



PUENTE VIESGO-SANTANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFICA DE ESTAS AGUAS MEDICINALES, ESTÁ EN CONTENER ABUNDANTE EMANACIÓN RADIATIVA, EN LA CARGA ELÉCTRICA DE LOS IONES Y EN LA GRAN PROPORCIÓN DE MATERIAS ÓRGANO-METÁLICAS AL ESTADO COLLOIDAL. = = = = =



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

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

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

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

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

Aguas Clorurado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

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

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

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

FARMACIA JIMENEZ

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

Medicación moderna : Cajas para partos : Algodones y gasas esterilizadas : Soluciones inyectables esterilizadas, preparadas con agua destilada reciente : Aguas minerales : Especialidades : Ortopedia

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 **NEURASTENÍA** y la **DEBILIDAD CEREBRAL**, producidas por desgastes físicos o intelectuales.

Venta en Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

BOLETIN

DE

CIRUGIA

EL ANÁLISIS DE LA SANGRE COMO MEDIO DEL DIAGNÓSTICO

Por Ángel Breñosa

Desde que los adelantos de las ciencias físicas permitieron la diferenciación de los elementos morfológicos de la sangre (eritrocitos, leucocitos y hematoblastos), se trató de relacionar las variaciones del número de estos elementos en distintas enfermedades, porque siendo la sangre, como dice el doctor Ramón y Cajal, río que fecunda y cloaca que recoge las inmundicias de la vida celular, en sus elementos morfológicos, más que en sus reacciones químicas, había que investigar las alteraciones producidas por el agente morboso.

Los trabajos de Vierordt Wercher Hayen y Compañía tendieron desde el primer momento a establecer el número normal de estos elementos morfológicos y su proporción, por medio de aparatos más o menos perfectos, y la disminución o aumento que experimentaban, en las distintas enfermedades, especialmente en las anemias.

Pero este primer paso en el terreno científico no estaba suficientemente fundamentado, puesto que no se tenía en cuenta que el glóbulo rojo es el conductor del elemento primordial, «la hemoglobina», que ha de ser la que lleve el oxígeno necesario para las combustiones vitales, y el aumento de este elemento no va paralelo con el número de glóbulos rojos, por lo cual era necesario acompañar la numeración de éstos con una determinación complementaria de la proporción de hemoglobina.

Hoy día la existencia del hemoglobínómetro de Gower's nos permite la dosificación del elemento hemoglobina con mucha exactitud.

Posteriormente, estudiando Erlich la acción distinta de los colorantes básicos, ácidos y neutros sobre el protoplasma y núcleos de los glóbulos blancos, llegó a establecer los tipos celulares siguientes: *Linfocitos*, cuyo núcleo y protoplasma son intensamente coloreados por los colores básicos, careciendo de granulaciones. *Neutrofilos polinucleares*, con núcleo basófilo y protoplasma repleto de granulaciones neutrófilas con ligera afinidad por los elementos ácidos. *Eosinófilos polinucleares* que contienen granulaciones que se colorean intensamente por los colorantes ácidos, como la eosina. *Basófilos*, que se distinguen de los neutrófilos por la presencia de granulaciones basófilas, muy delicadas en su protoplasma y con escasa afinidad, su núcleo, para los elementos básicos.

Teniendo en cuenta que la sangre en estado normal encierra 5.000.000 aproximadamente de glóbulos rojos por milímetro cúbico y 7.000 leucocitos con 140 gramos por litro de hemoglobina, es evidente que la numeración y proporción de estos elementos nos tienen que proporcionar datos seguros para el diagnóstico y evoluciones de ciertas enfermedades.

En las anemias, por ejemplo, basándose en la proporción relativa de estos elementos se han establecido los grupos siguientes:

1.º Anemias en las que el número de glóbulos rojos está comprendido entre 3 y 4 millones y el valor globular (relación entre la cantidad media de hemoglobina contenida en un glóbulo rojo de la sangre examinada y la que contiene un glóbulo normal) es igual a la unidad o muy poco inferior, como sucede en las anemias sintomáticas de la convalecencia de las enfermedades infecciosas y en el comienzo de la tuberculosis.

2.º Anemias en las que el número de glóbulos rojos se han comprendido entre 1 y 3 millones y el valor globular permanece vecino a la unidad. En este caso se trata ya de estados anémicos graves que se pueden encontrar en el cáncer y en la tuberculosis, en períodos avanzados.

3.º Anemias en las que el número de glóbulos rojos está normal o inferior a lo normal y el valor globular es inferior a la unidad.

En este tercer grupo están incluidos la mayoría de los niños que han formado las colonias pretuberculosas que he tenido ocasión de observar durante mi estancia en el Sanatorio Marítimo de Pedrosa, y que

por la intensidad y forma de las manifestaciones anémicas pueden subdividirse en las clases siguientes:

1.^a Individuos con eritrocitos en número de 4.500.000 a 4.800.000: valor globular 0,90 a 0,95; leucocitos de 5.500 a 6.000 en su mayoría neutrófilos polinucleares y algunos linfocitos; presentaban ligera hipertermia y manifestaciones adenopáticas poco desarrolladas.

Estas anemias leves debidas a la insuficiencia de alimentación y falta de higiene desaparecen en breve tiempo bajo la influencia de la alimentación escogida a que se someten en el Sanatorio y al régimen de aire libre que disfrutan durante el día; ascendiendo el valor globular hasta la normalidad y desapareciendo el exceso de linfocitos, como lo demostraban ensayos posteriores al día de su entrada en el Sanatorio.

2.^a Individuos con 4.000.000 a 4.500.000 glóbulos rojos, valor globular 0,85 a 0,90, leucocitos de 5.500 a 6.000, pero aumentado considerablemente el número de linfocitos y eosinofilos; hipertermia y adenopatías grandes.

Estas anemias, más rebeldes por el mayor desarrollo de sus efectos orgánicos, tardan bastante tiempo en recobrar su valor globular normal, lo que no se consigue hasta la desaparición del exceso de linfocitos y eosinofilos.

3.^a Individuos con 2.000.000 a 3.000.000 de eritrocitos, valor globular de 0,75 a 0,80 leucocitos de 7 a 8.000, en su mayoría linfocitos, eosinofilos y algunos mielocitos; hipertermia acentuada; adenitis supurada o en vía de supuración.

En algunos niños que he tenido ocasión de observar en el Sanatorio, en que el número de eritrocitos descendía a 3.000.000 y el valor globular, muy inferior a la unidad, es donde me he dado perfecta cuenta de la utilidad que se puede sacar de la numeración de glóbulos y dosificación de la hemoglobina, para seguir el curso de las anemias.

En estos individuos cuya mengua de eritrocitos y abundancia de eosinofilos daba ya carácter grave a la anemia, era donde se veía que la vida del aire libre y la copiosa alimentación modificaban paulatinamente su fórmula hematológica.

Sirvan de ejemplo los dos casos siguientes, ya que hacerlos constar todos sería labor larga.

Niña F. R.: glóbulos rojos a la entrada, 2.900.000 por mm^3 , hemoglobina 75 por 100; al mes de entrada 3.100.000, hemoglobina 78

por 100; a los tres meses 3.400.000, hemoglobina 80 por 100. Sigue mejorando de aspecto general, y dos días antes de su salida nos encontramos con 4.000.000 de glóbulos rojos, escaso número de eosinófilos, y el valor globular de 0,95.

El otro caso, niño J. B., con 3.000.000 de glóbulos rojos por mm^3 y 80 por 100 de hemoglobina a la entrada; en ensayos posteriores da 3.775.000 y 4.000.000 con 85 por 100 y 90 por 100 de hemoglobina.

Como se ve, a medida que las condiciones de mejor alimentación y vida al aire libre van modificando el estado anémico, los aparatos de numeración y dosificación de elementos han acusado una modificación favorable.

No se limitan las aplicaciones de la numeración de los elementos figurados de la sangre al diagnóstico y desarrollo de las anemias. En todas las enfermedades infecciosas se presenta una leucopenia inicial, debida a la destrucción de glóbulos blancos en su desigual lucha con el microbio invasor, hasta que los órganos hematopoyéticos lanzan a la circulación, como defensa del organismo, un exceso de leucocitos neoformados, eosinófilos y mielocitos, que alteran la normalidad de la fórmula hematológica, produciendo una leucocitosis consecutiva que proporciona valiosos datos para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Tal sucede en la fiebre tifoidea, en la erisipela, neumonía, difteria, escarlatina y demás enfermedades infecciosas, cuya marcha está ligada íntimamente con las fases de la leucocitosis desarrollada.

Una anemia pertinaz es signo de carcinosis cuando el desarrollo de la neoplasia dificulta la nutrición y asimilación, como en el cáncer del exófago y del estómago; siendo la alteración de la sangre mucho mayor en el cáncer que en el sarcoma.

También en el campo de la cirugía tiene múltiples aplicaciones este medio de diagnóstico, pudiendo asegurarse que toda leucocitosis postoperatoria que dure más de cuatro o cinco días, acusa la idea de una infección, de insuficiencia del drenaje, de una inflamación en vías de propagación o de una hemorragia.

Las leucocitosis que se observan en las neoplasias malignas se deben generalmente a la coexistencia de inflamaciones e infecciones.

En el diagnóstico entre tumores benignos y malignos, la presencia de anemia persistente y la leucocitosis inclinan el ánimo en favor de los segundos; el análisis de la sangre constituye un medio utilizable para dife-

renciar el cáncer de estómago de la úlcera, porque la persistencia de la leucocitosis indica que se trata de un carcinoma, pues este síntoma sólo se presenta en la úlcera después de la digestión o de una hemorragia.

Si a los datos que nos proporciona la fórmula hematológica en varias enfermedades agregamos los que se obtienen en otras por la caracterización de su agente productor, como «*Treponema pallidum*», «*Plasmodium malariae*», «*Spirochete de Obermeier*», etc., y los cultivos y sero-reacciones, se puede deducir lógicamente que el análisis de la sangre en sus diversas formas es un buen elemento de diagnóstico con que cuenta la medicina.

Sanatorio Marítimo de Pedrosa.

SUEÑOS Y ENSUEÑOS

Por Aurelio Virgós y Guillén

El sueño.

Las funciones cerebrales, como, por otra parte, todas las funciones del organismo, son intermitentes y pasan por dos estados que se suceden periódicamente: el estado de actividad o vigilia y el estado de reposo, inactividad reparadora o sueño, que vamos a estudiar en este momento.

El sueño, a lo menos cuando es profundo (primera parte del sueño), está esencialmente caracterizado: primero, por la suspensión completa de la actividad cerebral consciente, sensitiva, psíquica y voluntaria; segundo, por la abolición automática de los centros para los movimientos de conjunto (locomoción, equilibrio); tercero, por una disminución marcada de la excitación refleja y del tono muscular, y cuarto, por el retardo del corazón, de la respiración, de las secreciones, de los movimientos del estómago y del intestino, que demuestran que los centros automáticos esenciales orgánicos participan de un descanso periódico.

Aún no sabemos con seguridad cuál es fisiológicamente el fundamento del sueño. Probablemente el sueño es originado por una fatiga química de la corteza cerebral (por ejemplo, por los residuos que se han debido formar durante el trabajo de vigilia), que lleva consigo el agotamiento del sistema nervioso y la disminución de su excitabilidad, que resulta del propio funcionamiento de los nervios y de los centros nerviosos durante el estado de vigilia.

Se ha comparado el sistema nervioso cerebro-espinal con un motor que gasta la energía acumulada durante su funcionamiento, y al cual debe dársele cuerda periódicamente para una nueva fase de actividad.

La causa del sueño que hemos señalado explica el por qué sobreviene en el hombre y en los animales a intervalos periódicos que se corresponden en general con la noche, es decir, con el momento en que la excitabilidad nerviosa cerebro-espinal, ya agotada por la actividad del

día, se halla, además, solicitada en grado menor, a causa de la debilitación de todas las excitaciones sensoriales exteriores (luz, ruidos, etc.).

Aquí merece recordarse el caso de una enferma, joven, afectada de anestesia generalizada de todos los sentidos, excepto de un ojo y un oído, y en la cual se provocaba inmediatamente el sueño cerrando el ojo y tapando el oído que la ponían en comunicación con el mundo exterior. Demuestra perfectamente este caso la influencia de la disminución de las excitaciones exteriores en la producción del sueño.

El estado de circulación cerebral es digno de observarse, ya que muchos autores han hecho depender, sin razón, el sueño directamente de él. Pero mientras que, según unos, existe un aflujo más considerable de sangre y de congestión cerebral durante el sueño, lo que haría asemejar el reposo cerebral al coma de las congestiones morbosas, según otros, existe, al contrario, anemia de los centros nerviosos. Las observaciones pletismográficas de Salathé, de Franck y de Mosso, practicadas en el hombre en casos de pérdida de substancia de la bóveda craneal y la observación directa en animales, han demostrado que durante el sueño existe realmente anemia.

Se ha tratado también de explicar el sueño por la rotura temporal del contacto entre las neuronas. Sustituída la vieja idea de la continuidad de éstas por la noción de mera contigüidad (Cajal), se ocurrió desde luego que las ramificaciones de substancia protoplasmática, que son las que establecen el contacto, pudieran por la retracción amiboidea de este protoplasma (teoría del amibismo nervioso) separarse más o menos entre sí, interrumpiendo la comunicación.

Cajal admite como muy probable que son ciertas células de neuroglia las que vienen a interponerse entre las neuronas, suspendiendo o dificultando la corriente; en este caso, la suspensión resultaría de un proceso activo, mientras que en la teoría de Duval y Lepine resulta del reposo o retracción amiboide pasiva.

Después de un tiempo variable, se presenta la segunda parte del sueño, durante la cual se ven reaparecer, bajo la influencia de la restauración del sistema nervioso, las funciones suspendidas. La excitabilidad refleja debilitada aumenta paulatinamente, y se ven aparecer los movimientos automáticos de conjunto, como son la acción de mover las extremidades y de moverse en la cama; estos movimientos, puramente reflejos, debidos a impresiones periféricas, no son sentidos y ates-

tiguan que los nervios y los órganos de los sentidos recuperan paulatinamente su excitabilidad hasta el momento de despertar. Esto lo demuestra igualmente el establecimiento de la curva de intensidad del sueño por la intensidad de la excitación sensorial (ruido, por ejemplo) necesaria para despertarse. Alcanza su máximo entre la primera y la segunda hora, para disminuir luego de un modo continuo hasta el momento de despertar. Estas curvas se han determinado, valiéndose de esferas de metal que se dejan caer, y la altura de caída necesaria para despertar a un individuo determina la profundidad de su sueño. Durante esta fase de excitabilidad creciente del sistema nervioso es cuando principalmente sobrevienen los ensueños.

Psicológicamente se representa al sueño como una abolición más o menos graduada de todos los procesos psíquicos, es decir, una pérdida de la conciencia «o inconsciencia».

• Ensueños.

Decía en el párrafo anterior que el sueño es un estado de inconsciencia por la abolición de todos los procesos psíquicos. En una forma de los sueños, en los llamados ensueños, aparecen procesos psíquicos paralelos.

Para Tissié, el ensueño es el pensamiento de un hombre dormido, como el pensamiento es algunas veces el ensueño de un hombre despierto.

Para el estudio de los ensueños se recomienda muy encarecidamente la auto-observación, y sobre todo seguir el ejemplo de Lazarus, que colocaba junto a la mesilla papel y lápiz y en cuanto despertaba de su ensueño escribía lo soñado, ya que más tarde difícilmente se recordaba.

Si analizamos un ensueño observamos que existen en él representaciones fantásticas, dotadas muchas de ellas de la viveza sensorial de las sensaciones. Lo que caracteriza al ensueño, entre otros estados semejantes, reside en el hecho de que el aumento de la excitabilidad, atestiguado por las alucinaciones, se mantiene limitado a las funciones sensoriales, estando inhibida en el sueño ordinario y en los ensueños la actividad externa de la voluntad. En efecto, que hay aumento de excitabilidad se demuestra por el crecimiento de las sensaciones reproducidas.

das durante el ensueño, y que, como decimos antes, llegan a adquirir la intensidad de impresiones sensitivas externas, aconteciendo que sean objetivadas como representaciones reales, meras imágenes mneumónicas.

Vemos, pues, que la abolición de los procesos psíquicos durante el sueño lleva consigo un estado de disposición mayor para una excitabilidad de los centros sensitivos y, por consiguiente, cualquier impresión reproducida o interna puede alcanzar toda la intensidad de una impresión real o externa. Trátase, pues, de peculiares alucinaciones del sueño, las cuales se reúnen en prolongadas series sucesivas.

En muchísimos casos se puede demostrar que en los fantasmas de los sueños no falta un estímulo periférico. Así, una neuralgia intensa, con frecuencia sirve de punto de partida a la sensación soñada de una puñalada violenta en el sitio donde radica la neuralgia; después asóciase con viveza alucinatoria la imagen del homicida y sus palabras amenazadoras.

Vemos, pues, que en este caso existe al principio una ilusión y ninguna alucinación, pero más tarde aparecen éstas atraídas por la ilusión. En una palabra, los pensamientos de nuestros ensueños pueden venir de fuera, dando lugar a ensueños de origen sensorial, pero otras veces su origen es interior y dimanar de una imagen mneumónica: ensueños de origen psíquico.

Como ejemplos de ensueños de origen sensorial citaré los casos que Maury refiere de él mismo.

Estando enfermo soñó que era perseguido, hecho prisionero y condenado a muerte. Es arrastrado hasta el patíbulo, asiste a los preparativos de su ejecución y coloca su cabeza sobre la fatal plataforma, sintiendo en seguida la terrible cuchilla sobre su cuello. Al despertar observó que uno de los bolinches de su cama se había caído, colocándose junto a su cuello. La impresión táctil había provocado un ensueño de algunos segundos que había durado muchos días.

Otro ejemplo, no menos notable, de Maury, va a servir de relación entre los ensueños de origen táctil y los de origen auditivo. Este autor cuenta que se había adormecido a consecuencia del fuerte calor que se sentía. Sueña entonces que habían colocado su cabeza sobre un yunque y que le daban martillazos repetidos. El oía en sueños, muy claramente, el ruido de los pesados martillos, mas, por un efecto singular, en lugar de romperse su cabeza, se funde en agua. Despiértase y siente su

cara inundada de sudor, y oye, no muy lejos de su casa, el ruido real de los martillazos.

Estas observaciones prueban que el ensueño puede ser producido por una impresión sensorial. Esta despierta una imagen del mismo orden que la impresión recibida, visual si es la vista, auditiva si es el oído. Esta imagen llama a otras por asociación de ideas, por recuerdos de pasadas escenas.

Entre dos impresiones sensoriales percibidas al mismo tiempo, la más viva es la que domina la escena y provoca la idea principal del sueño. Si Maury no hubiese oído martillazos mientras sudaba, probablemente hubiera soñado que se bañaba; mas la impresión auditiva, dominando la escena, originó el sueño descripto.

Vemos, pues, que el soñar es una manifestación restringida de la actividad psíquica que prosigue durante el sueño, o que después de una suspensión momentánea reaparece con el retorno de la excitabilidad nerviosa que sigue al primer sueño.

La característica de los ensueños es, en general, la falta de ilación, la incoherencia en las imágenes y las ideas que se suceden resultantes de un trabajo cerebral incompleto, desordenado, debido al funcionalismo parcial y desigual de los centros nerviosos, en lugar del encadenamiento lógico de las ideas, de los juicios razonados y del proceso normal del pensamiento, que es el resultado del concurso armónico de todas las partes del cerebro.

Esta falta de ilación e incoherencia de las imágenes y el intervenir representaciones relativamente escasas, al contrario del estado de vigilia, en que actúan numerosas representaciones concomitantes, y por tanto comparaciones y correcciones adecuadas, explican la dificultosa capacidad de reproducción de las imágenes de los sueños y su rápido olvido.

Ensueños de origen psíquico.

En este lugar colocaremos aquellos ensueños cuyo origen no es una sensación, sino una representación o, mejor dicho, imágenes mneumónicas no vivaces sensorialmente. Llegan a tener gran vivacidad alucinatoria en el ensueño aquellas imágenes mneumónicas que han aparecido en nuestra asociación de ideas, no inmediatamente antes de dormir, sino algunas horas antes; pero no obstante encontrarse algunas veces estas

representaciones asociadas en series y hasta en juicios, la asociación resultalaxa, frecuentemente absurda y su rápido olvido tiene también lugar, como en el caso anterior.

Hablando de los ensueños de origen psíquico recuerda Maury el siguiente ejemplo de su propia observación:

«Yo tengo—dice—la vista corta y mala, y desde la ventana de mi cuarto no puedo distinguir con claridad una persona que pasa por la calle. Pues bien, muchas veces, en sueños, creo percibir desde mi ventana gentes que pasean y yo no las distingo mejor que lo hubiese hecho en la realidad.»

Evidentemente, no hay miopía imaginativa; era la memoria de una mala vista lo que le hacía ver mal también en sueños. Cuando Maury soñaba como un hombre está conformado y lo representaba tal como era, distinguía perfectamente todos sus rasgos característicos. En su sueño la representación concreta de la ventana provocaba la representación abstracta; había relación de causa a efecto. El poseía dos memorias: la de un hombre que él había visto de cerca y la de un hombre que él veía de lejos desde su ventana.

Cada vez que la memoria de la ventana aparecía en su sueño, despertaba la memoria de su corta vista, que despertaba a su vez una representación abstracta.

Peñacastillo, 8 de enero de 1914.

HOJAS DIETÉTICAS

Preparados de carne.

La caloría que proporciona la albúmina es la más cara de la dietética; la molécula albúmina es más complicada, pero necesaria a la reparación, formación y tono del cuerpo humano.

Es grande el número de estados morbosos que necesitan alimentación intensiva de albúminas; como más fácilmente digestible, más agradable y más fácil de preparar se elige la albúmina animal.

Muchas veces no puede el médico prescribir la carne en su preparación habitual, y el arte obtiene formas asimilables de gran valor nutritivo. La industria ha tomado en este punto gran incremento; pero las calorías que proporciona son demasiado caras, muchos de sus preparados defectuosos y algunos inaceptables higiénicamente. Sobre todo al dirigirse el tratamiento sobre clientes de modesta posición social deben tenerse estos datos en cuenta, para que no sirvamos inconscientemente al reclamo del producto en contra del interés de nuestro cliente.

En estas consideraciones se fundan las recetas siguientes:

1.^a *Jugo de carne*.—Se ponen 125 gramos de carne magra, raspada, en una botella, con dos cucharadas de agua. Se coloca la botella al bañomaría, hasta que el jugo que suelta la carne tiene el mismo nivel que ésta.

Estos jugos no deben conservarse más de seis a ocho horas. El enfermo toma el jugo y la familia puede utilizar el resto.

2.^a *Puré de carne*.—La carne magra se raspa y en una almirez se machaca; luego se puede pasar por tamiz espeso y con ella se hacen diferentes preparaciones. La masa tomada en pequeñas porciones y rodada por cacao forma las píldoras de cacao. Se puede hacer con pan tostado o en *sandwichs*; en esta forma puede darse hasta 30 gramos de carne en cada uno.

La *Conserva de damas* contiene: 60 gramos de puré de carne por 500 gramos de gelatina de frutas. Se toma a cucharaditas.

El *Looch de carne cruda* tiene esta fórmula: puré de carne, 50 gramos; almendras, 15, y azúcar, 16; todo bien molido en mortero.

3.^a *Carne puré crema*.—Puré de carne, 25 gramos; yema (una), 15; nata, 10; manteca, 5; sal, un poco. Total de calorías, 135.

La yema, nata y manteca se agitan hasta el blanco espumoso; se añade la carne y se mezcla muy bien. Se hace más agradable con jamón. Se sirve con pan tostado.

4.^a *Beesteaf* (fórmula vienesa).—Buey, 125 gramos; molleja, 60; jugo de limón, poco; agua, tres cucharadas.

Las carnes se raspan y machacan y se mezclan con el agua. Se ponen en bañomaría tres horas. agitando de tiempo en tiempo, se tamizan y se añade el jugo.

M. MORALES.

REVISTAS

Die Ther. d. Geg.

G. KLEMPERER (Berlín): *Enfermedades internas en las que está indicada la extirpación del bazo.*

Como un gran progreso de la medicina debe tenerse el haber aprendido que algunos casos de anemias graves y de caquexias se curan, o al menos mejoran, con la extirpación del bazo.

• Como este es un hecho todavía desconocido para muchos médicos, creo que será útil escribir algo sobre él.

En primer lugar, la extirpación del bazo no es una operación de mucha gravedad. De mis enfermos he hecho operar 20 (por el Dr. *R. Mühsam*), haciéndose la operación, por término medio, en veinte minutos, y sin gran pérdida de sangre. Murieron dos en la operación: eran dos enfermos de anemia perniciosa en el último período, y se operaron en estado agónico. Los otros 18 toleraron perfectamente la intervención, aun cuando entre ellos se contaban algunos verdaderamente agotados por las pérdidas de sangre que habían sufrido.

Sabido es que el bazo no es un órgano necesario para la vida, y que las personas que han sufrido su extirpación se comportan como individuos completamente normales. Entre los últimos casos observados por mí se encuentra una hermana del Hospital, operada desde el año 1905, que soporta admirablemente la pesada labor de la clínica, y en un análisis de sangre que se le ha practicado recientemente se ha visto que la proporción de sus elementos es normal. En algunos casos, durante algún tiempo después de la extirpación, sobreviene hasta un aumento del número de glóbulos rojos (policitemia), lo cual acarrea algunos trastornos, aunque menos graves que la enfermedad que ha dado motivo a la operación.

El grupo de enfermedades en las que puede estar indicada la extirpación del bazo, pertenece al de las anemias crónicas que amenazan gravemente la vida, entre las cuales se destacan principalmente dos formas:

- I. Anemias caquéticas con tumoración esplénica.
- II. Anemias caquéticas sin tumoración esplénica.

I.—ANEMIAS CAQUÉTICAS CON TUMORACIÓN DEL BAZO

En este numeroso grupo nosológico entran diferentes variedades, en las que nada se consigue con la extirpación del bazo, al lado de otras, las menos,

en las que se puede esperar una curación con la operación dicha. La clínica permite muchas veces, sin dificultad alguna, clasificar la enfermedad entre las susceptibles de operación o entre las no operables; muchas otras, sin embargo, se necesitará una larga observación acompañada del estudio concienzudo del análisis de la sangre.

Expondré a continuación los distintos grupos de enfermedades, entre las cuales muchas, desde luego, están excluidas del tratamiento quirúrgico; pero creo que no dejará de ser útil traerlas a cuento, porque en alguna ocasión pueden dar lugar a confusiones con las del grupo de las susceptibles de operación.

1. **Congestión del bazo (congestión pasiva, Stauungsmilz) en las enfermedades del corazón.**—Nadie pensará en tocar al bazo cuando su circulación está perturbada por una lesión cardíaca; pero en casos en que la compensación esté restablecida del todo, puede ocurrir en estos enfermos que el adelgazamiento y la palidez sobresalgan de tal modo sobre los otros síntomas, que se oscurezca el origen verdadero del mal; entonces puede la tumoración del bazo ser causa de alguna confusión. La exploración del corazón evitara el error.

2. **Congestión del bazo (congestión pasiva) en la cirrosis hepática.**—En este caso también la hipertrofia del bazo está fuera de todo tratamiento terapéutico, cuando el cuadro nosológico está ampliamente desarrollado. Si hay, además de los fenómenos apreciables en el bazo, otros que ponen en evidencia el retardo en la circulación de la porta, la extirpación del bazo me parece irracional. Recientemente, sin embargo, *Eppinger* ha extirpado el bazo en la cirrosis hepática; pero yo no le sigo en este camino.

3. **Bazo amiloide.**—Quien piense en el cuadro general de la degeneración amiloidea, quizá se extrañe de que traiga aquí a colación la tumoración esplénica que suele acompañar a aquella enfermedad. Pero ocurre que la tumoración esplénica debida a la degeneración amiloidea, suele presentarse como enfermedad propia, cuando el proceso tuberculoso de los pulmones se ha estancado y los demás síntomas de la degeneración no se han manifestado aún.

Yo he tenido ocasión de observar una enferma en la cual el proceso tuberculoso que sufría no era suficiente para explicar la anemia y caquexia que padecía, hasta que la presencia de la tumoración esplénica nos puso en el camino del diagnóstico. La aparición de la albuminuria acabó por poner las cosas en claro.

4. **Sífilis.**—Sabido es que en casos raros una sífilis antigua, localizada especialmente en el bazo, puede ofrecer un cuadro clínico cuyos principales caracteres sean tumor esplénico, anemia y caquexia: los elementos componentes de la sangre pueden ser normales o sufrir cambios de escasa importancia. No hay que olvidar la posibilidad de tal afección cuando nos veamos delante de

una tumoración del bazo de origen obscuro; el *Wassermann*, si es positivo, podrá sacarnos de dudas. En todo caso, antes de proceder a una operación se dispondrá una cura antisifilítica

5. **Malaria.**—Las fiebres intermitentes crónicas pueden dar lugar a aumento considerable del bazo, el cual se conserva aún después de haber desaparecido la enfermedad que le produjo y quizá dé lugar a graves trastornos de origen puramente mecánico. Se ha recomendado, cuando han fracasado la quinina y el arsénico, extirpar el órgano. De propia experiencia no puedo decir nada sobre si está justificada o no tal indicación.

6. **Leucemia y aleucemia.**—Ya se deja comprender que en todos los casos de tumoración del bazo con anemia caquéctica, es indispensable el análisis de la sangre. Si se encuentran aumentados los glóbulos blancos característicos de la leucemia, la extirpación del bazo sería una maniobra mortal. Conviene saber que las lesiones aleucémicas de algunos órganos internos preceden a veces a las alteraciones de la sangre; existe entonces tumoración esplénica, sin alteración de los componentes de la sangre; lo que antes se llamaba pseudoleucemia. En tales casos la punción del bazo aclarará el diagnóstico: si contiene mielocitos se puede pronosticar la aparición posterior de la leucemia y rechazar por inútil y aun peligrosa una intervención quirúrgica. Recomiendo, por lo tanto, antes de decidirse a operar, en todos los casos dudosos de anemia con tumoración del bazo, practicar la punción del órgano, puesto que la exclusión de la aleucemia no es posible por ningún otro procedimiento.

Nosotros hemos podido diagnosticar en dos enfermos la naturaleza leucémica de su enfermedad con la punción del bazo, cuando no había ningún otro síntoma del padecimiento, y les hemos ahorrado una peligrosa intervención. Se ha objetado contra la punción del bazo que puede originar, dada la abundancia de sangre del órgano, una hemorragia peligrosa o mortal y, por otra parte, que también en la anemia perniciosa se presenta mielocitosis.

Debo recordar que el bazo aumentado de volumen no es tan abundante en sangre como se supone; precisamente el bazo relativamente pequeño de la anemia perniciosa suele ser mucho más rico en líquido sanguíneo. En más de 20 punciones del bazo que hemos practicado, jamás ha ocurrido ninguna complicación importante. En la anemia perniciosa existe también mielocitosis, pero el análisis de la sangre no permite confusión con la leucemia.

7. **Linfosarcomatosis y granulomatosis.**—Se trata de un aumento de volumen del bazo acompañado de anemia con participación de algunas secciones del sistema linfático. Si hay tumoración de los ganglios linfáticos, no está indicada la extirpación del bazo. El diagnóstico exacto no se puede hacer más que por el análisis histológico de algunos trozos tomados de las tumoraciones linfáticas. La situación es más difícil cuando la manifestación primera es el aumen-

to del bazo y los infartos ganglionares no se han manifestado todavía. En dos de mis enfermos retardé la extirpación del bazo hasta que la aparición de los infartos ganglionares vino a poner en claro el diagnóstico. El tratamiento de esta afección (especie de pseudoleucemia) consiste en la administración de grandes dosis de arsénico y en el empleo de los rayos X y Thorium X. Con este método he visto mejorar a los enfermos; curaciones nunca.

8. **Tuberculosis del bazo.**—De todos es conocido el hecho de que la tuberculosis miliar también puede alcanzar al bazo y determinar en él un considerable aumento de volumen. Menos sabido es que existe una tuberculosis primitiva de aquel órgano, caracterizada por un gran aumento de su volumen juntamente con una anemia progresiva; cuya enfermedad se cura con la extirpación del bazo. *Bardenheuer*, muerto recientemente, operó uno de estos casos (diagnosticado de tumor maligno) y después de seis años el enfermo está sano y bueno.

Por ser muy raros estos casos, voy a referir la historia de uno observado por mí:

E. Z., de 16 años, trabajadora. Entró el 26 de junio de 1913. Medio año antes fué tratada en un hospital de una debilidad general y edema de las piernas. Estado actual: el bazo rebasa el borde costal en una extensión de tres o cuatro traveses de dedo. Hemoglobina, 35; eritrocitos, 3.758.000; glóbulos blancos, 6.800; leucocitos, 70 por 100; linfocitos, 16; mononucleares, 12; eosinofilos, 2 por 100 Wassermann.—Tratada en el hospital con una terapéutica roborante, fué enviada a su casa con 45 de hemoglobina. Rápidamente se debilitó de nuevo. Tuvo algunos vómitos. Muchacha pálida, de aspecto enfermizo. Pulmones normales. El hígado rebasa el arco costal uno o dos dedos. El bazo llega hasta la línea media, el polo inferior dos traveses de dedo por debajo del ombligo y en la línea axilar hasta dos dedos más arriba de la cresta ilíaca. Su superficie lisa. Sangre: E. 4.000.000, L. 25.000, Hb. 45, sin nada digno de mención. Fiebre remitente, 36,5 hasta 38,2 Wassermann—. 13 de junio, extirpación del bazo. El bazo extraído está sembrado de nódulos de color gris y al corte muestra el cuadro de la tuberculosis esplénica. (*Prof. Benda.*) También el hígado está cubierto de nódulos grises en todo lo que alcanza a verse. El análisis microscópico hecho por el *Prof. Benda* demuestra que el bazo está sembrado de nódulos tuberculosos. La enferma estuvo los 14 días siguientes a la operación sin fiebre; después volvió a presentar una fiebre remitente.—18 de junio, E. 3.250.000, L. 12.700, Hb. 65%.—8 de julio, E. 3.600.000, L. 7.800.—18 de julio, E. 3.400.000, L. 7.500.—27 de agosto, E. 5.000.000, Hb. 60%.—18 de septiembre, 4.500.000, Hb. 60%. El peso aumentó de 77 a 85 libras. La enferma tuvo fiebre con remisiones irregulares hasta el 2 de noviembre; desde entonces está libre de fiebre. A pesar de la fiebre, desde el principio del mes de octubre se levantó todos los días durante varias horas y se repuso a ojos vistas. El 16 de noviembre recibió el alta, al parecer curada. Durante este tiempo se exploraron continuamente los pulmones. Jamás se demostró macidez ninguna, ni alteración de los ruidos respiratorios.

En cambio, la radiografía ofreció un cuadro inesperado. La placa fotográfica mostró el 7 de julio, por lo tanto a los 26 días después de la operación, en ambos pulmones numerosas manchas jaspeadas que hicieron afirmar al *doctor Max Cohn* el diagnóstico de tuberculosis miliar de los pulmones. El 22 de julio la placa fotográfica confirmó el anterior diagnóstico, y nuevamente el 7 de agosto. Por el contrario, el 18 de septiembre las manchas de la placa se habían debilitado notablemente, y el diagnóstico del radiólogo fué de formaciones conjuntivas.

Este extraordinario caso exige una discusión detenida, porque sugiere graves problemas a propósito de la patología tuberculosa; pero aquí sólo quiero hacer constar que una enferma con una tuberculosis esplénica indudable, se ha curado con la extirpación del órgano enfermo. Aunque al parecer las otras lesiones tuberculosas también se han beneficiado de la operación, no quiero expresar sobre ello ningún juicio.

9. **Tumores malignos del bazo (carcinoma y sarcoma).**—La indiscutible indicación de extirpar el órgano en tales infecciones muy rara vez se presenta, porque, por excepción, es primitiva la neoplasia. El bazo es casi inmune contra el desarrollo de los gérmenes neoplásicos. Los nódulos metastásicos transforman, frecuentemente, el órgano en una gran tumoración. Por otra parte, se puede presentar una heperplasia del bazo acompañada de metaplasia mieloides, coexistiendo con carcinomas de órganos internos, especialmente de los huesos, y mientras la neoplasia permanezca oculta, puede presentarse como insoluble el problema diagnóstico. Nosotros hemos tenido una enferma con un gran tumor del bazo, a la cual, cinco años antes, se la había extirpado una mama cancerosa; el análisis de la sangre presentaba el cuadro de la anemia secundaria con algunos mielocitos; pasados algunos meses, se pudo diagnosticar, con la ayuda de los Rayos X, metástasis carcinomatosas en los huesos. El análisis del producto obtenido por punción del bazo (*doctor Hirsfeld*), demostró una transformación mieloides avanzada.

10. **Enfermedad de Banti (Induración conjuntiva del bazo).**—Existe una forma de anemia y caquexia con tumor del bazo que no corresponde a ninguna de las causas citadas. Cuando la enfermedad dura largo tiempo, sobreviene, muchas veces, una cirrosis hepática con ascitis. La anemia no presenta nada de característico; tampoco la nutrición. Se trata de una anemia progresiva, cuya causa radica en una enfermedad del bazo (anemia esplénica). Esta enfermedad ha sido curada, siguiendo las indicaciones de *Banti*, con la extirpación del bazo; numerosos pacientes han vuelto al estado normal; en algunos se presenta policitemia después de la intervención. La llamada enfermedad de *Banti* es la que con mayor frecuencia indica la extirpación del bazo.

En la práctica, en todos los casos de anemia con abultamiento del bazo, debe pensarse en una mutua dependencia etiológica en el sentido en que *Banti* la explica. Primeramente se debe analizar la sangre por si hubiera manifes-

taciones de leucemia. Un sólo análisis negativo no es suficiente: se debe esperar por si se desarrolla más tarde el proceso leucémico. En caso de duda se hará una punción del bazo. El *Wassermann* dirá si se debe establecer o no una cura específica. Se explorarán minuciosamente el corazón y los pulmones. Si después de algunos meses de observación no aparece alteración de ningún órgano y ningún infarto ganglionar, mientras que la anemia aumenta, entonces se puede hacer, con toda probabilidad, el diagnóstico de induración esplénica, la cual indica la extirpación del bazo. Todavía podemos ser sorprendidos en la operación, pues, a pesar de todo, quizá se trate de tuberculosis, de un tumor maligno, un granuloma o linfosarcoma; pero en todo caso la indicación es la misma, y por la intervención quirúrgica no se ha de agravar el enfermo: probablemente mejorará.

11. **Esplenomegalia con ictericia (ictericia hemolítica).**—Existen casos de gran tumoración esplénica, acompañadas de ictericia de variable intensidad, a menudo hereditaria y familiar, pero a veces adquirida y esporádica, con anemia progresiva y fuerte urobilinuria. Algunos autores consideran como característica de esta enfermedad la disminución de la resistencia de los glóbulos rojos frente a las soluciones hipotónicas de cloruro de sodio; sin embargo, de ninguna manera tengo por patognomónico este fenómeno. Me parece completamente arbitrario dar capital importancia a la resistencia de los eritrocitos a las soluciones hipotónicas de cloruro de sodio; es muy posible que los glóbulos rojos que ofrezcan frente aquellas soluciones gran resistencia, se disuelvan por otras causas. La ictericia hemolítica desaparece con la extirpación del bazo; la anemia mejora notablemente.

Después de los ejemplos alegados en el último Congreso de Medicina por *Kahn* (de la clínica de Lüthje, en Kiel) y *Descatello* (de la de Ortuer, de Viena), estamos autorizados a proceder a la extirpación del bazo en los casos de tumoración esplénica con ictericia, anemia y urobilinuria.

Sin embargo, no hay que precipitarse a intervenir. Referiré como ejemplo la siguiente observación.

M. T., de 27 años, pintor, siempre sano. Desde hace unos años falta de apetito y cansancio; con frecuencia hemorragia de las encías; le huele mal el aliento. Desde hace ocho semanas ictericia; de tiempo en tiempo vómitos y diarrea; sensación de sequedad en la garganta. Ingresó el 26 de noviembre; el enfermo, muy demacrado, presentaba una coloración verdaderamente verde, tan intensa como no la he visto nunca. En algunas regiones se sobreponía una coloración cianótica: realmente el aspecto era el de un cadáver; la esclerótica también verde; las encías rosa pálido amarillento; la mucosa de la boca y de la faringe recubiertas con membranas; corazón y pulmones, normales; el hígado sobrepasa el arco costal un través de dedo; el bazo sobresale de las costillas tres dedos, blando y liso; gran edema en los pies, que se extiende hasta la mitad de la pierna; orina rojo parduzca oscura; bi-

lirubina, no; abundante urobilinógeno y urobilina; albumina, no; sangre: E. 1.500.000; L. 1.500; Hb. 25 por 100, pequeña posiquilocitosis; ninguna otra cosa que fuera anormal; suero sanguíneo teñido fuertemente de verde, contiene gran cantidad de urobilina y nada de bilirubina. *Wassermann*—.

La resistencia de los glóbulos rojos frente a la solución hipotónica de cloruro de sodio no se encontraba disminuída. Fiebre remitente irregular que llega hasta 39°. Bajo la acción de una alimentación suficiente y de los cuidados que se le prodigaron, se inició una mejoría en el cuadro sintomatológico: el color verde de la piel fué poco a poco palideciendo, tomando un aspecto amarillento; las fuerzas aumentaron. 14 de diciembre: la fiebre desaparecida; sangre: eritrocitos 2.600.000; Hb. 60 por 100; numerosos megaloblastos y megalocitos fuertemente teñidos de verde; orina clara, todavía fuerte; urobilinuria y la reacción urobilinógena positiva; el edema ha desaparecido. 23 de diciembre: se encuentra completamente bien; color de la piel ligeramente amarillo; orina sin urobilina ni urobilinógeno; el bazo apenas palpable; sangre casi normal: E. 3.900.000; L. 6.300; Hb. 75 por 100.

En este caso se trataba de una anemia pronunciadísima con ictericia, urobilinuria y aumento de volumen del bazo. Fuera de toda discusión estaba la hemólisis de los eritrocitos, a pesar de su resistencia a las soluciones hipotónicas de cloruro de sodio. Hubiera estado muy justificada la indicación de extirpar el bazo; no lo hice, sin embargo, atendiendo a la existencia de la fiebre, que indicaba la de un proceso infeccioso. He observado casos de hemoglobinuria febril, que después de un breve espacio de tiempo han curado. Sabido es que existen grandes analogías entre la hemoglobinemia y urobilinemia

En resolución, podemos dividir las anemias y caquexias que van acompañadas de aumento de volumen del bazo, respecto a la intervención quirúrgica, en dos grupos:

a) Un grupo en el que no está indicada la operación, que está formado por la congestión pasiva del bazo, amiloides, leucemia, granuloma, linfosarcoma, malaria y sífilis.

b) Un segundo grupo en el que está indicada la extirpación del bazo, que comprende la tuberculosis del bazo, neoplasias, enfermedad de *Banti* y la ictericia hemolítica.

II.—ANEMIAS CAQUÉCTICAS SIN TUMORACIÓN ESPLENICA

Es un hecho completamente nuevo el considerar la anemia, sin aumento del bazo, desde el punto de vista operatorio. En el pasado mes de mayo, *Eppinger*, de Viena, refirió dos casos de anemia perniciosa, notablemente mejorados con la extirpación del bazo. En este mismo periódico publicamos *Hirschfeld* y yo dos casos análogos. También *Decastello*, *Mosse* y *Huber* han hecho extirpar el bazo en la anemia perniciosa, con buen resultado para el estado general de los enfermos y de su composición sanguínea.

Eppinger partía del principio, desde hace tiempo por él sustentado, de que en la anemia perniciosa, como en las anemias hemolíticas, estaba aumentada patológicamente la destrucción de los glóbulos rojos. *Hirschfeld* y yo partíamos del hecho de que, después de la extirpación del bazo, sano o enfermo, frecuentemente tiene lugar una mayor producción de eritrocitos. Atribuimos, en una palabra, al bazo una acción sobre la medula ósea retardadora de sus funciones, y esperábamos que después de quitarle se había de producir un estímulo en la función de aquel órgano. Realmente, en nuestros dos casos se pudo observar después de la extirpación del bazo los síntomas de un enérgico estímulo de la medula ósea.

Expondré con brevedad la historia de los tres primeros casos y de otros siete recientemente tratados, dejando para más adelante ocuparme de ellos con mayor extensión.

1. Mujer. J. R., de 63 años. Desde hace tres años enferma. Extraordinariamente pálida y débil. Respiración anhelosa. Bronquitis difusa. Arterioesclerosis. Sangre: E. 1.080.000; L. 6.300; Hb. 35 por 100. Operación el 17 de junio. Al siguiente dió numerosas normoblastos en la sangre. E. 1.100.000; L. 12.200. Muerte 12 de junio. Autopsia: broncopneumonía, obesitas miocardinefritis intersticial.

2. Mujer. M. Ll., de 39 años, ocho partos. Desde hace un año enferma. Muy pálida. Arsénico y Thorium X, sin resultado. 17 de junio: E. 950.000, L. 5.400, Hb. 35 por 100. Fiebre continua hasta 38,5°. Operación 20 de junio. Desde esta fecha aumentó lentamente el número de E., que era en 27 de junio 1.240.000; 18 agosto, 1.730.000; 28 agosto, 1.500.000. Desde el principio se vieron en la sangre numerosos normoblastos y cuerpos de *Jolly*. Alta el 2 de septiembre, habiendo desaparecido los poiquilocitos y existiendo todavía numerosos megalocitos con abundante hemoglobina. Notablemente mejorada del estado general, la enferma había abandonado la cama desde el 12 de julio y se sentía mucho más fuerte. Sin fiebre desde el 5 de agosto. El 19 de agosto aún presentaba acidez del estómago; se le administraba pepsina y ácido clorhídrico. Desde que recibió el alta se dedicaba a las ocupaciones de la vida doméstica, pero cuidándose mucho. Tiene con frecuencia dolores de cabeza, y aunque se siente muy mejorada, conserva todavía una gran palidez. El peso ha aumentado de 114 a 120 libras.

3. G. M., de 36 años. Enferma hace dos años. Muy pálida y débil. Fiebre hasta 39°. Tuberculosis del vértice izquierdo. Sangre: E. 1.100.000, L. 2.400, Hb. 40 por 100. Operada 20 de junio. Se repone lentamente. 18 de agosto, E. 2.680.000. 30 de septiembre, 2.580.000, Hb. 68 por 100. 19 de octubre, E. 2.100.000, Hb. 75 por 100. 17 de diciembre, 2.540.000. A pesar de una mejoría notable, aún es evidente en el cuadro hematológico el carácter de la anemia perniciosa. Se levanta algunas horas de la cama, pero continúa muy débil. La lesión tuberculosa no ha progresado. Continúa la fiebre. La diarrea que antes existía ha desaparecido y dado lugar a tendencia al estreñimiento, bajo la acción del Hcl. y el pancreon. El peso bajó de 78 a 73; más tarde aumentó hasta 84.

4. A. C., de 36 años. Desde muchos años tendencia a las hemorragias por la nariz y las encías. Diagnosticada por el médico dos años antes de perniciosa y tratada repetidamente con inyecciones de arsénico, sin resultado. Estado desesperado, extraordinariamente pálida, respiración superficial. Parálisis de ambas piernas; faltan los reflejos. Micción difícil. Cistitis. E. 1.062.000, L. 5.900, Hb. 45 por 100. Operación 1 de septiembre. Progresivamente van disminuyendo las fuerzas. 7 de septiembre, E. 857.000, L. 9.100, Hb. 30 por 100. 18 de septiembre, E. 1.124.000, Hb. 35 por 100. 6 de octubre, E. 1.500.000. 5 de noviembre, 1.200.000. Numerosos eritrocitos con núcleo. El estado general notablemente mejorado desde mediados de septiembre. Aumenta el apetito. Desde mediados de octubre otra vez disminuyen las fuerzas. Aparecen decubitis en la región sacra y en los talones. 12 de noviembre, muerte. Autopsia: broncopneumonía, líquido en ambas pleuras, obesitas miocardií y pequeña degeneración del miocardio; cistitis y pielitis supuradas, algunos abscesos del riñón; mielitis pronunciada; la médula ósea no presenta la coloración roja de jalea de frambuesa, propia de la anemia perniciosa, sino un tinte rojo grisáceo. (*Prof. Benda.*)

5. E. N., de 44 años. Desde hace muchos años sufre del estómago y de anemia. Desde hace uno y medio años ha empeorado notablemente. Noviembre 1912, inyecciones de arsénico con buen resultado. Desde agosto, nuevo tratamiento arsenical, sin éxito. El médico le envía para que se le extirpe el bazo. Notablemente desnutrido, pálido e icterico; gran cantidad de urolina en la orina. Respira con fatiga. Sin apetito. Sangre, cuadro típico de la anemia perniciosa: E. 772.000, L. 3.500, Hb. 25 por 100. Operación, 6 de octubre. Se repone lentamente. 2 de noviembre, 1.200.000, Hb. 35 por 100. De la orina ha desaparecido la urobilina; también la ictericia. 5 de noviembre, sale del hospital. Al fin del mes de noviembre aumentan poco a poco las fuerzas; aún tiene frecuentes dolores de cabeza; parestesia de ambas manos.

6. M. S., de 66 años. Nueve partos y cinco abortos. Desde mayo, débil y pálida, diarrea y vómitos. 13 de octubre: al ingresar, es su aspecto tan deplorable, que el cirujano rechazó la indicación de operarla. El análisis de la sangre, típico de la anemia perniciosa: Eritrocitos 1.348.000, Hb. 25 por 100. Se le administraron diariamente inyecciones de arseniato de sosa desde 5 miligramos, aumentando hasta 2 centigramos. No se pudo apreciar ninguna influencia sobre la composición de la sangre. 4 de noviembre, E. 1.240.000. Operación, 5 de noviembre. Poco a poco mejoró algo. 7 de diciembre, E. 1.300.000; enferma débil.

7. M. R., de 31 años; casada desde hace cuatro años; el año anterior un aborto de tres meses. Desde esta fecha, débil, pálida, sin apetito; últimamente, vómitos frecuentes, dificultad respiratoria. 4 de noviembre: E. 840.000, L. 3.900, Hb. 21 por 100. 5 de noviembre, operación. Al siguiente día de la operación se desarrolla una psicosis grave; grita, delira, rechaza el alimento; morfina y escopolamina, alimentación con sonda. Los trastornos psíquicos se mantienen hasta ahora, a pesar de la rápida mejoría de estado general; sin embargo, en los últimos tiempos ha mejorado; de vez en cuando toma ella misma el alimento y atiende a lo que se la dice. 27 de noviembre: Eritrocitos 250.000.000, Hb. 40 por 100. 6 de diciembre: E. 2.900.000, Hb. 50 por 100. El carácter degenerativo se conserva, las fuerzas han mejo-

rado notablemente, la coloración de labios es más intensa, no hay dificultad para respirar, pulso fuerte. 20 de diciembre: E. 2.680.000, Hb. 60 por 100. El carácter degenerativo ha disminuído notablemente, habiendo retrocedido la poiquilocitosis y encontrándose muy pocos megalocitos que contengan abundante Hb, los cuales permiten reconocer el verdadero carácter del padecimiento.

8. J. A., de 24 años. Desde el principio de este año, pálida y sin apetito; con frecuencia, vómitos. Cuadro sanguíneo típico: Eritrocitos 1.360.000, L. 4.000, Hb. 20 por 100. 15 de noviembre, operación. En los siguientes días, muy débil. 19 de noviembre: E. 960.000, L. 8.000, poco a poco se repone. 30 de noviembre: E 1.400.000, L. 10.500, Hb. 50 por 100, todavía existen poiquilocitosis; el estado general ha mejorado notablemente, tiene buen apetito y el aspecto de estar completamente buena.

9. P. J., de 61 años. Desde hace medio año, palidez que va en aumento y demacración; últimamente, vómitos con frecuencia. Entró con el diagnóstico de carcinoma del estómago. E. 1.400.000, L. 4.000, Hb 40 por 100; el cuadro típico de la anemia perniciosa. 10 de diciembre: extirpación del bazo; luego se repone lentamente; en la sangre numerosas normoblastos. 18 de diciembre: E. 1.700.000, L. 9.000, Hb. 45 por 100.

10. A. P., de 27 años. Enferma desde hace dos años; ha estado sometida varias veces a curas por el arsénico. Extraordinariamente pálida, con gran debilidad cardiaca. Sangre típica de la anemia perniciosa: E. 640.000, L. 2.900, Hb. 20 por 100. 12 de diciembre, extirpación del bazo. Muerta por colapso aquella misma noche. Autopsia: aplasia de la medula ósea. (*Prof. Bende.*)

Hemos hecho, por consiguiente, extirpar el bazo en diez enfermos atacados de anemia perniciosa, de los cuales han sucumbido dos a la operación: una vieja con broncopneumonía, antes de operarse, y una joven que llegó a la mesa en el último período de la enfermedad y con una extrema debilidad cardiaca. Los otros ocho enfermos han resistido la operación, aunque todos ellos se encontraban en un estado casi desesperado. Uno de ellos sucumbió, ocho semanas después de la intervención, a una cistitis y mielitis, padecimientos que ya trajo al acto operatorio, a pesar de haber mejorado las alteraciones de la sangre; también la medula ósea presentaba señales de mejoría. En los otros siete casos fué innegable la mejoría, lo mismo de los componentes de la sangre que del estado general.

Pero esta mejoría ha venido siempre lentamente, y hasta ahora sólo en uno de los casos (7), ha sido suficientemente notable para que se pueda creer en una curación. También en este caso es en el que únicamente ha cambiado cualitativamente el cuadro de la sangre: en ninguno de los otros ha perdido la sangre el carácter específico de la anemia perniciosa.

Sobre la cuestión ya propuesta por mí en otra ocasión, si al extirpar el bazo en la anemia perniciosa no hacemos más que actuar sobre la función de la medula ósea o si con el órgano quitamos el foco de la enfermedad, nada se

puede deducir del estudio de los casos expuestos. Lo que aparece claro es la diferencia que existe entre la acción de la extirpación del bazo en las anemias graves con esplenomegalia y en las anemias sin tumoración esplénica. En las anemias esplénicas (*Banti*), en la tuberculosis del bazo y en la ictericia hemolítica la extirpación puede conducir a la curación, mientras que en la anemia perniciosa, al parecer, no se puede esperar de la operación más que una mejoría. De todos modos, no estamos hoy todavía autorizados para hacer deducciones definitivas.

Todos nuestros casos de anemia perniciosa han sido tratados en un estado muy adelantado de su enfermedad, y hay que tener presente que tampoco las anemias perniciosas producidas por el anquilostoma o el botriocéfalo, a pesar de la destrucción del parásito, es decir, a pesar de una terapéutica casual, se corrigen cuando el agotamiento del enfermo está muy avanzado. Pensando en esto hay que dejar en suspenso el juicio sobre el empleo de la extirpación del bazo en los casos de anemia perniciosa.

J. H. O.

Müch. med. Woch

DOCTOR BRIX: *Un caso de «Situs inversus totalis»*.—El 27 de mayo de 1913, ingresó en el hospital (Flensburg) una mujer de 26 años, diagnosticada de apendicitis. Según ella, había sido ya curada de la misma enfermedad en 1911 y en marzo de 1913; tenía los dolores en ambos lados. El 25 de mayo cayó enferma con dolores de cabeza, vómitos y dolor de ambos lados del bajo vientre. Pulso muy rápido, timpanismo, y muy sensible a la presión, sobre todo en el lado derecho. Última deposición el día 25: desde entonces no ha hecho ninguna deposición ni expulsado gases.

Diagnóstico: Apendicitis, peritonitis en la región ileocecal, en la pelvis y en todo el bajo vientre. Se decidió operar en seguida.

Después de abierta la cavidad abdominal, con una incisión oblicua en el lado derecho por encima del ligamento inguinal, se cayó sobre el intestino grueso. En la parte externa del mismo existían unos cincuenta gramos de pus, completamente amarillo, el cual fué extraído con tapones de gasa. El apéndice, que parecía debía hallarse allí, no se encontró. Para evitar el nuevo derrame de pus, se buscó cuidadosamente el apéndice trayendo hacia afuera el intestino grueso y recorriendo sus paredes, pero el apéndice no pareció.

El intestino grueso no se dejaba movilizar hacia arriba pero sí hacia abajo; estaba libre de adherencias, pero el apéndice no se hallaba, ni en su parte lateral ni en su parte posterior. Como los intestinos delgados dilatados se pre-

sentaban en la herida, dificultando la exploración, se dilató la incisión con el objeto de tener mayor campo. No se encontró más pus.

El ayudante que reconoció al enfermo antes de la narcosis, notó que los ruidos cardíacos eran muy apagados y que la matidez hepática tampoco era apreciable, lo cual hacía pensar en un *Situs inversus*.

Después de separar con separadores romos el ángulo superior de la incisión, pudimos comprobar que el hígado faltaba al lado derecho.

El intestino grueso desaparecía entre las asas del intestino delgado, y se pudo seguir hasta abajo en la pequeña pelvis, así como al lado izquierdo el colon descendente y la flexura sigmoidea. En la pequeña pelvis no había exudado y sólo la trompa derecha mostraba un enrojecimiento grande y una pequeña inflamación, pero sin pus.

Después de cubrir el lado derecho, se hizo una incisión en el lado izquierdo por cima del ligamento *inguinalis* y se presentó en seguida el apéndice. Éste tenía unos cinco centímetros de largo, algo engrosado y duro, pero muy poco o nada enrojecido y sin ningún síntoma macroscópico de peritonitis. Después de extirpado el apéndice, se suturó la cavidad abdominal por completo, al lado izquierdo y con drenaje en el derecho. La curación ocurrió sin novedad.

En el apéndice se encontró, aparte de algunas materias fecales, una verdadera piedra, lo cual es sumamente raro, de ocho milímetros de larga y cuatro de ancha, de 12 centígramos de peso y dura como el granito.

La peritonitis existente al lado derecho era, según mi opinión, dependiente de la trompa derecha, porque de los órganos situados en las vecindades del foco de pus sólo ella presentaba manifestaciones inflamatorias. Por desgracia no se hizo análisis del pus. La trompa izquierda no fué vista en la operación, por lo cual es difícil precisar si los dolores que existían en el lado izquierdo eran debidos a ella o a la piedra que contenía el apéndice. Yo tengo por más verosímil esto último, porque sólo el apéndice estaba enrojecido, mientras que las inmediaciones que eran visibles, no ofrecían ninguna manifestación inflamatoria ni ningún exudado. Es muy posible la coincidencia de una apendicitis (*sinistra*) y una salpingitis del lado derecho con peritonitis circunscrita en este lado.

El reconocimiento posterior de la enferma, por medio de los rayos X, demostró que el corazón estaba situado al lado derecho; el hígado, al izquierdo, y el estómago, al derecho. A excepción de algo de clorosis no existía ninguna anomalía ni física ni psíquica. Los padres y hermanos tienen *Situs* normales y un hermano es hemofílico. Se trata, en efecto, de un *Situs* inverso total.

En la Anatomía topográfica del profesor Corning (4.^a edic., 1913, pág. 460) se encuentra el grabado de un caso semejante y la observación de que estas anomalías de constitución son de las más raras y al práctico ofrecen no escaso interés.

A. C.

DR. SALVADOR V. DE CASTRO: *Nueva doctrina de las crisis. (Para la comprobación de los fisiólogos, los electrólogos y los clínicos).*—Todo astro que gira alrededor de otro ejerce una acción inductiva sobre él, lo electriza. Y a la vez, resulta electrizado por el otro. La rotación de la Luna alrededor de la Tierra electriza a ésta continuamente. La rotación de la Tierra alrededor del Sol determina, también, nuestra electrización. La Luna y la Tierra, el Sol y la Tierra, constituyen especies de solenoides, que se influyen. Para nuestro organismo constituye la Luna el solenoide más poderoso, a pesar de la pequeñez relativa de su masa, por estar más cerca. Los restantes cuerpos siderales representan, para nosotros, solenoides de influencia más remota.

En el momento de abrirse o de cerrarse una corriente continua, o inducida, es cuando son para el ser vivo más enérgicos sus efectos de excitación. En el momento de aparecer la Luna en nuestro horizonte, o de quitarse de él, en el momento preciso de salir el Sol o de ponerse—instante en que las respectivas inducciones efectúan una elevación y caída bruscas—experimenta nuestro organismo fenómenos equivalentes a los producidos por la apertura o el cierre de una corriente inducida. Todo el reflejismo medular se halla excitado, y cada organismo responde a su manera (bostezo, pandiculaciones, estornudo, risas, gritos, tics, borborigmos, hipo, tos, contracción de los músculos eyaculadores o del erector del pene, vómito, iniciación del parto, rotura de la bolsa de las aguas, alumbramiento, calambres, convulsiones, etc., etc.) según situación, predisposición y oportunidad.

Como en los casos de enfermedad, el aumento del reflejismo, durante esos momentos de salidas y puestas de la Luna y del Sol, puede tomar infinidad de formas, el médico debe contar con cuatro momentos críticos cada día, en los cuales hay variación algo favorable o adversa en el estado del enfermo, una manifiesta *crisis* en ocasiones, y posibilidad de muerte en los casos graves.

Claro es que, además de las *horas de crisis*, hay *días de crisis*. Es *día muy crítico* aquel en que coinciden el refuerzo de apertura de una acción inductiva sideral de las citadas con el cierre de la otra; por ejemplo, salida de la Luna en el preciso momento de la puesta del Sol. Pero *es mucho más crítico* el día en que coinciden el refuerzo de apertura, o el de cierre, de ambas inducciones: el día, de conjunción, en que la Luna y el Sol coinciden durante los mismos minutos en aparecer o en quitarse de nuestro horizonte.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

XXVI Congreso de la Asociación francesa de cirugía

J. VERHOOGEN (BRUSELAS): *Las incisiones transversales en la cirugía del abdomen.*—Para las operaciones abdominales, hace notar Verhoogen que los cirujanos se sirven exclusivamente de incisiones longitudinales: incisiones medias sobre la línea blanca, incisiones laterales a lo largo del borde externo de los rectos, incisiones posteriores a lo largo de la masa sacrolumbar. Buscan, sobre todo, evitar la sección transversal de los músculos rectos por el temor de no poderlos reunir bien y de tener por consecuencia eventraciones considerables.

Sin embargo, aparte de los músculos rectos, todos los tejidos de la pared tienen una dirección transversal.

Los músculos y su aponeurosis común forman una cincha de dirección transversal que nuestras incisiones habituales vienen a cortar a través; los nervios tienen una dirección transversal; las mismas fibras de la piel se dirigen transversalmente.

Verhoogen, desde hace un año ha empleado sistemáticamente las incisiones transversales en la mayor parte de las operaciones abdominales. He aquí los resultados que él ha obtenido:

Las operaciones ginecológicas se hacen muy bien por la incisión de Pfannenstiel: ésta es por lo demás clásica. La cicatriz no afecta a la estética, es muy sólida y no da jamás origen a keloides, siendo muy raras las recidivas.

La cistotomía transversal es una mala operación, porque el drenaje consecutivo infecta la sutura muscular y se produce una eventración considerable.

Para las operaciones sobre el estómago, se evita uno de los músculos rectos si se trata de una pilorectomía o de una gastro-enterostomía. Si el espacio es insuficiente, se puede seccionar los dos rectos. Las maniobras abdominales se hacen de esta forma muy fácilmente. Es necesario tener cuidado de reunir sólidamente los músculos por puntos en M. La cicatriz es sólida. Cuando es necesario operar sobre la pequeña curvatura o sobre el cardias, la incisión longitudinal vale más.

Para la cirugía del hígado, incisión paralela al reborde costal. Se añade la sección del recto para las maniobras sobre las vías biliares profundas. Esta técnica es preferible a la incisión de Kehn.

Para las operaciones en el riñón, incisión de Pean, cortando transversalmente el flanco. Se descubre así muy bien el íleo, región la más importante en la nefrotomía.

Para la apendicectomía en frío, incisión transversal al nivel de la espina iliaca. Se puede, en caso de necesidad, agrandarla seccionando un poco el músculo recto. Cicatriz sólida muy poco aparente. En la operación en caliente y en los casos complicados, se puede preferir la operación de Mac Burney.

La cura radical de las hernias umbilicales y de las eventraciones, se hace más fácilmente por la incisión transversal: la reunión es sólida, la cicatriz no está atirantada con los esfuerzos abdominales y las recidivas son raras.

En fin: la incisión transversal puede servir igualmente a las operaciones sobre el colon. Verhoogen ha hecho así una resección del ciego, del colon ascendente y de una parte del colon transversal con íleo-colestotomía. La cicatriz es sólida, y a pesar de un taponamiento de muchos días, no se produjo ninguna eventración.



Contribución a la cirugía de la próstata. (Comunicaciones hechas al XVII Congreso de la Asociación francesa de urología.)

LEGUEN y MOREL, PARÍS: *Sobre el valor clínico de la eosinofilia en los prostáticos.*—Estudiando la sangre de 85 individuos atacados de distintas afecciones de la próstata, estos autores han notado fórmulas leucocitarias variables con la naturaleza de la enfermedad.

Han comprobado en particular el aumento en número de eosinófilos en el 90 por 100 de los portadores de adenoma. Independiente de toda causa parasitaria, toxi-infecciosa o medicamentosa, esta eosinofilia, que es por término medio de cinco por 100 en los prostáticos no infectados y no hematúricos, parece bien unida a la presencia del adenoma porque ella desaparece al día siguiente de la prostatectomía, y que, por otra parte, el examen histológico del adenoma demuestra, en la zona peri-uretral, una proporción anormal de elementos eosinófilos.

Aun cuando la eosinofilia de los prostáticos no constituye una reacción específica, su averiguación presenta al menos un real interés diagnóstico. Ella ha permitido particularmente precisar diagnósticos dudosos de neoplasmas o de adenoma y determinar en los «prostáticos sin próstata» la presencia de pequeños adenomas clínicamente imposibles de sospechar.



MARION, PARÍS: *Sobre la prostatectomía suprapubiana en las prostatitis crónicas.*—El autor ha practicado seis veces prostatectomías suprapubia-

nas por prostatitis crónicas, tratadas después de mucho tiempo sin resultado, por todos los medios posibles.

La técnica de estas prostatectomías no se parece en nada a aquellas prostatectomías por hipertrofia. En este caso, en efecto, no se extirpa el cuello sino solamente los dos lóbulos inflamados de la próstata. Para hacer esto, estando abierta la vejiga, se va a reconocer, detrás del cuello vexical, los dos relieves más o menos pronunciados que forman los lóbulos prostáticos bajo la pared vexical; si es necesario, el tacto rectal los acentuará. Entonces se practicará con el bisturí en cada uno de estos relieves una incisión partiendo del cuello y dirigiéndose oblicuamente hacia atrás y afuera, atravesando todo el espesor de la pared vexical. Después el dedo, penetrando sucesivamente en cada una de estas incisiones, diseccionará y extirpará los lóbulos prostáticos. Estos se diseccionan con relativa facilidad cuando se está en el buen plano de *clivaje*, y es un error creer, como se dice con mucha frecuencia, que la próstata no hipertrofiada no se puede extirpar por disección obtusa. Se disecciona, pues, fácilmente cada lóbulo, menos al nivel de su parte anterior, y por este sitio, que constituye el pedículo excretor del lóbulo, es necesario proceder por arrancamiento.

Los lóbulos extirpados se presentan, como forma y como volumen, muy parecidos a almendras lisas y regulares, salvo a nivel de una de las extremidades, la anterior.

Después de la ablación, Marion trata a estos enfermos como a los sujetos a los cuales ha hecho una prostatectomía por hipertrofia.

Seis enfermos tratados anteriormente en vano por todos los medios habituales, han sido operados por este proceder.

Un enfermo de 32 años de edad presentaba como trastorno principal, retención completa desde hacía muchos meses. El resultado fué perfecto.

Los otros cinco enfermos acusaban dolores como los que aquejan a los enfermos atacados de prostatitis crónica, trastornos neurasténicos y derrame de líquido. En tres casos el resultado fué perfecto: desaparición de los dolores, de los trastornos neurasténicos y del derrame. En dos casos el resultado fué incompleto: la gota se suprimió completamente, lo mismo que los filamentos, pero los fenómenos de neurastenia persistieron al mismo tiempo que los dolores.

Bajo el punto de vista de la función genital, la supresión de los lóbulos prostáticos por vía alta entraña las consecuencias siguientes: las erecciones son conservadas en su integridad, los enfermos conservan igualmente las sensaciones especiales que acompañan a la eyaculación, pero en dos enfermos la eyaculación no se verificó más. Los otros enfermos no han podido precisar bien este punto.

Esto es por lo que, al comunicar estas observaciones, Marion declara no

poder aportar conclusiones precisas. En los dos tercios de los casos, los resultados han sido perfectos bajo el punto de vista de los dolores y de la supresión de la gota, pero dos enfermos, uno de los cuales es el de mejores resultados, señala la supresión de la eyaculación. Este inconveniente es serio; los sujetos jóvenes son generalmente los atacados de prostatitis crónicas, y si la ablación de los lóbulos prostáticos, tal como acaba de ser descripta, entraña fatalmente la supresión de la fecundidad, no es dudoso que no deberá ser utilizada más que en casos especiales: enfermos en los cuales han fracasado todos los tratamientos, y enfermos a los cuales se les prevendría los resultados de la intervención.

A. C.

BIBLIOGRAFÍA

Don Pablo Pereda Elordi: Cartilla higiénica para las madres.—Santander, 1913.—Labor de vulgarización de la higiene de la lactancia, meritoria por la intención y el acierto con que está realizada.

Como corresponde a esta clase de obras que han de leer principalmente las mujeres del pueblo, los preceptos más elementales de la lactancia están expuestos con brevedad y claramente.

La Junta provincial de Sanidad ha informado favorablemente por unanimidad la Cartilla del entusiasta médico de la «Gota de Leche», de Santander, señor Pereda Elordi.

A. Convelaire: Introduction a la chirurgie uterine obstétricale. G. Steinhil. Paris, 1913.—La materia está dividida en tres partes: la primera consagrada al estudio anatómico de la matriz en gestación antes, durante el trabajo del parto y en el puerperio; es, desde luego, la más interesante, de mayor originalidad y riqueza gráfica. Los documentos anatómicos están copiados de las piezas acumuladas en la clínica de *Baudelocque* por *Pinard, Varnier y Champetier de Ribes*, más algunas nuevas añadidas por el autor mismo, recogidas unas de la sala de autopsias y otras de la de operaciones. Con razón afirma Convelaire que las láminas de sus preparaciones, formando un álbum de 28 grabados, vienen a llenar un vacío que se dejaba sentir en la iconografía obstétrica francesa.

En la segunda parte de la obra—cirugía conservadora del útero al fin de la gestación y durante el parto—se ocupa, en primer lugar, de la cesárea clásica; se declara partidario de la exteriorización de la matriz y de la histerotomía sagital media, y dedica un interesante capítulo a la hemostasia, recomendando la inyección de ergotina antes de la operación; se muestra escéptico respecto a las diferentes reglas que se han preconizado para determinar con anterioridad a la incisión de las paredes uterinas, el lugar de implantación de la placenta; pero, por otra parte, no concede gran importancia a que el bisturí interese o no la masa placentaria.

Interesantísimo el capítulo sobre la cicatrización de la herida uterina, donde describe la marcha de la reparación cicatricial, la formación de adherencias epiploicas (las más frecuentes) y las intestinales y utero-parietales, y

las roturas que sobrevienen en úteros que han sufrido la operación cesárea. Este capítulo va ilustrado con excelentes grabados.

Superficialmente, y mostrando por ellas un desdén poco justificado, trata de la cesárea transperitoneal de *Frank* y de las cesáreas extraperitoneales, derivadas todas de la operación ideada por el actual profesor de Berlín: las operaciones de *Veit*, *Sehllein* y *Latzko*. Con mayor extensión, aunque no con más simpatía, se ocupa de la cesárea vaginal u operación de *Dührsen*, cuyas indicaciones son rarísimas, según el autor.

La operación de *Porro* está tratada con extensión y cariño. En fin, la obra, de gran utilidad para los especialistas, está presentada con gran lujo: honra al autor y a la medicina francesa. Sólo es de lamentar que en algunos pasajes asome el espíritu de escuela alterando la serenidad del discurso científico.

J. H. O.

N O T I C I A S

Los estudiantes de medicina en Italia.—Durante los cursos comprendidos entre los años 1893-94 y 1911-12, han estudiado en las veinte Universidades de Italia los siguientes alumnos:

Curso de 1893-94.....	6.521 alumnos	
» 1894-95.....	6.781	»
» 1895-96.....	6.787	»
» 1896-97.....	6.919	»
» 1897-98.....	6.898	»
» 1898-99.....	6.664	»
» 1899-00.....	6.650	»
» 1900-01.....	6.480	»
» 1901-02.....	6.281	»
» 1902-03.....	5.872	»
» 1903-04.....	5.706	»
» 1904-05.....	4.961	»
» 1905-06.....	4.804	»
» 1906-07.....	4.731	»
» 1907-08.....	4.442	»
» 1908-09.....	4.568	»
» 1909-10.....	4.541	»
» 1910-11.....	4.517	»
» 1911-12.....	4.610	»

Una receta de Avicena.—El doctor Binguizli presentó una comunicación a la Academia de Medicina de París, en la sesión del 30 de diciembre del año pasado, en la cual se dice haber descubierto, estudiando las obras del famoso Avicena, un original tratamiento de la diabetes sacarina, que consiste en tomar, varias veces al día, y en determinadas proporciones, semillas de santónico, altramuz e hinojo; habiendo, según el citado comunicante, curado muchos enfermos sin seguir otro régimen.

En Berlín se ha constituido una Sociedad cuyo fin es facilitar el descanso dominical a los médicos. Al efecto, se considera dividida la ciudad en distritos, y en cada uno de éstos hay un médico encargado de sustituir a sus compañeros. Este entra en funciones a las diez de la noche del sábado, trabaja todo el domingo, y el lunes pasa nota a sus respectivos colegas de los clientes asistidos y se retira.

Según reciente disposición, ha sido designado para la cátedra de Obstetricia y Ginecología de Barcelona, vacante por la muerte del señor Barón de Bonet, el catedrático por oposición de la misma asignatura en Sevilla, doctor don Mateo Bonafonte.

La próxima sesión de la Federación Dental Internacional se celebrará en Londres, en el mes de agosto de 1914, coincidiendo con el VI Congreso Dental Internacional.

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 Hontañón.
Droguería de Pérez del Molino y C.^a

AGUA DE HOZNAJO

PRODUCTOS OPOTERÁPICOS Y BIOLÓGICOS PUY

preparados en el laboratorio de productos químico-farmacéuticos de

A. Puyed Loberas

TELÉFONO 165.—REUS

Nefrina Puy Extracto total líquido de la glándula renal. Indicada en las *nefritis agudas, tóxicas, albuminurias simples y de las embarazadas, congestiones renales, etc., etc.*—Dosis: XXX gotas, tres veces al día, salvo prescripción facultativa.

Pancreatina Puy Extracto total líquido de la glándula pancreática. Indicada en las *diabetes, insuficiencias pancreáticas, dispepsias intestinales, diarreas, etc., etc.*—Dosis: XXX gotas después de las principales comidas.

Tirodina Puy Extracto total líquido de la glándula tiroidea. Indicada en las *cretinoides, obesidad, incontinencia nocturna de orina, mixedema, reumatismos tóxicos, etc., etc.*—Dosis: De V a XX gotas al día.

Suprarrenina Puy Extracto total líquido de las glándulas suprarrenales. Indicada en las *hemorragias, diabetes, congestiones uterinas, estreñimiento habitual, neurastenia, alergia, enfermedad de Addison, etc., etc.*—Dosis: De V a XX gotas al día.

Orquina Puy Extracto total líquido de la glándula testicular. Indicada en la *impotencia, esterilidad, neurastenia, debilidad genital, etc., etc.*—Dosis: De XX a XXX gotas, tres veces al día.

Sermentos glicolácticos Puy Asociación de fermentos lácticos y glicolíticos. Están indicados en las *diarreas, infecciones endodigestivas, colitis agudas y crónicas, diarreas verdes de los niños, artritis, congestiones hepáticas, dermatosis, etc., etc.*—Dosis: De 8 a 10 pastillas al día.

Hemoplasina Puy Extracto total del líquido sanguíneo. Está indicada en las *anemias cloróticas, anemia perniciosa, convalecencias, etc., etc.*—Dosis: Tres cucharadas al día, salvo prescripción facultativa.

Hepatina Puy Extracto glicerinado de la glándula hepática del cerdo. Indicada en las *cirrosis atroficas, hipertróficas mixtas, en las congestiones activas y pasivas, infartos hepáticos, en los tumores hepáticos (acción substitutiva), en las afecciones de las vías biliares por su acción colagoga, en el artritis de fondo hepático (Hepatismo de Hayem) y en las diabetes constitucionales; formando entonces una preciosa combinación con la Suprarrenina, cuyos éxitos atestiguan los mejores clínicos del mundo.*—Dosis: XXV a XXX gotas, tres veces al día, 15 minutos antes de las comidas.

Ovarina Puy Extracto glicerinado de las glándulas ováricas. Indicada en las *menopausias, virilismo, hipertricosis, reumatismo crónico de la menopausia, psicosis de origen genital, obesidad, castración ovárica (ovariotomía), vómitos incoercibles de las embarazadas, osteomalacia y enfermedad de Basedow.*—Dosis: XX gotas al día, repartidas en cuatro veces.

Los productos PUY están de venta en todas las buenas farmacias y centros de específicos.

El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fósforo orgánico asimilable

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

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

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

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO

AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (Reinosa)

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

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

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

- Rayos X con transformador á chispa intensiva para la radiografía instantánea y á distancia
- Interruptores-turbina con aislamiento á gas del alumbrado, para evitar la emulsión del mercurio.
- Altas frecuencias y tensiones.
- Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.
- Máquinas electrostáticas á encendido inmediato.
- Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.
- Esterilizadores, Autoclaves, Vitriñas, 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 á 1.350.

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