

SANATORIO
* MADRAZO *

AÑO III. * NÚMERO 5
* MAYO DE 1913 *

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

P. D. RODRÍGUEZ RIVERO: *Molluscum pendulum*.—MARIANO MORALES: *Vértigos intestinales*.—JUAN HERRERA ORIA: *Incarceración del útero grávido*.—*Hojas dietéticas*.

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

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"

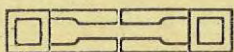


Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

Laxante suave y eficaz.

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

Se vende en todas las farmacias



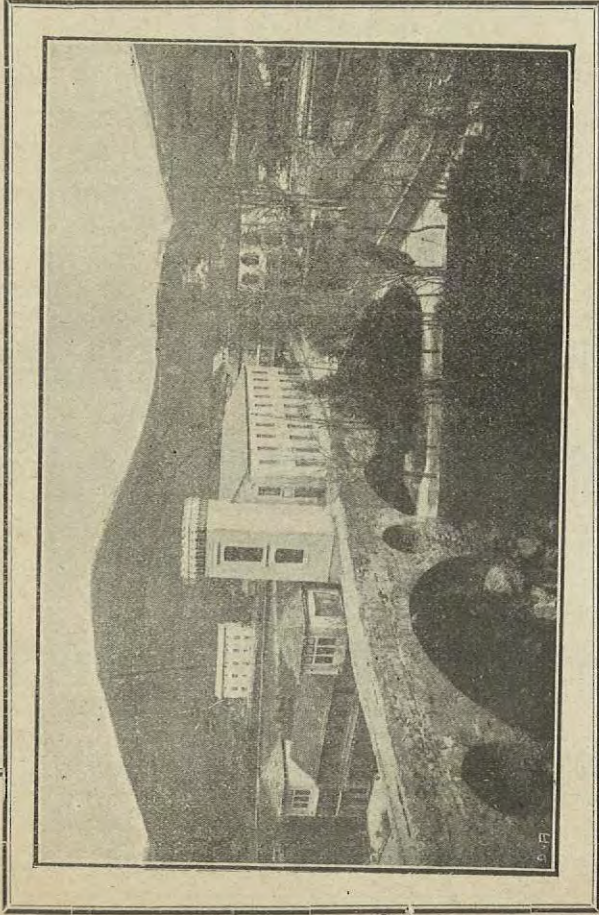
DEPÓSITOS

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

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



PUENTE VIESGO ES ANT ANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFI-
CA DE ESTAS AGUAS MEDICINA-
LES, ESTÁ EN CONTENER ABUN-
DANTE EMANACIÓN RADIAC-
VA, EN LA CARGA ELÉCTRICA DE
LOS IONES Y EN LA GRAN PRO-
PORCIÓN DE MATERIAS ÓRGA-
NO-METÁLICAS AL ESTADO CO-
LOIDAL. = = = = = =



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

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

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

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzanque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

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

Aguas Clorurado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

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

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

RAMON 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

ESTÓMAGO * BAZO * RIÑONES * HÍGADO

AGUA DE VILAJUIGA

LA MAS RICA EN LITINA

CURA LA DIABETES, ARTRITISMO Y MAL DE PIEDRA

Pídase en Farmacias, Droguerías y Restaurants

VALIOSO TÓNICO DE LOS NERVIOS

ALIMENTO DEL CEREBRO

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS GENOVÉ

a base de FÓSFORO PURO

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

Venta en Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

BOLETIN

DE

CIRUGIA

DE COLABORACIÓN

MOLLUSCUM PENDULUM

Por P. D. Rodríguez Rivero

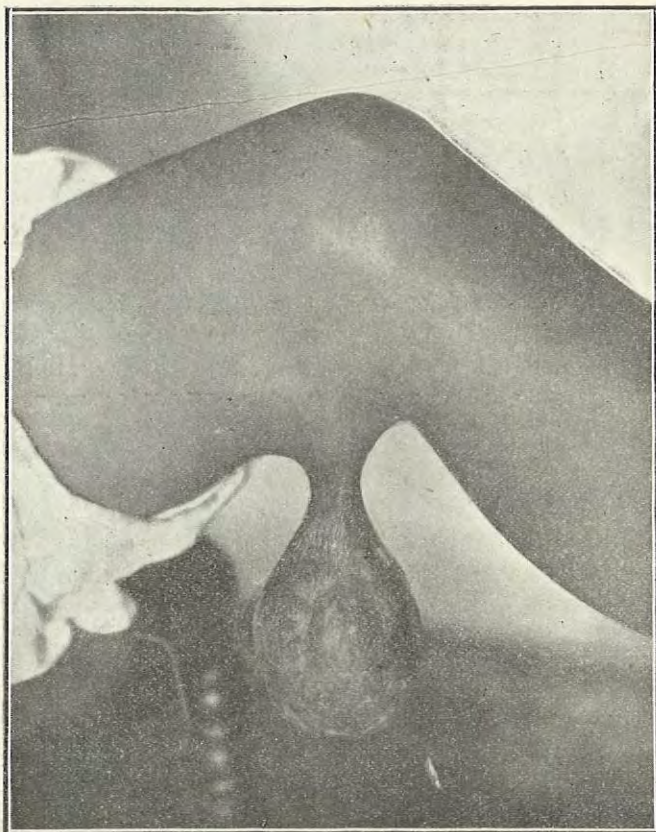
DE PUERTO CABELLO

Entre los neoplasmas conjuntivos que se forman al nivel de la piel, los queloides y los molluscum, importantes variedades del tipo *fibromas*, despiertan siempre interés en el cirujano; aquéllos, por la rara circunstancia, única entre los tumores benignos, de la frecuente recidiva aun después de las que juzgamos radicales extirpaciones, lo que ha hecho sospechar de su naturaleza parasitaria, cuyo animálculo es de tenaz poder de resistencia en el tejido cicatricial; éstos, por sus curiosas formas y el gran desarrollo que a veces alcanzan.

Los molluscum nacen de las capas superficiales del dermis, y eligen determinadas regiones, por regla general: casi siempre son únicos, aparecen a cualquiera edad, y tienen preferencia por el sexo femenino; se implantan por un pedículo más o menos largo, y más o menos grueso, tomando a veces un aspecto pendular, del que adquieren entonces el nombre, formando una variedad: los *molluscum pendulum*, o *cutis péndula*, que da por sí solo clara idea de su morfología.

Como todos los neoplasmas de naturaleza benigna, son de lento crecimiento, pero también se hacen capaces por circunstancias varias—aún no puestas bien en claro—de sufrir una transformación maligna, en especial la degeneración sarcomatosa.

Esta clase de molluscum no es frecuente; a lo menos los pequeños pasan desapercibidos, y no preocupan lo bastante para consultar al cirujano. No pasa lo mismo cuando han llegado a un desarrollo regular, que, sin embargo de no hacerlos dolorosos (porque jamás lo son), sí producen incomodidad, máxime cuando, como en el caso que vamos a describir, acompañado de su fotografía, tiene la rara implantación en la



piel del ángulo interno del rombo popliteo, región ésta de activos e indispensables movimientos; ha adquirido un volumen no común, y por el roce ha llegado a ulcerarse, dando salida a un líquido seropurulento que martiriza a la paciente, poco cuidadosa o ignorante del gran valor que contra síntoma tan ingrato, producto de indefinida asociación microbiana, tienen los antisépticos.

He aquí la observación:

C. M., de 51 años, de Tucacas (Estado Falcón, Venezuela), comenzó a notar desde hace 14 años un tumorcito colgante del tamaño de un guisante en el borde interno de la piel que cubre la región poplitea izquierda, precisamente en el ángulo interno del rombo; ni le dolía ni le impedía sus ocupaciones, por lo que no le dió importancia; pero con el tiempo, y especialmente en los dos años últimos, tomó un buen tamaño, para decidirla a acudir a nuestra Consulta de Puerto Cabello, el 10 de abril del año pasado.

Como es frecuente en nuestro medio, así como los grandes centros están plétóricos de profesionales, hay notable escasez de ellos en los pequeños, dando lugar a que pululen ignorantes dados al ejercicio de la medicina, que no han estudiado.

Nuestra enferma había retrasado el único tratamiento científico de su tumor, por las continuas promesas de curación hechas por los empíricos del lugar, que sólo consiguieron con los emplastos violentar su crecimiento, y coadyuvar, con el forzado rozamiento en cada flexión de la pierna, a producir una ulceración circular sobre su cara interna de 4 o 5 centímetros de diámetro, por donde sale el líquido seropurulento de que ya he hecho mención.

En la línea indecisa de la implantación del pedículo se nota el desarrollo de finas venas que le forman un círculo azulado; por fuera de este círculo la piel tiene su coloración normal.

El tumor es de consistencia dura, es indolente, y mide las siguientes dimensiones:

Largo del pedículo.....	4 $\frac{1}{2}$ centímetros.
Circunferencia del pedículo en su parte más angosta.....	7 »
Circunferencia máxima del tumor, que co- rresponde a la parte media de su altura.	25 »
Longitud total, de la implantación al vér- tice.....	16 »

No hay infarto ganglionar ni en el hueco ni en la ingle; y el estado general de la enferma se conserva magnífico.

Con anestesia local a la estovaina hicimos la extirpación, que resultó muy sencilla.

Circunscribimos la base por fuera del circulillo vascular por dos incisiones curvilíneas, llegando hasta la aponeurosis superficial; disección

del colgajo y ligadura de los pequeños vasos que encontramos, ninguno de ellos de importancia. Sutura y cura aséptica.

Los caracteres macroscópicos de la pieza extirpada no ofrecen nada de particular.

El pedículo no contiene ningún vaso importante.

Al corte del tumor su tejido cruje, dejando ver en cada superficie de sección, hermosos manojos entrecruzados de tejido fibroso, nacarino. Únicamente al nivel de la ulceración dió por el raspado una pequeña cantidad de líquido seroso.

En octubre tuvimos ocasión de ver la operada; como secuela operatoria no le quedó más que una cicatriz lineal, apenas visible ya.

VÉRTIGOS INTESTINALES

Por Mariano Morales

¿Existen? No parece que pueda dudarse de un reflejo que tanto se observa en clínica. Ahora bien; bajo el nombre de vértigo comprendemos muchas cosas que no lo son, el desfallecimiento, la obnubilación intelectual, la pequeña epilepsia, etc.; además, muchos vértigos son por laberintitis y muchas enfermedades del oído interno tienen asociaciones que suelen adquirir formas larvadas.

El vértigo es una *sensación ilusoria* de inestabilidad, o cambio de relación entre nosotros y lo que nos rodea o viceversa. Puede variar la intensidad, puede llegar a la pérdida de conciencia o puede haber movimientos asociados o de defensa para evitar la caída; pero al fin, siempre hay una perturbación en el aparato de la orientación; por eso las tres enfermedades que tienen más vértigos, son las del oído interno, del nervio acústico y el cerebelo.

Desde Trousseau el vértigo estomacal está bien establecido, mas la subordinación patogénica entre el intestino y oído interno es más difícil de encontrar. Siempre la clínica señalaba la relación del intestino y las enfermedades nerviosas, se hizo a la hipocondría un origen intestinal lo mismo que a la neurastenia; se ha relacionado la epilepsia, las neuralgias, y modernamente se han estudiado las reacciones cólicas como causa de los más variados síntomas a distancia. Leube presentó un caso de vértigo que curó modificando el estreñimiento del enfermo y en el cual la relación era tan clara, que la simple introducción del rectoscopio determinaba en el enfermo vértigos. Laugenhagen, dice que de 106 casos de enterocolitis muco-membrana, 32 sufrían de vértigos. Mathieu, Loeper y otros han reunido casos de reacción cólica en forma de vértigos, pero donde más se ha estudiado es con motivo de la autointoxicación intestinal y del estreñimiento. Muchos vértigos estomacales son de origen intestinal: se cree en una indigestión, porque los enfermos tienen dolores que parecen gástricos, fenómenos de reacción general, vértigos que se presentan repentinamente; pero los enfermos no han tomado ningún ali-

mento averiado, sus deyecciones son en forma de falsa diarrea fétida, es decir, en parte sólida y en parte pastosa. Ya Germán Sée había dicho que muchos dolores gástricos no eran tales, sino intestinales, y lo mismo que con el dolor ocurre con otros síntomas que se atribuyen al estómago. En los enfermos nerviosos con reacciones autotóxicas que se quejan del estómago, acostumbramos a lavarle para que queden convencidos de su errónea interpretación, al ver que el estómago está limpio y vacío. Muchos enfermos de esta naturaleza miran su lengua blanca y pastosa e interpretan sus molestias como consecuencias de una dispepsia gástrica y no tienen otra cosa que autointoxicación intestinal.

Pero los enfermos pueden sufrir síndromes de Menier o del laberinto de forma larvada, es decir, con pequeñísima hipoacusia, con ligero vértigo y muy pocos ruidos subjetivos: estos casos los atribuimos al aparato digestivo y en rigor son auriculares. Lo mismo ocurre con la arterio-esclerosis cerebral en su primer período de hipertensión. Nosotros hemos observado un caso de oxaluria cuyo principal síntoma era el vértigo y los dolores de cabeza.

Mas si bien existen casos de vértigos intestinales y vértigos que parecen intestinales y no lo son, ocurre que una terapéutica intestinal que quita reflejos y hace desinfección o impide la autointoxicación, disminuye y alivia vértigos auriculares o cerebrales, lo cual nos indica que es frecuente la asociación del vértigo intestinal o por lo menos que el intestino influye muy poderosamente en las otras clases de vértigos. Donde más palpable se da este hecho es en las enfermedades del laberinto y en la arterio-esclerosis, la terapéutica del vértigo de esta última con su régimen lacto-vegetariano es una dieta antitóxica.

El mecanismo por el cual se produce el vértigo intestinal no está bien conocido. Por vía refleja o por autointoxicación debe de ser; ahora bien, creemos imposible en clínica separar, como significa Loeper, los vértigos intestinales en dos variedades, los de origen reflejo, que son aquellos que más frecuentemente tienen dolor intestinal e hipertensión arterial y los tóxicos con hipotensión y pequeña reacción. Clínicamente es imposible separar estas dos vías en casi ninguno de los síntomas intestinales, a distancia que se observen. Además, ellas en sí no están bien conocidas. La autointoxicación intestinal existe, pero los productos que la ocasionan no son seguramente conocidos. Hay en el intestino cuerpos tóxicos volátiles, solubles e insolubles, pero cuando se quiere encontrar

el verdadero culpable, resulta casi siempre inocente a la dosis que se halla en el intestino; así ocurre con el hidrógeno sulfurado, indol, sales amoniacales, etc. La putrefacción albuminoide se considera la principal causa de autointoxicación, pero los productos tóxicos del colon son menos tóxicos que los del intestino delgado, donde hay menos fermentación. No basta que haya productos tóxicos en el intestino, para que produzcan su efecto a distancia es necesario que el hígado no cumpla su misión, o que haya alteración en la mucosa intestinal, primera barrera de defensa, en los ganglios linfáticos, en los humores, en los leucocitos o en las vías de eliminación, como la orina o el sudor. Pero esta crítica del mecanismo de la autointoxicación intestinal, no pone en duda su existencia clínica. Hace tiempo observamos un enfermo neurópata con enteritis por autointoxicación que es un verdadero experimento. Joven e inteligente empleado en dos oficinas, con un régimen feculento con carne, en cantidad que no pasa las 3.000 calorías, se encuentra bien; este enfermo, que dispone de una buena inteligencia, es un mental, tiene la necesidad de faltar a su régimen y le impulsa de tal manera, que secretamente come cosas que le agradan, pero que por experiencia sabe que le hacen perjuicio: su obsesión no es satisfecha hasta que la enteritis no se reproduce, pero días antes de venir la diarrea, tiene grandes crisis de sudor por la noche, acompañadas de ligeros vértigos y dolor cólico; algunas veces conserva la energía para detenerse en sus trasgresiones, entonces los síntomas tóxicos ceden; cuando no puede, provoca una enteritis aguda de gran intensidad y la crisis mental pasa junto con la enteritis.

La tensión arterial puede estar normal, aumentada o disminuída, e influye sobre los cambios de presión en el aparato laberíntico, determinando los vértigos. En las crisis de cólicos, como toda excitación del plexo solar, meteorismo, los alimentos en conserva, especias, la sal son hipertónicas y aumentan la presión. Las peptonas, los jugos intestinal y pancreático son hipotensivos. Nosotros hemos visto los grandes descensos de la presión arterial, en los enfermos auriculares: en los casos de autointoxicación en general también baja; sobre la hipertensión en el vértigo intestinal puro no tenemos experiencia, nuestros enfermos eran ateromatosis.

Se comprende que en los individuos cuyo aparato de orientación no es normal o por lo menos predispuesto, los productos tóxicos de proce-

dencia intestinal al impresionarle determinen un vértigo, que es un desacuerdo o desequilibrio entre alguna de las sensaciones que vienen a formar dicho sentido de orientación. En estas condiciones los cambios de presión arterial en el laberinto, ya sean los normales que hay en la digestión o los producidos por las hipotensinas, son la clave del desequilibrio y de su expresión, que es el vértigo.

Considerando esta cuestión por su lado práctico, para hacer el diagnóstico debemos averiguar si el vértigo tiene como causa una alteración del aparato de la orientación, es vascular, tóxico, o el llamado reflejo del aparato digestivo.

En el aparato de la orientación el vértigo casi siempre es auricular, lo importante es fijar la atención en este punto y no desechar la idea de la existencia de una alteración del oído interno, mientras no se haya estudiado este punto. Los síntomas subjetivos clásicos pueden hallarse atenuados o faltar algunos; por eso debemos investigar siempre el Rinne y el Weber y, sobre todo, el vértigo voltaico en los casos dudosos; la corriente galvánica, al atravesar el cráneo en una intensidad entre 2 y 5 miliamperes, inclina la cabeza del lado enfermo cualquiera que sea el electrodo que excita. Las enfermedades del cerebelo lo presentan, sobre todo los tumores, no tan frecuentemente los del cerebro.

Las diplopias, sobre todo, originan el vértigo visual. Entre las enfermedades nerviosas la que más frecuentemente tiene vértigos es la neurastenia; por eso Teissier y Delmas creen que esta enfermedad es un síndrome cerebeloso. El vértigo epiléptico no es tal vértigo y cuando lo presenta es intestinal, porque ésta es para nosotros una de las enfermedades nerviosas que más se relacionan con el intestino.

Eliminada esta causa, debemos pensar en los vasos, insuficiencia aórtica, nefritis intersticial o arterio-esclerosis, que es, después del Me-nier, la más frecuente de las causas en los individuos que tienen más de 40 años y que puede dar la misma sintomatología que el laberinto.

Muchas sustancias pueden determinar el vértigo tóxico: la quinina, el salicilato, la belladona y el opio son los más corrientes entre los medicamentos. El óxido de carbono, el alcohol y el tabaco entre los venenos, sobre todo este último puede producirlos hasta con frío, náuseas y vómitos.

El vértigo por el aparato digestivo es generalmente de pequeña intensidad; el llamado estomacal se presenta unido a una dispepsia gástrica

o una retención alimenticia. He aquí un ejemplo muy sencillo: El enfermo H. hace cinco meses tiene digestión lenta. Esto le obliga a ser moderado. Una mañana, después de haber dormido bien, se levanta y tiene varios vértigos; para quitarse su molestia provoca un vómito y con él expulsa la cena que había tomado hacía diez horas; pasa esta indigestión, pero dos meses más tarde continúa con su vértigo.

Para el diagnóstico del vértigo intestinal, que probablemente es más frecuente que el gástrico, debemos excluir las causas anteriores, encontrar una enfermedad o dispepsia intestinal y curar el vértigo por la terapéutica dirigida al intestino. La práctica aconseja fijar más nuestra atención en el colon que en el intestino delgado; los enfermos siempre tienen neuropatía, que va muy relacionada con las colitis crónicas; además, el paso por el intestino delgado de los alimentos es muy rápido y se comprende que estos fenómenos tóxicos o reflejos se den con mayor frecuencia en las afecciones del colon que en el resto del intestino.

Pueden ser las afecciones asociadas; por eso no debemos dejar de interrogar el aparato digestivo, aun cuando el vértigo pueda tener explicación por una etiología diferente; un enfermo de Menier difícilmente tendrá alivio con la quinina, el ácido bromídrico, etc., si al mismo tiempo es un intoxicado intestinal.

La terapéutica del accidente agudo, se reduce al reposo, dieta y evacuantes como fundamental. La presión arterial debemos atenderla para deducir si conviene o no tonificar al enfermo, es decir, si debe dársele estimulantes o moderadores del corazón. Pasado el fenómeno agudo, las indicaciones son cuatro: 1.º Cuidar el sistema nervioso del enfermo, haciéndole comprender bien su afección y exagerando la nota optimista, porque los enfermos con vértigos, aun cuando no lo sean, se convierten muy fácilmente en neurópatas rebeldes; el trastorno del aparato de la orientación parece que cierra las puertas a la psicoterapia. 2.º Regularizar la presión arterial, ya sea con vaso o dilatadores o con cardiotónicos; a esta indicación debe hasta someterse en lo posible la dietética, en un enfermo con hipotensión, si ésta no se alivia pronto con el régimen, es necesario reforzarlo con alimentos que, sin ser tóxicos por la cantidad en que se emplean, sean suficientemente estimulantes. 3.º Calmar los reflejos: belladona, bromuros, peróxido, magnesia, etc. 4.º Regularizar el intestino y hacer desinfección intestinal, tomando por base la dietética. Los primeros 5 u 8 días debemos hacer un régimen feculento; después,

si el enfermo está muy intoxicado, debe hacer alimentación vegetariana, más tarde y durante seis meses, Combe aconseja este

MENÚ SUIZO

Desayuno

Jamón, sopa y mantequilla.
Longuets o Zwiebacks.

Comida

Carne asada, sin jugo ni salsa.
Dos yemas de huevo.
Pastas alimenticias.
Patatas en puré.
Mirtos.
Manteca.

Merienda

Café Kneipp.
Cacao a la avena.

Cena

Lo mismo que la comida.

MENÚ ESPAÑOL

Desayuno

Chocolate con agua, sopa de ajo o harina de maíz con leche desnatada.

Comida

Sopas de arroz, pan tostado o pastas.
Carne con patatas, guisantes u otras legumbres.
Verduras muy cocidas con poca grasa.
Frutas maduras o compotas, si no hay tendencia a la diarrea.

Merienda

Chocolate con agua, pan y un poco de mermelada.

Cena

Sopa.
Pescado fresco cocido o pollo con patatas, guisantes, habas.
Verduras en puré.
Frutas, sobre todo uvas, y galletas.

Nosotros no admitimos la mantequilla en un menú tipo, porque, en cantidad suficiente, se soporta mal. Nuestros chocolates tienen menos mantequilla que los suizos y más harina, por eso son más dietéticos, si bien menos agradables que aquéllos.

Los huevos son uno de los alimentos que sientan peor a estos intoxicados y en cambio creemos que se ha exagerado el peligro de la carne o por lo menos en España no pueden aplicarse ciertas teorías extranjeras. Las pastas, tampoco tenemos gran afición ni costumbre de comerlas. Los pescados del Norte, tan variados y de fácil digestión, permiten, utilizándolos muy frescos, dar variedad en la alimentación. Por fin, nuestras legumbres frescas y nuestras frutas son elementos de gran interés en la desinfección intestinal.

Esta terapéutica antitóxica debe completarse con el empleo de sustancias desinfectantes o evacuantes. Flores de azufre, crémor, peróxido, magnesias, etc.

INCARCERACIÓN DEL ÚTERO GRÁVIDO

Por Juan Herrera Oria

Las anomalías de posición de la matriz son complicaciones del embarazo poco frecuentes. Quiero decir que pocas veces dan lugar a trastornos que exijan la intervención del ginecólogo: porque es indudable, puesto que las retrodesviaciones uterinas son muy numerosas, que deben de existir muchos casos de retroversión y retroflexión en los primeros meses de la gestación, que espontáneamente se corrigen. Así lo creen la mayor parte de los ginecólogos (*Dührsen, Wertheim, Bumm*). Yo, hasta ahora, no he tenido ocasión de observar más que tres casos. De uno de ellos no conservo dato ninguno: fué una enferma que ví en consulta con un compañero, cuyo tratamiento no seguí, y de la cual no he vuelto a tener noticias; no me ocuparé de ella: otra era una enferma que ingresó en el Sanatorio de Madrazo con hemorragia y síntomas de incarceration uterina; la matriz, además, estaba ocupada por una mola hidatídica, (meses después esta mujer volvió al Sanatorio con un dreiduoma maligno; su historia está consignada en el BOLETÍN DE CIRUGÍA, número 2, 1910) y, finalmente, un tercer caso hace cosa de dos meses, cuya fotografía ilustra este artículo.

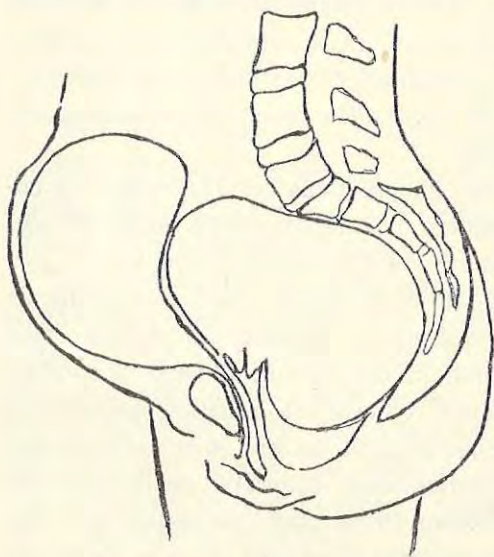
Lo que ocurre, indudablemente, es que estas desviaciones, o se corrigen muy pronto por un espontáneo movimiento de elevación del útero o terminan por un aborto cuya etiología queda desconocida.

Este espontaneo enderezamiento de la matriz puede ser producido en opinión de *Tylor Schmith, Scanzoni* y *E. Martín*, por la contracción de los ligamentos redondos. *Chrobak* invoca otro mecanismo, la contracción de la pared anterior de la matriz. Ocurre esto principalmente en los casos en que ya la compresión de los órganos vecinos se empieza a hacer sensible, y sobre todo en las retroflexiones, cuando el cuello del útero comprimido contra la sínfisis ofrece un firme punto de apoyo, que facilita la labor de los fascículos musculares de la cara anterior, de mayor espesor y potencia que la posterior del mismo órgano. Esta activa corrección de la posición anómala es a veces tan rápida, que se cumple y tiene lugar bajo la mano del explorador (*Chrobak*). Otras veces se con-

sigue el mismo resultado, aunque con más lentitud, de la siguiente manera: comprimido de todas partes el útero menos por la cara anterior, ésta es la que se deja dilatar y crece ascendiendo en la cavidad abdominal, y cuando al fin el segmento uterino que rebasa el estrecho superior es muy grande, acaba por arrastrar al resto de la matriz oculto en la pequeña pelvis y detenido en su crecimiento por la compresión a que estaba sometido; poco tiempo después el espesor de las paredes uterinas vuelven a recobrar sus normales proporciones.

Al terminar o pasado el tercer mes, la corrección espontánea es muy difícil si para entonces no ha sobrevenido el aborto o la incarceration. Es raro que los fenómenos de compresión se presenten en el curso del segundo mes del embarazo, como ocurrió en la enferma operada en el Sanatorio, (última regla el 15 de junio; primeros síntomas de incarceration; dolor, estreñimiento y trastornos de la micción, desde los primeros días de agosto); pero no se olvide que coincidía con la desviación uterina un embarazo molar, en el cual el crecimiento de la matriz es mucho más rápido que en el embarazo normal.

En la tercera de mis enfermas los primeros síntomas se presentaron al terminar el tercer mes de un embarazo que para ella había pasado desapercibido.



En este tiempo de la gestación, cuando el aborto o el espontáneo enderezamiento no se realizan, empieza la matriz a comprimir los órganos contenidos en la pequeña pelvis, el fondo de *Douglas* va poco a poco dilatándose, el recto es comprimido, se abomba la pared vaginal posterior, hasta el mismo periné se pone tenso y se abulta. En algunos casos el útero se hernió a través del

ano (*Haberstma*) o de la vulva después de desgarrarse la pared posterior de la vagina. (*Grenser, Meyer.*)

El hocico de tenca, a medida que el útero va creciendo en tamaño,

asciende arrastrando la pared vaginal anterior y la uretra, que sufren una gran distensión; se coloca primero detrás de la sínfisis y puede llegar a alcanzar su borde superior y aun rebasar de él.

La dirección del cuello varía según se trate de una retroversión o retroflexión o de los distintos grados de cualquiera de estas dos desviaciones, pudiendo estar dirigido hacia abajo, hacia delante y aun hacia arriba.

Por regla general los trastornos que aparecen primero son los que vienen de parte de la vejiga; la mujer empieza a notar algunas dificultades en el acto de la micción, la vejiga se vacía mal, la micción es frecuente y algunas veces dolorosa, y después de un tiempo más o menos largo, durante el cual estos síntomas se van acentuando, de pronto se presenta una retención completa, que puede ser definitiva o vencerse al cabo de algunas horas, para volver otra u otras veces, y finalmente termina por obturarse la uretra de un modo permanente. Entonces la vejiga va dilatándose poco a poco, apareciendo por encima de la sínfisis como una tumoración fluctuante, colocada en la línea media; puede sobrepasar el nivel del ombligo y llegar hasta el apéndice xifoides. Cuando la tensión intravexical es muy grande, vence el líquido la resistencia que cierra el conducto uretral y empieza a salir la orina gota a gota (incontinencia por rebosamiento o *incontinentia urinae paradoxa*).

Es muy raro que falten estos síntomas vexicales y no faltaron en mis dos enfermas, aunque en las dos se presentaron bajo distintas formas: en la primera se presentaron lenta y solapadamente, pero nunca llegaron a alcanzar gran intensidad, no hubo verdadera retención y probablemente no la hubiese habido ya, puesto que el aborto estaba iniciado cuando se la operó. Durante todo el mes de agosto acusó frecuentes ganas de orinar y molestias al verificar la micción; nunca retención.

El fotograbado de la otra enferma muestra la tumoración que la vejiga dilatada formaba por encima del pubis. En ella todos los síntomas se presentaron de repente: con la repleción de la vejiga sobrevino la incontinencia paradógica.

A estos trastornos del aparato urinario, cuando la incarceration se prolonga por algún tiempo, suelen añadirse fenómenos inflamatorios de la vejiga, que pueden provocar una destrucción más o menos extensa de las paredes vexicales. La orina se hace purulenta y sufre la descomposición amoniacal, graves pericistitis, síntomas peritoneales alteran

profundamente el estado general, viene la fiebre, el pulso pequeño y frecuente, el vientre se dilata, hay meteorismo y exagerada sensibilidad al menor contacto. Se han citado algunos casos, que deben ser muy raros, de expulsión de masas gangrenosas después de grandes esfuerzos; estas masas parece que estaban formadas de sales úricas y trozos de tejido, procedentes generalmente de la mucosa y en algún caso además de la mucosa se han encontrado porciones de la capa muscular. Este cuadro suele terminar por un estado pío-séptico, extraordinariamente grave. La muerte puede ocurrir no sólo por sepsis o pihemia, sino también por uremia.

La obstrucción intestinal es otro de los síntomas principales de esta afección. La primera de mis enfermas experimentó durante un mes un persistente y pertinaz estreñimiento. En la otra la cosa fué más grave, llegando a presentar síntomas de verdadera obstrucción.

Sin embargo, es muy raro que los trastornos intestinales sean la causa de la muerte. Seguramente el caso citado por *Treub* constituye una verdadera rareza (después de cinco días, durante los cuales no hubo deposición ninguna, se presentaron vómitos que duraron 36 horas: dos horas después de la reposición uterina sobrevino la muerte: la autopsia demostró que el colon, comprimido por el útero, estaba gangrenado; la causa de la muerte, la peritonitis).

Pocas veces ocurrirá, como demuestran los datos recogidos de numerosas autopsias, que la causa de la incarceration, mejor que su patogenia, sea debida a una fijación anterior al embarazo y permanente, del útero desviado; lo ordinario es encontrar la matriz libre completamente en la cavidad de la pelvis, y, aunque con frecuencia relativa, se encuentra por encima de ella un conglomerado de exudados que aunque a primera vista pudieran parecer la causa de la complicación, no son sino su consecuencia; consecuencia y producto de la cistitis, pericistitis y peritonitis que la compresión de la uretra y la retención de orina traen consigo.

Entre la retroversión y la retroflexión habían intentado *Hunter* y *Delaharpe* señalar una franca y esencial diferencia. También *Dührssen* (Arch. f. Gyn. LVII) admite esta diversidad, no sólo en cuanto a la variedad anatómica, sino en lo que atañe a la espontánea corrección, a la intensidad de los síntomas, al pronóstico y a la dificultad del tratamiento. En la retroversión, por ejemplo, el eje del útero y de la pequeña

pelvis vienen casi a coincidir, con lo que resulta que el cuello mira hacia arriba y todo el segmento inferior de la matriz está dirigido hacia la cavidad abdominal, cuya disposición permite a esta porción del útero desarrollarse libremente. De lo cual resulta que, cuando en la retroflexión los fenómenos de incarceration se manifiestan ya en el cuarto mes, puede ocurrir que en la retroversión pase de la mitad de su tiempo el embarazo, sin que aquellos síntomas hayan hecho su aparición, y entonces ya el enderezamiento de la matriz es más difícil, los síntomas más intensos, y el cateterismo ofrece también mayores dificultades, porque la vejiga suele estar dividida en dos cavidades.

No ha convencido a todos el razonamiento de *Dührssen*: el hecho de que los síntomas de la incarceration se presenten unas veces antes que otras, u ofrezcan mayor o menor intensidad, es debido, según *Veit*, a ser las enfermas unas más indolentes que otras, a la gran diferencia que existe entre las proporciones del útero y de la pelvis en los distintos casos, y finalmente también, a la desigualdad que hay entre la tolerancia de los diferentes perinés.

El diagnóstico se ha de fundar en los datos que la anamnesia y la exploración proporcionan. Aquella es de capital importancia, las más de las veces ella sólo nos pondrá sobre la pista del diagnóstico; la falta de la regla y los demás síntomas de los primeros meses de una gestación, unidos a los trastornos de la micción, dolores y estreñimiento pertinaz, son los datos que nos llevarán a buscar los signos físicos de una desviación uterina.

El cuello está dirigido hacia arriba y adelante, difícil y hasta imposible de alcanzar detrás o por encima de la sínfisis; la pelvis llena de un tumor blando, elástico, liso e inmóvil, enclavado entre los huesos del vacinete; no es posible encontrar un cuerpo de matriz donde debiera estar, de no tratarse de una retrodesviación.

Pero en esto, como en todos los casos de la práctica, las cosas pueden no ser tan fáciles como resultan en los libros. Un cuadro muy semejante a este pueden darle los tumores retrouterinos alojados en la pequeña pelvis; también éstos levantan la matriz y elevan el hocico de tenca hasta hacerle casi inaccesible, y pueden llegar a provocar una retención urinaria grave, aunque no es lo ordinario. La anamnesia, la consistencia del tumor y el tocar el cuerpo de la matriz en la cara anterior del mismo, nos evitarán caer en aquel error.

Harto más difícil de evitar es la confusión con ciertos embarazos extrauterinos; de nada nos servirá esta vez la anamnesis, el cuerpo de la matriz puede estar en íntima relación y como fundido con la masa de sangre extravasada que forma un voluminoso hematocele retrouterino, hasta la misma consistencia puede ser semejante a la de un útero en gestación. En tales casos, dice un autor que el sondaje del útero puede sacarnos de dudas; pero, ¿cómo sondear un útero que se sospecha que está en gestación, si no es que ya hemos decidido interrumpir de todos modos el embarazo?

Confundir la vejiga dilatada por la retención con un tumor quístico, es error grosero, que está en nuestra mano evitar, simplemente con el empleo de una sonda.

Otra cosa es confundir un tumor formado por la vejiga con las paredes edematosas con el cuerpo uterino y el verdadero cuerpo de la matriz en retroversión con un tumor pelviano. Nunca hubiera creído que las paredes vexicales pudieran alcanzar un espesor tan grande con sólo el edema, a no haberlo visto en un caso rarísimo, operado por el doctor Quintana el mes pasado. Se trataba de una embarazada de ocho meses, en la cual un colpocele anterior arrastrando un divertículo de la vejiga se había estrangulado; el espesor de las paredes vaginal y vexical era de unos seis centímetros. A una vejiga en su sitio normal, que presentara tal espesor de paredes, bien pudiera tomársela por una matriz, y aun por una matriz en los primeros meses de la gestación. De todos modos, aquella afección debe de ser caso muy raro.

No hay que apresurarse a intervenir mientras no haya síntomas de incarceration. Ya queda dicho que muchas veces la matriz se reduce ella sola, y gran número de autores son de opinión que se debe guardar una actitud expectante, procurando favorecer la reposición uterina colocando a la mujer en decúbito lateral y hasta en la posición genu-pectoral, y, en todo caso, practicando el cateterismo si es necesario. Durante mi estancia en el Instituto Rubio, recuerdo haber oído al doctor Gutiérrez que había obtenido muy buenos resultados, en algunas de sus enfermas, haciéndolas adoptar simplemente la posición genu-pectoral.

La terapéutica expectante, cuando exige el frecuente cateterismo de la vejiga, lleva consigo el peligro de la infección del aparato urinario; pueden sobrevenir cistitis, ureteritis, infecciones ascendentes del riñón.

Aparte de esto, el cateterismo puede ofrecer graves dificultades y

hasta pueden hacerle imposible desgarros y compresiones de la uretra o del cuello de la vejiga, el desplazamiento del conducto uretral hacia uno de los lados y la división de la cavidad vexical en dos bolsas, según admiten algunos autores. Puede resultar difícil hasta encontrar el orificio de la uretra arrastrado hacia arriba por la pared vaginal anterior. El cateterismo debe hacerse con una sonda blanda de Nelaton.

La reposición del útero exige el previo vaciamiento de la vejiga; si, lo que es muy raro, el cateterismo no fuera posible, se puede practicar la punción hipogástrica a ocho centímetros por encima de la sínfisis empleando un trocar de pequeño calibre.

Con dos, o mejor con tres dedos de la mano derecha, introducidos en la vagina, se intenta rechazar hacia el vientre el fondo de la matriz alojado en la excavación. La presión no debe ser sostenida sobre un solo punto del cuerpo de la matriz, sino tan pronto en uno o en otro lado como en el centro, procurando remover y desencajar el globo uterino. Algunos recomiendan proceder por el recto en lugar de por la vagina. Otros tienen por más eficaz una acción combinada, intentando por la vagina descender el cuello uterino, bien con un dedo o cogiéndole con un gancho, mientras los dedos de la otra mano, introducidos en el recto, rechazan la matriz.

La cloroformización no es necesaria; la dificultad está en desencajar la matriz de entre los huesos de la pelvis, y en nada se oponen a ello los músculos del vientre, como ocurre en algunas reposiciones de la matriz vacía, en las cuales la mano externa encuentra en la contracción de los músculos del abdomen gran resistencia para desempeñar su papel de ayudante.

El globo vaginal, lleno de aire o de mercurio, ha dado algunas veces buenos resultados.

Toda intervención con instrumentos debe ser rechazada.

Yo he visto que la maniobra que, presentaba algunas dificultades intentada en la posición obstétrica, lo mismo por la vagina que por el recto, se facilita mucho en la posición genu-pectoral, que *Sinelair* tiene por innecesaria.

Algunas veces la operación es imposible y entonces no queda otro recurso que proceder a interrumpir el embarazo, cosa a veces tan difícil de conseguir (por no ser accesible el cuello de la matriz) que algunos autores se han visto precisados a puncionar el útero (*Hunter, Spen-*

cer-Wells, Schatz, Credi, Olshausen, Martín). Wennerström, en un caso en que la punción no dió resultado, incindió la matriz a través de la pared vaginal posterior, y por allí la vació: la mujer curó y volvió a tener nuevos embarazos.

Finalmente, se ha practicado la laparotomía para resolver algunos casos.

1.º caso.—A. R., de 48 años. Seis partos. Un aborto. Último parto, hace seis años. Última regla, 14 de junio de 1908. En los primeros días de agosto empezó a sentir fuertes dolores en los riñones y en el bajo vientre. Desde el 15 de agosto, estreñimiento pertinaz. Micción frecuente, pero con dificultad. Ingresó en el Sanatorio el 31 de agosto de 1908.

Temperatura, 38º; pulso, 100.

Se encuentra una tumoración esférica, lisa, elástica, que ocupa toda la pequeña pelvis, rechazando hacia adelante la pared posterior de la vejiga. El hocico de tenca, difícilmente accesible, se encuentra detrás de la sínfisis, dirigido hacia arriba y adelante.

Diagnóstico: Embarazo en el segundo mes. Útero en retroversión.

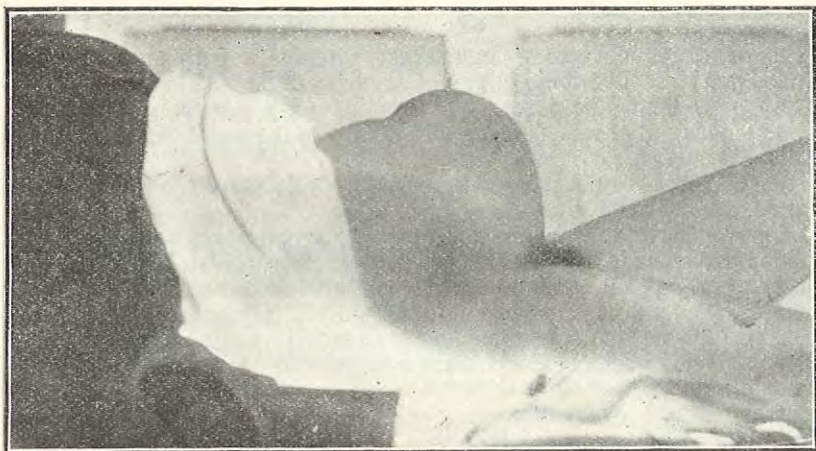
La misma tarde que ingresó en la clínica tuvo una gran hemorragia, que fué taponada por el médico de guardia. Al poco rato volvió la hemorragia. Se llevó la enferma a la sala de operaciones: cloroformo, reducción de la falsa posición con el dedo introducido en el cuello de la matriz y luego cogiéndole con pinzas de gancho. Asomaron entonces vexículas de un mola hidatídica. Se vació el útero con el dedo y se taponó con gasa yodofórmica. A los ocho días la enferma estaba bien.

A los ocho meses fué operada de un deciduoma maligno. Histectomía vaginal. Curación. Sin reproducción después de cinco años.

2.º caso.—N. N., de 40 años. Ocho partos. Última regla, 1.º de diciembre de 1912. En los primeros días de marzo empezó a notar necesidad de orinar con frecuencia, y al mismo tiempo que la micción se hacía con dificultad. Estreñimiento muy pronunciado. Poco a poco se fué formando una tumoración esférica, fluctuante, situado en la línea media, por encima del pubis. Fuertes dolores en el bajo vientre, la defecación se hizo imposible y la orina sale continuamente y gota a gota. Aumentan las molestias, aparecen náuseas y después vómitos, presentando el cuadro de una obstrucción intestinal. Tratada por el médico del pueblo doctor Sierra mejoró la situación, y a los pocos días vino a mi consulta.

Mujer muy delgada: por entre los músculos rectos de abdomen an-

chamente separados, aparece una tumuración como la descripta arriba, y como se muestra en la adjunta figura, blanda, elástica, fluctuante, en una palabra, la vejiga dilatada y llena de orina. Por encima de ella asoma una hernia, o mejor aventración intestinal. La pequeña pelvis está



llena de un tumor con todos los caracteres del útero en los primeros meses de la gestación, la pared posterior de la vagina abombada hacia adelante, el cuello arriba, detrás de la sínfisis, casi inaccesible.

Con la sonda vacié la vejiga (1.900 centímetros cúbicos de orina). Intenté reponer la matriz por la vagina, sin lograr conseguir removerla de su sitio. Colocada la enferma en posición genu-pectoral, introduciendo dos dedos en el recto, la maniobra resultó muy fácil.

Tuve a la enferma tres días en cama en posición lateral, en los dos primeros días tuvo dos o tres décimas, y después de haberme convencido de que no era fácil que la matriz volviera a adoptar la posición viciosa, la mandé al pueblo. El embarazo sigue su curso normal.

HOJAS DIETÉTICAS

Los alimentos vegetales, legumbres, cereales y frutos han sido experimentados por H. Habbé, bajo el punto de vista de la cocción, para ver si aumentaban o disminuían de peso. Con dicha operación aumentan al ser cocidos, la col, espinaca, alcachofa, judías, guisantes, patata nueva, lentejas, tapioca, macarrones y avena.

Pierden al ser cocidas, las zanahorias, repollo, tomate, lechuga y todas las frutas.

La mayor parte de los alimentos vegetales pierden más de peso cuando se cuecen en agua salada. De aquí resulta, que pocas veces en práctica será ventajoso cocerlos con sal, y algunas veces perjudicial, como cuando se pretende que un cereal adquiera su máximo de hidratación (tapioca, macarrones, etc.)

Las frutas pierden el mínimo de peso cuando son cocidas en agua azucarada. Las peras pueden ser cocidas (enteras) con agua salada, sin que ésta comunique el gusto.

Se comprende que estos conocimientos son de importancia en dietética para arreglar los diversos menús.

La leche homogenizada se oxida muy rápidamente: es necesario vigilar su acidez. Su principal ventaja es facilitar la digestión de las grasas. Cheralier cree, modernamente, que se utiliza mejor el nitrógeno. Como imita la leche de mujer, bajo el punto de vista de sus propiedades físicas, será muy útil para reemplazar las leches condensadas. Su principal indicación es para combatir la atrofia y la hipotrofia.

La leche vegetal no es tal leche. La hoja hispida produce un azúcar que no es lactosa, una albúmina que no es caseína y una grasa parecida al aceite de sésamo. Sus diastasas parecen a la Malta. Li-Yu-Ying demuestra que es un alimento nutritivo y económico. Su principal valor lo tiene en la cantidad de grasa, además dice que se da en todos los climas.

Laruc, que modernamente ha estudiado el coeficiente de absorción de las grasas en sí mismo, da el resultado siguiente:

Aceite de olivas, 98,5 por 100.

Aceite de coco, 97 ídem.

Manteca de vaca, 96,6 ídem.

Grasa de cerdo, 95 ídem.

Frutos oleaginosos, 80 ídem.

Después iremos los españoles a modificar nuestra cocina e introducir en ella grasas indigestas. Por algo fuimos los primeros, y en muchas cosas seguimos todavía.

M. MORALES.

REVISTAS

Deutsche medizinische Wochenschrift

Diagnóstico precoz de la esclerosis en placas y su tratamiento, por el DOCTOR SCHULTZE.—La esclerosis múltiple es una de las enfermedades más frecuentes del sistema nervioso central. La triada sintomática señalada por Charcot, nistagmus, temblor intencional y risa sardónica, ha sido considerada como patognomónica de la esclerosis en placas. Esto tiene el grave inconveniente de que estos síntomas suelen aparecer cuando la enfermedad ya está muy avanzada y además puede faltar alguno de ellos. En los comienzos de la enfermedad pueden faltar estos tres síntomas con tanta frecuencia, que el número de casos de formas atípicas casi sobrepasa al de las típicas.

Por esto es de mucha importancia dar a conocer los síntomas precoces que han sido observados y estudiados en estos últimos diez años para que el médico práctico, al cual no llegan estos estudios muy a tiempo, pueda prevenirse y sacar de ellos provechoso fruto, en las ocasiones que se le presenten.

Uno de los síntomas precoces se refiere a trastornos psíquicos, los cuales sólo rara vez son muy pronunciados al principio de la enfermedad y pueden aparecer más tarde o desaparecer para no volver a presentarse. Frecuentemente se observa que el enfermo ha perdido la memoria en los últimos tiempos: a veces hay cambio de carácter y modificaciones en la voz. En ocasiones aparece una alegría infundada, un aumento en el tono de la voz y una despreocupación en el enfermo, lo cual, unido a una susceptibilidad y sensibilidad exagerada, hace que los que le rodean se aperciban de su estado anormal.

Se observan casos hasta con delirio y síntomas que hacen recordar un ataque epiléptico e histérico. En una de mis enfermas, dice Schultze, observé un deseo invencible de dormir; no encontré ningún punto de apoyo para juzgarla histérica o epiléptica y me incliné a pensar en los síntomas primeros de una esclerosis múltiple, que pasado el tiempo ví confirmada.

Lo que ocurre con estos síntomas psíquicos iniciales, es que no siempre pueden observarse, porque cuando estos enfermos acuden a las clínicas el cuadro clínico es ya marcadísimo por estar muy adelantado el mal, y, por otra parte, al iniciarse la enfermedad con tales síntomas, los enfermos, al menos en su mayor número, son tratados en distintas policlínicas donde no puede seguirse el curso del mal.

La risa espasmódica, tan de antiguamente conocida, es uno de los primeros síntomas con que frecuentemente aparece la enfermedad. Es de notar que en estos casos no existe tendencia a una fuerte explosión de risa; ésta es más fuerte que antes de la enfermedad. Los enfermos no pueden evitar el ataque que a muchos les causa un extraordinario disgusto. Uno de mis enfermos refería que él había reído y llorado de cosas que no era para llorar ni reír, tanto, que a él mismo le molestaba. Otro enfermo hablaba de una tendencia a la risa. Un enfermo de Oppenheim decía textualmente: «Yo reiré aun viendo mi propio ataúd».

El mismo autor habla de casos en las cuales el ataque de risa era tan violento que la cara se ponía enormemente cianótica, y en algunos el ataque les hacía caer al suelo.

A veces la risa va acompañada de ruidos inspiratorios. El llanto se presenta con mucha menos frecuencia.

Suele observarse una cefalalgia, en forma de hemicránea, de intensidad varia. También el vértigo es otro síntoma precoz de la esclerosis múltiple. Puede ser espontáneo o provocado por la marcha, al estar de pie o al acostarse en distintas posiciones. A veces cree el enfermo que todo lo que le rodea gira en torno de él, mientras que otras veces cree que los objetos son los que están quietos mientras él gira. Frecuentemente el vértigo va acompañado del cefalalgias, diplopia y hasta vómitos.

