunto fallecieron dos operadas, una de peritonitis tóxica y otra de peritonitis séptica (estreptococos). Además, una muerta por embolia en plena convalecencia y otra por el cloroformo. Con casos desgraciados de esta naturaleza hay que contar siempre en una serie de grandes intervenciones quirúrgicas, pero nada tienen que ver con el tratamiento de las heridas peritoneales.

La exacta peritonización de la herida pelviana permite una convalecencia tan normal y sin complicaciones en la *miotomía* abdominal, como antes se veía sólo en las extirpaciones vaginales: falta toda reacción local, las enfermas no vomitan y se sienten bien el día mismo de la operación, la función intestinal se establece regularmente a los dos días.

Los éxitos más brillantes de la peritonización absoluta de la cavidad abdominal, los hemos conseguido en las operaciones radicales del *carcinoma del cuello de la matriz*. Mientras antes teníamos una mortalidad de 20 %, hoy, con la nueva técnica, hemos tenido, entre 88 operadas, sólo cinco casos de muerte. Esta reducida mortalidad de un 5,6 % obtenida en una serie bastante numerosa de operaciones radicales de cáncer de la matriz, es hasta el día la menor de las obtenidas en tales intervenciones.

Y puesto que la operabilidad no ha disminuído, sino que permanece estacionaria, y la extensión de la intervención más bien ha aumentado, extirpándose ahora, no sólo el tejido conjuntivo parauterino hasta las paredes pelvianas, sino disecando cuidadosamente las glándulas y la grasa de ambos lados a lo largo de los vasos, es necesario atribuir la disminución de la mortalidad operatoria a los progresos de la técnica. Al abrir la vagina y ponerse en contacto los gérmenes que anidan en la superficie tumoral con la herida, encuentran éstos un terreno abonadísimo para su crecimiento en el tejido conjuntivo pelviano. La curación no puede ser por primera intención, sino con supuración de la superficie cruenta. El peritoneo que recubre esta herida infectada se necrosa y sobreviene una peritonitis ascendente, con exudado sero-sanguíneo, en el que vegetan un sin número de gérmenes muy variados, como antes podíamos observar en las autopsias una vez de cada cinco operaciones. Después hemos modificado la técnica y procedemos de la misma manera que hemos descrito en las miotomías; es decir, sobre la primera sutura peritoneal practicamos una segunda sero-serosa que pone en contacto una ancha faja de esta membrana y forma una barrera protectora contra la peritonitis ascendente: a las veinticuatro horas se ha formado un cierre absoluto entre la pelvis y la cavidad peritoneal. La supuración de la herida ocurre todavía en el 10 % de los casos, pero el pus sale por la vagina al exterior.

En conjunto murieron cinco enfermas después de la operación radical. En un caso, en el que fué necesario reseca un ureter y un trozo de vegiga, la muerte, ocurrida algunas semanas después de la operación, fué debida a una infiltración urinosa y peritonitis tóxica. En los cuatro casos restantes se trataba de peritonitis sépticas virulentas, propagados los gérmenes del tumor o del parametrio o las trompas con anterioridad infectados.

Resumiendo ahora todos los casos, resulta que de 507 laparotomías, incluyendo los 88 de carcinomas, murieron 14=2,7 %, de ellas 1 de ileus, 2 de embolia, 1 de neumonía, 1 de colapso cardiaco y 9 de peritonitis. De las 9 peritonitis, 6 lo fueron por infección con estreptococos virulentos, cuyos gérmenes en un caso (miotomía) fueron de origen externo: en los otros cuatro casos existían ya en el campo operatorio y durante la operación quedaron en libertad. Sólo en tres casos se puede atribuir la subsiguiente peritonitis a defectos en la técnica.

J. H. O.

Deutsche Medizinische Wochenschrift

DR. BRANER.—*Diagnóstico exacto de los tumores de la pleura y metástasis pleurales.*—Los dos enfermos objeto de esta observación, presentaban un exudado hemorrágico que ocupaba toda la mitad del tórax, con considerables manifestaciones de dislocación de órganos y disnea: en este estado vienen a ponerse en tratamiento. En uno de estos exudados, se dejan conocer claramente las características células de grasa y núcleos tumorales. En el segundo de los casos no se pudieron encontrar a pesar de repetidos exámenes de distintas punciones.

En uno de los casos faltan en absoluto todos los signos de un tumor primitivo de los pulmones. En este enfermo fué posible descubrir en los esputos células grasientas que demostraban la existencia de un tumor de la pleura.

En el otro enfermo, en el cual se habían encontrado en el exudado células tumorales, se dirigía ya el diagnóstico, desde el principio, a admitir un cáncer primitivo de los pulmones. El análisis de las modificaciones existentes en la pleura y su extensión se hizo bajo los puntos de vista siguientes: Por medio del nitrógeno se hizo visible a los rayos X un abultamiento de la pared torácica en la parte superior que ocupaba el espacio pleural. Se obtuvieron radiografías en distintas posiciones, estando el enfermo echado de costado, una ventrodorsal y otra dorso-ventral. También se hicieron radiografías estando el enfermo acostado sobre la parte enferma. Con la visión estereoscópica se determina claramente la extensión y espesor del tumor.

Del mismo modo la toracoscopia de Jacobáus es de utilidad manifiesta para el diagnóstico de esta clase de tumores. La anestesia local es suficiente.

DR. RADOS: BUDAPEST. *Sobre la Anatomía Patológica de la carúncula lagrimal.*—R. presenta un caso de un enfermo de 27 años, jardinero. Desde tres años de fecha observó un tumor en la carúncula derecha y del tamaño de una pequeña pepita de cereza, por cima del cual, en el borde interno del párpado superior derecho, se había desarrollado otro tumor.

Los dos tumores crecieron hasta unirse en el espacio de año y medio. Desde hace un año nota el enfermo que al secarse el sudor del rostro el tumor sangraba. El tumor hace imposible la oclusión palpebral: visto de frente alcanza el tumor el borde interno de la córnea; por el lado interno ocupa todo el ángulo palpebral interno.

El examen histológico del tumor demostró la existencia de un tumor rico en fascículos elásticos y vasos sanguíneos que demuestran la naturaleza fibromatosa blanda del tumor.

Sobre fibromas blandos de la carúncula lagrimal aún existen pocos datos.

Los tumores benignos de la carúncula lagrimal pueden ser, nevi, dermoides, lipodermoide, quiste dermoide, adenoma, angioma, linfoma, linfo-angioma, papiloma y filomas congénitos. Estos últimos son duros y blandos.

Saennisch hace notar que el papiloma sangra en la operación con gran facilidad; el fibroma, por el contrario, sangra espontáneamente y estas hemorragias espontáneas llegan a ser a veces considerables. Es importante para el fibroma su crecimiento rápido.

Graefe y Gutmasnn observaron tumores, fibromas, de la carúncula que no sangraron nunca.

R. cree con Bocks que se trata de una anomalía congénita en esta clase de tumores.

A. C.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

VI Congreso internacional de obstetricia y ginecología en Berlín, 9-13 septiembre 1912

I TEMA: Tratamiento de las heridas peritoneales.—BRAUHA, LIEJA: Las excitaciones mecánicas sobre el peritoneo son generalmente perjudiciales. Las hemorragias se han de cohibir cuidadosamente, y de la misma manera recoger todos los líquidos que durante la operación caigan en la cavidad abdominal. La limpieza debe hacerse en seco, con compresas y esponjas. Los lavados con suero fisiológico son más perjudiciales que provechosos. El taponamiento, según Mickulicz, sólo en caso de necesidad. Suturas y ligaduras con materiales reabsorbibles. En casos de laparotomía sospechosa se emplea, en Bélgica, con buenos resultados, el oxígeno, de la manera que lo aconseja el profesor Thiriar (Bruselas); nunca la inyección profiláctica de aceite alcanforado. Las peritonitis post-operatorias se abrirán tantas veces como sea necesario.

MEYER, COPENHAGUE: La irrigación del abdomen para arrastrar gruesos cuerpos extraños (restos de sustancias alimenticias, materias fecales), es más perjudicial que beneficiosa. La limpieza muy minuciosa de la cavidad pélvica, especialmente de la sangre, no es necesaria. El drenaje sólo en procesos encapsulados. No hay que conceder gran importancia a la peritonización de las superficies cruentas, especialmente cuando es necesario fijar o dislocar mucho alguna víscera. Es provechoso aislar de la cavidad peritoneal las superficies cruentas y extensas de la pequeña pelvis.

FRANZ, BERLÍN: Toda herida peritoneal debe ser considerada bacteriológicamente como infectada. Todo investigador que haya analizado el peritoneo después de una operación, ha encontrado la existencia de bacterias. Es imposible operar en un ambiente completamente aséptico. En la mayor parte de los casos estos gérmenes no perjudican, porque o intervienen en pequeño número, o son poco virulentos o, en fin, la resistencia natural del peritoneo es bastante a destruirlos. Los instrumentos y material de curas se pueden esterilizar por completo. Las manos del operador y ayudantes son peligrosas. El empleo de guantes de goma corrige por completo este peligro. Los gérmenes del aire no son peligrosos. La piel del enfermo tratada por la tintura de iodo, si no queda libre de microbios, por lo menos sufre una desinfección suficiente en la práctica. El recubrir la piel con paños esterilizados es un complemento

necesario de aquella desinfección. El mayor peligro está en los gérmenes existentes en el organismo del enfermo, por ejemplo en los pedículos retorcidos, tumores ováricos necrosados, carcinomas uterinos, gérmenes intestinales, etcétera. El peligro de los gérmenes procedentes del propio organismo, sólo se puede salvar o disminuir por la técnica operatoria, no por desinfectantes químicos. El peritoneo es más resistente contra la infección que el tejido conjuntivo. La autodefensa peritoneal es muy enérgica: es debida: *a)* a la reabsorción; *b)* a la propiedad bactericida de los exudados peritoneales. Puntos muy interesantes de la técnica son: Empleo exclusivo de material de sutura absorbible (catgut). Abertura del peritoneo con una incisión lo más pequeña posible. La incisión transversal es preferible a la longitudinal. Las operaciones vaginales son preferibles a las abdominales. Para contener bien el intestino es necesario una buena narcosis. La anestesia lumbar es muy apropiada para las laparotomías ginecológicas. Toda clase de desinfectantes hay que evitarlos en el peritoneo, tanto por el peligro de intoxicación como por la alteración que provocan en la mucosa. No se deben emplear los lavados con suero fisiológico, porque disminuyen el poder bactericida del peritoneo diluyendo los exudados peritoneales y haciéndolos inactivos.

Es indispensable la cuidadosa peritonización de todas las superficies cruentas, en casos el recubrirlas con el epiplon u otra víscera y el dar salida a las secreciones con el drenaje de gasa, lo mejor por una abertura practicada en el fondo del saco vaginal posterior.

No es de recomendar el empleo del cauterio en anchas superficies peritoneales. Finalmente, no es de aconsejar la profilaxis de la peritonitis, puesto que ninguna utilidad se ha conseguido con las inyecciones de suero, por otra parte no inocuas en absoluto, ni con las de ácido nucleínico, peptona, aceite alcanforado, etc.

H. MANANGTHON-JONES, LONDRES.—Todos los remedios bactericidas y químicos se han de evitar en las laparotomías. El suero fisiológico es el que mejor se adapta a la limpieza del peritoneo. El pus, la sangre y el contenido de los quistes es una fuente constante de irritación peritoneal, de producción de exudados y de peritonitis cuando quedan en la cavidad del vientre. No es posible obtener una asepsia completa sin una completa hemostasia, y una cuidadosa reconstrucción de toda la superficie peritoneal. También es importante la antisepsia intestinal después de las operaciones, administrando antisépticos intestinales. En vista de la frecuencia con que la gonorrea produce inflamaciones de los órganos pelvianos y se extiende a todo el peritoneo, exige una terapéutica especial y la adopción de medidas preventivas.

LECÉNE, PARÍS: La asepsia y el tratamiento fisiológico (conservar las defensas naturales del peritoneo) son los medios mejores de tratar las heridas peritoneales. Los adelantos más notables en los últimos diez años, se refieren a: 1.º Empleo sistemático de los guantes de goma. 2.º Asepsia minuciosa en el

campo de operaciones. 3.º Exacta peritonización, con o sin aislar la pequeña pelvis. 4.º Precisar las indicaciones del drenaje y mejorar su técnica.

RESINELL, FLORENCIA: Los resultados más brillantes, lo mismo en laparotomías sépticas que asépticas, se obtienen no dejando en el vientre ni sangre ni otros líquidos, cosiendo exactamente todas las rasgaduras peritoneales y rehaciendo cuidadosamente y mejor evitando toda lesión de los órganos abdominales (vejiga, intestino, ureteres). Excepcionalmente se empleará el drenaje en la cavidad libre del peritoneo. De dudoso resultado son los lavados de la cavidad abdominal con el suero fisiológico. La inyección preventiva de aceite alcanforado en la cavidad del vientre, no ofrece ninguna ventaja. He obtenido buenos resultados en las intervenciones del cáncer del cuello, con el empleo del ácido nucleínico que levanta las energías del enfermo en general y de un modo especial las defensas del peritoneo.

KONWER, UTRECH: En las laparotomías asépticas el éxito depende por igual de la asepsia y de la técnica. En las sépticas la importancia de la técnica sobrepasa a la de la asepsia. El tejido conjuntivo se infecta con más facilidad que el peritoneo.

Es de suma importancia impedir todo estímulo mecánico sobre la serosa.

LOVRICH, PEST: Se refiere a los resultados obtenidos en la clínica 1.ª de ginecología de Budapest.

Recomienda una minuciosa observación clínica de cada enfermo. Es muy importante el análisis de la sangre, especialmente en los casos de fibromas y lesiones anexiales. Rechaza la intervención en los fibromas cuando la cantidad de hemoglobina es menor del 40 %, **hasta** que un tratamiento conveniente haya repuesto la cantidad perdida. A causa de la existencia de numerosas cistitis y pielitis ignoradas y conteniendo abundantes microorganismos recomienda practicar lavados vexicales antes de toda laparotomía. Asepsia rigurosa. Siempre que exista alguna **duda** sobre la asepsia, drenaje con gasa yodofórmica por el Douglas o por arriba (**en** la operación de Wertheim siempre). Se debe provocar el peristaltismo intestinal durante las primeras 24 horas que siguen a la operación. La hormona peristáltica es un remedio muy útil; sin embargo, ninguno actúa mejor que un enema de vino y glicerina. Levantarse del octavo al décimo día, después de haber retirado las suturas.

V. MARS, LEMBERG: Espera una mejora de los resultados hasta ahora obtenidos de los progresos de la técnica y recomienda simplificar los procedimientos hoy en boga para conseguir la asepsia.

WERTHEIM, VIENA: Impedir todo estímulo de la mucosa mecánico, químico o térmico; operar en seco y retirar todas las porciones de tejidos susceptibles de necrosarse; recubrir todas las superficies privadas de peritoneo; **evitar retenciones** en el espacio subperitoneal con aberturas practicadas en la vagina; **limitar y** aislar todas las zonas peritoneales sospechosas de infección

o en ciertos casos colocar **taponess de gasa que provoquen adherencias y curar con más frecuencia.**

GRUSDEW, KASAN: Aboga por el lavado con el líquido de Locker (a 37°8 grados) en todas las laparotomías en que no exista una infección con agentes muy virulentos (como cuando hay un foco de pus con estreptococos).

El análisis microscópico durante la operación es siempre necesario. Si cae en el peritoneo pus reciente con gérmenes virulentos, la irrigación de la cavidad abdominal será más perjudicial que otra cosa; en tal caso, lo mejor es retirar el pus con compresas secas y aislar la parte infectada con gasa esterilizada.

JOSEPHSON, SUECIA: En los cánceres cervicales se debe preparar antes de la intervención el cuello de la matriz con raspados, cauterizaciones o con iodo o formol. La desinfección de las manos con el iodo no es peligrosa para el peritoneo, ni ofrece ningún peligro de ileus. La peritonitis gonocócica generalizada no compromete seriamente la vida. Pero como generalmente tal peritonitis está provocada por una infección mixta, se debe operar. Las peritonitis post-operatorias se deben reoperar. Las peritonitis provocadas por una perforación se operan inmediatamente. Grandes irrigaciones del vientre, manipulaciones excesivas del intestino se deben evitar.

BENTTNER, GINEBRA: De una consulta girada a cincuenta médicos suizos, resulta: que no hay diferencia entre operar con asepsia húmeda o seca. Todos los operadores convienen en la necesidad de peritonizar completamente la cavidad del vientre. Para cerrar el peritoneo es preferible el catgut iodado (Iodkatgut). En los casos asépticos, y para la sutura intestinal, se debe emplear seda muy fina. Treinta de los operadores consultados dan las siguientes indicaciones para el drenaje: cuando se sospecha la presencia del pus en el peritoneo, en la operación de Wertheim, operaciones contra el carcinoma, complicaciones intestinales, hemorragias parenquimatosas incoercibles, grandes pérdidas del peritoneo pelviano, tumores ováricos sospechosos, histerectomía vaginal.

RECASENS, MADRID: El precepto más interesante durante una operación es mantener el **peritoneo libre de gérmenes**; se debe operar con delicadeza, hemostasia minuciosa, **con rapidez**, peritonizando cuidadosamente todas las superficies cruentas, **y con rigurosa asepsia.** La cavidad pelviana tiene su natural desagüe **por la vagina, pero conviene abrir su pared posterior con un corte longitudinal, para que no se retenga ninguna porción de exudado**; la posición inclinada del **enfermo facilita el desagüe.** Los drenages de gasa, de goma o tubos de cristal, sirven tanto **para dar salida a los exudados peritoneales como para impedir que la abertura se cierre: no se deben mantener más de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, fuera de casos excepcionales.**

II TEMA: Tratamiento de las hemorragias uterinas en el embarazo, en el parto y en el puerperio. — COUVELAIRE, PARÍS: En general los tocólogos franceses tratan las hemorragias obstétricas con métodos no quirúrgicos. Suelen reservar las maniobras operatorias para aquéllos casos en los que las manipulaciones obstétricas ordinarias han fracasado o son peligrosas. Sin duda con las intervenciones quirúrgicas suelen obtenerse éxitos fáciles y brillantes, pero es muchas veces a costa de mutilaciones o de una disminución de la fecundidad de la paciente. A parte de algunos casos en los cuales es preferible el empleo de la terapéutica quirúrgica, hay que convenir que la mayoría de los resultados terapéuticos que ahora se consiguen, más se deben a la mejor asistencia que se presta a las mujeres embarazadas y a la educación tocológica más esmerada de los médicos actuales, que al uso inmoderado de la terapéutica operatoria.

JUNG, GOTINGA: Miomas: los que dan hemorragias durante el embarazo asientan siempre en el cuello uterino; su extirpación está indicada en todos los casos. Si el mioma provoca el aborto, se debe proceder a practicar la histerectomía; el tratamiento expectante del aborto en tales casos, predispone a la infección.

Carcinomas: cuando son operables se operarán durante el embarazo, sin tener en cuenta la existencia del feto. Si son inoperables se esperará al término del embarazo, y si el parto no puede terminar por las vías naturales, se hará la operación cesárea.

En las *heridas penetrantes* de la matriz en gestación se practicará siempre la laparotomía y según estén los casos se suturará la lesión o se vaciará el útero.

En el *desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta* hay que vaciar la matriz; si la versión o el forceps no se pueden emplear por falta de dilatación del cuello, se practicará la colpohisterotomía anterior, presupuesta una pelvis normal. Si la pelvis es estrecha, cesárea.

En los casos más leves de *placenta previa* la metreuresis es preferible a la versión.

En la *placenta previa total*, colpohisterotomía anterior; si la pelvis es estrecha, cesárea.

Las *roturas uterinas*, en todos los casos, se tratarán quirúrgicamente y preferiblemente por laparotomía; sutura del desgarro o histerectomía, según los casos.

Sólo en caso de rotura incompleta puede tener éxito la sutura por la vagina. El taponamiento sólo se empleará en casos excepcionales.

La *atonía* casi siempre se puede dominar provocando las contracciones uterinas. En casos de urgencia se empleará el taponamiento. Sólo cuando estos recursos fracasen estará indicada una rápida histerectomía vaginal o abdominal).

Las *miomas* que dan hemorragias durante el puerperio se extirparán por vía vaginal o abdominal. Los *miomas infectados* han de operarse igualmente. Los *carcinomas* cuando son operables se deben extirpar radicalmente por vía abdominal. En casos de graves hemorragias por *traumatismo, placenta previa, atonía*, se puede emplear la compresión temporal de la aorta. La *ligadura de Monburg* es hasta ahora el método mejor de comprimir la aorta,

J. H. O.

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Tisiología popular, por el doctor Malo de Poveda.—El autor ha querido hacer un *Catón* para niños de escuelas e institutos. Sin más pretensiones que cumplir sus deberes de propagandista, en forma literaria muy bella, ha escrito un Manual donde se tratan todos los puntos más importantes de la Tisiología.

Es frecuente en obras de esta naturaleza caer en el defecto de lo técnico y convertirlas en texto que nadie lee. Este libro es un triunfo del autor, sus capítulos son breves, sencillos, de gran claridad y precisión; encierran enseñanzas morales de gran valor, anima a la lucha individual y social. Así dice: la *tuberculosis*, enfermedad de ayer y de hoy, no lo será de mañana cuando las gentes aprendan desde los primeros años a emplear sus energías en beneficio propio y ajeno, perfectamente realizable en la sociedad por venir, más fuerte, culta y buena que la actual.

Reciba nuestra felicitación el autor y sepa que desde el próximo curso su obra está declarada de texto para los niños mayores del Sanatorio Marítimo de Pedrosa.

La Inmunidad en la tuberculosis, por el Dr. Martín Salazar.—El trabajo presentado con este título al Congreso de Tuberculosis celebrado en San Sebastián por el Inspector general de Sanidad, es un complemento del que dirigió a Zaragoza, en el cual se reúnen los hechos y doctrinas nuevas que la ciencia ha adquirido en esta materia.

Parte su doctrina de los trabajos de Fischer y Alberhalden sobre la química biológica en sus relaciones con la inmunidad. La vida es nutrición y defensa; sus medios, los fermentos. Los seres unicelulares tienen fermentos *externos* para defenderse y preparar la digestión y fermentos *internos* para asimilar y defender. Lo mismo ocurre en los seres superiores: las secreciones internas son los fermentos internos y los externos los fermentos digestivos; siempre con el mismo fin: nutrición y defensa. ¿Qué es la digestión? Una función de defensa contra las sustancias alimenticias que no pueden penetrar en la sangre sin antes haber sufrido una adaptación. La molécula albumina al actuar sobre ella los fermentos peptolíticos del tubo digestivo se desmorona

en peptona, en cuerpos polipépticos y amino ácidos, y los fermentos intestinales al actuar sobre estos cuerpos hacen la síntesis de la molécula albumina, específica del sér que hace la asimilación. Si en lugar de meter la molécula albumina por la boca la introducimos por la piel, en la sangre se encuentra un fermento que *in vitro* hace con la albumina lo mismo que los fermentos digestivos. Los anticuerpos son fermentos que destruyen sus microbios respectivos. Las aglutininas, las precipitinas, las opsoninas son fermentos proteolíticos que obran sobre las albuminas de los microbios. Se dan también fácilmente en el organismo fermentos que atacan las sustancias hidrocarbonadas, pero se dan mal los que descomponen las grasas y como el bacilo de Koch tiene una cubierta compuesta de grasas neutras, esta difícil formación de lípacos es causa de que resista en el organismo dicho bacilo.

De modo que **inmunidad es función** de fermentos y no sólo de células, si a la teoría celular se añade la humoral.

Son interesantes los dos capítulos de defensa del organismo y ataque del bacilo. A las toxinas y toxoproteínas que este último lanza para detener la defensa fagocitaria y producir anemia, marasmo y muerte el organismo, pone enfrente las tuberculolisinas que son fermentos proteolíticos que obran por hidrólisis de modo semejante que los fermentos digestivos; y así como en el tubo digestivo varios fermentos intervienen en la digestión albuminoide, en los anticuerpos microbianos un solo fermento no diferenciado en una parte aglutina (aglutininas), en parte precipita (precipitinas), favorece la fagocitosis y lesiona el germen (opsoninas de Wright) (estimulinas), destruye las moléculas de toxoproteína (lisinas). Estas tuberculolisinas son, según cree el señor Salazar, de débil poder difusivo dialítico; por eso al suero sanguíneo van en pequeña cantidad y como al atacar la molécula albumina del microbio se encuentran con su cubierta de grasa, las dificultades para vencer son mayores que en otras infecciones. Por esto las orientaciones para hacer vacuna antituberculosa se dirigen con gérmenes desprovistos de cubiertas ácido resistentes.

La anafilasia y la inmunidad hacen una misma cosa en su patogenia íntima, si bien parecen los dos fenómenos más opuestos. Esa propiedad, que describió Richet, por la cual ciertos venenos aumentan la sensibilidad del organismo a los mismos, es hoy una de las conquistas que tal vez iluminen con mayor intensidad la medicina del porvenir.

El diagnóstico de la tuberculosis latente por la cuti, oflálmo reacción, etcétera, es un fenómeno de anafilasia, por el cual el antígeno que nosotros inyectamos, al llegar al foco tuberculoso latente, pone el anticuerpo en movimiento y la consecuencia es un pequeño choque anafiláctico que apreciamos bajo forma de reacción. Somos de la misma opinión, que tal vez la anafilasia sea la dificultad del tratamiento por las tuberculinas. La patología entera está pendiente de este fenómeno: ya se habla de anafilasia y enfermedades de nutrición, el diagnóstico precoz del cáncer, actinomicosis etc. están en este ca-

mino, pero para nosotros es la anafilasia digestiva lo que va a modificar más pronto muchos problemas de patología. Son 23 los enfermos en que hemos podido estudiar últimamente fenómenos nerviosos de origen digestivo: había en ellos estados epilépticos sin degeneración mental ni física, pero con gran perturbación intestinal; han sido tratados con este criterio anafiláctico y no empleando el bromuro más que para determinar con pequeñas dosis estados antianafilácticos; pero esta cuestión no puede extenderse en la presente nota.

Una doctrina independiente es la de Ferrán, hoy seguida por Kumbavi y Much. 1.º La tuberculosis en su fase crónica carece de vacuna. 2.º Los ancestras o precursores en la fase pretuberculosa son a los que hay que recurrir para la vacunación. El doctor Salazar pide para nuestro compatriota Ferrán el apoyo del Estado y si el Jefe de la Sanidad Española hace este ruego, los demás médicos debemos apoyar esta idea que como todas las que el autor sostiene en su trabajo son grandes, propias de su inteligencia y generosa como su alma.

M. MORALES

Algunas consideraciones sobre la enfermedad de Recklinghausen, por el doctor M. Ibáñez Campoy.—Granada, 1912.

Es una breve monografía elegantemente editada, en la que con ocasión de dos observaciones tratadas por el doctor Ibáñez Campoy, se hace un compendiado estudio de las polineuromas o neurofibromatosis, afección conocida también con el nombre de enfermedad de Recklinghausen. En una Memoria publicada el año 1882, el famoso anatomopatólogo alemán describió esta forma nosológica, separándola de otras afecciones parecidas, como el molusco péndulo, el contagioso, la micosis fungoide, los lipomas dolorosos múltiples y las sarcomatosis, con las cuales antes andaba confundida.

El primero de los dos casos operados por el autor fué un enfermo de 50 años, con un tumor en la región inguinal izquierda del tamaño de una nuez y muy viejo: en el año pasado rápidamente alcanzó un tamaño extraordinario, llegando a ocupar casi toda la región inguino-abdominal izquierda y parte de la hipogástrica del mismo lado. En el resto del cuerpo se observan multitud de tumores, de variable tamaño, que oscila entre el de una lenteja y el de una nuez. El autor incluye este caso entre los atípicos (Darier, Cuneo.)

Extirpado el tumor (que pesó 1.670 gramos), fué necesario recurrir a los injertos epidérmicos para recubrir la ancha brecha que quedó. Al mes el enfermo salió curado. En el otro caso se trata de una mujer de 26 años y le clasifica Ibáñez Campey de caso-tipo de neurofibromatosis cutánea limitada: fué operada por el autor con el mismo éxito que el anterior.

Fuera de desear que a la exposición clínica de los dos casos estudiados

acompañara una descripción micrográfica de ambas lesiones, puesto que, como el autor reconoce, el único criterio que hasta ahora sirve de base a la clasificación nosográfica de los diferentes tipos de la enfermedad de Recklingshausen es el anatomopatológico.

De todos modos, el trabajo del doctor granadino tiene un sabor práctico que hace muy instructiva su lectura.

J. H. O.



Sobre todas las obras de las cuales se nos remita un ejemplar, publicaremos una nota crítica en esta sección.

NOTICIAS

El premio Nobel.—Ha sido bien acogida la noticia de que la Academia de Stokolmo ha otorgado el premio de Medicina para 1912 al doctor Carrel, director del Instituto Rockefeller, en Nueva York.

El doctor Alexis Carrel es un cirujano eminente, cuyos trabajos acerca del injerto animal son universalmente conocidos y estimados.

El doctor Carrel ha obtenido resultados satisfactoriamente comprobados, sobre todo en los perros.

Su método, en cuanto a la sutura de vasos y las transplantaciones de órganos, ha sido aplicado felizmente al hombre.

En el Instituto creado por el multimillonario Rockefeller, el sabio cirujano ha encontrado todos los medios necesarios para continuar sus hermosos trabajos.

Aunque ejerce su profesión en los Estados Unidos, el doctor Carrel es francés de nacimiento y estudió en la Facultad de Medicina de París.

Cólera.—Durante el mes de septiembre ha habido los siguientes casos de cólera: los números entre paréntesis indican las defunciones. Turquía, 129 (115).—Japón, 135 (53).—Italia, 19 (7).

Peste.—Puerto Rico: En San Juan, 3.—En Santurce, 2.—Inglaterra, un caso seguido de defunción a bordo del trasatlántico «Bellaisa», procedente de Hamburgo.—India Inglesa, 1,732 (1,525).—Hongkong, 2 (2).—Filipinas, 10 (10).—San Mauricio, 18 (3).—Chile, en Iquique, 4 (1).—Hawai, 1 (1).

La casa de microscopios e instrumentos de óptica de Viena, C. Reichert, ha construido un nuevo modelo de microscopio que designa con el nombre de modelo «España». El nuevo modelo está fabricado según las indicaciones del catedrático de la facultad de Valladolid don Leopoldo López García. El nombre del sabio maestro garantiza el acierto con que se han escogido los elementos ópticos del nuevo microscopio y la cómoda y práctica disposición de su parte mecánica. Además resulta muy barato comparado con el precio de otros microscopios similares, puesto que el modelo «España» completo con revólver para tres objetivos, uno de ellos de inmersión al aceite a 78-b, oculares II y V, aumentos de 60-1350 diámetros, no cuesta más que 422 francos.

En el Congreso internacional de higiene celebrado en Washington, se ha tomado el acuerdo de crear una oficina de higiene con carácter permanente que se establecerá en Haag. El próximo Congreso probablemente se reunirá en Moskou.

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

HOZNAYO



*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

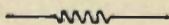
HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

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



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



AGUA
DE
VALDELAZURA

Reconocida sin rival para las
afecciones de

ESTÓMAGO

HÍGADO

ARTRITISMO

DIABETES

PÍDASE EN TODAS PARTES

DEPÓSITO EN SANTANDER
Farmacia de García Gavilán
MÉNDEZ NÚÑEZ, 1

AGÜAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (Reinosa)

Clorurado sódicas, sulfatadas cálcico-magnésicas, radiactivas

Declaradas de utilidad pública por real orden de 20 de agosto de 1912 •

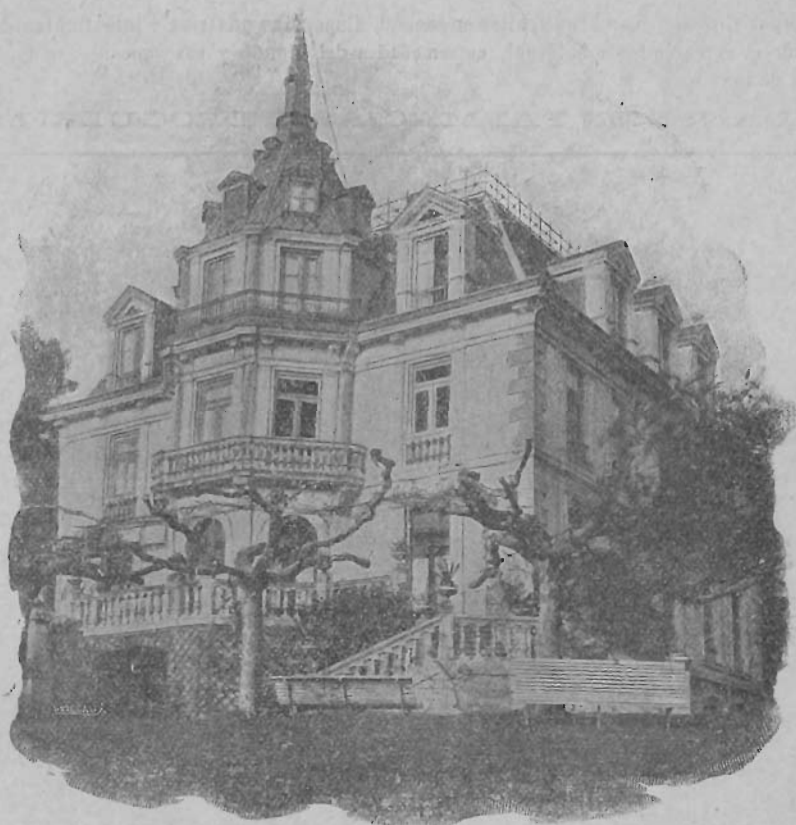
SUS SIMILARES, Cestona y Carlsbad (ALEMANIA)

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

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



Esta villa magnífica, hoy transformada en casa de curación, es una de las más bellas y suntuosas del Norte de España. Dispone de un parque de cinco hectáreas, cubierto de pinos, naranjos, cedros y palmeras.

Esta clínica es limitada, de 16 a 20 enfermos. Las habitaciones amplias, higiénicas y cómodas en general, son decoradas con lujo, porque no admitiendo enfermos infecciosos, nada se opone a que disfruten de las comodidades que el arte proporciona.

Dispone de instalaciones de hidroterapia, mecanoterapia y electricidad médica y rayos X.

La cocina se dirige por el Director y se ejecuta por un cocinero que ha hecho sus prácticas en hoteles dietéticos de Suiza.

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

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

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

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

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

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

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

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR