

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Julio—1911

Núm. 199

Sumario

- Artículos originales:* I) **Carrasco**. Quiste ovárico derecho infectado. Ovariectomía.—Curación.—II) **Carrasco**. Quiste gelatinoso del ovario derecho. Ovariectomía.—Curación.—III) **Zuazagoitia**. ¿Cómo ó en qué forma deben ser administrados ó recetados el trionol, veronol, tanígeno, la aspirina, etc.?—IV) **Aparicio**. Hospital Civil de Bilbao: Estadística mínima del año 1910.
- Revista de Revistas.—Bibliografía:* 1) **Dr. Lenorman**. Un nuevo método del tratamiento de las fracturas de los miembros.—2) **Dr. Lapasset**. Tratamiento de las heridas contusas de la región tibial.—3) **Dr. Piazza-Martini**. Diagnóstico de las adherencias de los tumores abdominales.—4) La pronación dolorosa del antebrazo en los niños.—5) Tres signos de pronóstico gravísimo en la eclampsia.—6) **Dr. A. Ball**. El estreñimiento en los niños.
- Sección profesional.*

I.

Hospital Civil de Bilbao

Quiste ovárico derecho infectado Ovariectomía.—Curación

por el

Doctor Carrasco

Aunque la casuística de los quistes del ovario es ya tan considerable que dar noticia de uno más puede parecer quizás deseo de exhibirse el operador más que de decir algo que pueda ser de alguna utilidad, no quiero sin embargo dejar de publicar uno de mi práctica, que entiendo que ofreció algo que merece los honores de la publicación, aunque los que hayan operado mucho hayan encontrado otros semejantes.

La historia es la siguiente:

El día 4 de Febrero de 1909 ingresó en la clínica de Ginecología una mujer llamada Raimunda Llorente, natural de Simancas, de edad de 36 años, casada y múltipara. Había tenido en 14 años 8 partos y un aborto. El último parto lo había

tenido hacía 7 días, y hacía 5 que estaba enferma, habiendo empezado con fuerte dolor en el vientre, vómitos, escalofríos y fiebre alta, cuyo estado persistía al ingresar en la clínica. Era tan grande la sensibilidad del vientre, y tal la protesta de sus paredes, que me fué imposible reconocerla; pero por los síntomas dichos y por el abultamiento del vientre y lecorrea fétida que fácilmente se apreciaban, había bastante para diagnosticar una infección puerperal grave.

Dispuse inyecciones *vaginales* de oxiciamuro de mercurio, una ó dos en las 24 horas, vegiga de hielo permanente al vientre, y alguna inyección de morfina con observación del dolor. A los dos días tomó una purga.

Con este tratamiento mejoró la enferma rápidamente, tanto que á los 15 días del ingreso pude hacer un examen más detenido y completo.

Comprobé entonces la existencia de un tumor en el vientre accesible también por la vagina.

Aplacé unos días el hacer otro reconocimiento que me pusiera en el camino del diagnóstico, pues aunque al pronto pensé si podría ser una salpingitis enquistada, el gran volumen del tumor y lo bien que en tan poco tiempo se había puesto la enferma, me hicieron dehechar esa idea.

Pero no sé si por creerse la enferma ya curada, si porque se asustase al oír hablar de que tenía un tumor y pensase que se la iba á operar, el caso fué que la enferma pidió el alta y dejó el hospital al mes justo de haber entrado.

Un mes después vuelve á ingresar con vómitos, fiebre de 39 á 40 grados, sudores profusos y diarrea. El vientre seguía abultado por la presencia del tumor, pero estaba menos sensible.

Con una poción de subnitrato de bismuto, jarabe de ratanía y de diacodiun, después de haber empleado sin resultado el salicilato y el naftal, desapareció la diarrea. Pero lo que no cedía era la fiebre, que precedida á veces de escalofríos y seguida siempre de sudores profusos, llegó algún día á 41 grados.

Reconocida la enferma, ví que la matriz estaba muy abultada de volumen y que la cavidad media 15 centímetros. El tumor ocupaba parte de la pelvis y subía hasta cerca del ombligo y parecía independiente de la matriz.

En vista de que el estado general de la enferma era cada día peor, me decidí por intervenir, aunque con pocas esperanzas de éxito, pues el estado de septicemia aguda no era el más apropiado para el buen resultado de una operación tan grave como la que había que hacer.

Y sin preparación de ninguna clase, ni más limpieza que la de la pared del vientre, el día 23 de Abril, á los 20 del ingreso, practiqué la operación. Abierto el vientre en la línea media, me encontré con que el tumor era un quiste voluminoso del ovario derecho.

Le punciono con un trocar y sale un líquido purulento y fétido, con tanta fuerza y en tan gran cantidad que no puedo evitar que parte salga por fuera del trocar y caiga en la cavidad del vientre; percance, que como se comprenderá, me produjo gran disgusto, por el temor de que la virulencia del pu-infectase gravemente el peritoneo.

Estirpado el quiste, limpié cuidadosamente el vientre con gasas asépticas; y no atreviéndome á cerrarle completamente introduje en la pelvis hasta el Douglas tres largas tiras (de un metro por diez) de gasa iodofórmica, cuyos extremos dejé en el ángulo inferior de la herida abdominal.

Las consecuencias de la intervención no pudieron ser más felices. Al día siguiente la fiebre había desaparecido por completo. El termómetro marcó 37,4 y el pulso no pasó de 100. Tuvo durante la noche algunos vómitos y algún hipo, no sé si de origen clorofórmico ó abdominal; pero se dominaron con terrones de hielo y con inyecciones de morfina.

Durante los tres ó cuatro primeros días cambié diariamente el apósito, por encontrarle manchado siempre por la serosidad sanguinolenta que salía del vientre á través del desagüe.

Al décimo día de la operación empecé á retirarle poco á poco, y empapando la gasa con agua oxigenada. El 8 de Mayo saqué la última gasa.

La herida abdominal estaba cicatrizada, excepto, naturalmente en la parte inferior, que no tardó también en cerrarse completamente.

Y el 18 de Mayo, á los 25 días de la operación, la enferma dejó el hospital, curada de su grave dolencia y notablemente repuesto su estado general.

Han transcurrido dos años, y la operada sigue gozando de

salud perfecta. A los tres meses se hizo embarazada, y á su tiempo dió á luz un niño, á quien está amamantando.

Dejo que cada cual haga sobre el caso las consideraciones que le sugiera su lectura. Únicamente diré que, según mi modo de pensar en estos asuntos, el haberse librado la enferma de una peritonitis post-operatoria, lo debió única y exclusivamente á haber encontrado los exudados fácil y constante salida por el desagüe abdominal.

Bilbao, 18 de Mayo de 1911

II.

Hospital Civil de Bilbao

Quiste gelatinoso del ovario derecho Ovariectomía.— Curación

por el

Doctor Carrasco

El día 31 de Marzo de 1909, ocupó el núm. 21 de la clínica de Ginecología una mujer de 50 años de edad, natural de Ondárroa, llamada María Jesús Blegarra, casada desde hacía 27 años, múltipara, habiendo tenido su sexto y último parto hacía 14 años. Menstruada todavía, las menstruaciones eran y habían sido siempre largas y abundantes, durando de seis á ocho días.

Aseguraba haber tenido siempre buena salud hasta hacía cinco meses que había observado que se le aumentaba el vientre, aunque sin sentir dolores, ni experimentar molestia alguna, hasta hacía un mes en que, por habersele aumentado mucho, empezó á sentir ahogos y fatiga.

Cuando se presentó á mi observación tenía el vientre enormemente abultado, mucho más que un embarazo de nueve meses y los síntomas eran tan confusos, que ya parecía que se trataba de un quiste, ya de una ascitis, ya de las dos cosas. La forma globulosa del vientre hacía pensar en un quiste ovárico, pero el faltar en los flancos el sonido claro, inclinaba el ánimo á la ascitis. La percusión daba una sensación obscura de estremecimiento ó vibración.

Y por los ahogos y fatigas que la daban y porque ni podía dormir ni alimentarse, el estado general era verdaderamente alarmante.

La necesidad de la intervención quirúrgica era tan apremiante que pensé operarla enseguida; pero habiendo presentado la menstruación, tuve que diferirla hasta que pasase.

Hice la operación el día 16 de Abril, sin más preparación que un baño jabonoso la víspera.

Ya en la mesa de operaciones y antes de cloroformizarla, la lavé el vientre con agua y jabón, luego con alcohol y por último con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1.000.

Obtenido una semianestesia clorofórmica, pues el estado de la respiración y del pulso hacían peligrosa una anestesia completa, empecé la operación abriendo el vientre con una incisión en la línea media de la región infraumbilical. Aparece el quiste de color obscuro, con reflejos nacarados, y entre él y la pared del vientre una substancia gelatinosa amarillenta. Punciono el quiste con un trocar grueso, y viendo que no salía nada, saco el trocar, y con un bisturí hago una pequeña abertura por la que empieza á salir una substancia coloide, sumamente espesa y como si fuera gelatina contenida en un estroma conjuntivo. Agrando la incisión y voy poco á poco extrayendo con la mano, á puñados, el contenido quístico. Extraída como una tercera parte y en vista de la lentitud de la maniobra, agrando hacia arriba la abertura abdominal, entro la mano en el vientre y reconozco el contorno del quiste. Rotas en este reconocimiento algunas adherencias al omento y á algún asa intestinal, extraigo el tumor valiéndome de las manos, pues las paredes del quiste son tan delgadas, que no se pueden coger, sin romperlas, con las pinzas de quistes. Así y todo el quiste se rompe al tratar de sacarle, vaciándose en el vientre gran parte del contenido.

Sujeto el pedículo, que es pequeño con relación al quiste, con dos pinzas fuertes, le corto entre ellas y le ligo con seda en tres porciones por debajo de la pinza hemostática, y una vez quitada esta pinza, hago en la superficie de sección una sutura continua sero-serosa con seda fina.

Una vez hecho esto, procedo á sacar del vientre el contenido quístico derramado, operación que resulta sumamente laboriosa, pues tengo que sacarle con la mano, obrando á modo de cazo, de entre los intestinos y de todas partes, pues llena todos los rinco-

nes, como si el quiste hubiera estallado, y así sin duda debió haber sucedido antes de la operación.

Cuando ya no podía sacar más con la mano, terminé de extraerlo con gasas húmedas y por último con gasas iodofórmicas

Limpia todo lo posible la cavidad del vientre, suturé la herida abdominal con alambre de plata, la cubrí con gasa iodofórmica y coloqué un apósito seco, gasas y algodón esterilizado y venda.

Tardé en hacer esta operación una hora y se gastaron en la anestesia 25 gramos de cloroformo y 27 de éter, no en mezcla sino sucesivamente, pues en las anestésias prolongadas suelo sustituir al final de la operación el cloroformo por el éter.

Dispuse dieta absoluta, terrones de hielo, si tenía vómitos ó sed, inyección de cafeína mañana y tarde y otra de morfina por la noche.

La ví por la tarde. Se encontraba bastante tranquila; temperatura 38,6; pulso á 104.

Pasó buena noche. En la visita de la mañana la encontré algo excitada, con cara muy sonriente y ligeros trastornos en la ideación. En las conjuntivas y en la cara se observaba un ligero tinte amarillento: había orinado poco; temperatura 38; pulso á 103.

Dispuse que la pusieran una inyección de suero de á 1000 gramos y otra por la tarde y que la dieran leche helada á pequeñas porciones y de vez en cuando un poco de vino rancio.

Continuó en el mismo estado y con el mismo tratamiento dos días más, al cabo de los cuales empezó á disminuir el tinte subictérico, persistiendo el subdelirio. La temperatura había oscilado entre 37 y 38 décimas, y el pulso, que había llegado á 120, descendió alrededor de 100.

A los cinco días de la operación hice la primera cura, encontrando la herida cicatrizada y aséptica. Como no durmiese, á pesar de ponerle una inyección de morfina mañana y tarde, la dispuse una poción con dos gramos de cloral, cuatro de bromuro y diez de jarabe de diacodión más 50 de jarabe simple, á beneficio de la cual durmió algo y disminuyó el subdelirio.

Y habiendo empezado á mejorar el estado general, aunque siempre con algunos trastornos intermitentes en la ideación, empezó á levantarse el día 3 de Mayo, y el día 10 recibió el alta, á los 24, por consiguiente, de haber sido operada.

Doy á luz esta historia porque me parece que el caso que re-

lato no fué uno de tantos corrientes y sencillos, en los que la ovariectomía resulta una operación facil en extremo y en extremo inocente. En esta enferma es evidente que su quista, por tener las paredes muy delgadas, se remontó más ó menos tiempo antes de la operación; quizá cuando la enferma empezó á sentir fatiga y ahogos, saliendo el contenido en tanta cantidad, que no había rincón en el vientre donde no la hubiera. La extracción de esta sustancia constituyó la parte más engorrosa y larga de la operación, pues pensé que el resultado había de depender de la limpieza esmerada del peritoneo.

Dudé un momento si poner para desagüe un Mikulitz, pero teniendo en cuenta que la sustancia aquella del quiste debía ser aséptica, pues nada se había observado que revelase una infección peritoneal, y que por otra parte la que todavía quedase en algunas sinuosidades era tan densa, que no había de poder ser evacuada por el desagüe, me decidí por cerrar el vientre. Y si el resultado puede ser criterio atendible para juzgar de la bondad de una determinación, ésta no pudo ser más acertada, pues consignado queda el curso post-operatorio, y lo pronto que la enferma se repuso de tan grave padecimiento y de tan importante operación.

Cuatro meses después vino á verme la operada por habersele presentado una pequeña hernia en la cicatriz. Su estado general era excelente. La tranquilicé y la aconsejé que se comprara una faja que impidiese el crecimiento de la hernia.

Transcurridos otros seis meses volví á verla. Se la había vuelto á abultar el vientre; no tenía dolores, pero la enferma se había demacrado mucho y tenía alguna fiebre.

Algún tiempo después supe que había muerto.

¿Qué había ocurrido? ¿Se había formado en el otro ovario otro tumor análogo al extirpado? ¿Se había reproducido este en el pedículo?

Sólo la autopsia hubiera quizá contestado satisfactoriamente á estas preguntas.

Bilbao 1.º de Junio de 1911.

¿Cómo ó en qué forma deben ser administrados ó recetados el trionol, veronol, tanígeno, la aspirina, etc.?

Ya se sabe que las casas que fabrican estos productos aconsejan con *verdadero interés* que el médico recete en tabletas, que elaboran las mismas casas, recomendándoles que exijan su despacho en tubos ó en *embalaje de origen*. ¿Por qué así? En primer lugar, porque de este modo llega el uso de estos medicamentos al dominio del público (la propaganda industrial hecha en esta forma resulta inmensa) y un enfermo recomienda á otro, que *crea* que tiene el mismo padecimiento (que tiene insomnio el veronol, que trastorno intestinales el tanígeno), *sin que proceda ninguna indicación facultativa*, lo cual ofrece un gran peligro para los que así usan ó abusan de medicamentos tan activos como por ejemplo el veronol, la tiroidina, etc., y que tarde ó temprano puede originarles *graves consecuencias*, como tendremos ocasión de demostrar en un artículo que publicaremos en breve.

Las tabletas tienen siempre una dosificación determinada y, como es natural, dicha dosis no conviene por igual á todos los individuos, por múltiples circunstancias, que solamente puede determinar de un modo preciso el clínico hábil, inteligente. Debe, pues, el médico buscar *cuidadosamente* la dosis y la forma de administrar, según los casos y según las condiciones especiales del enfermo. De aquí que lo más racional es que recete ó formule aquella cantidad ó dosis que le crea conveniente al enfermo que le visita, y esto puede hacerlo, recetando en sellos, por ejemplo, que es, además, una forma cómoda de administrar medicamentos salvolas contra-indicaciones de los males nos ocuparemos también.

El asunto es realmente de importancia y esta Revista prestará especial atención á esta clase de trabajos prácticos, útiles en extremo.

Los fabricantes de esos productos buscan todos los medios de mayor propaganda; esto es natural, porque estudian el asunto casi siempre por el lado industrial, y el médico estudioso debe elegir la forma más racional por medio de sus conocimientos químicos y terapéuticos. En una palabra, *debe formular racionalmente, haciendo caso omiso de las recomendaciones industriales*.

Ahora bien, el farmacéutico debe, á su vez, despachar tal como pide el médico sin sustituir un producto por otro; esto es, si receta aspirina Bayer no debe sustituir por el ácido aceto salicílico, tiocol Roche por el sulfo guayacolato potásico, el tanígeno Bayer por el eter acético del tanino el aristol; por el biyoduro de timol, etc. En una palabra, el farmacéutico debe sujetarse rigurosamente á los deseos del médico.

Esto es lo justo, lo equitativo, lo honrado.

CÁNDIDO DE ZUAZAGOITIA.

(De "La Farmacia del Norte")

Médico Jefe: D. TEODORO APARICIO

		C	M	A		
Clínica Médica.—Niños						
Afectos médicos	Generales infectivas	Sarampión	4			
		Idem con branco-pneumonía		1		
		Tifus	1			
		Difteria	3			
	APARATO DIGESTIVO ANEJO	Gastro-enteritis	Vegetaciones adenoideas	1		
			aguda (una con urticaria)	7		
			crónica (una tuberculosa)	4	1	
	APARATO RESPIRATORIO	Laringitis	4			
		Bronquitis	6			
		Bronco-pneumonías	sencillas	4		
			dobles	2	2	
	Locales . .	Pleuresia con derrame	1			
		Epilepsia	1			
		APARATO NERVIOSO . .	Meningitis tuberculosa		4	
Corea			1			
APARATO LOCOMOTOR . .	Parálisis del tibial posterior	1				
	Parálisis meopática			1		
	Raquitismo	1				
	Reumatismo poliarticular agudo	1				
		42	8	1		

Clinica Quirúrgica.—Niños

		C	M	A	
Afectos quirúrgicos	Vicios de conformación	CONGÉNITOS	Fimosis	1	
			Hidrocele enquistado del testículo	1	
			Piezambo	2	
		ADQUIRIDOS	Hernias	6	
			Genu varus raquíptico	3	
			Genu-vagun	5	
	Lesiones traumáticas	HERIDAS CONTUSAS.	de los dedos de la mano	4	
			contusión parietal (una con conmoción cerebral)	3	
			de la cara	1	
			del pecho y región femoral, heridas por arma de fuego	2	
			de la cadera	1	
			del antebrazo	1	
			Quemaduras, torax y abdomen		1
	FRACTURAS	FRACTURAS	Cuerpo extraño, laringe	1	
			del cráneo, (una con pérdida de substancia cerebral)	4	1
del codo			5		
del húmero			1		
del antebrazo			2		
de la mano			2		
del muslo			11		
de la tibia	5	1			
del pie	4				
Suma y sigue		65	3		

		C	M	A						
Afectos quirúrgicos	} Varios	} GENITO-URINARIO	} Cálculo vexical	Suma anterior	114	7	3			
				} TUMORES	} Orquitis traumática al lado derecho	1				
						} Sarcoma del mesenterio	1			
							} Tuberculoma cerebral		1	1
								} Atresia bucal consecutiva á un noma antiguo	1	
									117	8

ESTADÍSTICA MÍNIMA DEL AÑO 1910

Afectos quirúrgicos

Inflamatorias

OSTEITIS

OSTEOARTRITIS

Aparato génito-urinario

Suma anterior

- de los parietales
- Otomastoiditis
- Fístula mastoidea
- de los pómulos
- de los dedos
- del codo
- del femur
- de la tibia
- del tarso y metatarso
- del codo
- Cosalgias (una doble)
- de la rodilla
- tibio-peroneo-tarsiana
- Mal vertebral del Pott
- Vulvo vaginitis (una sifilítica)
- Cistitis

C	M	A
29	2	1
1		
9	1	
1		
2		
2		
1		
1		
1		
2		
2		
4	1	
3		
1		
	2	6
2		
1		
62	6	7

Total general: 298 casos, 28 muertos.—Tanto por ciento 9 por 100

Operaciones practicadas.—Niños

Pleurotomías		1
Circuncisiones		1
RESECCIONES	{ de costillas	1
	{ de la rodilla	1
	{ del astrágalo	1
TREPANACIONES	{ del cráneo	3
	{ mastóideas	5
Raspado de vegetaciones adenóideas		1
SECUESTROTOMÍAS	{ de la tibia	2
	{ de un dedo	1
	{ del muslo	1
	{ del antebrazo	1
AMPUTACIONES	{ de la pierna	1
	{ del dedo grueso del pie	1
Laparotomías por tumor abdominal		1
Talla perineal		1
Intubaciones		2
Traqueotomías		2
Tirotomías		1
Hermotomías (cura radical)		5
Hidroceles, punción é inyección		1
Fístulas de ano		1
Osteoclasia manual de las tibias		7
OSTEOTOMÍA	{ de la tibia	1
	{ suprancondilias	4
Tenotomías por piezambos, enderezamiento manual forzado		3
Desbridamientos, raspados, inyecciones modificadoras y punciones lumbares (varios)		

Operaciones practicadas.—Niñas

Labio leporino doble	1
SECUESTROTOMÍAS	{ de la tibia 2
	{ del femur 1
OSTEOTOMÍAS	{ supracondilias (lineal) 7
	{ Osteoclasia manual 6
RESECCIONES	{ del calcáneo 2
	{ del codo 1
Intubaciones	2
Hermotomías	2
TREPANACIONES	{ del cráneo 2
	{ mastóideas 8
Raspados del conducto auditivo y de la caja	2
Fístula mastoidea, consecutiva á una trepanación	1
AMPUTACIONES	{ del muslo 1
	{ de la pierna 1
	{ de dos dedos de la mano 2
Desbridamientos, raspados, inyecciones modificadoras y pun- ciones lumbares (varios)	

 41

Revista de Revistas.-Bibliografía

- 1) **Dr. Lenorman.** Un nuevo método del tratamiento de las fracturas de los miembros. La extensión continua por enclavamiento del hueso.

La radiografía y las inspecciones periciales verificadas con motivo de los accidentes del trabajo, nos han hecho ver los resultados no siempre brillantes de los medios habituales empleados en el tratamiento de las fracturas.

Es indudable que la extensión continua ha realizado un progreso terapéutico para las fracturas con gran tendencia á la desviación de los fragmentos, y en especial si se trata de la del muslo. Los aparatos de Hennequin, en Francia, los de Bardenhener, en Alemania, cuentan con una gran aceptación. Sin embargo, el empleo de ellos, tiene sus dificultades é inconvenientes.

La objeción más grave que puede hacerseles es la de ejercer una tracción indirecta por medio de las partes blandas que hace perder una gran parte de la fuerza aplicada al extremo del miembro. Para obtener un efecto útil, por consiguiente, es preciso recurrir á tracciones considerables que se soportan mal. La tracción hecha en parte sobre el segmento del miembro subyacente á la fractura, distiende los ligamentos y propende á la larga á causar dislocación articular, como en la rodilla, por ejemplo, en las fracturas del fémur.

Además: los aparatos de extensión ordinarios, no son aplicables á las fracturas complicadas que necesitan curas diarias.

Sería más lógico y eficaz el reemplazar esta tracción indirecta por otra directa sobre el hueso fracturado.

Como dice muy bien el Dr. Anzoletti, *«las fuerzas destinadas á combatir, deben apoyarse en el esqueleto.»* Con la extensión directa hay menos pérdida de fuerzas y las lesiones de las partes blandas son casi nulas.

La dificultad estriba en realizarla bien. Bajo la denominación de *Nagelextensión*, es decir, de extensión por enclavamiento del hueso, el Dr. Steinmann, de Berna, y después de él varios cirujanos alemanes, han preconizado un método sencillo que asegura la extensión directa sobre el hueso fracturado. Esencialmente consiste en introducir en la hepifisis inferior del hueso, por debajo de la fractura (en los cóndilos del fémur para una fractura del muslo) uno ó dos sólidos trozos de acero, sobre los cuales se fijan los lazos extensores. Los tallos de acero son introducidos directamente al través de las partes blandas, sin

previa incisión, por medio de un martillo de madera ó de un perforador, sobre el cual se los monta. Esta penetración es poco dolorosa y puede hacerse con anestesia local. No se toca el foco de la fractura.

La idea de ejercer una tracción directa por medio de un tallo de acero implantado en el hueso, pertenece al cirujano italiano Dr. Codivilla, que la usó el año 1903 y 904; pero su aparato resultó complicado y sin grandes ventajas.

El Dr. Steinmann tiene el mérito de haber imaginado y aplicado el primero (1907) la extensión continua directa por enclavamiento, tal como se ha descrito anteriormente. Otros también le usaron con variedad de detalles prólijos de enumerar.

A dos tipos se reducen los aparatos usados con ese método (figura 1 y 2). Los doctores S. einmann y Wilms han recurrido á dos agujas

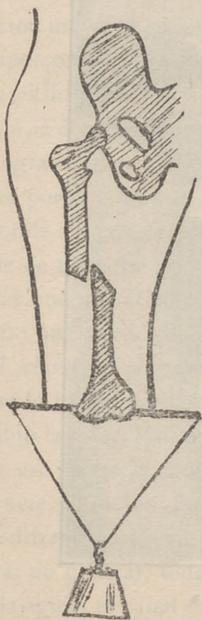


Figura 1

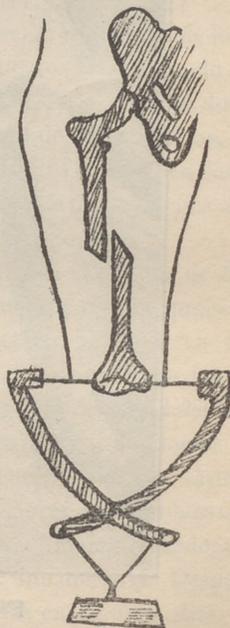


Figura 2

de acero con una longitud de 6 á 8 centímetros, que las introducen en cada lado de la epífisis inferior del hueso.

Táchase á este procedimiento, y con razón, el que á la larga, las agujas dan lugar á una reabsorción ósea, se aflojan y caen. Para evitar esta dificultad, Steinmann aconseja el introducir las agujas oblicuamente y sostenerles en posición con un aparato que impida su caída

comprimiéndolas, según se ve en el número 2 de las figuras. Apesar de esto no se consigue siempre lo que se desea.

Parece que se obtiene una tracción más regular y se evita la movilización del aparato con el dispositivo preconizado por el Doctor Becker, usando un vástago de acero de 20 centímetros de longitud y muy resistente por medio del cual se perfora de parte á parte la epifisis ósea: hecho esto se le aplica la extensión en las dos extremidades del vástago. Se le achaca á este medio, el exponer al paciente con la

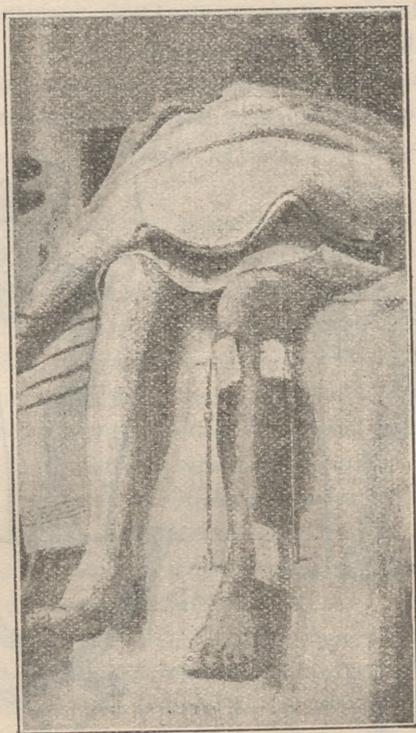


Figura 3.ª

infección del canal óseo al retirar el vástago, razón por la cual Steinmann dió su preferencia al procedimiento de las agujas laterales.

Para evitar este inconveniente, Becker primero y Steinmann después, hicieron construir dos vástagos perforantes constituidos cada uno por dos piezas reunidas por una articulación que permitiese parar en el momento de retirarlas y quitarlas por mitades aisladamente.

Hay que añadir que estos aparatos son susceptibles de perfección, como quiera que se trata de un método nuevo todavía en estudio y

que no ha tomado definitivamente un asiento quirúrgico. Tal cual en la actualidad, parece que sostendrá las promesas y resultados buenos obtenidos.

No sólo evita las lesiones cutáneas, suprimiendo el contacto de los lazos exteriores con la piel sino que permite la movilización de las articulaciones subyacentes sin dislocarse el aparato. Puede aplicarse á las fracturas complicadas: pero sobre todo, realiza una extensión más activa y racional que los aparatos ordinarios, evitando toda pérdida de fuerza. En suma: suprime el cabalgamiento y desviación de los fragmentos poniéndolos en buena posición, con una tracción mucho más débil. El doctor Anschütz ha empleado pesos de 10 kilos para la pierna y 15 para el muslo, pero en los casos difíciles de fracturas antiguas. En las recientes del muslo, basta una tracción de 6 á 10 kilos.

Con pesos mayores se puede obtener la separación de los fragmentos, una hipercorrección del cabalgamiento. De este modo se ha llegado con 25 kilos en una fractura del muslo, al cabo de dos semanas de extensión, á conseguir una separación de 3 centímetros, apreciados por la radiografía. Este alargamiento, que es nocivo en las fracturas recientes, es por el contrario, beneficioso cuando se aplica después de una osteotomía oblicua de un hueso acortado.

Enfrente de todas las ventajas expuestas, el método de Steinmann no tiene más que un serio inconveniente que merece preocuparse de él: es el daño que puede causar la infección. Se temió en un principio que el clavo ó vástago fuera mal soportado por los enfermos, pero los que lo han experimentado aseguran de su indolencia.

En cambio la infección es el punto negro. El doctor Anschütz asegura que ese riesgo es muy raro, usando agujas ó vástagos lisos en su superficie, pues son malos conductores de microbios. A condición de esterilizar bien los instrumentos y limpiar cuidadosamente la piel, se evita, en general, toda reacción inflamatoria. Después de la retirada de la aguja, el canal óseo cicatriza en algunos días bajo una cura aséptica.

Para que el método sea inofensivo, hay que aplicar una rigurosa antisépsia, no solamente al principio, sino todo el tiempo que permanezcan los vástagos en el hueso y proteger las pequeñas heridas con una cura hermética. Las agujas no se colocarán en la vecindad del foco de la fractura ó de los derrames sanguíneos. En estos dos casos, mejor es no emplear el método, porque es segura la infección.

Hechas estas advertencias, el método del enclavamiento ó clavado

de las fracturas es de indiscutible valor terapéutico y presta grandes servicios en los casos siguientes:

1.º En ciertas fracturas recientes, no complicadas, y con gran desviación difícilmente reductible (en particular del muslo, pierna ó brazo, fracturas en T); pero que no debe recurrirse á él, en los demás traumatismos que los reducen los aparatos ordinarios.

2.º En muchos casos de fracturas complicadas en que la extensión continua se deba combinar con las curas diarias.

3.º Después de las esteotomías practicadas con el objeto de alargar un miembro acortado, pues separa bien los fragmentos óseos y también en las fracturas mal consolidadas y viciosas con ó sin encojimiento del miembro.

Finalmente este método es posible que tenga en el porvenir más aplicaciones. Sábese cuan difícil es realizar una buena contra-extensión en ciertas fracturas. Pues bien: algunos cirujanos han tenido la idea de llevar á cabo por enclavamiento bipolar, la extensión, atravesando las dos extremidades del hueso fracturado por dos agujas *racordadas* con dos tutores laterales que pueden separarse más ó menos por medio de una cremallera como en la figura 3.

«Dos broches son colocados, cada uno en un fragmento y bastante »lejos del foco de la fractura. Entre sus extremidades libres, se fijan »dos tabletas metálicas á cremallera, una hacia adentro y otra hacia »fuera que funciona la rueda dentada de aquella con dos puños amovibles».

2) Dr. Lapasset. Tratamiento de las heridas contusas de la región tibial.

Reconocida es la desesperante tardanza que ofrecen esta clase de lesiones en su curación.

La nueva técnica que la abrevia consiste en impregnar con tintura de yodo que deseca la herida á la vez que desinfecta sus anfractuosidades y excita la vitalidad de los tejidos. Hecho esto, se la protege con una cura seca absorbente. Es bueno practicar enseguida una inyección de suero antitetánico, colocando después al enfermo en la cama todo el tiempo que dure el tratamiento.

Lo más pronto posible, después del accidente, se debe ejecutar la excisión de los bordes contundidos de la herida; las incisiones del bisturí seguirán los contornos de la piel sana y de un modo económico; el conjunto debe tener un aspecto fusiforme regular que permita la aproximación de sus bordes. Serán escindidos con tijera ó bisturí todos los tejidos desprendidos y con poca vitalidad ó de una asepsia

dudosa; luego se sutura con crin de Florencia sobre agujas ó alfileres en forma ensortijada. Cura protectora y seca.

Si el traumatismo ha sido profundo, afectando al periostio del hueso, la antisepsia se asegurará con la tintura de yodo y el agua oxigenada; después, el hueso será recubierto por el periostio, ó en su defecto, por trozos de tejido célula fibroso suturado con un catgut fino. Se hace un segundo plano con un almohadillado de tejido celular á fin de asegurar la vitalidad de aquellos y la absorción del catgut.

El drenaje se reservará á los casos de desprendimientos extensos, desgarraduras profundas ó hemorragias abundantes; no debe dejarse el *drain* más de 48 horas.

La aplicación de este procedimiento da buenos resultados curativos y estéticos.

3) Dr. Piazza-Martini. Diagnóstico de las adherencias de los tumores abdominales gruesos á la pared anterior por medio de la auscultación.

Para tener la certidumbre de su existencia propone dicho médico el auscultar al nivel del tumor y en caso de adherencias, los ruidos del corazón se transmiten netamente sobre toda la extensión del tumor y se los oye bien. A veces, también se perciben los ruidos de la respiración. Cuando no se oye nada, es que el tumor se halla libre.

4) La pronación dolorosa del antebrazo en los niños.

Esta afección tan frecuente, como poco conocida de los médicos que no se dedican á la cirugía infantil, merece el que se le dediquen unos renglones para que sea tratada rápida y sencillamente.

La distinta manera que hay de entender su patogenia y fisiología ha dado lugar á varias denominaciones tales como de *elongación ó alargamiento del radio*, por relajación de los ligamentos, *luxación incompleta del radio* y *parálisis dolorosa de los niños*.

Los clínicos en general le llaman *pronación dolorosa* que recuerda mejor los síntomas capitales de ella.

La aparición repentina en un niño que se divierte ó vá mal conducido del brazo y que luego cae ó le fuercen el antebrazo en pronación forzada son los caracteres etiológicos más fijos.

Unas veces tiene lugar el hecho en presencia de los padres ó niñeras que les llevan de la mano, á un paso largo sin contar con su edad, tropiezan y caen los niños torciéndoseles el antebrazo. En el momento se nota en el antebrazo un crujido que va seguido de dolor é impotencia funcional.

Este antecedente tiene una gran importancia diagnóstica. La edad más á propósito es la de 3 á 4 años y las niñas se encuentran en mayor número y el antebrazo izquierdo es el afectado de preferencia sobre todo en la clase obrera, pues lleva la mujer la cesta en su brazo izquierdo y coje al niño del brazo izquierdo con su mano derecha.

Cuando se presenta el niño el médico, tiene el brazo pëndulo, el codo algo flexionado, la mano en pronación completa y carece de tumefacción y equimosis.

La inmovilidad no es absoluta, pues solo se aprecia que la supinación del antebrazo no se puede ejecutar. El dolor es grande al producirse el accidente, pero luego cesa y no vuelve á notarse más que al tratar de corregir la posición del antebrazo.

La presión en el lado externo de la articulación del codo en su pliegue de flexión, causa dolores fuertes en el enfermito, á la vez que la retracción involuntaria del miembro. En cambio, rara vez se nota dolor por la presión ejercida en la muñeca al nivel de la articulación.

En suma: los síntomas clínicos de esta afección se reducn á la pronación permanente con impotencia dolorosa y sin lesión alguna aparente.

La radiografía y el examen eléctrico no dan signos de lesiones importantes.

El Dr. Chassignac solía dejar este proceso á que se curase por sí solo. Describe la evolución de esta manera: *«Disminución del dolor, retorno progresivo de los movimientos, apaciguamiento de la hiperestesia y retorno de la sensibilidad del miembro al estado normal» Tal es la marcha de esta singular parálisis que desaparece en 4 ó 5 días y todo lo más tarda un septenario en curarse.»*

Una vez curada, no deja rastro alguno en la región; pero sí una tendencia á la recidiva.

Como se vé, el diagnóstico resulta fácil en términos generales.

Cuando se trata de una fractura del codo, húmero, huesos del antebrazo y clavícula, lesiones probables en un niño menor de 5 años, no tiene lugar sin un gran traumatismo, cayendo sobre la mano, codo etcétera. En cambio, para ocasionarse la pronación dolorosa basta la tracción del miembro y torcedura del mismo.

Ahora bién: asegurado el diagnóstico, debe desecharse el tratamiento médico clásico de aplicar compresas frías y resolutivas poniendo el miembro en un cabestrillo, como quiera que no sirve más que para desacreditar al facultativo que lo recomiende.

Es cierto que esta dolencia se curaría abandonada á sí misma y á

plazo largo: pero el medio de hacerla desaparecer rápidamente es e de la reducción quirúrgica que consiste en poner el brazo extendido en supinación completa para en esta posición ir flexionando poco á poco, hasta que el antebrazo llegue á tocar la cara anterior del brazo. Esta reducción va seguida en casi todos los casos de un crujido característico que se oye al empezar la supinación.

El tiempo que se invierte en esa reducción es solo de medio á un minuto y para asegurarse del éxito es preciso que se perciba el ruido citado. Si este no aparece en el primero ó segundo tiempo de la maniobra, se vuelve á repetir, á menos que el dolor y las funciones del miembro demuestren el estado normal del miembro.

Ninguna de las teorías para explicar la pronación dolorosa satisface; pero esto importa poco en la práctica, pues la afección es fácilmente curable.

5) Tres signos de pronóstico gravísimo en la eclampsia.

El origen toxémico de la eclampsia está hoy admitido de un modo general, aunque no es desconocido el veneno en su constitución íntima.

La observación clínica basta, sin embargo, para formular un pronóstico favorable ó adverso de la afección.

El Dr. Fletcher Sharr llama la atención sobre tres síntomas de mal augurio que son: 1.º una albuminuria debil; 2.º una temperatura elevada y 3.º la aparición de los ataques convulsivos después del parto. De 46 casos de eclampsia, 21 tuvieron una albuminuria menor del 1 por 100 y la mortalidad alcanzó al 70 por 100, con mayor cantidad de albúmina murieron sólo el 16 por 100.

Entre 46 eclámpicas, 26 tuvieron una temperatura que pasó de 38.º C. y 17 una inferior á 38.º C.

La mortalidad del primer grupo fué de 58 por 100 y la del segundo 6 por 100. En la mayor parte de los casos, la temperatura fué subiendo hasta la muerte.

La coexistencia de una albuminuria poco abundante y una temperatura alta, suele dar lugar al 100 por 100 de muertes, mientras que en los casos de albuminuria superior á 1 por 100 y temperatura inferior á 38.º C. la mortalidad es casi nula.

La eclampsia después del parto es casi siempre mortal.

6) Dr. A. Ball. El estreñimiento en los niños. Estreñimiento en la primera infancia (0 á 2 años).

ETIOLOGÍA

1. *Estreñimiento sintomático.* —Se encuentra en las enfermedades

agudas, febriles, nerviosas; las meningitis, las peritonitis agudas ó tuberculosas, la hidrocefalia, la oclusión intestinal.

2. *Estreñimiento habitual ó crónico.* —Se debe á la alimentación por la leche de vaca (sobre todo hervida y esterilizada); al uso precoz de los feculentos; á mal formaciones congénitas del intestino grueso, dilatación congénita del colon ó megacolon (enfermedad de Hirschprung) en todo estreñimiento inopinado tratado sin éxito se debe practicar el tacto rectal, el cual descubrirá en ocasiones una estrechez ó mala conformación.

TRATAMIENTO

EXTREÑIMIENTO DURANTE EL PRIMER AÑO

1. *Nodrixa.* —Después de haber dado á la nodriza todo lo posible (cerveza, patatas, etc.) es muy difícil combatir en esta edad la tendencia al estreñimiento, pues el niño se alimenta casi exclusivamente de leche.

2. *Niño de pecho.* —Ante todo es preciso reglamentar la alimentación; en el niño de pecho dar lactosa con agua tibia muy azucarada ó miel antes de la tetada; en los que tomen leche de vaca, mézclese con agua lactosada al 10 por 100; en los que se alimenten de leche pura añádese lactosa al 2 por 100; la crema más rica en grasa, añadida á la leche puede ser útil. Se puede ensayar la leche humanizada, maternizada; siempre es preciso evitar un exceso de alimentación. Si el niño toma algo á más de la leche (pasados los 9 meses) basta algunas veces con suprimir el huevo que se le da.

3. Tratamiento activo —a) *Dedo de la madre:* lubricarlo con grasa ó manteca é introducirlo en el recto; se le puede reemplazar por una sonda blanca untada con baselina ó glicerina.

b) *Enema:* es el medio más eficaz; 60 gramos en los primeros meses (4 cucharadas de sopa); 100 gramos hasta un año, 150 después; nos podemos servir del agua hervida simple ó del agua de malvavisco tibia; se da el enema con una jeringa ó con una pera cuidando de evacuar antes el aire. Se puede añadir una cucharada de sopa de aceite (pero nada en gran parte en el instrumento por lo cual conviene emulsionarlo con media yema de huevo); una cucharada sopera de glicerina (pero produce algunas veces cólicos es preciso reservarla, pues, para cuando fracase el aceite); ó una ó dos cucharadas de café, de aceite de ricino.

c) *Supositorio:* Estos pueden reemplazar á los enemas. Se emplean ordinariamente los de manteca de cacao, sola ó con una pequeña cantidad de glicerina (0'50 gramos para el recién nacido, 1 gramo ó dos

de calomel: 0'20 gramos para 2 gramos de manteca de cacao. Se varían los enemas y los supositorios á fin de no acostumbrar á lo uno ni á lo otro.

d) *Laxantes y purgantes* por vía bucal: empléese los poco en el primer año. *Manteca*: una pequeña cantidad separada de las tetadas. *Jarabe de achicorias compuesto* (con ruibarbo) muy eficaz se da por la mañana antes de toda alimentación á la dosis de una á dos cucharadas de café; el ruibarbo causa á veces eretismo anal; se da también el maná: 2 gramos ó el manito 0, 50 gramos en agua tibia.

II ESTREÑIMIENTO DEL PRIMER AÑO

Se debe amenudo á la alimentación (huevos, carne sobre todo) cámbiesela y desen legumbres verdes, puré de patatas con uno ó dos gramos de folículos de sen (después de los 15 meses)

Purgantes.—Los más usados son el maná, el calomel, sobre todo cuando existe dispepsia gastro-intestinal crónica; la magnesia calcinada (media á una cucharada de café en el primer año, diluida en leche ó agua azucarada) es un buen purgante pero difícil de administrar porque se mezcla mal; la escamonea (0'05 gramos por año) se le puede maridar al calomel; el aceite de ricino, purgante el más seguro para los niños; los purgantes salinos, las aguas purgantes se usan poco; sobre todo, para evitar los inconvenientes ulteriores.

Masaje del abdomen.—Es un medio que debe emplearse después de los enemas y supositorios, antes de los purgantes; durante 5 minutos todas las mañanas, háganse con la mano espolvoreada con talco, pequeñas fricciones ligeras de todo el abdomen, sobre todo en el intestino grueso en círculos concéntricos desde el ombligo siguiendo el curso de las materias fecales (en el sentido de las agujas de un reloj.)

Compresas húmedas sobre el vientre: aplicarlas frías si hay atonía intestinal, calientes si existe espasmo, por la mañana durante tres cuartos de hora.

Estreñimiento en la media (más de 2 años) y grande infancia

1.º Si *pasajero*: se debe á un estado febril, meningitis, oclusión intestinal, etc.

2.º Si *habitual*, es la continuación del estreñimiento congénito de los niños de pecho; las otras causas son la pérdida de la contratilidad intestinal, debida á un vicio alimenticio, tal como el abuso de la carne, la vida sedentaria, las defecaciones á horas irregulares, el temperamento nervioso ó el meteorismo, las enteritis crónicas, ó por el contrario la contracción espasmódica exagerada.

DIAGNÓSTICO

Es fácil; búsquese la causa. Sin embargo el estreñimiento exagerado puede simular (si va acompañado de síntomas apropiados) la oclusión intestinal, el tumor del abdomen, la meningitis y hasta la fiebre tifoidea. «Siempre que en el niño no se puedan calificar un conjunto de síntomas, es preciso pensar en el estreñimiento y combatirlo.» RILLIET y BATHEZ.

TRATAMIENTO

Comiéndose por la modificación del régimen alimenticio: recomiéndense vegetales verdes, miel, frutos cocidos, ciruelas, pan de avena; poco azúcar ó dulces y evitese el abuso en las bebidas.

Aconséjese ir al retrete siempre á la misma hora cada día; los ejercicios físicos; el masaje metódico del abdomen siguiendo la dirección del colón (fricciones con las palmas, masaje vibratorio, etc); la hidroterapia variada en particular la envoltura metódica del abdomen en compresas de agua fría; estos medios son bastante eficaces. Se puede ensayar también la electroterapia: la faradización de los músculos abdominales ó la galvanización (un polo sobre el raquis y otro al nivel del colón)

Se puede dar cada día un enema frío con un poco de sal marina ó con aceite de olivas. Se emplean también los supositorios á la glicerina (un gramo por supositorio.)

Por vía bucal pueden darse: el aceite de olivas durante una semana. (1 vaso por la noche ó 2 á 4 cucharadas al día); el sen en compota de ciruelas, el maná en lágrimas que puede asociarse al proceso ó á la magnesia.

Contra el estreñimiento *inopinado* se puede ordenar el calomel en una dosis por la mañana en ayunas, el aceite de ricino, el podofílino y en particular *la cáscara sagrada*. Los purgantes salinos pueden administrarse pero tiene el inconveniente de producir estreñimiento ulterior.

Las curas termales son muy útiles: Châtel Guyon ó Brides están indicados en el estreñimiento atónico y Plombières en el espasmódico y doloroso.

Sección Profesional

INSTITUTO MÉDICO-SOCIAL DE CATALUÑA—La sesión inaugural, celebrada en el grandioso Salón de Ciento de las Casas Consistoriales han construido un magnífico triunfo. Una concurrencia extraordinaria, en la cual figuraban inúmeros representantes de diversas sociedades médicas, culturales y obreras, aplaudió calurosamente la exposición por el Dr. Fontbona de los trabajos realizados, y tributó una ovación entusiasta y prolongada al Dr. Queraltó por su disertación acerca de la influencia de los factores sociales en la vida humana.

Luego, en el salón de actos del Ateneo Barcelonés, se ha efectuado la inauguración de las Conferencias científicas públicas del presente curso, ante un público numeroso, en el cual figuraban todas las clases sociales. El Dr. Queraltó empezó agradeciendo la benevolencia con que el Ateneo les acogía, y recordó que él se considera como hijo intelectual del mismo, pues en su biblioteca pasó, cuando estudiante, días enteros nutriéndose de su ciencia.

Dijo que á los conferenciantes que no son socios no se les pide ninguna suerte de identificación con el Instituto, ni siquiera simpatía, sólo se les demanda que, como hombres de ciencia, contribuyan al avance humano, exponiendo los frutos de su sabiduría, hecha con la utilidad de los conocimientos recogidos por todos los hombres.

Hizo constar que el Instituto no es un organismo cerrado, partidista, sino que está compuesto de individuos de ideas diversas, bien que haciendo abstracción de sus preferencias, unirse en el terreno científico para laborar por el progreso humano.

Expuso los tres principios que informan el espíritu del Instituto, concepto positivo de la ciencia, basada en la observación y en la experimentación; concepto de los fenómenos sociales como cosas estudiables, según el mismo criterio, y concepto de la plenitud de la vida como ideal humano, y al mismo tiempo como norma de la bondad de todos los actos.

Declaró que siendo esta Corporación formada en gran parte por catalanes, y habiéndose creado en Cataluña, con ella se identifica, correspondiendo de esta suerte á la realidad de su naturaleza y á lo que la Medicina demuestra respecto del influjo del medio y de la herencia; pero si como hombres de ciencia con la acción catalana se identifican, por su misma cualidad de hombres de ciencia se alejan de encogimientos patrioteros, á las veces en oposición con la marcha de la humanidad. «Entre el unitarismo y Cataluña, dijo, por Cataluña; entre Cataluña y la humanidad, por la humanidad.»

Acabó tributando un caluroso elogio á su insigne consocio y maestro el Dr. Rodríguez Méndez, y recordando una frase de Schiller, animó á todos á luchar sin tregua por la anulación del hambre y la sublimación del amor, como supremo móvil de la humanidad futura.

La peroración, del Dr. Queraltó fué acogida con grandes muestras de aprobación, y, al terminar, con nutridísimos aplausos, lo propio que la notable conferencia del Dr. Rodríguez Méndez, primera de la serie.

* * *

En la segunda de las Conferencias organizadas por el Instituto Médico-social de Cataluña, en el Ateneo Barcelonés, el Dr. D. Pedro Farreras disertó elocuentemente sobre «La lucha social contra la infección tífica».

La fiebre tifoidea mata en España, todos los años, á unos diez mil jóvenes, y hace guardar dos ó tres meses de lecho á más de cien mil. Y es una plaga que suele dejar secuelas en quien la padeció, aficciones nerviosas.

Es una enfermedad transmisible y eminentemente social. Desde 1902 nos han enseñado á combatirla Roberto Koch en sus orígenes, que son los productos eliminados por los enfermos de la fiebre tifoidea por los convalecientes de la misma y por personas que jamás la tuvieron, pero que cultivan su microbio y lo siembra por doquier.

La idea de que la fiebre tifoidea era únicamente transmitida por el agua, pierde terreno de día en día. Aun las epidemias que parecían evidentemente origen hídrico, mejor estudiada, han resultado transmitidas por otras causas.

Estas causas, en general, son los alimentos que suelen comerse fríos (ensaladas, fiambres, leche, hielo, pescado ahumado, ostras, etc.) ó sin una cocción inmediatamente previa. Estos alimentos reciben los gérmenes de manos de las mujeres que los venden ó preparan (cuando son ellas portadoras de gérmenes), y también de las moscas, que son otro gran elemento de difusión.

El germen de tífus puede vivir, además en la basura, en los desperdicios de las cocinas, etc., y aun proliferar en abundancia en estos medios, de los cuales, así como de las letrinas y habitaciones de los enfermos, los llevan las moscas á los alimentos que ingerimos.

Termina diciendo que es preciso, pues, organizar una cruzada contra los gérmenes tíficos, matándolos en sus orígenes, que son las deyecciones de los enfermos y convalecientes de fiebre tifoidea, en sus focos de multiplicación, que son las basuras, y en sus diversos medios de transmisión.

* * *

Congresos.—El II Congreso internacional de Urología tendrá lugar en Londres, del 24 al 28 de Julio. Presidente: H. Fenwick (Londres), vicepresidente: Korányi (Budapest) y Pousson (Burdeos). Temas: 1). Fosfaturia y oxaluria; ponentes: Hogge (Lieja), Péchere (Bruselas), P. F. Richter (Berlin), Teissier (Lyón).—2). Resultados de la prostatectomía; ponentes: H. Young (Baltimore), Proust (París), R. González (México), Zuckerkandl (Viena).—3). Resección de la vejiga; ponentes: Fenwick, Giordano (Venecia), Rorving (Copenhague.)

III Congreso internacional de Rinolaringología, en Berlín de 30 Agosto á 2 Septiembre. Temas: Relaciones entre la fonética experimental y la Laringología. Ponentes: Killian (Friburgo), Struyken (Breda). Broncoscopia y esofagoscopia, indicaciones y contraindicaciones. Ponentes: Kilian, Kahler (Viena), Chevalier Jackso (Pittsburg.) Relaciones entre el aparato linfático nasal y nasofaríngeo con el resto del organismo. Ponentes: Broeckaert (Gante), Poli (Génova), Logan Turner (Edimburgo). Pólipos nasofaríngeos fibrosos; sitio y modo de inserción y tratamiento. Ponentes Jacques (Nancy), Hellat (S. Petersburgo). Para más detalles dirigirse al secretario del Congreso, Profesor Rosenberg, Berlín, Schiffbauerdamm, 26. Durante el Congreso habrá una exposición científica destinada á ilustrar las relaciones de la Fonética y la Laringología y el desarrollo de la broncoscopia y esofagoscopia.

VII Congreso internacional de Dermatología Sifiliografía, en Roma, de 25 á 29 Septiembre. Temas: 1. Tratamiento de la sífilis.—2. Fisioterapia de las dermatosis.—3. Blastomicosis y esporotricosis.

III Congreso internacional de Cirugía, en Bruselas, de 26 á 30 Septiembre. Temas: 1). Cirugía de la pleura y del pulmón. Ponentes: Garré (Bonn), Gandier (Lille), Girard (Ginebra), Lenormand (París), Ferguson (Chicago), Van Stockum (Rotterdam), Sauerbruch (Zürich) y Friedrich (Marburg).—2. Colitis. Ponentes: Sonnenburg (Berlín), Segond (París), Gibson (Nueva Yor), m^{ra} Arcy Power (Londres).—3. Pancreatitis. Ponentes: Michel (Nancy), Körte (Berlín), Giordans, (Venecia).

==

Primer Congreso Universal de razas.—Del 26 al 29 de Julio se celebrará en Londres un Congreso que tratará de las relaciones generales entre los pueblos de Oriente y Occidentes y del problema de contacto de las razas europeas con las civilizaciones desarrolladas por los Chinos, Japoneses, Indios, Turcos y Persas.

Los idiomas oficiales del Congreso serán el inglés, francés, alemán é italiano, pero los restantes idiomas no serán incluidos de modo absoluto.

Las memorias se reunirán en dos volúmenes publicados uno en francés y otro en inglés, un mes antes de la fecha del Congreso y entre sus autores figurarán representantes de más de veinte civilizaciones distintas. Están invitados para tomar parte en los debates, representantes de todas las escuelas.

En el Congreso no se tratarán asuntos de orden políticos. El objeto será discutir á la luz de la ciencia y de la conciencia moderna, las relaciones generales entre los pueblos de Occidente y Oriente, para estimular entre ellos una buena inteligencia, un sentimiento de amistad y una cordial cooperación.

Para informes más detallados dirigirse al Secretario general del Congreso M. G. Spiller, 63, South Hill Park, Hampstead, Londres.

==

Congreso Español de Hidrología Médica.— Se celebrará en Madrid en Octubre de 1912, bajo el patrocinio de S. M. el Rey Don Alfonso XIII,

habiendo sido nombrado, por el Comité permanente Internacional, presidente al Excmo. Sr. Don Amalio Gimeno Cabañas y Secretario general don Rosendo Castells.

Como expresa *El Siglo Médico*, este Congreso es de suma importancia porque demostrará la riqueza hidromineral de nuestro país y lo mucho que esa materia se trabaja en España.

=

Congreso Internacional antituberculoso.—Se celebrarán en Roma en el año actual, si bien no está determinada la fecha en que hayan de realizarse.

Todas las naciones han nombrado su Comisión especial de propaganda para este Congreso.

La Comisión española nombrada por el Ministro de la Gobernación está presidida por el Dr. Espin y ha sido nombrado secretario de la misma el Dr. Codina Castelví.

La Asociación ha tomado los acuerdos de organizar comités regionales con objeto de activar la propaganda y esté España brillantemente representada en dicho certamen; preparar un trabajo que dé á conocer los recursos que emplea España para luchar contra la tuberculosis y poner en conocimiento del público la conveniencia de que acudan expositores españoles á la Exposición que se celebrará aneja al Congreso.

Toda la correspondencia debe dirigirse al Secretario de la Comisión española, doctor Codina Castelví (Arenal -26), Madrid.