Los trastornos oculares son de la mayor importancia. En lo que se refiere a los músculos estrínsecos del ojo, se observa una parálisis transitoria de alguna de las ramas del motor ocular común (Ptosis) o del motor ocular externo. La parálisis, que casi nunca es permanente, no suele atacar al motor ocular común en su totalidad. Los enfermos suelen darse cuenta de ello por la diplopia. Por lo general es sólo un ojo el atacado: no rara vez hay nistagmus, aunque éste suele presentarse en épocas en que la enfermedad ya tiene síntomas claros.

Los músculos intrínsecos del ojo rara vez toman parte en el proceso, ni bajo la forma de desigualdad pupilar, ni bajo la forma de trastornos de la acomodación, miosis, etc. La agudeza visual puede ofrecer las más variadas modalidades: en unos enfermos la agudeza visual disminuye rápidamente en una noche o en pocos días, pero casi siempre sólo en un ojo; cuando los dos han participado lo hacen en épocas distintas y con diversa intensidad, tanta en ocasiones, que puede llamarse ceguera. Una disminución lenta y progresiva no es frecuente en la esclerosis, como lo es en la tabes; en la cual es, además, de un pronóstico grave, lo que no suele ocurrir, ni mucho menos, en la esclerosis múltiple.

La perversión del sentido cromático se hace ostensible para el rojo y ver-

de, mientras que la sensación del azul y amarillo persiste intacta. Se suele encontrar un escotoma central o para-central, que puede ser absoluto o existir solamente para ciertos y determinados colores. El examen oftalmoscópico no descubre nada anormal y sólo en ocasiones una atrofia de la mitad temporal de la papila. Muy rara vez se observa la imagen oftalmoscópica de una neuritis casi siempre pasajera; también puede afectar la forma de edema de la papila.

Mucho más interesante y de más práctico interés es la neuritis retrobulvar, es decir, la inflamación aguda del nervio óptico, que recae más comunmente en personas jóvenes y que se acompaña de trastornos visuales con escotoma central y que cura sin dejar huellas. No ofrece nada visible al oftalmoscopio.

Los trastornos del lenguaje, los cuales rara vez consisten en afonía, son muy pronunciados solamente en el último período, en el cual algunas sílabas son separadas al hablar. Al principio de la enfermedad los trastornos de la palabra son muy limitados y se reducen a dificultad en ciertas vocales o consonantes y a cansancio. Estos trastornos suelen ser sólo notados por los enfermos. El que los escucha puede apreciar en la palabra una monotonía manifiesta, así como también la lentitud y la facilidad con que cambia la voz por la de falsete.

Como trastornos motores hay que señalar el cansancio muscular en trabajos que no son penosos, cansancio que desaparece después de pequeño descanso. También hacen notar los enfermos que se cansan mucho al andar y que las rodillas se les doblan. Esta debilidad motora puede acentuarse hasta llegar a la parálisis. La presentación simultánea de la parálisis y de trastornos cualitativos o cuantitativos de la reacción eléctrica es muy rara. La parálisis suele ser espástica y acompañarse de dolores. La marcha espástica-parética es en muchos casos uno de los primeros síntomas de la esclerosis múltiple. Otras veces la marcha toma un carácter espástico-atáxico.

La parálisis puede afectar sólo algunos dedos o bien atacar a todo un miembro. Dos miembros del mismo lado y hasta el facial pueden estar interesados como en la hemiplegia cerebral: también son frecuentes la hemiplegia cruzada y la alterna, es decir, el nervio facial de un lado y los miembros del otro. Es frecuente observar en un mismo enfermo todas estas variedades de parálisis.

El *temblor intencional* está caracterizado por movimientos, especialmente de las extremidades superiores, que se presentan cuando el sujeto hace o pretende ejecutar algún movimiento como, por ejemplo, escribir, etc.

También el tronco y la cabeza pueden ejecutar idénticos movimientos temblorosos; es frecuente observar un enfermo de esclerosis múltiple que, estando echado en la cama, vacila y no puede tener quieta su cabeza si pretende incorporarse.

Los reflejos tendinosos muestran, en el caso de estar perturbados, una notable exaltación. El reflejo patelar se demuestra aun a través de ropas muy gruesas. Las zonas reflejas están aumentadas: es suficiente un golpe en la tibia para provocar una contracción en la musculatura de la otra parte. El reflejo patelar y el clonus del pie, se observan con mucha frecuencia. Sin embargo, éstos no son síntomas de mucho valor, porque se presentan en otras neurosis. Pero no ocurre lo mismo con el síntoma de Babinski, el cual se presenta en época temprana y aun en ausencia de los demás fenómenos espásticos, aunque se puede presentar un día en una pierna y otro día en otra. Este síntoma es de una importancia capital para la esclerosis en placas, puesto que se puede admitir con seguridad la existencia de una lesión orgánica.

Entre los reflejos de la piel ocupa el papel más importante el reflejo de la piel de las paredes del vientre, el cual existe siempre en los individuos sanos, según ha demostrado Müller. La falta de este reflejo ocurre muchísimas veces y en los primeros períodos de la esclerosis múltiple, lo cual hace que se le considere como de indiscutible valor. Puede estar suprimido en uno o en los dos lados. Si falta en uno solo, hay que excluir del diagnóstico las hemiplegias de origen espinal o cerebral de aquel lado en el cual puede faltar el reflejo. Solamente en los individuos de paredes abdominales muy gruesas o muy delgadas pierde en importancia este síntoma. Del mismo modo hay que excluir algunos procesos (apendicitis, cólicos hepáticos) que suelen ir acompañados de un aumento en la sensibilidad de la musculatura abdominal. Conviene no olvidar la advertencia de Strümpell de indagar repetidamente la existencia del reflejo, acudiendo, si es preciso, a tener al enfermo en pie y pasar una aguja o un objeto cualquiera puntiagudo, desde la parte superior y posterior de las paredes abdominales, hasta la parte infero-interna. La indagación del reflejo es de tal importancia, que su falta es un síntoma precoz, casi seguro, de la esclerosis múltiple.

Los trastornos de la sensibilidad estudiados recientemente por Freind y Oppenheim son mucho más frecuente de lo que creía Charcot. Su falta en todo el curso de la esclerosis se considera hoy como de extraordinaria rareza.

Estos trastornos se presentan en forma de parestesias de la más diversa especie. El enfermo siente, ora aquí o bien allá, hormigueos, adormecimientos, picazones, frío y calor, etc. Estas parestesias pueden ser dolorosas. En algunas ocasiones se observan neuralgias típicas. Otros trastornos se refieren a hipo-estesis, más raramente anestesis.

Los esfínteres ofrecen también trastornos en épocas tempranas, especialmente la vejiga. Unas veces son retenciones y otras incontinencias.

La duración de la enfermedad oscila entre límites muy diversos. Hay una marcha aguda que conduce a la muerte en pocos años y otra crónica que dura

diez o doce años y aun más. Berger habla de un caso de duración de 28 años.

En lo que a la etiología se refiere forzoso es confesar que sobre ella nada puede admitirse como cierto. La reacción de Wasserman y el análisis del líquido cefalo-raquídeo, tampoco aportan datos positivos para el diagnóstico.

La enfermedad suele aparecer de los 15 a los 35 años.

El tratamiento de la esclerosis múltiple ejerce poca influencia, desgraciadamente, en la marcha de la dolencia. No hay un tratamiento específico. Hay que evitar a estos enfermos todo abuso de alcohol, coito, etc. Se les permitirá pasear sin cansarse. Si el enfermo tiene grandes molestias, debe guardar cama. Deben proscribirse los baños demasiado fríos o calientes: las corrientes galvánicas están indicadas, así como también los ejercicios gimnásticos moderados.

La terapéutica farmacológica se reduce al empleo del yodo en distintas formas, el mercurio, fósforo, arsénico, hierro, quina y, sobre todo, las inyecciones subcutáneas de ácido arsenioso en solución al 1 por 100, empezando por ponerlo un miligramo al día, y llegando hasta siete miligramos al día; pero, desgraciadamente, no se consigue, como he dicho antes, ningún resultado.

A. C.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

42.^a reunión de las Sociedades Alemanas de Cirugía

I tema: Tratamiento de la tuberculosis ósea y articular.—*Ponente GARRÉ-BONNA*:—El orador ha tratado en 19 años, como director de las clínicas de Rostock, Königsberg, Breslau y Bonna, mil casos de tuberculosis de los huesos y de las articulaciones. Para la comprobación de los resultados obtenidos, solamente entran en cuenta aquellos cuyo curso posterior es conocido; del cual en un gran número de enfermos ha sido posible obtener datos ciertos. Numerosas circunstancias pueden y deben hacer variar los métodos de tratamiento, que de ninguna manera ha de ser idéntico para todos los casos; tales son la edad y la posición social de los enfermos y los recursos con que el cirujano cuente, que no son siempre los mismos en todas las regiones y en todas las clínicas.

Distinto debe ser también el tratamiento en las distintas articulaciones.

La tuberculosis de la *articulación del hombro* se tratará la mayor parte de las veces con medios conservadores, con las inyecciones de iodoformo. Los resultados, por lo que hace a la curación, suelen ser buenos, pero generalmente se obtiene con anquilosis. Sólo en un caso, en el cual sobrevino atrofia de la cabeza humeral, se obtuvo alguna movilidad de la articulación. La resección debe reservarse sólo para los casos graves y practicarse según el método de *Langenbeck*.

En la tuberculosis *del codo*, en los niños, tratamiento conservador por regla general, inyecciones de iodoformo y fijación de la articulación. En el adulto es preferible la resección. De 22 casos resecados, de los cuales se han podido obtener noticias posteriores, curaron completamente 19, en 11 con anquilosis completamente aptos para el trabajo. Nunca quedó movilidad de la articulación ni se empleó jamás la interposición muscular según el método de *Heferich* con el fin de obtener algún movimiento. La articulación para la resección se abrió siempre con la incisión de *Ollier*.

El tratamiento conservador da buenos resultados en la tuberculosis de la articulación de la *muñeca*. Menos favorables fueron los obtenidos con la resección.

La tuberculosis de la *cadera* también se tratará de preferencia por método conservador. Cuando existen contracturas que mantienen el miembro en

flexión, se debe intentar el vencerlas previamente por medio de un apósito extensor. Una vez que la posición sea buena, se colocará el apósito de yeso. Las inyecciones de iodoformo sólo se usarán en las formas que muestren tendencia a la formación de abscesos. Una vez obtenida la curación del proceso tuberculoso, se empleará, para evitar las contracturas secundarias, el apósito enyesado llamado de calzón, dejando libre la articulación de la rodilla. La curación de una tuberculosis de la cadera exige, por término medio, una duración de tres años. La resección se evitará aun en los casos en que la cabeza del fémur y cavidad cotiloidea estén destruidas. Sólo se usará como indicación vital en los casos de supuración con fiebre y en las formas fungosas graves, en las cuales el estado general esté profundamente alterado. Generalmente el autor opera según el método de *König*; sólo cuando el secuestro está situado por delante emplea la sección de *Hute-Schede*. La investigación posterior de los casos tratados acusa un resultado más favorable para los casos no operados que para los operados.

La tuberculosis de la *rodilla* es la forma de tuberculosis articular en la que el orador prefiere el tratamiento por la resección al tratamiento conservador. La ha practicado en 268 casos, empleando la sección transversal de *Tector*. En los niños, con objeto de evitar las flexiones por contractura, se colocará una gotiera, que ha de llevarse durante algunos años. De 188 casos de los que se han podido recoger datos del curso posterior a la intervención resulta que murieron 14, tuberculosos 7. Entre los 174 restantes la tuberculosis se curó en el 92 por 100 de los casos. En la resección articular de los niños en lo posible se respetará la epifisis, cortando el cartílago con el bisturí; con lo cual se conseguirá en la mayor parte de los casos que el acortamiento del miembro no sea considerable. Un acortamiento de tres centímetros no tiene importancia. Sólo cuando el cartílago articular está destruido por el proceso tuberculoso, se presenta más tarde un acortamiento considerable. En el 14 por 100 de los casos cuyo curso se ha podido seguir, se observaron grandes contracturas; en 31 por 100 la contractura llegó hasta 150 grados, y en 53,4 no hubo contracturas. El resultado, en conjunto, fué extraordinariamente favorable, puesto que la función del miembro se conservó bien en un 83 por 100 de los casos tratados. De donde deduce el orador que la tuberculosis de la rodilla, aun en los niños, es mejor operarla que tratarla por medios conservadores.

La tuberculosis de la *articulación del pie* (220 casos) se trató en el 60 por 100 de ellos por medios conservadores y en el 40 por 100 quirúrgicamente. La resección se practicó en casos de grandes fungosidades, cuando había secuestros y supuraciones. De 87 resecciones la mitad se hicieron en niños y una cuarta parte en individuos en el segundo decenio de la vida. Las resecciones se hicieron por el método de *König*. Los resultados en cuanto a la curación de la

tuberculosis y sobre todo en cuanto a la movilidad de la articulación, se pueden calificar de muy buenos (80 por 100).

Para terminar con la descripción del material por él observado, hace algunas consideraciones sobre los nuevos tratamientos.

Las fístulas se tratarán, en lo posible, resecaando los focos tuberculosos. Del empleo de la hiperemia ha conseguido muy pocos resultados. Jamás ha usado la tuberculina. Tampoco está muy satisfecho de los resultados obtenidos con los rayos X, porque en la tuberculosis de los huesos y de las articulaciones con dificultad penetran los rayos hasta las partes enfermas, debido a su situación profunda y a la densidad del hueso. Gran importancia hay que conceder a la acción del tratamiento general, y *Garré* pondera los éxitos obtenidos por *Rollier* con el tratamiento al aire libre y por la acción de los rayos solares unida al clima de altura. Pero como el 99 por 100 de los enfermos son personas cuyos medios de fortuna no les permiten grandes dispendios, resulta un tratamiento prácticamente de escasa utilidad.

II tema: Ulcus duodeni. -- Ponente: DOCTOR KÜTHUER. (Breslau).—El trabajo K. se funda en el estudio de 800 casos, contando los de su propia experiencia y los reunidos por otros 80 cirujanos. La aparente contradicción entre el número de casos presentados por los cirujanos de América y los alemanes desaparece estudiando cuidadosamente las estadísticas (allá los casos se encuentran reunidos en un pequeño grupo de cirujanos, aquí no se operan más que los casos avanzados). Las circunstancias que favorecen la formación de una úlcera del duodeno (laparotomías, apendicitis, procesos sépticos, etc.), entre las cuales, según la experiencia del orador, han de entrar las amputaciones, se refieren, no sólo a los casos agudos, sino también a la formación de úlceras crónicas; por más que sobre esto no existe completo acuerdo entre los autores. En cuanto a la sintomatología, desde *Moynihan*, se concede principal importancia a la anamnesia.

Respecto a los síntomas objetivos algo se ha adelantado en los últimos tiempos. La hiperclorhidria, ni es constante, ni muy frecuente. Más veces hay aclorhidria. Más importancia tiene la hipersecreción, la cual se presenta también en el estómago vacío. Hay insuficiencia motora intermitente, transitoria, (12 horas de retención, *Kräurp*). Aun en el estado agudo pueden faltar las hemorragias ocultas. Los dolores espontáneos se sienten en el epigastrio, generalmente un poco a la derecha de la línea media. Los dolores provocados por la presión se encuentran en el mismo sitio, pero muchas veces es un dolor difuso. Durante la laparotomía sólo son palpables las úlceras de la pared anterior. Las complicaciones son frecuentes, *Simmonds*, por ejemplo, encontró el 70 por 100 de muertes en la úlcera duodenal (perforación, hemorragias). Pero la práctica, no como conclusión científica, se puede aceptar como límite

entre el duodeno y el estómago la vena de *Mayo*. Tiene gran importancia para el pronóstico la diferenciación entre la úlcera del duodeno y del píloro.

La úlcera del duodeno no muestra tendencia a curar espontáneamente, son muy pocas las cicatrices de úlceras duodenales. El tratamiento, mientras el interno no ofrezca mayores garantías, debe ser quirúrgico, y éste mejor indirecto, que directo, puesto que la resección no es posible más que en las de la pared anterior, es, además, peligrosa y no protege contra las recidivas. La gastroenterostomía, cuando no hay estenosis, es insuficiente. De aquí que sea necesario producir una estenosis artificial. La sutura por encima de la úlcera, según *Moynihan*, no satisface a la mayor parte de los cirujanos y parece un recurso insuficiente. Idénticos inconvenientes ofrece la ligadura. Tampoco satisface del todo el estrechamiento formado por una banda de fascio, según el método de *Wilms*, probado experimentalmente por *Tappeiner*. Un procedimiento ideal es la sección del píloro, según ha propuesto *Eiselsberg*, desgraciadamente aumenta en un 10 por 100 la mortalidad operatoria y no pone a cubierto de las hemorragias secundarias. Sin embargo, está indicado en todos aquellos casos en que sea fácil practicarle. En todos los casos debe prescribirse un tratamiento después de la operación, que ha de seguirse de un modo sistemático. Entre las complicaciones, la perforación exige una intervención rápida. Pasadas 48 horas la operación no ofrece ninguna esperanza. La gastroenterostomía se hará según las circunstancias, de primera intención o secundariamente. El tratamiento de las hemorragias no es distinto del de las producidas por las úlceras gástricas; sólo las de mediana gravedad y las que recidivan fácilmente son susceptibles de ser operadas. Por estar la mayor parte de las veces situada la úlcera en la pared posterior, la extirpación es imposible.

J. H. O.

BIBLIOGRAFÍA

La puericultura en su íntima relación con la práctica clínica del tocólogo y del pediatra, por el doctor Sarabia. Discurso leído en la sesión inaugural de la Sociedad Ginecológica Española.

El presidente de la Sociedad Ginecológica Española ha hecho un trabajo muy interesante sobre *puericultura*, lleno de doctrina y muy original.

La puericultura es obra común al tocólogo y al pediatra: empieza con el cultivo y la dirección biológica del nuevo sér bajo la acción de aquél, y cae luego dentro del campo de especial acción de éste, pasando por una época intermedia durante la cual uno y otro, y pueden y deben intervenir de común acuerdo para alcanzar el fin humanitario que ambos se proponen. Se ocupa del problema de la herencia, de los matrimonios consanguíneos, de la protección a la mujer embarazada, de la blenorragia, de la sífilis, de la tuberculosis, del alcoholismo en el estado de gestación, etc. Recomendamos a todos los médicos, que para todos hay en este trabajo mucho que aprender, la lectura del discurso del doctor Sarabia, al cual felicitamos por su concienzuda labor.

J. H. O.

NOTICIAS

Desde hoy contamos con un nuevo colaborador, el distinguido cirujano de Puerto Cabello, doctor Rodríguez Rivero, que en el presente número publica un interesante trabajo. El doctor Rivero, que es un entusiasta de la cirugía moderna, sigue con asidua constancia el movimiento quirúrgico del Sanatorio del doctor Madrazo y del Hospital de San Rafael, en cuyos salas de operaciones alguna vez ha tenido ocasión de mostrar su habilidad operatoria.

CONGRESOS

III Congreso nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, celebrado en Valencia del 20 al 26 de abril de 1913.

Con asistencia del ministro de Instrucción Pública, y bajo la presidencia del señor López Sancho, se ha celebrado en Valencia la tercera de las asambleas organizadas por la Asociación Española de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, de la cual es presidente el ilustre conde de San Diego.

Del primer tema: *Patogenia de las intoxicaciones gravídicas*, fueron ponentes los doctores Martín Aguilar, de Granada, y Recasens, de Madrid. En la discusión de este tema intervinieron los señores Nuviol, Ortega, López (E.) y Gómez Ferrer.

El tema de ginecología: *Tratamiento quirúrgico del cáncer de la matriz*, estuvo a cargo de los doctores Candela y Fargas. En su discusión intervinieron el conde de San Diego, y los doctores López, Recasens, Cospedal, Lizcano, Pujol, Terrades, Becerro de Bengoa y Ribas y Ribas.

Tercer tema: *Etiología y patogenia de la parálisis infantil*, por los doctores Gómez Ferrer y Criado Aguilar, de Madrid, con intervención de los doctores Arquellada, Obete y Ribas y Ribas.

Ahora no tenemos tiempo ni espacio para dar noticias más detalladas de tan importante reunión; lo haremos en el próximo número.

* * *

El *I Congreso italiano de medicina radiológica*, tendrá lugar en Milán en el mes de octubre. Temas: 1.º Los aparatos de corriente intensiva en la técnica radiológica, Mazagliara, Génova. 2.º Exploración radiológica del cráneo, Busti, Bolonia. 3.º Radiología del intestino, Tandoja, Nápoles. 4.º Radium y radioterapia en ginecología, Bertolotti, Turín.

* * *

La *XX reunión de las sociedades alemanas de laringología* tendrá lugar el 7 y 8 de mayo en Stuttgart.

* * *

El *XXIII Congreso de psiquiatras y neurólogos franceses* se celebrará en Le Puy, del 1 al 6 de agosto.

* * *

En Lausanne se celebra, del 5 al 11 de mayo, un Congreso sobre *psicología y fisiología del sport*.

* * *

El *III Congreso internacional para la investigación del cáncer* tendrá lugar en Bruselas del 1 al 5 de agosto. Asuntos a tratar: 1.º Empleo de medios físico-químicos en el tratamiento del cáncer. 2.º Vacunoterapia de los tumores. 3.º Estadística del cáncer. 4., Organización de los hospitales para cancerosos. 5.º Cuidados a los cancerosos y enseñanza en este sentido. 6.º Información sobre el estado actual de la investigación y de la lucha contra el cáncer en los distintos Estados.

* * *

Del 15 al 20 de junio próximo se celebrará en Madrid el IV Congreso anual de la *Asociación Española para el progreso de las Ciencias*, bajo la presidencia de don José Echegaray. Del discurso inaugural se ha encargado el ilustre doctor Cajal.

El Congreso constará de las ocho Secciones que forman la Asociación: 1.ª, Ciencias matemáticas; 2.ª, Astronomía y física del globo; 3.ª, Ciencias físico-químicas; 4.ª, Ciencias naturales; 5.ª, Ciencias sociales; 6.ª, Ciencias históricas y filosóficas; 7.ª, Ciencias médicas; 8.ª, Ingeniería y Ciencias de aplicación.

La mortalidad en Rusia.—En los últimos cinco años ha aumentado la mortalidad en el Imperio ruso. Del 28 se ha elevado al 31 por mil; son las cifras más altas de todo el mundo. Se atribuye este aumento a la presencia de algunas epidemias, especialmente de fiebre tifoidea, que han asolado algunas regiones de aquella inmensa nación.

Esterilización de los criminales.—El Estado de Utah ha adoptado la esterilización de algunos criminales inveterados, siguiendo el ejemplo de otros cinco o seis estados norteamericanos, que ya han implantado esta reforma eugénica.

Mortalidad infantil.—El número de niños fallecidos antes de llegar al término del primer año es, por mil:

En Rusia, 272; en Austria, 202; en Hungría, 198; en Alemania, 178; en Italia, 156; en Francia, 143; en Inglaterra, 121; en Suiza, 108; en Suecia, 77; en Noruega, 67.

Y en distintas ciudades de Europa: Moscou, 356; Bucarest, 217; Breslac, 194; Munich, 192; Marsella, 186; Viena, 183; Bruselas, 174; Berlín, 162; Copenhague, 156; Hamburgo, 156; Londres, 113; París, 105; Zurich, 95; Amsterdam, 95; Stokolmo, 91.

A las Cámaras de Nueva York se ha presentado la exposición de un parálisis incurable, pidiendo autorización para que su médico ponga fin a sus dolores, que viene sufriendo desde hace cuatro años, poniendo fin a su vida. Ignoramos lo que haya resuelto la asamblea legislativa.

Me esfuerzo en demostrar, hace una quincena de años, que el bacilo ácido-resistente de Koch, procede de bacterias no ácido-resistentes descubiertas por mí, de fácil cultura y dotadas de aptitudes saprofíticas, bacterias que se encuentran muy repartidas en la naturaleza y producen la tuberculosis espontánea.

Las indicadas bacterias, convenientemente inoculadas a los cobayos, pierden, adaptándose al organismo de estos animales, su fácil cultivo, volviéndose tuberculógenas y se transforman en bacilos ácido-resistentes de Koch, perfectamente aislables.

Aun cuando ellas carecen completamente de virulencia, se llega a provocar con ellas una tuberculosis espontánea.

Cuando son virulentas provocan las formas agudas de la tuberculosis.

Como es precisamente el lado oscuro de la Biología del bacilo ácido-resistente de Koch de donde provienen toda clase de dificultades, con las cuales nosotros tropezamos para resolver de forma satisfactoria el problema de la profilaxis y de la curación específica de la tuberculosis, el que suscribe estima que ya es tiempo de rectificar la orientación impresa a las investigaciones efectuadas a este objeto.

Para demostrar que esta convicción es firme, él se ofrece a proporcionar desinteresadamente y a todos los colegas que tengan a bien hacer la demanda, culturas de las susodichas bacterias no ácido-resistentes, de aglutininas específicas para reconocerlas, así como la literatura relativa a esta interesante cuestión.

Barcelona, enero 1913.

Instituto J. Ferrán, carretera de Horta, Barcelona.

(La reproducción del presente aviso en todas las Revistas médicas, se solicita.)

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

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

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



*Reconocida como
la mejor
agua de mesa*



*Analizada por
el Dr. Cajal*



*Recomendada fre-
cuentemente
por la clase médica.*

DEPÓSITOS EN SANTANDER

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

AGUA DE HOZNAYO

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA
EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

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

— w —
PÍDASE EN TODAS PARTES

El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fós-
foro orgánico asimilable

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

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

PREMIADO EN LAS EXPOSICIONES
DE
PARIS, MARSELLA, ANGERS, LONDRES, MURCIA Y BUENOS AIRES
MEMBRE DU JURY (Hors Concours) PARIS

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO

AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (Reinosa)

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

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

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

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

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

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Uitrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

APARATOS PARA LAS CIENCIAS

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

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

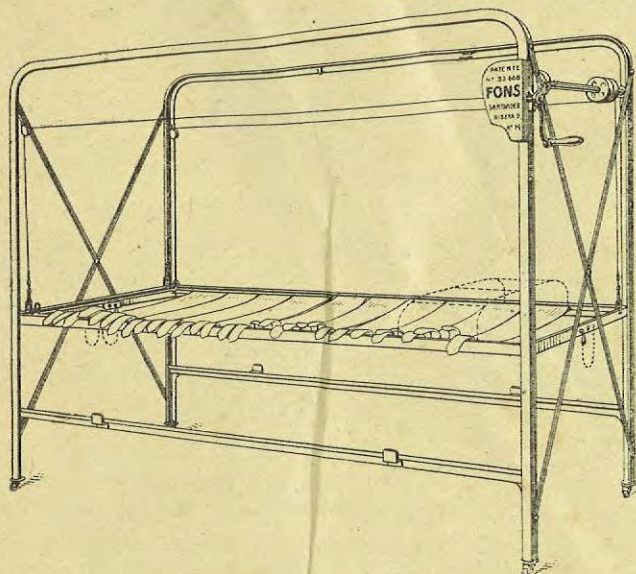
Microscopios, microtomos, aparatos de polarización y análisis de sangre, de la Casa C. REICHERT DE VIENA.

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

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

APARATO DE SUSPENSION PATENTADO

FONS.—Ribera, núm. 9.—Santander



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

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

MICROSCOPIO LEITZ

GRAN MODELO STATIV A.

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

Revolver para tres objetivos.

Objetivos acromáticos de inmersión.	$\frac{1}{16}$
» » a seco.....	1 *
» » a »	4
» » a »	6
» apocromático a seco.....	16 mm.
» » a »	8 »
» » a »	4 »

Oculares compensadores, 2, 8, 12 y 18.

Ocular con micrómetro 4.

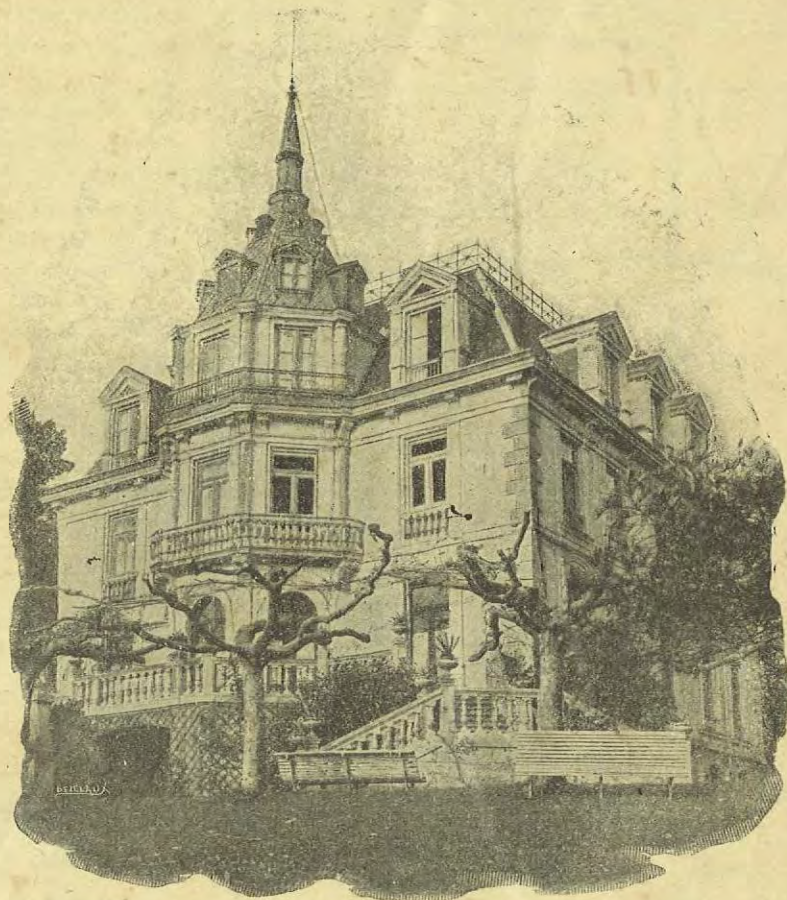
Ocular de dibujo número 111.

Aumento desde 8—2.850 diámetros.

Dirigirse a la dirección del **BOLETIN DE CIRUGIA**

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



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

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

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

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

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

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

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

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

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

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

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

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR