

ANUNCIOS

Tomo 1.º núm. 3

TARIFA GENERAL

Agosto, 1910

SANATORIO entera
MADRAZO

una inserción	50	PESETAS
tres inserciones	147	"
seis	282	"
doce	504	"

BOLETIN

Media plana

una inserción	30	PESETAS
tres inserciones	87	"
seis	162	"
doce	264	"

Quarto de plana

una inserción	18	PESETAS
tres inserciones	51	"

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

José Teresa.

Juan Herrera.

Joaquín Santiuste.

Agustín Camisón.

Mariano Morales.

Manuel Pelayo.

FARMACIA JIMENEZ

SUMARIO

Trabajos originales

ENRIQUE D. MADRAZO, Optimismo y pesimismo en medicina.—
JOSÉ TERESA BEDIA, Lesiones de los huesos consecutivas a la fiebre tifoidea.—JOAQUÍN SANTIUSTE, Abscesos del tabique de las fosas nasales consecutivos a traumatismo.—AGUSTÍN CAMISÓN, Sobre una observación de actinomicosis cervical.—VICTORIANO JUAREZ, Eliminación de gruesos cálculos. De la lucha contra el cancer.

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Un número mensual

Tirada: 4.000 ejemplares



ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

Plana entera	una inserción	50	PESETAS
" "	tres inserciones	147	"
" "	seis "	282	"
" "	doce "	504	"
Media plana	una inserción	30	PESETAS
" "	tres inserciones	87	"
" "	seis "	162	"
" "	doce "	264	"
Cuarto de plana	una inserción	18	PESETAS
" "	tres inserciones	51	"
" "	seis "	90	"
" "	doce "	120	"

CONDICIONES.—El pago de las inserciones será por adelantado.

FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono núm. 33.-Santander

Algodones y gasas esterilizadas.—Cajas para partos.—
Seda, cat-gut y tallos de laminaria en tubos cerrados á la lám-
para.—Inyecciones hipodérmicas esterilizadas.

KEFIR-YOHOUT Y BABEURRE

Jarabe de Creosota de Haya con Hipofosfitos

R O T H U A R

Medalla de oro
Exposición de Zaragoza

Medalla de oro
Exposición de Santiago

Recomendamos esta preparación como la más racional y que ha recibido más beneplácitos del cuerpo médico. Cura la tos, resfriados, catarros, bronquitis, gripe, ronquera, influenza, destruye los microbios ó gérmenes de las enfermedades del pecho, y produce por lo tanto una verdadera asépsia en el aparato respiratorio.

Farmacia de Vega.—Palacio del Club de Regatas.—Santander.

Agentes generales: Hijos de Carlos Ulzurum.—Madrid.

Farmacia del Dr. Hontañón

HERNAN CORTÈS, NUM. 2

S A N T A N D E R

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Vacuna y suero medicinales

BOLETIN

— DE —

CIRUGÍA

I.—Original.

OPTIMISMO Y PESIMISMO EN MEDICINA

Por Enrique D. Madrazo.

He aquí dos maneras de ser de los médicos: dos tendencias diferentes: la una que inclina el ánimo á la esperanza y la otra que anuncia tristes presagios. Parecería que estas dos modalidades que, por si solas, constituyen y dan caracter profesional, son hijas de la experiencia individual que poco, á poco, ha sedimentado en la conciencia. Sin embargo, este modo de ser, que yo llamo predisposición, no es la consecuencia de una educación determinada, ni de algo que hemos adquirido en el discurrir de la vida: es otra cosa muy diferente, es una energía que manda y gobierna, allá, en los escondrijos del alma. Es algo como una fuerza misteriosa que se elaboró en el secreto de la concepción; pero, tan independiente é imperativa, y se da tal maña para adobar los acontecimientos que, dulces ó amargos, los hemos de gustar segun esta nuestra fatalidad interior.

Trascendental importancia entraña esta particular cualidad en el ejercicio de la Medicina. Dos médicos con la misma cantidad de experiencia y la misma sabiduría se presentan ante un

enfermo, y el uno frunce el entrecejo, mientras el otro sonríe placentero: el primero marca su disgusto con una mueca irónica en sus labios displicentes, cuando luces de esperanza alumbran los ojos del segundo. ¿Qué ha pasado para que el mismo fenómeno haya despertado distintas reacciones? ¿Por qué la misma causa produce tan opuestos fenómenos? Sucedió que, el cuadro patológico al chocar con la conciencia de los dos individuos ha puesto en movimiento lo que cada uno tiene dentro de sí, su íntima sustancia: amaneceres rabiosos de luz aquí, y, allá, graves cánticos funerarios. Son dos filosofías que dan tono á los actos de la vida. Prisioneros los hombres de su propia disposición tienen como el forzoso deber de ofrecerse dentro de su consoladora ó desconsoladora teoría: llorar ó reír que es la síntesis de su existencia.

Desde luego se comprende que una y otra tendencia son dos sugerencias: sugerencias que impiden ver, pesar y medir los hechos en la fría balanza de la justicia. Su convicción es tan firme, y de tal modo va incrustada en su alma, que es vano todo intento de arrancarla. Si con otro parte el campo tacharle de tolerante, en gracia á su cortesía. No se rinde sin luchar: y aduce pruebas y razonamientos que saquen á buen término su opinión: sin darse cuenta se hace trampa asimismo, tratando de engañarse y engañar con disimulos y fraudes que no estiman armas prohibidas.

Ya lo creo que tiene importancia cualquiera de estas maneras de ver de los médicos... grandísima. Desde el momento que obra influido por su particular é intensa sugestión es seguro que trate de sugestionar á los demás en la misma dirección ó bajo el mismo orden de ideas.

Trataré de mostraros con un ejemplo, tal como son en su íntima psicología, uno y otro distinto carácter, el del optimista y el del pesimista. Médicos entrambos: entrambos conocedores de la ciencia de la vida y de los muchos enemigos y malicias que tratan de quebrantarla. Los dos aprendieron, á conciencia, lo bien templado del organismo humano; cómo está blindado por fuera y con que energía se defiende por dentro; cómo cada órgano tiene una sobrada capacidad fisiológica en su ordinario rodar; y como todos cooperan, se ayudan y sustituyen luchando valerosos ante el común enemigo. Todo esto saben los dos doctores, y, además, cuentan con el concurso de una higiene apro-

piada y una extensa agenda farmacológica. Es decir que de los mismos conocimientos y de las mismas armas disponen nuestros doctores: ambos morales y extrictos guardadores de la salud pública. Pero ¡ay! cuan poco parecidos en su ejercicio profesional. El uno, subiendo la escalera del cliente, no necesita hacer su composición de lugar sobre la gravísima urgencia patológica para que ha sido llamado. El estado de su alma se refleja en todos los pliegues y rincones de la cara; todo está sereno y descorrido; ni en los ojos ni en la boca la menor señal de nubló; con una campechana sonrisa detiene las ansias alborotadas de allegados y deudos. ¿Que? dice arrogante... ya estoy aquí... y como un rayo de sol por un desgarrón de nubes pasa y alegra la tierra, así se disipan las incertidumbres, las sombras que ha un momento embargaban los espíritus. Si no sabe, doctor... dice el padre ó la madre, creíamos que se moría. Que sabe Vd. de estas cosas, replíca con cierto aire displicente y alentador... pasemos á ver al enfermo... Con levantada cabeza, bien convencido de su intervención oportuna, pasa adelante: y con voz despreocupada alta y dura, transmite aliento y confianza al enfermo que impaciente espera, escucha y teme. Abrid esa ventana. No tengais miedo á la luz. Sólo cosas alegres puede alumbrar la luz.—Mirando al enfermo.—¿Qué es eso? ¿Crees que no te conozco?—y dirigiéndose á los demás que cautelosos atisban:—No hay porque tanto alboroto.—Uno del público.—No, si nosotros... como le apretaba tan fuerte y se le mudó el color. Ya se lo decía yo—(interrumpe el enfermo)—no alarmaros... A todo esto, el doctor con los dedos en el pulso y su aire triunfador investiga la asechanza, el portillo por donde se insinuó el agente malicioso, la perturbación interior: como avanza y enciende aquella lucha rabiosa. ¿Creeréis que le asusta aquel rastro de escombros y ceniza?... ¿Esto?... Saldrá pronto por el riñón... ¿Señores?... no hay razón para alarmarse... Ve que la fiebre es intensa, que el escalofrío fué atróz, que da diente con diente, que el cuerpo el colchón y la cama todo se estremecía y saltaba... en el costado un dolor... y que era una pulmonía muy grave, y que juiciosamente pensando... ¿Quién sabía su término? ¿Quién? El optimismo del doctor. ¿No comprendes, dice al enfermo, tu temperamento nervioso... lo fuerte de tu constitución? No tienes porque temer... Un catarro sencillo... bien mirado nada... un po-

quítan de bronquitis... Bah! presume de pulmonía... Este año serán benignas. No se dan casos de dos años seguidos malignas. Y aunque lo fueran...—escribiendo—este tratamiento es eficaz, seguro, no diré matemático; pero casi... de modo que—aquí explica el orden en que han de tomarse las pócimas.—Y con la misma cara plácida, sonriente, bien convencido de su decisiva influencia, tiende la mano y le dice. ¿Supongo no dudarás de tu pronta curación? Yo debo conocerte... y conocer la infección... Claro, que ahora tendrás que sufrir tos, dolor... Nada, un achuchón y á la calle. Pero, te advierto que, en adelante, hay que tener precaución... Todo ello nada... Ocho días, y san se acabó. Por supuesto, para el tiempo que hace... Mejor se está en la cama. Y va á peor. De esta manera habla y convence al enfermo de que es una fortuna, en forma de pulmonía, la que se le ha entrado en el cuerpo: y después de haber inventado caminos que van á la curación, aprieta fuerte la mano, como diciendo, no temas, y de igual suerte levanta los corazones de los interesados, antes de llegar á la puerta y dar el arrogante sombrerazo de despedida. Baja las escaleras contento y satisfecho, riendo interiormente de lo temerosa que es la gente, y calle adelante va amontonando motivos en su imaginación que forzosamente empujan á una rápida convalecencia.

En cambio, cuan otro el cuadro que ofrece aquel pesimista doctor, severo y pulido, de mesurado andar y corta y silenciosa palabra. En este todo es cautela; parece vivir parapetado tras una discretísima reserva que le pone á cubierto de irreflexiva espontaneidad, cual si su regla fuera conducirse con pies de plomo, y en previsión de tropiezos y caídas, tan frecuentes en el andar precipitado y loco. Sin embargo, tal situación de ánimo no es hijo de un plan premeditado, más bien obedece á su particularísima manera de sentir la vida. Va con su prejuicio, y, desde que entra hasta que sale de casa del paciente, viste su cara con las mismas dudas que corren por su cerebro. Nada de alegrías ni de arrogantes altiveces: á través de su aparente modestia, un dejo irónico, nos dice, no te rías ni desprecies la insignificancia del padecimiento; en los días más rasos y calientes saltan las tempestades; y por todas partes anda escondida la muerte; no te fíes de las constituciones fuertes; los árboles más altos son á los que primero azota el rayo; y, así, por este orden, sin pre-

meditación, y sea quien fuere el enfermo, discurre el pesimista; y no ve más que aquellos sucesos tristes, alrededor de los cuales constante revolotea su espíritu. Diríase, al verle pesaroso y frío, más bien dispuesto á la tímida defensa que al alborozo bullicioso del ataque; como si antes de comenzar llevase la peor parte de la lucha; por su rostro cruzan sombras, pinceladas de ironía que parecen recordarle alegres esperanzas, ilusiones locas, campos de flores, retozos del alma, gritos de alegría, y que todo vino al suelo tronchado por el huracán y el pedrisco. Me ha de dispensar la urgencia dice la madre del paciente: Como una no entiende... ya ve Vd. soy su madre... ¡Señora! toda oportunidad es poca. En esto hay siempre un secreto... sin embargo por los síntomas—aquí sonríe con su mala sonrisa—no ofrece tan mal cariz. ¿Que quiere Vd. decir doctor? interrogan con angustia los ojos de la madre... No, no—dándose prisa á calmarla—la he dicho que no me parece grave—escribiendo la receta—veremos que tal obedece... hay que vivir prevenido... porque á lo mejor.. Le dará una cucharada, abrigo, mucho silencio... y camino de la puerta, rígido é inexorable murmura desdeñosamente... ¡Los medicamentos!... ¡los medicamentos! ¿Volverá usted pronto?... Dicen más que los labios la dolorida y suplicante mirada de la madre... volveré... pero no por madrugar... y, con la misma fría gravedad que entró, sale de casa del paciente... y calle adelante, para sus adentros... no hay que dejarse llevar, hay que tener discrección... ¿quién sabe en lo que puede parar? Con estos razonamientos, con esta tristeza interior, perpetuamente camina, envuelta su alma solitaria en el negro crespón del pesimismo.

Si en nuestra mano estuviera la selección, de lo que llamamos temperamento médico, escogeríamos aquél buen término de ponderación del raciocinio y suprema serenidad del intelecto, que es donde esta el mejor acomodo de las humanas acciones; pero, ya que no nos sea dado alcanzar tanta virtud, prefiero la alegría á la tristeza. El mundo, en su hervor de ambición, se agita en busca, de mayores satisfacciones, tratando de engrandecer la vida; y esta aspiración y conquista del progreso la realiza, principalmente, el optimista. Son empeños de corazones alegres: son temperamentos dulces y altruistas, cerebros halagados por un porvenir de más luminosa humanidad, los que trabajan cantan-

do la futura tierra de promisión. No, no son los irónicos los que redimen; los escépticos están condenados á la inmovilidad, á la descomposición de la muerte. ¿De qué le sirve á un Heyne, Leopardi ó Schopenhauer su clarividencia, si no les interesa más que la parte fea de las cosas? El concepto que á estos pensadores merece la vida se refleja en un sólo gesto de ironía. ¿A qué cansarse en escudriñar el horizonte? ¿á qué anhelos y miradas angustiosas? Por los cuatro puntos cardinales la cerrazón es cárdena, sombría; ni un rayo de luz, ni una esperanza. Estos hombres no engendran afirmaciones; y por muchas negaciones que amontonan no logran edificar una habitación, siquiera sea la humilde de Diógenes. ¿De que bienandanza les vamos á ser deudores si no creen en nuestra perfección, ni en nuestra felicidad? Mostraron nuestras heridas y putrilago con sus risas irónicas, no para que volvieramos la cara con asco, no para buscar un remedio, no; nos meten la podredumbre por los ojos para que nos convenzamos de la ineficacia de nuestros recursos, para reírse despiadados de los esfuerzos que ponemos en remediarla. Su concepto de la vida es tan mísero y despreciable que valiera tanto destruirla. De locos tratan á los que ponen su corazón en levantarla. No te canses, dicen á esa pleyade de obreros que multiplican el pan para el estómago, la luz para los ojos, la música para los oídos. ¿Para qué afanes, si jamás lograrás la salud? ¿Para qué belleza, si es humo? ¿Para qué ilusiones, si has de ser comido de gusanos? Y si por ellos fuera, y para su detestable filosofía viviéramos, sería conveniente renegar de la vida, y ahitos de tristeza pedir de una vez la destrucción de ese hermoso concierto de la naturaleza que el optimista adora.

No, no quiero ser pesimista. Con tal criterio de impotencia no me hubiera sido posible el ejercicio de la Medicina. Ni tú, enfermo, le necesitas. Si quieres ayuda en tus calamidades busca la gloriosa acometividad del optimista; esta es esperanza, acción, lucha. No se rinde. Ni mide su propia debilidad, ni lo formidable del enemigo. Así, y sólo así, con su carácter impertérrito, con la ilusión en el pensamiento y el alborozo en las entrañas, allá va caballero en rocinante... ¿quieres algo loco?... pero, fiel á su divisa de que no hay más grande belleza que esta de la vida, busca exaltarla, consagrando á ella nuestra dicha.

Si en mis manos tuviera el poner la sal del optimismo á cuan-

tos profesan el arte de curar, á todos, absolutamente, á todos diría que no les arredrase la indiscreción con que á veces tropieza la buena nueva... ¿Que no acertais? ¿que la enfermedad hizo traición á vuestros buenos propósitos? ¿os desacreditó un pronóstico optimista? No os apene, con vuestro error ejercitais sin daros cuenta, la más sublime de las virtudes ¡la piedad! nada más hermoso que la piedad. Si no sanásteis al enfermo hicisteis más cortas y llevaderas sus lágrimas, y en la sorpresa de la muerte vuestro dolor va junto al dolor ajeno.

No se debe olvidar que las gentes no suelen morir ni en la primera enfermedad, ni menos, en los primeros días de la primera. Si pues tomáis por norma espresar con palabras ó con gestos la esperanza en el éxito de la intervención habreis borrado muchas zozobras, que asaltan á clientesy allegados antes del desastre final.

De mi sé deciros que, en el momento solemne de pasar á la sala de operaciones, en donde, en breves instantes, se va á decidir entre la vida y la muerte, no oigo la voz del egoismo que dice, "ojo, que juegas tu reputación: sé discreto." Con una palabra ó un apretón de manos que dice un mundo de coraje y otro de esperanza, entro provocador aun cuando salga derrotado ¿tentarme el desaliento antes de haber peleado?... Más de una vez vi las Vestales apuntar con el pulgar la tierra; pero mi caída siempre fué airosa y arrogante. No es pues extraño que el público prefiera al optimista; le ve más dispuesto á la lucha y la defensa: además le ofrece con su cara de risa y sus ojos animosos montón de esperanzas y consuelos. No tuviera, el médico, otra misión que la piadosa de consolar, esta sería bastante para justificar la alteza de su ministerio.

II.—Original

LESIONES DE LOS HUESOS CONSECUTIVAS A LA FIEBRE TIFOIDEA

Por José Teresa Bedera

En poco más de dos años he tenido ocasión de observar cinco casos de lesiones de los huesos á consecuencia de la infección Eberthiana, número bastante crecido teniendo en cuenta que la osteomielitis y periostitis provocadas por el bacilo de Eberth ocupan en cirugía un lugar muy secundario al lado de las tuberculosas, estafilocócicas y estreptocócicas. En los cinco enfermos las manifestaciones óseas hicieron aparición en la convalecencia de la fiebre; todos llegaron á nuestras manos después de un transcurso de tiempo, pero es lógico suponer que fué el bacilo tífico la causa determinante porque los datos recogidos en el interrogatorio y la naturaleza de las lesiones concuerdan con los síntomas y anatomía patológica de la infección de los huesos provocada por el Eberth. Desde luego que el diagnóstico preciso no cabe sin el exámen bacteriológico del pus, pero clínicamente estamos autorizados á considerarlas como tales por la razón apuntada y por la que sigue: un lugar preferente de acantonamiento del bacilo tífico (aparte del bazo) es la médula de los huesos y la capa osteógena del periostio; Quinke exploró en 9 cadáveres de tifoideos la médula costal y 8 veces obtuvo cultivos puros de bacilos de Eberth; Ebermaier pudo también cultivar bacilos puros por este mismo medio; nada tiene de extraño que este microorganismo que por sí sólo es productor de la supuración (según las experiencias de Orlow, Fränkel, Valentini, Weintrand) en determinadas circunstancias, de receptividad o virulencia del germen, infecte al hueso dando lugar á una osteomielitis ó simplemente á una periostitis.

Las úlceras intestinales puede ser una puerta de entrada para el estafilococo, estreptococo, etc. y la médula de los huesos en plena sobreactividad por la infección tifoidea, como lo prueba el crecimiento de los adolescentes en la convalecencia de la enfermedad, ser asiento de una osteomielitis, cuyo terreno fué preparado

por la infección tifoidea y hasta puede colaborar después resultando las lesiones de un producto de asociación microbiana; pero entonces tendremos los caracteres de las osteomielitis esta-filocónias estreptocócicas etc. con cuadros clínicos más alarmante y fáciles de diferenciar.

La localización más frecuente en el esqueleto de las lesiones que nos ocupan es la región costal y la epífisis de los huesos en vías de crecimiento, tres de las observaciones que siguen fueron las costillas el punto atacado, en los otros dos el hueso femur.

1.^a Enferma de 35 años, fiebre tifoidea, 32 días de duración. A los 10 días de convalecencia aparece una tumoración en la 7.^a costilla, lado derecho, cerca del esternón, rápidamente adquiere el volumen de un huevo de gallina, se enrojece la piel y termina por abrirse espontáneamente, saliendo poca cantidad de pus. Pasa un mes sin cerrarse la fístula y viene á ser operada. Amplia abertura, legrado condro-costal, drenaje.

2.^a Niña de 13 años, fiebre tifoidea, 25 días. A los 17 días de convalecencia, dolor sordo línea axilar, no hay elevación térmica, pasan cinco días más y se localiza el dolor en la 5.^a costilla, lentamente se forma un abultamiento sin cambiar de color la piel; remedio, tópicos sin conseguir resultado. En la operación se aprecia un absceso subperióstico.

3.^a Enfermo de 28 años, el primer día que abandona el lecho, agudo dolor debajo de la tetilla izquierda, ascenso térmico de 40°, en siete días se forma el absceso dando claramente fluctuación; picadura con una lanceta saliendo bastante cantidad de pus. En el reconocimiento (tres meses después de haber sido practicada la pequeña abertura) se observa una fístula poco segregante, cuyo conducto tortuoso conduce el estilete detrás de una costilla. En la operación fueron resecadas dos costillas que estaban afectadas.

4.^a Enfermo de 18 años, en la convalecencia de la fiebre tifoidea, después de siete días de apirexia, dolores agudos en el muslo derecho, se pone tumefacto en una gran extensión. Solamente con el reposo en cama por espacio de 15 días pasa la fase de agudez, quedando un pequeño abultamiento indoloro en el tercio inferior. Pasados 6 meses, durante los cuales el enfermo se ha dedicado á sus ocupaciones habituales, nueva fase de agudez el abultamiento se hace doloroso se enrojece la piel y termina

por abrirse espontaneamente á cuatro traveses de dedo por encima de la rodilla y por delante del tendón del biceps. Se interviene un año después. Una amplia incisión entre el biceps y el vasto externo conduce al hueso, en la cara posterior y por debajo de la línea áspera se encuentra el periostio despegado; las lesiones óseas son superficiales, no hay secuestro, se hace una minuciosa limpieza y se rellena toda la cavidad con gasa yodofórmica, haciendo una contra-abertura en la parte interna, hasta el sitio que llega el despegamiento muscular.

5.^a Enferma de 20 años, viene á consultar dos años después de una fiebre tifoidea en que á los 15 días de la convalecencia sufre dolores agudos en el muslo derecho, por espacio de dos meses, con algo de fiebre. Se inflamó el muslo se puso rojo en la parte externa y el flemón fué incindido saliendo poco pus.

El reconocimiento aprecia una fístula en el tercio inferior del muslo por encima del tendón del biceps, el femur se encuentra abultado y doloroso á la presión y en la parte superior de la tibia existe una pequeña exóstosis. La intervención pone de manifiesto un pequeño secuestro cortical de la diáfisis, cuya extracción resultó sencillísima por encontrarse totalmente despegado.

Estudiando las historias clínicas que anteceden podemos recopilar los datos necesarios para reconstituir algunos tipos de evolución de las complicaciones óseas en la fiebre tifoidea.

Todas las manifestaciones aparecieron en la convalecencia de la enfermedad, á los 17 días como máximun. La evolución fué rápida en el 1.º y en el 3.º caso; insidiosa en el 2.º; en el 4.º fase de agudez al principio de 15 días, periodo de cronicidad durante cinco meses para terminar nuevamente de una manera aguda; la 5.^a observación es de forma crónica muy dolorosa con formación de una pequeña exóstosis en la tibia y un secuestro cortical en la diafisis del femur.

En tres casos las lesiones eran periósticas, la abertura la limpieza y el drenaje bastó para curarlas, en las dos restantes había necrosis, resección costal en uno y extracción de un secuestro en otro; pero bien pudo influir asociaciones microbianas injertadas al hueso en el largo espacio de tiempo que la fístula estuvo en comunicación con el exterior.

La curación de los dos últimos enfermos fué muy lenta, pero es debido no á la importancia de las lesiones sino al sitio en que

el pus había buscado camino al exterior. Bien sabido es cuan largas son de curar la sepsis acantonadas entre los tendones y músculos próximos á la región poplítea, tratando el cirujano como es natural de conservar la integridad funcional.

Decía al principio de este artículo que faltaba la prueba decisiva del examen bacteriológico del pus, este sólo hubiese podido hacerse en el segundo caso, cabía la confusión con una periostitis tuberculosa, pero el no haber antecedentes hereditarios ni individuales, el aparecer en la convalecencia de la enfermedad y el encajar su cuadro clínico dentro de la sintomatología de ciertas supuraciones eberthianas que tienen la evolución de un absceso frío (Chantemesse y Widal) inclinan el ánimo á considerarla como las demás historias, esto es de la misma naturaleza de infección.

Rarísima vez las grandes necrosis entran en escena, sin embargo Klemm comunicó un caso en que la necrosis abarcaba el femur en todo su espesor y en una longitud de 6 centímetros. Por regla general la manera de responder los elementos anatómicos del hueso á la infección que nos ocupa es en forma de absceso subperióstico, lesiones superficiales del hueso, ó pequeños secuestros corticales. Otras veces dando lugar á una exóstosis que no llega á supurar.

El diagnóstico resulta fácil, la mayor parte de las veces. Lo que le interesa al Práctico es saber que estas complicaciones de los huesos á consecuencia de la fiebre tifoidea son provocadas generalmente por el bacilo de Eberth y que sus lesiones nunca son tan hondas como las que son producto de asociación microbiana ó producidas individualmente por el de Koch, estafilococo y estreptococo. Por tanto su pronóstico es muchísimo más benigno.

El tratamiento está subordinado á la extensión del proceso.

III. Original

Abscesos del tabique de las fosas nasales consecutivos á traumatismo

Por Joaquín Santiuste

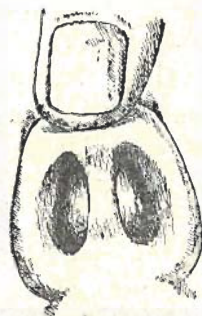
Los traumatismos de la nariz por la situación de esta, son muy frecuentes, especialmente en los niños. Debemos distinguir dos clases: unos que por su violencia producen lesiones externas, en las partes blandas y oseas (huesos propios de la nariz, apófisis ascendente de los maxilares etc.): los otros, que son la mayoría, en los cuales las partes externas, tanto blandas como oseas, quedan íntegras, y los efectos traumáticos se concentran exclusivamente en el interior de la nariz.

En los primeros, tanto por lo brutal de la acción traumática, como porque sus efectos recaen en las partes externas, se hacen tan salientes que no deja el enfermo ó los que le rodean de solicitar la asistencia en los primeros momentos. El reconocimiento de estas lesiones y su tratamiento, entran más bien en la esfera del cirujano general, que en la del especialista, y pocas veces ocasionan las lesiones que son objeto de este artículo.

En el segundo caso las lesiones al exterior son nulas ó casi nulas, limitándose los efectos del golpe recibido, á echar un poco de sangre por la nariz y á la hinchazón, no grande, de ésta. Reducido á esto todos los síntomas no se le da importancia, como efectivamente, por regla general no la tiene, pues detenida la hemorragia, y desaparecida uno ó dos días después la pequeña infiltración, todo entra en la normalidad. Más no siempre las cosas pasan de una manera tan simple y sencilla. Observa el enfermo, ó los que le rodean si es un niño, como generalmente suele suceder, que á pesar de haber transcurrido algun tiempo después del golpe, existe dificultad para respirar por la nariz, y que esta dificultad va en aumento á medida que pasan más días; á lo que se agrega, dolor al sonarse ó á cualquier compresión que se haga en esta región; á veces se presenta fiebre.

Todos estos hechos les preocupan y deciden consultarlo. Si entonces observamos al enfermo, además de los datos de referen-

cia que quedan indicados, sin necesidad de especulum nasal, nada más que haciendo inclinar la cabeza hacia atras, en extensión forzada, y levantando el lóbulo de la nariz con el dedo pulgar, á la simple inspección se ven dos abultamientos, uno por cada ventana de la nariz, esféricos, de color rojo más ó menos vivo, pero que en la mayor parte de los casos no se diferencian gran cosa del resto de la mucosa nasal por su coloración (véase la figura). Si introducimos un estilete al comprimir con éste, se ve la blandura que los caracteriza, y si metemos el extremo del dedo meñique veremos con que facilidad se deprime, dando una sensación de una cavidad llena de líquido. El diagnóstico podemos hacerlo evidente, por medio de una punción con la jeringuilla de Pravaz la cual además nos dará la naturaleza del líquido que contiene la cavidad.



Absceso doble del tabique (Esquemático).

En la práctica general médica, habiendo el antecedente del golpe recibido; los síntomas mencionados se consideran dependientes de deformidades más ó menos acentuadas del tabique; error que puede dar lugar, entre otras consecuencias, á la generalización de la sepsis á toda la nariz, como sucedió en la observación 4.^a que referiremos posteriormente.

Cuando hay fractura del cartílago ó dislocación del borde de éste que son los causantes de esas deformidades, éstas, ni son tan acentuadas, ni tienen la misma forma no siendo nada más que de un lado, por cuyas razones la insuficiencia respiratoria nasal no es tan acentuada. Debido á esto los efectos de estas lesiones vienen á parar al especialista, muy posteriormente como una de tantas causas de obstrucción nasal.

Veamos ahora la génesis de este proceso. La acción inmediata del traumatismo es producir una incurvación del cartílago del tabique, tendiendo á doblarle, y que si no pasa los límites de su elasticidad en el momento que cesa la acción traumática, vuelve á recobrar su posición primitiva, aunque sea cediendo en algun punto en donde se produce alguna pequeña efracción. En este movimiento tan brusco, la mucosa no puede seguir al cartílago en su excursión, y se desprende en algun punto, sufriendo al mismo tiempo algun pequeño desgarramiento, que dá lugar á la hemorragia que, en parte se derrama al exterior, y en

en parte se deposita entre el cartilago y la mucosa, no pudiendo salir al exterior, primero por la pequeñez de la herida, y segundo porque los bordes de esta se ranversan hacia adentro, constituyendo entonces un hematoma. Este en lugar de reabsorberse, se infecta por la penetración de gérmenes, de los numerosos que aloja la cavidad nasal, que penetran por la pequeña herida indicada, formándose entonces un absceso. Como en estos casos, siempre el tabique ha sufrido alguna pequeña rotura, el mencionado absceso se hace doble y en comunicación el de un lado con el del otro. De modo que la evolución es, primero formación del hematoma y segundo infección de este trasformándose en un absceso. Pasemos ahora á exponer los siguientes casos clínicos que confirman lo anteriormente expuesto.

I. Observación. El niño A. C. (Asturias), de cinco años de edad, le trae su padre á mi consulta del Sanatorio, bastante alarmado, porque después de un golpe que había recibido en la nariz, ya hacía siete ú ocho días esta, cada vez se iba inflamando más, y paralelamente iba aumentando la dificultad respiratoria nasal; la acción de sonarse y cualquier presión le era muy dolorosa. En el momento que hicimos nuestra observación, estaba algo febril, respiraba con la boca abierta y sólo con levantar el lóbulo de la nariz, en la forma que queda expuesto anteriormente, se podía apreciar que ambas ventanas estaban obstruídas en su orificio posterior, por dos tumoraciones que llegaban á ponerse en contacto con la pared externa; su color era rojo oscuro. La piel de la nariz estaba algo infiltrada y ligeramente enrojecida. Introducimos el estilete y comprimiendo vimos que sus paredes eran sumamente depresibles, volviendo á recobrar su posición primitiva en cuanto cesaba la presión. No tuvimos la menor duda que se trataba de un absceso doble del tabique, é inmediatamente procedimos á la abertura de ambos con un bisturí recto, saliendo abundante cantidad de pus. Para hacer dicha abertura, que como es natural no ofrece ninguna dificultad, no debe, sin embargo, dejarse de llamar la atención sobre dos pequeños detalles; no dirigir la punta del bisturí paralelamente al tabique, para no hacer la transfisión de la pared del absceso, y acaso ir el bisturí entre las capas de la mucosa, y segundo que es tal la depresibilidad de la bolsa, que se debe comprimir con el dedo pulgar de la mano izquierda, por la ventana opuesta para formar un plano de resistencia.

Después de bien evacuado el pus, se le introdujo una mecha de gasa blanca en cada lado; al día siguiente se repitió la misma maniobra y á los ocho estaba completamente curado, sin que le quedara deformidad ninguna. En este caso vemos, que el proceso séptico que había llegado á propagarse á los tejidos inmediatos cedió enseguida que se le dió amplio desagüe.

II. Observación. C. L. once años de edad, (Santander); la dió un golpe en la nariz con la cabeza un hermano suyo, ocasionándola, según dicen sus padres una fuerte hemorragia, que lograron contener con agua y vinagre. Pasado uno ó dos días como la niña no podía respirar por la nariz, y la sentía toda ella muy dolorida, me fué llevada á la consulta; presentando en aquel momento voz nasal, infiltración de nariz y labio superior; dos tumores en la ventana de la nariz de menor tamaño que en el caso anterior, y algo más difusos. Procedimos á su abertura como anteriormente, y la supuración persistió algunos días más. En este caso es de llamar la atención lo rápidamente que se verificó la infección del hematoma.

III. Observación. C. T. cuatro años, (Santander); me le llevó su madre á consultar, porque después de ocho ó diez días de haber recibido en la nariz, que le produjo una hemorragia sin importancia, tenía dificultad para respirar por ella, particularmente de noche; en lo demás su estado general era completamente satisfactorio. Le examinamos y vimos los dos abultamientos que obstruían las dos ventanas de la nariz, sin que en esta exteriormente, hubiera el menor rastro de inflamación. Procedimos como en los casos anteriores á su abertura, sólo que como se trataba de un niño de poca edad, tratamos de ver si bastaría con la abertura de un sólo lado, como así efectivamente se consiguió.

Algunas otras observaciones podríamos añadir á estas tres, pero sería repetir lo mismo, y ellas vienen á representar, en cierto modo, la graduación de la agudeza de esta afección de mayor á menor.

En lo que hace referencia á la evolución que siguen estos abscesos, no tratados á su debido tiempo como queda indicado, la podemos ver clínicamente en el caso que á continuación exponemos.

IV. Observación. A. R. de treinta y seis años de edad; su-

frió un fuerte golpe en la nariz, á causa de una caída. Le produjo bastante hemorragia, é infiltración de los tejidos blandos; dificultad respiratoria nasal; dolor de esa parte, no sólo al sonarse, sinó á cualquier contacto, lo que le obligó á consultar. Le recomendaron quietud, paños de agua fría á la región, y no recuerdo que otros remedios; pero á pesar del tratamiento empleado, su falta de respiración nasal fué en aumento; sobrevino una inflamación grande de toda la nariz, la piel se puso roja y por fin se abrió paso el pus en el dorso de la nariz cerca de la raíz, inclinada á su cara lateral izquierda. Esto alarmó al enfermo, y decidió venir á consultarme. En este momento, presentaba los caracteres siguientes: las ventanas de la nariz completamente obstruídas por dos tumores de color rojo oscuro intenso. La piel de la nariz fuertemente inflamada, y su coloración roja erisipelatosa. En la parte superior del dorso de la nariz, y un poco á la izquierda un orificio por el cual salía pus, los párpados estaban edematosos, y en fin presentaba en conjunto un aspecto verdaderamente monstruoso. Desde luego las dos tumoraciones que obstruían las dos ventanas de la nariz eran producidas por el doble absceso del tabique; pero la extensión é intensidad á que había llegado la sepsis, hacían sospechar, que no fuera eso únicamente la causa de todos estos trastornos. Comprimiendo las citadas tumoraciones, salía pus por el orificio del dorso de la nariz, lo que hacía ver que este orificio era terminación de un trayecto fistuloso que partía del tabique, y que seguramente era el origen de todo este proceso. La primera indicación que había que llenar era abrir el absceso, lo que se hizo inmediatamente y en la misma forma que queda relatada en los casos anteriores. Desde este momento dejó de salir pus por la fístula cutánea, fué disminuyendo hasta su desaparición todo estado inflamatorio, y á los diez días el enfermo estaba completamente curado. Sólo quedó, efecto de la destrucción de todas estas supuraciones, una depresión del dorso de la nariz, correspondiente á la unión de los cartílagos laterales con los huesos propios. Posteriormente propusimos al enfermo, reparar esta deformidad con inyecciones de parafina que no aceptó.

Esta observación demuestra, la resistencia que ofrecen estos abscesos para abrirse espontaneamente, y que si no se hace una abertura artificial, pueden ir á buscar una salida tan difícil, le-

jana y tan contrarias á las leyes generales de un buen desagüe que puede dar lugar en vez de la curación, á graves complicaciones, como hubiera sucedido en este caso, si aunque tardíamente no lo hubiéramos vaciado.

En todas las observaciones que preceden, la causa única del absceso fué un traumatismo. La observación quinta que vamos á referir después, nos demuestra que puede ser también producida esta afección por una infección del exterior como en este caso por las vías lagrimales, siguiendo un camino opuesto al que queda referido en el caso anterior, esplicándonos, en cierto modo, al mismo tiempo la predilección del absceso del tabique á seguir esta vía de desagüe tan opuesta á terminar por curación.

V. Observación. A. G. de siete años de edad, (Cayón); sufría con frecuencia de afecciones de los ojos, las que consideraron causadas por una rija y decidieron practicarle el cateterismo lagrimal. Después de un cateterismo sin haber recibido golpe ninguno empezó á hincharse la nariz, enrojecerse la piel y respirar mal por aquella. Todos estos trastornos fueron en aumento, y cuando le vimos presentaba además de esto, una tumoración en la ventana izquierda; la abrimos y la curación tuvo lugar rápidamente. En este enfermo, he de notar que el absceso no se presentó nada más que en un lado, lo que lo diferencia de la bilateralidad que tiene el de origen traumático.

Todas estas consideraciones vienen á presentarnos. el absceso del tabique como accidente muy frecuente, cuando somos llamados á tratar enfermos por trastornos inmediatos á un traumatismo de la nariz.

Que su diagnóstico no es difícil, y su tratamiento sencillo y de éxito brillante; pero en cambio si no es diagnosticado y en su consecuencia, no es oportunamente empleado el tratamiento adecuado, puede dar lugar á consecuencias desagradables.

IV.—Original

Sobre una observación de actinomicosis cervical

Por Agustín Camisón

Esta enfermedad fué primeramente estudiada en los bóvidos; de su inoculación á otros animales, principalmente al conejo, se vino en conocimiento del origen infeccioso de la afección. No se había sospechado en el hombre, hasta que se vió la analogía que guardaban ciertas lesiones encontradas en este con las observadas en los animales, y principalmente, la identidad de caracteres del pus de algunos trayectos fistulosos.

Estos fueron los primeros pasos que habían de conducir más tarde á la completa posesión de los hechos. El microscopio resolvió la cuestión, demostrando la presencia del hongo radiado en ciertos procesos comunes al hombre y á los animales; desde entonces la actinomicosis quedó constituyendo una entidad anatómica y clínica, perfectamente deslindada de los procesos inflamatorios ó neoplásicos con los cuales se confundía antiguamente. Se estudió su etiología, se trazó su cuadro sindrómico y se dió un paso en el tratamiento.

El hongo actinomicos, agente de la enfermedad, se encuentra en el exudado de los abscesos actinomicósicos; y aún cuando la mayoría de veces, se aprecia claramente al microscopio su morfología, en otras es difícil discernirle. Por esto cuando los caracteres macroscópicos de una lesión, se amolden á los de la actinomicosis y el examen microscópico del pus resulte negativo, no debemos, de una manera absoluta, apartarnos de nuestra primera impresión; se repetirán los analisis, y si esto no diera resultado, debe acudirse al sero-diagnóstico dado á conocer recientemente (1908) por Abrami Widal y basado en las propiedades aglutinantes y fijadoras del suero de enfermos de actinomicosis en cualquier fase de su evolución.

El actinomicos es inoculable del hombre á los animales y de animal á animal. Se encuentra en las espigas de algunas gra-

míneas, trigo y cebada especialmente, y en algunos otros vegetales. Estos son los medios de contaminación para el hombre; el mecanismo, aún no es una cuestión resuelta; hay quién supone que, pequeñas partículas vegetales, portadoras del germen, hieren la mucosa y á través de ella penetran en los tejidos; otros invocan la caries dentaria como la principal puerta de entrada del hongo. Las dos opiniones son aceptables porque así se ve confirmado en la práctica; sin embargo, hay que atribuir un mayor número de casos á la infección originada por caries de los molares. Esto por lo que se refiere á la actinomicosis de la boca y tejidos próximos á los que desde ella se propaga. Para la pulmonar é intestinal, no es lo más frecuente que la infección tenga lugar por esta vía, aún cuando es posible, si se admite una propagación sanguínea.

Claramente se comprende, que estarán más expuestos á ser presa de la actinomicosis, aquellos individuos que tengan que vivir continuamente en un medio donde el hongo radiado sea habitual, como por ejemplo los hombres



del campo. Esto es lo que con más frecuencia ocurre y en el caso que presento se confirma de un modo patente.

Se trata de un hombre de 29 años, agricultor, sin antecedentes tuberculosos y sífilíticos que se presentó en esta consulta el día dos de mayo. Hacía cuatro meses, empezó á sentir dolor en el tercer molar inferior del lado izquierdo, que estaba cariado, seguido de la formación de un flemón. Trismo que le duró cuatro días. Le extraen la muela y nuevamente aparece el dolor en todo el contorno alveolar correspondiente al molar extraído, con inflamación que se sostiene por espacio de un mes. Le hacen una

incisión, por dentro de la boca, que da salida á una cantidad insignificante de pus. Desde entonces aparecen nuevos nódulos inflamatorios que se reducen, al cabo de algún tiempo, para aparecer en la región submaxilar, del mismo lado, donde ahora se perciben.

Presenta infiltraciones duras, poco dolorosas, escalonadas y separadas por depresiones lineales que son características (véase la fig.); la tumoración reblandecida presenta dos pequeñas fístulas á través de las cuales sale un exudado espeso y oscuro; la piel tiene un color violáceo, dura en toda la superficie excepto en los contornos de los trayectos fistulosos.

No tiene infartos ganglionares. En la cavidad bucal no hay señales de la inflamación primitiva.

Se diagnosticó actinomicosis y se aconseja al enfermo una operación que se lleva á cabo el 23 de mayo.

Incisión con el bisturí, raspado con la cucharilla y drenaje yodofórmico. Empieza á tomar yoduro potásico á la dosis de 5 gramos diarios. Al abrir los abscesos se encontraron los nódulos actinomicóticos típicos. El análisis microscópico lo demostró más tarde.

A los cinco días de la operación, aparecen dos nuevos focos que se abren y limpian con la cuchara drenándolos con gasa yodofórmica. Cicatriza por segunda intención y sale curado.

En este enfermo y por lo que se refiere á la etiología, no había lugar á duda; un hombre que, por motivos de su oficio, continuamente está en contacto con las semillas, sin ninguna limpieza en la boca y con dientes cariados, reúne una serie de condiciones precisas para que el germen invada su organismo. La puerta de entrada estaba en la muela cariada y se propagó desde allí á los tejidos próximos sin lesionar el maxilar.

La actinomicosis produce lesiones que son características, al menos en las partes blandas de la cara y cuello, que es su sitio habitual, así como en los maxilares, en el 50 por 100 de los casos; aunque si bien es verdad se prestan á confusión con otros procesos sobre todo cuando al germen específico se han sumado los microbios piógenos. Limitándome al caso concreto del enfermo á que aludo, el diagnóstico no podía oscilar más que entre una tuberculosis ganglionar y una producción maligna, porque la sífilis quedaba descartada.

Una neoplasia que á los tres meses de aparecer se ulcera, es un caso rarísimo, aparte de la ausencia de gánglios y limitación del tumor. Con una poli-adenitis tuberculosa, el diagnóstico es más difícil; á veces se confunden de tal manera estas dos afecciones, que sólo el exámen microscópico del pus resuelve las dudas. Unicamente en los comienzos hay caracteres diferenciales que las separan; son los infartos ganglionares que forman abultamientos perfectamente limitados; pero cuando estos supuran, se fusionan y forman una tumoración difusa muy parecida á la de la actinomicosis. En este enfermo de buena constitución, sin antecedentes tuberculosos y con los de una infección bucal que había sido el comienzo de la afección, aparte de su marcha, había que pensar en una actinomicosis.

El pronóstico se considera más benigno de lo que es en realidad. Los probados casos de curación espontánea, constituyen hechos aislados que no entran en el conjunto de actinomicosis que requieren un tratamiento enérgico que á veces es necesario repetir. Sin hablar de las actinomicosis pulmonar, intestinal etc. que son de indiscutible gravedad, las que tienen su asiento en los huesos, especialmente en el maxilar, y en los tegumentos, se muestran con tal rebeldía en algunos enfermos, que son necesarias varias intervenciones, para atajar la marcha invasora del padecimiento que no siempre se consigue. En otros casos se obtienen resultados radicales con la primera intervención.

El tratamiento tiene que dirigirse á la extirpación total del foco actinomicósico, limpiando perfectamente todos los recodos y trayectos donde puedan existir gérmenes que de quedar allí abandonados traerían una segura reproducción. La técnica variará según el sitio de la lesión; pero para aquellas de las partes blandas de la cara y cuello, sencillamente la incisión con el bisturí y raspado con la cucharilla es siempre suficiente. El drenaje yodofórmico es de gran utilidad en todos los casos. A este tratamiento debe añadirse el empleo del ioduro potásico, que, aún cuando no es específico contra el actinomicos, ejerce una beneficiosa acción, colocando al organismo en condiciones de defensa.

V.—Original

ELIMINACIÓN DE GRUESOS CÁLCULOS⁽¹⁾*Por Victoriano Juaristi.*

De mi sala de cirugía acaba de marchar un hombre cuya historia ofrezco á los especialistas de vías urinarias, en la seguridad de que por dilatada que sea su práctica no habrán observado muchos casos semejantes. Este sujeto, se presentó en la consulta para que le libertara de una *pedra que tenía en el caño de la orina*, al alcance de un palito que él metía para cerciorarse de la presencia del cuerpo extraño, allí enclavado desde muchos meses atrás. En efecto, expuso su miembro ante nosotros y pudimos comprobar que el capuchón prepucial guardaba un grueso cálculo que había vencido las angosturas de todo el canal urinario y había encontrado increíble resistencia en la piel del prepucio, que estaba enormemente hipertrofiada por la constante irritación del cuerpo extraño.

En el acto, y con la facilidad que es de presumir para caso tan trivial, saqué la piedra que sería del tamaño de una avellana gruesa. No bien la vió el enfermo, exclamó.—¡Igual que la otra! —Y sacó de un bolsillo otro cálculo, del tamaño de un *grueso huevo de gallina*, con el aspecto característico de los cálculos fosfáticos y con un peso de 52 gramos.

Pues bien, este segundo cálculo, enorme, no había sido extraído por talla ninguna, sino *eliminado espontaneamente* por un absceso perineal cuya cicatriz se ve aún, sobrevenido después de largo padecer, sin intervención de médico alguno.

Como secuela, quédale una incontinencia de orina. Tiene también una hernia inguinal derecha bastante voluminosa y reductible, ocasionada por los esfuerzos que para orinar gota á gota ha tenido que hacer durante muchos años. No quiso ser operado de esta deformidad, y con ella volvió á los montes de Yanrí (Navarra) en donde pastorea.

No hay enseñanzas detrás de esta exposición, como no sea la de poner una vez más de relieve la fuerza conque nuestro cuerpo se defiende de todo lo que le es extraño y por lo tanto, nocivo.

(1) Tenemos sumo gusto en publicar la adjunta historia que nos ha sido remitida por don Victoriano Juaristi, cirujano del Hospital de Irún y que fué querido compañero nuestro en este Sanatorio.

DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El Dr. Fritz Müller de Königsber, expone en el *Münchener Medizinische Wochenschrift* un nuevo medio, de que él se sirve, para difundir, entre su clientela femenina, la idea de la gravedad del cáncer, de su curabilidad y de la necesidad de acudir prematuramente al tratamiento quirúrgico.

A pesar de la propaganda activísima que, desde hace unos años se viene practicando, en folletos, en periódicos, en conferencias públicas; lo cierto es que la operabilidad del cáncer, es decir, el número de cánceres que ahora se operan apenas si ha aumentado desde hace 10 años.

Ningun problema tan importante dice Schante, se le ofrece actualmente al ginecólogo, como ilustrar á la mujer sobre los peligros que para ella tiene, el ceder á las exigencias de un pudor mal entendido ó de una negligencia peligrosa y retrasar por tan fútiles motivos una consulta médica que, á la larga será necesaria y que muchas veces resultará ya inútil.

El recurso propuesto por Fritz Müller, es el siguiente: con cada receta que pone á sus clientes reparte una hojita impresa con las siguientes instrucciones, que, traduzco á continuación, ligeramente modificadas, para adaptarlas mejor á nuestro público.

INSTRUCCIONES SOBRE EL CANCER

Los siguientes síntomas, pueden indicar la existencia de un cáncer en sus comienzos y en todo caso son suficientes para que la mujer que las padezca se ponga inmediatamente en manos de un ginecólogo.

1.º Hemorragias que se presentan de un modo irregular: especialmente durante la época crítica y después de ella.

2.º Las hemorragias que se presentan después del coito.

3.º El flujo sanguíneo parecido al agua con que se ha lavado carne y el flujo de mal olor.

4.º Dolores al principio de la enfermedad ó no los hay ó son insignificantes.

El cáncer uterino, se puede curar radicalmente, pero sólo con una operación y esto cuando la enferma acude muy á tiempo.

En Alemania, donde la propaganda de todas clases es activísima, el público está mejor preparado para recibirlas y donde no existen ó tienen menos fuerza ciertos prejuicios que en España son casi invencibles; todavía se lamentan los cirujanos y ginecólogos de este descuido que cuesta todos los años miles de vidas á la humanidad. ¿Que no será entre nosotros? Nada más triste para el médico que al hacer el reconocimiento de una enferma, que lo está desde hace ocho ó diez meses; encontrar un tumor epitelial que rebosa la matriz, llena la vagina é invade sus paredes, agarrota el cuello entre rígidos infiltrados del parametrio, hiede y sangra al menor contacto. Este es

un caso que con frecuencia se ve en la consulta del especialista. Todavía una operación paliativa, puede prolongar un poco la vida de estas desgraciadas y sobre todo ahorrarlas dolores y sufrimientos; pero es una enferma irremisiblemente perdida, que si siete u ocho meses antes hubiera acudido al cirujano, probablemente, se habría salvado.

Obligación de todo médico es convencer á sus clientes, de estas dos verdades; confirmadas recientemente en el último congreso de cirujanos alemanes reunido en Berlín.

1.º El cáncer es una enfermedad que, se puede curar radicalmente.

2.º El cáncer, hoy por hoy, no tiene otro tratamiento, que el tratamiento quirúrgico.—J. HERRERA.

REVISTAS

La autoplastia uretral por trasplantación venosa

La terapéutica quirúrgica de ciertas deformaciones congénitas ó adquiridas de la uretra, (epispadias, hipospadias, pérdidas de sustancias etc.) está ahora en un periodo evolutivo, y al lado de los procedimientos de autoplastia pura, van ocupando un lugar importante los que utilizan un injerto de la más variada naturaleza.

Desde luego, los casos benignos de hipospadias, encuentran un tratamiento preferente en el método de von Hacker autoplastia uretral por deslizamiento, que utiliza la extensibilidad natural de la uretra; esta, dislocada en una grande extensión para que no se produzca una tracción muy grande del conducto, es conducida á un canal intra-balánico en forma de túnel y suturada al orificio practicado en el glande constituyéndose así el meato. Pero en los casos de hipospadias peno-escrotal, perineal, este procedimiento es incapaz porque el alargamiento que hay que obtener de la uretra es considerable y consiguientemente los resultados muy dudosos viéndose á veces sobrevenir el esfacelo de la uretra, del pene, y otras veces una incurvación de este.

En estos casos, los procedimientos de elección son la autoplastia á colgajo, y el injerto tubular subcutáneo. El tipo de los primeros es el de Duplay usado á la hora actual por muchos cirujanos y el de Nové-Josserand, preconizado para los hipospadias peneanos posteriores y peno-escrotales. Los procedimientos de injerto son numerosos teniendo en cuenta la naturaleza del injerto. El procedimiento de Nové-Josserand combina la tunelización del pene y el revestimiento interno del túnel por un injerto dermo-epidérmico, tomado á distancia. Es este un método elegante pero que necesita mucha habilidad quirúrgica y gran minuciosidad en los cuidados consecutivos.

Por todos estos inconvenientes, se ha buscado el hacer los injertos con vasos ó ureteres, y desde luego dada la dificultad de obtener un trozo de arteria del debido calibre y longitud, se prefieren las venas.

En el congreso alemán de cirugía de 1909, Unger, Stettiner, Becker, Schmieden, Tuffier, Marión etc., hicieron saber los resultados de sus trasplantaciones venosas en el hombre y los animales.

La cuestión de la supervivencia del injerto está probada por las experiencias de Carrel, Jabulay etc. etc.

La elección de la vena debe resolverse siempre por la safena interna ó la yugular externa.

Es preciso además que el segmento reseado sea de mayor longitud que la parte de uretra á reconstituir, calculándose en un cincuenta por ciento lo que disminuye la longitud del vaso.

Tres puntos parecen interesantes en la técnica de esta intervención; primero la derivación de las orinas sea que se obtenga por uretrotomía perineal, ó por cistostomía hipogástrica: siendo preferible esta última siempre que sea un verdadero *agujero* hipogástrico.

La tunelización, es preferible á la incisión de los tegumentos debiendo procurarse en lo posible, que el canal abierto vaya por debajo de los tegumentos de la piel del pene sin interesar los cuerpos cavernosos.

Es también lo mejor suturar frente á frente la extremidad inferior del transplante á la extremidad de la uretra por una sutura circular.

Manual operatorio.—Abarca dos tiempos que deben separarse por un espacio de quince días á tres semanas.

El primer tiempo comprende 1.º en los hipospadias graves la deliberación del pene más ó menos adherente al escroto, 2.º el establecimiento de la derivación urinaria por cistostomía hipogástrica.

El segundo tiempo comprende: la autoplastia uretral propiamente dicha.

1.º *Liberación del pene.*—El pene se levanta fuertemente hacia arriba y se secciona con el bisturí la membrana peno-escrotal extendida.

2.º *Cistostomía hipogástrica.*—Se hará baja y tan pequeña como sea posible, y sin suturar la mucosa á la piel puesto que no será más que temporal; se coloca en la abertura un drenaje sifón de Albarrán, que se reemplaza una vez cicatrizada la herida por una sonda de Pezzer.

Segundo tiempo.—1.º *Obtención del injerto venoso.*—Se preferirá la vena safena en la parte superior del muslo pues que importa obtener una vena de suficiente calibre y longitud. Una vez obtenida se conserva en suero artificial caliente ó en el suero de Locke.

2.º *Liberación y avivamiento del meato hipospádico.*—Se introduce una bujía cónica en la uretra por el meato hipospádico; se diseca circularmente á favor de una incisión de un centímetro por encima y por debajo del orificio hipospádico, y se aviva de un tijeretazo.

3.º *Tunelización del pene.*—Se hace sea de atrás adelante penetrando el trocar bajo los tegumentos de la cara inferior del pene á favor de la pequeña incisión liberatriz del meato, ó de delante atrás empezando por el glande y yendo á salir por la incisión, hecha en el meato. Se emplea al principio un trocar de un calibre medio y después, otro mucho más grande para agrandar el orificio practicado por el primero; se mantendrá puesto el tiempo preciso para terminar la hemostasia.

4.º *Engarzamiento del trasplante venoso sobre la bujía.*—Con una bujía de goma lubricada, se engarza el trasplante teniendo precaución de que la parte inferior de la bujía quede libre.

5.º *Colocación del trasplante venoso.*—Una vez retirado el trocar y con una hemostasia perfecta, se introduce la bujía con su injerto hasta que aparezca por el meato hipospádico y aboque á la uretra.

6.º *Sutura del trasplante y de la uretra.*—Esta sutura se hace con catgut doble cero por puntos en U para adosar las dos tunicas internas de la vena y de la uretra. Se comienza por el punto posterior el más difícil. Para ejecutarle la bujía es atraída fuertemente hacia abajo y adelante la aguja penetra entonces de arriba abajo por la pared venosa, atraviesa las dos paredes; después vuelve á pasar de abajo arriba perforando primero la uretra, después la vena. Los demás puntos se dan de manera idéntica.

7.º *Sutura de la incisión de liberación del meato hipospádico.*—Se sutura en los planos, uno con catgut inmediatamente por encima del abocamiento de la vena y la uretra, y otro, cutaneo superficial. Se deja un pequeño drenaje.

8.º *Sutura de la parte superior de la vena á los labios del orificio balánico.*—Se hace con cuatro puntos de catgut, la bujía se retira entonces muy dulcemente.

Cuidados post-operatorios.—El drenaje se retira al cabo de 24 ó 48 horas. Al 5.º ó 6.º día se hace una inyección de aceite de olivas esterilizado que se repite cada día hasta el décimo ó décimo cuarto, en que se empieza la dilatación con una bujía número 13 ó 14 en sesiones cada dos ó tres días.

El autor termina confirmando su creencia de que este procedimiento puede dar los mismos éxitos que el de Nové-Josserand con una técnica más sencilla.—J. Tanton.—(*Journal de Chirurgie*).—M. PELAYO.

Un caso seguido de éxito de sutura de la arteria femoral casi totalmente desgarrada

Se trata de un hombre que ingresó el 5 de agosto en el hospital Mohabít con una herida en la raíz del muslo. Se encuentra en el triángulo de Scarpa, una pequeña herida de medio centímetro y con los bordes desgarrados; ligera hemorragia y hematoma poco desarrollado. Los latidos de la arteria son normales por encima de la arteria, y débiles por debajo; la hinchazón del muslo aumenta en los días siguientes. Operación el 12 de agosto con anestesia lumbar por la estovaina y hemostasia por el procedimiento de Montburg; la vena presenta un agujero y la arteria está casi totalmente seccionada. Se afloja la compresión por el procedimiento de Montburg y se practica la hemostasia con pinzas. La vena se ligó y la arteria es regularizada al nivel de cada segmento y se remplazan las pinzas por ligaduras poco apretadas. Sutura según la técnica de Carrel-Stich con tres puntos equidistantes y reuniéndolos luego con una sutura á punto por encima. La sutura de la arteria se hizo por encima de la femoral profunda. Nada de hemorragia en

los días siguientes. El 28 de agosto se levanta el apósito y se percibe el latir de la arteria. El 2 de noviembre la marcha es perfecta sin nada de edema.

Sonnenburg (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*) *Journal de Chirurgie*.

El tratamiento de la enfermedad de Basedow

Kocher admite que los trastornos de la enfermedad de Basedow, están en relación con la función tiroidea cualquiera que sea por otra parte la causa inicial de la lesión glandular. El número de operaciones practicadas es considerable. Las estadísticas permiten apreciar el valor del tratamiento quirúrgico. Heinec ha intentado este trabajo de crítica con 500 casos. Kocher llega hoy á 1.000 casos comprendiendo entre otras, dos series una de Mayo referente á 190 casos, y otra de Kocher de 376, Heinec ha reunido además 100 casos tratados por recursos médicos. Esta ha dado 18 curaciones 27 mejorías y 33 resultados nulos á más de 22 muertos. Asi pues la enfermedad ha seguido su curso 55 veces por 100. La estadística operatoria del mismo autor acusa un 86 por 100 de curaciones. Entre estos se cuenta cierto número de individuos que han conservado el exoftalmos. Lo que importa bajo el punto de vista operatorio, es la antigüedad de la lesión. Los casos graves pero recientes importan mucho menos que los inveterados. La muerte resulta con frecuencia de la necrosis ó de la degeneración grasosa del hígado, y del riñón. Una buena técnica evita las complicaciones pulmonares, Mayo dice que los enfermos que presentan edemas irregularidad del pulso y albuminuria, deben ser abandonados á su suerte. No es esta la opinión de Kocher que opina que un tratamiento médico preliminar puede hacer accesible la operación. En la estadística de Kocher en un tercio de los casos una sola operación ha sido bastante para asegurar la curación; en 20 casos á pesar de múltiples operaciones no se les pudo arrancar á la muerte. En 19 ya de antemano se sospechaba que no sería suficiente una sola operación.

Los fracasos provienen 1.º Resultados nulos—Comprende los casos muy graves con grueso bocio bilateral, en los que á pesar de la extirpación de una mitad de él, y de la ligadura de los vasos del resto, la parte que quedó no sufrió regresión espontánea.

Recidivas.—En otros casos los síntomas se han reproducido enseguida.

Persistencia de ciertas lesiones secundarias.—Los accidentes propiamente dichos se suprimieron pero no, las lesiones irremediables como la degeneración del corazón.

Persistencia de ciertos fenómenos de caracter histérico.—Estos síntomas que pertenecen al dominio de la medicina consisten en calores, palpitaciones agitación, insomnio etc.

En resumen en casi todos los casos se ha conseguido la mejoría y en un gran número la curación.—A Kocher *Muenchener medizinische Wochenschrift*). *Journal de Chirurgie*.

Resección y sutura circular de la arteria femoral por aneurisma difuso

Un joven de 16 años recibió un tiro de revolver por debajo de la arcada de Falopio en el lado izquierdo con una fuerte hemorragia en chorro, que fué cohibida por la compresión. Cuatro días después empezó á notar latidos anormales en la cadera izquierda. Tres semanas más tarde se comprobaron todos los síntomas de un aneurisma arterial que asentaba al nivel la base de el triángulo de Scarpa en el lado izquierdo. El enfermo sufría vivos dolores irradiados á la pierna.

Se hizo al principio una ligadura temporal poco apretada de la arteria iliaca izquierda; esta ligadura practicada dos días antes de la operación principal ocasionó vivos dolores en todo el miembro. Se hizo enseguida la incisión del saco que estaba lleno de coágulos. Se colocó un pequeño clam especial sobre la arteria femoral por encima del saco; se notó entonces, una perforación circular por la cual salía sangre en abundancia: un nuevo clam fué emplazado por debajo de la perforación, y la porción de arteria comprendida entre ambos fué resecada. Sutura según la técnica de Garre-Stich. Al cabo de un mes la curación era completa.

Lieblein (Beiträge zur klinischen Chirurgie). Journal de Chirurgie.

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Apendicitis traumática.—Por M. Guinard, á la Sociedad de Cirugía de París sesión de 29 de Julio de 1910. Insiste sobre lo delicada que es la cuestión de la existencia ó la no existencia de la apendicitis traumática, y dejando á un lado los casos que se pueden prestar á discusión y enfocando el asunto preguntó ¿el traumatismo actuando sobre un apéndice sano y vacío, es capaz de provocar la apendicitis? Un gran número de casos atestiguan que después de un tiempo más ó menos largo sobrevienen accesos de apendicitis, en individuos que sufrieron traumatismo de la fosa iliaca izquierda. En la apendicitis que sobreviene inmediatamente después del traumatismo, se trata de arrancamiento del apéndice ó de la agravación de una apendicitis crónica preexistente. Cita una observación en la que una mujer yendo por la acera fué lastimada por un pesado objeto que era conducido por un camión, esta mujer que no había padecido nunca del vientre presentó un dolor que desapareció en quince días pudiendo desde entonces dedicarse á sus ocupaciones. Después de quince días fué llamado para atender un caso típico de apendicitis curado entonces con hielo, y después de un mes con una intervención operatoria. La observación de M. Picqué prueba solamente que un traumatismo puede originar un acceso de apendicitis á un sujeto, que ya antes padecía del apéndice, pero de ninguna manera, invalida la opinión de que la apendicitis traumática pura, es decir aquella que aparece semanas ó meses después del traumatismo, no exista.

M. Broca.—Asegura que no todas las apendicitis pueden ser diagnosticadas por los pequeños síntomas hoy tan conocidos, y no es raro el caso de

que al operarse encuentren lesiones antiguas de apendicitis, que ningún otro síntoma había revelado. No está conforme con lo sostenido por M. Guinard referente á que sea preciso para considerar como traumática un apendicitis que haya transcurrido un largo intervalo de tiempo.

M. Delorme.—Admite la existencia de la apendicitis traumática pero fundándose en su práctica, hace constar lo rara que es. Cita un caso en el que unos días después de haber recibido una coz de un caballo, se presentaron síntomas legítimos de apendicitis sin que el enfermo tuviese historia anterior de apendicitis.

M. Jalaguier.—Dice que no ha observado nunca la apendicitis traumática.

M. Kirmisson.—Ha visto con frecuencia niños atacados de apendicitis con el antecedente del traumatismo, pero no ha encontrado la prueba que decida la influencia que haya podido tener este.

M. Moty.—Se coloca entre los partidarios de la apendicitis traumática por una observación que posee.

M. Tuffier.—No ha visto nunca la apendicitis traumática y cree que los casos que se presentan como tales deben ser mejor interpretados; cita una observación. Se trataba de un niño que después de un traumatismo, presentó dolores en el vientre, durante unos días: después nada durante un mes. De repente, apendicitis supurada; se podría relacionar una y otra cosa, pero la salida de cálculos estercoráceos con la supuración, demuestra que la infección era antigua sin que tuviera nada que ver con el traumatismo.

M. Guinard.—Insiste en que todos los hechos negados, no tienen fuerza para contrarestar á un sólo hecho positivo y en que se han planteado con poco acierto los términos de la cuestión; termina diciendo que no se puede negar formalmente la apendicitis traumática sin analizar cuidadosamente las observaciones publicadas.

Absceso pelvi-peritonítico ante uterino, por M. Louis.—*Memoria de Lejars.*—El hecho observado por M. Louis, se refiere á una mujer de 33 años sin antecedentes morbosos—ni partos ni abortos y con menstruación regular.—Tenía dolores en el vientre desde hacía cuatro meses, con un principio brusco, vómitos y meteorismo del vientre. El tratamiento se siguió durante unos días en la idea de que se trataba de una apendicitis. Al cabo de mes y medio todo había desaparecido. Dos meses más tarde, se repitió un nuevo ataque de la misma naturaleza y M. Louis descubrió entonces un tumor, situado en la línea media, supra-pubiano que llegaba hasta un través de dedo del ombligo, inmovil, resistente y que no tenía la dureza del fibroma; el tacto vaginal, no revelaba nada ¿Qué era? ¿Un quiste ovárico? ¿Un hematoma enquistado anterior? Louis practicó la laparotomía media, y encontró una gruesa masa adherida á la vejiga rechazada hacia arriba y adelante. Punzado el tumor, dió salida á litro y medio de pus dándose entonces cuenta, de que el saco estaba enteramente contenido en el fondo del saco vésico-uterino.

Lejars se extiende después en consideraciones acerca del diagnóstico y el origen de estos tumores inflamatorios vesico-uterino, pelvianos, y cita como uno de sus orígenes poco corrientes, las inflamaciones anexas, las afecciones del apéndice y admite por último después de citar varios casos análogos de su práctica, que en la observación de M. Louis se trataba según toda probabilidad de una perforación de la Sifaca como lo atestigua además de la falta de síntomas genitales, el principio brusco del mal.

Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie.—M. PELAYO.

Sobre el tratamiento de la peritonitis consecutiva á la apendicitis, por Hohmeier. Sociedad médica de Altona.

La mortalidad de la apendicitis ha disminuido notablemente, debido á las intervenciones precoces; así en el hospital de Altona, incluyendo todos los casos de apendicitis habidos en los años de 1903 y 1904 dió una mortalidad de 37,7 por ciento, y en el año 1909 sólo 8,3 por ciento.

Importa mucho intervenir rápidamente, en la peritonitis que, sigue á la perforación del apéndice: cuanto primero se opere, tanto mejor será el pronóstico. Durante los últimos 5 meses, se han operado en el domicilio de los enfermos, 20 con peritonitis difusa de origen apendicular; de ellas murieron dos; una muchacha de 17 años, moribunda cuando se empezó la intervención, y un niño de 3 y medio que estaba en el 5.º día de enfermedad.

Este resultado tan satisfactorio le atribuye Hohmeier á los minuciosos cuidados postoperatorios, con frecuencia más difíciles que la misma operación. El vientre, abierto por una incisión no muy grande, se lava hasta que el líquido salga claro; después se cubre con un tubo de drenaje, de cristal ó de goma que llegue hasta el fondo de Douglas y se cierra el resto de la herida. El enfermo recibe en los primeros días abundante cantidad de suero normal por el recto y si tiene vómitos frecuentes lavado del estómago. La sutura por planos en tales casos, tiene el inconveniente de que facilmente dá lugar á la formación de absesos y de que las hilas profundas puedan dar supuraciones duraderas. Para evitar la sutura, Hohmeier recomienda, cuando se puede sospechar que las adherencias del apéndice no serán muy grandes, practicar una incisión entre los rectos muy pequeña de 3 cm. de larga. A pesar de lo reducido de la abertura el apéndice se puede extirpar con facilidad y el peritoneo lavar bien: el drenaje llena la hendidura practicada y no es necesario suturar. Esta incisión se puede practicar muy bien lo mismo en paredes gruesas, que delgadas. Para los casos de peritonitis, puras Hohmeier recomienda esta misma técnica.

Cesarea postmortem: feto vivo, por Rieck. Sociedad de Obstetricia y ginecología de Berlín.

Embarazada á término, en plena salud sufre un ataque, se pone cianótica y muere en dos minutos. A los pocos minutos la vió Rieck, los latidos del feto se percibían aún. Frecuencia 80 al minuto. Sección en la línea media,

extracción de un feto de 3.300 gramos, con todo el aspecto de la asfixia blanca y que pudo ser reanimado al poco tiempo.

Autopsia. La orina de la mujer no contenía albúmina. A parte de una hidrocefalia interna crónica y unos focos hemorrágicos en la pleura no había más lesiones macroscópicas. Microscópicamente se encuentran en el parenquima renal numerosos focos necróticos muy pequeños. Causa probable de la muerte: Uremia ó eclampsia.

La ley debe obligar á intervenir siempre en estos casos.

Discusión: Kaufurann observó hace 13 años un caso semejante en la clínica de Obshausen. La parturienta murió en el primer ataque de eclampsia, á los 13 minutos se la extrajo, por cesarea, un feto vivo que falleció á las 8 horas. En las moribundas aconseja Kaufurann, por humanidad, intervenir por la vagina.—Bamberg cita un caso ocurrido en la clínica de Winkel, en el cual se extrajo un feto vivo á los 4 minutos de la muerte de la madre, ocurrida por embolia pulmonar.—Saniter, pudo apreciar, en un caso de la clínica de mujeres de Berlín, que después de 13 minutos que estaba muerta la mujer, todavía se oían los latidos fetales. No pudo hacerse la cesarea por oponerse el jefe de la clínica.

Termina Rieck la discusión presentando la estadística de los casos de cesarea postmorte que se conocen: 330.

Resección de un carcinoma del piloro, por E. Martín. Academia de Colonia.

Se trata de un caso precozmente diagnosticado, tumor pequeño movable, con sólo dos ganglios con metastasis. La resección pilórica por el método de Kocher se hizo facilmente. El diagnóstico temprano del carcinoma del estómago, todavía no es posible más que tratándose del carcinoma del piloro: á pesar de los progresos que se han hecho en las medidas de exploraciones (rayos X, gastroscopia) el diagnóstico hoy por hoy no puede fundamentarse más que en los datos clínicos. Martín recomienda en los casos dudosos practicar la laparotomía exploradora. La experiencia ha demostrado que con la cirugía se pueden obtener magníficos resultados definitivos en el carcinoma del estómago. Una resistencia tumoral, ó una dificultad notable de la movilización gástrica en padecimientos viejos del estómago, son para él indicaciones de la incisión exploradora. Los resultados de las resecciones gástricas por carcinoma son alentadores; la última série de Kocher, consta de 44 resección con sólo 4 muertos, y de estos 3 estuvieron complicados con resección del colon.

Los peligros de las operaciones en el estómago han disminuido extraordinariamente en los últimos diez años. E. Martín en su última série de 21 gastroenterostomías hechas por afecciones no carcinomatosas no ha tenido una sola defunción.

Tuberculosis del ciego, por Creite. Sociedad médica de Gotingo.

Hombre de 46 años, con catarro en el vértice del pulmón izquierdo, padece desde hace varios años dolores cólicos en el lado derecho del vientre: como al mismo tiempo presentaba fenómenos de ictericia, el médico que le asistía tomó los dolores por cólicos hepáticos. Al reconocerle en la clínica quirúrgica se vió que tenía, por debajo del hígado una resistencia dolorosa, independiente de aquel órgano; en la operación reconoció que era el ciego. Resecados colon ascendente y ciego, se insertó el ileon á la cara lateral del colon transverso por medio del botón de Murphy. La operación no ofreció ninguna dificultad. El ciego extirpado, cuya luz estaba un poco estrechada, presentaba numerosas ulceraciones, que en parte invadían la capa submucosa, en que la mucosa estaba considerablemente engrosada y en algunos puntos presentaba verdaderas vellosidades inflamatorias. La submucosa infiltrada por un tejido de granulación blanco amarillento. Se encuentran además ganglios infectados y algunos de ellos caseificados.

Herida penetrante del abdomen interesando el útero grávido. Sutura de la matriz. Parto normal. Curación, por Boissard y Chenier. Sociedad obstétrica de París.

Se trata de una mujer, que en una tentativa de suicidio, se hirió en la matriz. Estaba embarazada de ocho meses y medio. La herida uterina, una herida lineal, no tenía más que un centímetro de longitud. En la clínica quirúrgica donde ingresó la enferma, se suturó el útero, el peritóneo y las paredes del vientre. Llevada á la maternidad, empiezan los dolores de parto á las cinco horas de hecha la operación y dá á luz un niño en estado de muerte aparente, que presenta en una nalga una herida de 3 cm. de longitud. Reanimado el feto, muere á las doce horas, á causa de una pequeña hemorragia de la laringe ocasionada al meter el tubo laríngeo. La mujer salió del hospital curada. — J. HERRERA.

AGUA DE HOZNAYO

ALCALINA, BICARBONATADA SÓDICA

Provincia de Santander

Recomendada por los médicos
para régimen en enfermos de
estómago, intestinos y artritis

*El uso de ella facilita la digestión y evita ade-
más todas las enfermedades
que se adquieren por el consumo de
aguas impuras*

DEPÓSITOS:

Farmacia del Dr. Hontañón.

Droguería de Pérez del Molino y C.^a

SANTANDER

ANUNCIOS

Tomo 1.º núm. 3

TARIFA GENERAL

Agosto, 1910

SANATORIO enterera
MADRAZO

una inserción 50 PESETAS
tres inserciones 147
seis 282
doce 504

BOLETIN

una inserción 30 PESETAS
tres inserciones 87
seis 162
doce 264

DE

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

CONDICIONES.—El pago de las inserciones será por adelantado.
E. D. Madrazo. Vicente Quintana. José Teresa.
Juan Herrera. Joaquín Santiuste. Agustín Camisón.
Mariano Morales. Manuel Pelayo.

FARMACIA JIMENEZ

SUMARIO

Plaza de la Libertad núm. 33.-Santander

Trabajos originales
Algodones y gasas esmerizadas.—Cajas para partos.—
Seda, cat-gut y tallos de laminaria en tubos cerrados á la lám-
para.—Enrique D. Madrazo, Optimismo y pesimismo en medicina.—
José Teresa Béderra, Lesiones de los huesos consecutivas á
la fiebre tifoidal.—Joaquín Santiuste, Abscesos del tabique
de las fosas nasales consecutivos á traumatismo.—Agustín
Camisón, Sobre una observación de actinomicosis cervi-
cal.—Victoriano Juaristi, Eliminación de gruesos cálculos.
De la lucha contra el cancer.

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Un número mensual

Tirada: 4.000 ejemplares

