

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



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

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

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

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

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

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

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

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

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

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

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

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR

SANATORIO
* MADRAZO *

AÑO II. * NÚMERO 2
* AGOSTO DE 1912 *

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

JOSÉ TERESA BEDERA: Tratamiento del carcinoma de la lengua.

—CARLOS R. CABELLO: Algunas consideraciones acerca del vértigo en general, del vértigo volthico y su importancia diagnóstica.—JUAN

HERRERA ORIA: De traumatismos de la vulva.—Los ingertos dermo-epidérmicos

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

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

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

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

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 Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

Indicadas para la cura del Reuma : Artritisismo : Enferme-
dades 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, aneuris-
mas, períodos agudos de enfermedades del riñón, úlceras del estómago, cánceres, sar-
comas, etcétera, etcétera.

Precios económicos.— Informes y catálogos gratis

RAMÓN DE BERGÉ, Gran Vía, 5, Bilbao ó Molinar de Carranza

FARMACIA JIMENEZ

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

Vacunas y tuberculinas del Instituto Ferrán
Especialidades : Medicación moderna : Ortope-
dia : Cajas para partos : Soluciones inyectables
esterilizadas. — KEFIR-IOHURT

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

Año II

Santander, agosto de 1912

Núm. 2

BOLETIN DE CIRUGIA

I.—ORIGINAL

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE LA LENGUA

Por José Teresa Bedera

Diagnosticar el mal en sus comienzos e intervenir de una manera precoz y radical debe de ser axiomático para el médico tratándose de tumores malignos.

El cáncer de la lengua, como todo cáncer, es local en sus comienzos e invade por propagación; mas ésta se verifica de una manera prematura y rápida. Con suma frecuencia llega el paciente a manos del cirujano habiendo pasado la verdadera oportunidad operatoria; el tumor está en pleno desarrollo exuberante; ya por muchos alardes quirúrgicos, por mutilantes que sean las intervenciones, no pueden darse más garantías que salir airoso del trance operatorio; los resultados posteriores son inciertos.

A pesar de conocer el número tan crecido de reproducciones, en estos casos, no hay más remedio que proponer y acometer tales empresas, ya que desgraciadamente no disponemos de otro medio mejor. Rayos X, fulguración, electrocoagulación, radium, sueroterapia, etc., son infinitamente peores en resultados de presente y porvenir que la exeresis con el bisturí. En vista de lo cual condenso el enunciado de este artículo en el siguiente epígrafe: *Amputación de la lengua.*

* * *

En todo acto operatorio lo primero que debe disponer el cirujano, para trabajar con libertad y sortear con soltura las dificultades de momento, es de *campo operatorio*; máxime en intervenciones de tal clase en que, salvada esta dificultad, casi puede decirse se tiene asegurado el éxito. Una infracción de asepsia, que puede comprometer la vida cuando abrimos un vientre, nada significa en la cavidad bucal.

Si la parte enferma está próxima a la punta de la lengua y puede atraerse con facilidad fuera de los labios, es halagador hacer una extirpación cuneiforme y suturar las superficies cruentas. Esta conducta no está justificada más que tratándose de un nódulo sospechoso o una fisura localizada sobre una placa leucoplásica, en la que sospechamos degeneración epitelial. En los casos de úlcera típicamente cancerosa, con su fondo indurado y lardáceo y su secreción viscosa, no es quirúrgico proceder económicamente, hay que extirpar el órgano en una mayor extensión para evitar, al menos, la reproducción *in situ*, doblemente enojosa que las ganglionares.

Una extensa amputación no puede acometerse por la cavidad bucal sin requisitos previos, so pena de encontrarse el cirujano en constante confusión y rodeado por todas partes de sangre y mucosidades, que el enfermo lanza para evitar su asfixia.

El temor a la hemorragia hizo a los antiguos no intervenir con el bisturí. Emplearon la ligadura elástica, o con hilo inextensible, procurando por este medio la falta de irrigación sanguínea en la parte afecta y su necrosis consecutiva. Mayor, Recamier, Cloquet, Vidal de Casis y Mirault fueron, entre otros, sus partidarios. Estos métodos, lo mismo que la estrangulación lineal, están relegados al olvido.

Hoy día, es lo corriente salvar esta dificultad valiéndose de dos medios: bien ligando las arterias linguales en la región submaxilar o hacer más accesible el campo operatorio, merced a operaciones preliminares.

1.º La incisión de la mejilla, a partir de la comisura labial, preconizada, por primera vez, por Yaeger.

2.º Abrir ampliamente la región suprahioidea y penetrar en la boca por esta vía (Regnoli Billroth, Verneuil).

3.º Procedimientos trasmaxilares, porque seccionan el maxilar inferior para obtener todavía mayor acceso; la línea media es aconsejada por Roux, Sedillot y Syme, y de un modo lateral, según Lengenbeck.

4.º La vía cervical transhioidea de Vallas, que secciona el hueso hioides y los tejidos supra e infrahioideos.

No siempre se puede ser sistemático en la elección de un procedimiento operatorio, aunque tenga el operador su método favorito, puesto que debe hacerse lo que el caso requiera. Así por ejemplo: Gluc es partidario de intervenir, siempre que se pueda, por la boca, pero cuando el cáncer interesa la porción faríngea de la lengua y epiglotis emplea la región suprahioidea, haciendo una faringotomía lateral; finalmente si el suelo de la boca se encuentra interesado, reseca una porción del maxilar y utiliza esta puerta de entrada.

En las intervenciones por la boca, el profesor alemán que acabo de citar empieza por practicar una incisión en el cuello en forma de arco, a la altura del hueso hioides desde una apófisis mastoidea a otra, y luego dos a lo largo del borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo; la piel es disecada ampliamente para poder quitar, con comodidad, las glándulas submaxilares, ligar ambas arterias linguales y vaciar los ganglios submaxilares y carotídeos. Su segundo tiempo es la amputación de la lengua con ayuda de separadores y del espejo frontal.

El eminente Kocher tiene su procedimiento submaxilar que lo lleva a cabo practicando un gran colgajo, circunscrito por dos incisiones, de las que una va desde la punta de la apófisis mastoidea al hueso hioides, y la otra, desde el cuerno mayor del hioides hasta el mentón; a pesar de lo cual utiliza, a veces, el método de Sedillot.

Nuestra norma de conducta es amputar extensamente, aún en los casos en que llegados relativamente a tiempo cabría discutir una conservación parcial del órgano. Nos valemos de la vía trasmaxilar media, como luego describiré.

Los enfermos se resisten a creer que al quitarles la parte móvil de la lengua puedan conservar el habla. Uno de nuestros operados, al cual se le propuso la amputación total, se resistió a ello por temor a quedar inútil para su profesión, y no aceptó más que una operación conservatriz; dos meses después de operado tuvimos ocasión de verlo y se nos quejó de poca sensibilidad en su media lengua (según su expresión estaba como acorchada), y con suma facilidad la mordía,

A los enfermos que hemos amputado la lengua por delante de los pilares, han conservado la palabra perfectamente inteligible, siendo solamente algo estopajosa.

Damos suma importancia a la antisepsia previa de la cavidad bucal. No se debe confiar al mismo enfermo, recetándole un colutorio y el cepillado de los dientes; esto es no hacer nada o hacer muy poco. Tiene que practicar uno mismo estos cuidados preoperatorios: 1.º Extrayendo

las piezas dentarias cariadas y desde luego los incisivos centrales inferiores. Tratándose de un sujeto de boca poco aseada y dentadura muy incompleta, lo mejor es sacrificar lo que queda. 2.º Limpiando los repliegues y anfractuosidades de residuos putrefactos con algodones o gasas empapadas en soluciones antisépticas. 3.º Si la úlcera cancerosa no se consigue limpiar mecánicamente o sangra con facilidad, conviene cauterizarla con el termocauterio. Todos estos medios, sino logran una esterilización absoluta de la cavidad bucal, cosa irrealizable en la práctica, disminuyen considerablemente el desarrollo de bacterias, mermando sus materiales nutritivos.

La anestésica que utilizamos es la clorofórmica, precedida de una inyección subcutánea de morfina. Desechamos la traqueotomía previa; agrava la operación y en vez de evitar las complicaciones pulmonares predispone a ellas.

La posición empleada no es la de Rose. El enfermo permanece en la mesa de operaciones semisentado, de modo que el tronco y la cabeza formen con la horizontal, aproximadamente, un ángulo de 45º.

La operación da principio incindiendo de un sólo golpe de bisturí el labio inferior y prolongando la incisión de las partes blandas hasta el hueso hioides.

Antes de aserrar el maxilar, se practican con el perforador dos pequeños taladros, uno a cada lado de la línea media, para pasar por ellos, después de terminada la operación, el hilo metálico.

Con una aguja curva, en la que se ha enhebrado la sierra-hilo de Gigli, se atraviesa el suelo de la boca, de arriba abajo, rozando al hueso. Es conveniente alejarse un poquito de la línea media, lo suficiente para respetar las apófisis geni y con ellas las inserciones de los geni-glosos. Detalle de cierta importancia teniendo en cuenta que estos músculos son los encargados de impedir que la lengua bascule hacia atrás y caiga sobre la laringe. Tienen la forma de un ancho triángulo, cuyo vértice está situado detrás de la sínfisis mentoniana y cuya base, muy convexa, corresponde a la cara dorsal de la lengua en toda su extensión. Este es el motivo por el cual aún sacrificando gran cantidad de fibras musculares en el acto operatorio, quedan las suficientes en el muñón lingual para poderlo mantener en posición.

Las dos mitades del maxilar inferior se separan de una manera graduada con separadores romos. El suelo de la boca aparece tenso y se secciona en la misma dirección y extensión que la incisión cutánea; punto declive que nos servirá para establecer el drenaje.

Atráigase la lengua a beneficio de una pinza Museux o con una asa de seda atravesada en su punta.

Con las tijeras seccionése el frenillo y las geni-glosos. La lengua sale entonces con más facilidad. Libértense sus lados; córtese la mucosa y líguense los vasos sublinguales. Térmítese por seccionar los músculos higlosos y ligar en ambos lados las arterias raninas. Libre de tales conexiones se puede seccionar por su base, usando el termocauterio según el consejo de Kocher.

En caso de que el cáncer tenga tendencia a invadir la porción faríngea de la lengua, uno de los tiempos operatorios es seccionar francamente los pilares anteriores del velo palatino, con el fin de hacer más amplia la extirpación.

Terminada escrupulosamente la hemostasia, se reconstituye el suelo de la boca, menos en un pequeño territorio, que nos servirá para conducir el drenaje de gasa yodofórmica.

Se reúnen las dos porciones óseas por la sutura metálica, y se cierra la herida del labio por una serie de puntos.

Fáltame, como complemento operatorio, ocuparme del vaciamiento ganglionar.

Según los estudios, relativamente modernos, de Küttner (1898) y y Poirier (1902), los linfáticos de la mucosa y músculos de la lengua se anastomosan ampliamente entre ellos, y no solamente terminan en los ganglios submaxilares, sino que la mayor cantidad de afluentes acude a los ganglios carotídeos, siendo el principal uno unido a la vena yugular interna, inmediatamente por debajo del vientre posterior del digástrico. La consecuencia lógica de estos trabajos sería admitir que el cáncer de la lengua, aun siendo limitado, afecta de una manera prematura y bilateral a todos los grupos ganglionares descritos.

La clínica nos enseña, por regla general, que al iniciarse las adenitis, se presentan en la fosa submaxilar del mismo lado al de la lesión, y luego en la cadena carotídea.

En los comienzos del mal puede limitarse la extirpación a la glándula y los ganglios submaxilares. Resulta un poco exagerado hacer sistemáticamente la limpieza ganglionar en ambos lados del cuello. Es mucho traumatismo operatorio para sobrellevarlo la mayoría de los enfermos en la misma sesión que la amputación de la lengua. En los casos avanzados en que está indicada la maniobra antedicha, debe practicarse unos ocho o diez días antes de la operación.

Tenemos buen cuidado de hacer presente al enfermo o a la familia

visiten con alguna frecuencia al cirujano para vigilar la aparición de nuevos infartos, por si fuesen susceptibles de amplia extirpación.

Los cuidados posteriores a la intervención se reducen a los siguientes: *a)* Tener al enfermo sentado en cama los primeros días y levantarlo con la mayor prontitud posible. *b)* La alimentación se realiza con una sonda de goma introducida por la nariz; pasados cinco días puede empezar a tomar alimentos por la boca. *c)* Una solución antiséptica debe colocarse a la cabecera del lecho para que, con la mayor frecuencia posible, haga el enfermo sus enjuagatorios; además hay que practicar una limpieza minuciosa, con torundas de algodón o gasa, mañana y tarde. *d)* La cura externa será renovada dos veces al día; el drenaje yodofórmico se retirará a las 48 horas; los puntos de la piel a los ocho días, y la sutura metálica a los 18, fecha en la que el enfermo se encontrará curado.

El verdadero progreso en estas intervenciones es el haber quedado limitadas a una cantidad exigua las complicaciones postoperatorias. La mortalidad, que alcanzó en el año 1860, según el cálculo de Just, a 39 por 100, ha disminuido en la actualidad a un 7 o un 5 por 100. Mas téngase en cuenta que en el tanto por ciento de muertes que una estadística presenta, no sólo infuye la cantidad de operaciones, sino la *calidad* de las mismas.

II.—ORIGINAL

Algunas consideraciones acerca del vértigo en general

DEL VÉRTIGO VOLTAICO Y SU IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA

Por Carlos R. Cabello

En la clínica del profesor Vidal, de París, he tenido ocasión de observar varios casos semejantes al que voy a relatar, cuyo recuerdo me ha inspirado algunas consideraciones respecto al asunto que da nombre a este artículo.

Se trataba de un sujeto de cuarenta años, de constitución robusta, de apariencia aplopética, sin antecedentes específicos ni historia patológica del oído. El enfermo se presentó en la clínica en un estado vertiginoso constante, que hacía difícil e insegura la marcha, semejante a la del ebrio, con cefalea intensa y también constante y vómitos frecuentes. El examen oftalmoscópico dió un resultado negativo; la prueba del vértigo voltaico acusó una acentuada resistencia para la producción; la tensión arterial, que ya clínicamente se sospechaba elevada por el aspecto congestivo del paciente, medida con el oscilómetro de Pachon, señaló una cifra muy elevada, 28.

Tal era a grandes rasgos el cuadro clínico: a pesar del resultado negativo del examen oftalmoscópico y de la ausencia de fenómenos de localización, los trastornos cerebrales eran tan intensos, que hicieron pensar en un tumor cerebral o cerebeloso. En la clínica del eminente profesor Babinski, a donde el enfermo en virtud de este diagnóstico fué trasladado, fué rectificado el juicio clínico. La hipertensión arterial extraordinaria del enfermo, la falta de éxtasis papilar y la observación de algunos otros casos anteriores semejantes a éste, inclinaron el ánimo a pensar en un estado vertiginoso por hipertensión arterial y consecutivamente cerebral y laberíntica.

En su consecuencia, y como medio curativo, le fué practicada una punción lumbar. Con ella, confirmando el diagnóstico, desaparecieron todos los fenómenos cerebrales (cefalalgia y vómitos), cesaron los vértigos y el enfermo desde el siguiente día, empezó a marchar con paso seguro.

En esta misma clínica tuve ocasión de ver algunos enfermos más, análogos al relatado. Eran sujetos con vértigos y trastornos cerebrales más o menos intensos, debidos a un exceso de tensión arterial. En los casos que vi, la punción lumbar había hecho desaparecer los síntomas de una manera rápida. En alguno de estos enfermos se hace preciso repetir la punción al cabo de un plazo más o menos lejano (varios meses, generalmente) porque en tanto no se combata con éxito la hipertensión arterial, cuyo tratamiento debe comenzarse inmediatamente, el cuadro clínico puede volver á reproducirse.

La historia clínica precedente muéveme á hacer alguna consideración acerca del vértigo en general, del vértigo voltaico y su importancia para el diagnóstico de los auriculares, y de la punción lumbar como tratamiento de algunas de sus modalidades.

Es el vértigo una sensación ilusoria de desplazamiento de nuestro cuerpo con relación a los objetos circundantes. En realidad para que haya verdadero vértigo es necesario el estado consciente del individuo; la caída del pequeño ataque epiléptico, la pérdida brusca de conocimiento en la apoplejía son denominados impropriamente vértigos.

La sensación de desplazamiento o caída puede producirse en todos los sentidos: en unas ocasiones el enfermo tiene la impresión de que el mundo exterior gira a su alrededor; en otras, el suelo parece hundirse y faltar bajo sus pies, en algunas se siente proyectado hacia adelante o hacia atrás, etc., etc.

Todas estas sensaciones, aunque el enfermo tenga casi siempre la noción de que no son reales, provocan instintivamente movimientos de compensación y de protección por parte de la cabeza, brazos y piernas. La noción de la irrealidad del vértigo desaparece otras veces ante el temor de la caída, y una sensación de angustia más o menos intensa, a veces lo bastante para obnubilar momentaneamente la conciencia y aun para determinar un síncope, le acompañan con mucha frecuencia.

Son asimismo frecuentes los trastornos sensoriales: impresiones luminosas, nieblas, obscuridad, entre los visuales; silbidos, zumbidos, ruido de campanas, entre los auditivos; trastornos gástricos, tales como náuseas, vómitos, pesadez de estómago; y laringeos, cosquilleo, tos, constricción de laringe. Todos ellos pueden preceder o seguir al vértigo; siguiéndole no tienen importancia etiológica; precediéndolo pueden constituir una indicación que permita clasificarle.



La noción de la situación exacta de nuestro cuerpo y de sus diferentes partes en el espacio se forma por la reunión de un sin número de sensaciones: los músculos, huesos y articulaciones, la piel, el sentido del oído y de la vista reciben impresiones que al hacerse conscientes en el sistema nervioso cerebral, le dan idea de la situación de las diferentes partes del cuerpo entre sí y con relación a los objetos del mundo exterior.

Pero hay un órgano especialmente adscrito a darnos idea de nuestra situación en el espacio, órgano que en todos momentos y de una manera inconsciente marca y registra nuestra orientación e instintivamente provoca los movimientos necesarios a su equilibrio. De tal función está encargado el laberinto.

Constituido por los tres canales semicirculares, perpendiculares y comunicantes entre sí por el vestíbulo, en el líquido que los baña flotan las extremidades del nervio vestibular. Los cambios de posición de la cabeza y cuerpo determinan movimientos en el líquido que los llena y, por lo tanto, distintas excitaciones del nervio vestibular, cuyas fibras en su mayor parte terminan en el cerebelo.

El caracol está bañado por el mismo líquido que los conductos semicirculares; al servicio exclusivo de la audición recibe el nervio coclear, que unido después al vestibular, pero conservando sin embargo, sus fibras independencia anatómica y funcional, formarán el auditivo. El uno es nervio del espacio, el otro de la audición; se concibe, pues, que dada la estrecha intimidad de sus relaciones anatómicas, los trastornos de uno de ellos afecten fácilmente al otro.

Del acuerdo perfecto de todas estas impresiones táctiles, visuales, auditivas y del laberinto, nace la noción del equilibrio, de su desacuerdo el vértigo, pero claramente se comprende la distinta influencia que para su producción tienen unas y otras. Así las sensaciones musculares táctiles o periósticas la tienen insignificante, es más marcada la influencia de las visuales y auditivas, pero sobre todas le provocan frecuente e intensamente las alteraciones que recaen directamente sobre el sentido de la orientación en cualquiera de sus partes: laberinto, nervio vestibular o cerebelo.

El capítulo de los vértigos es uno de los más extensos de patología. No es mi propósito, ni cabe en los estrechos límites de estas líneas, hacer su descripción; basta para dar una idea de su infinita variedad, la siguiente enumeración de los más importantes:

Entre los que pudiéramos llamar normales o fisiológicos, se encuentran el vértigo rotatorio, el vértigo voltaico, el de las alturas, etc.

Dentro de los llamados auriculares, por ser debidos a una lesión que recae directamente sobre el oído, hay una infinita variedad; desde el simple tapón de cerumen hasta las más extensas destrucciones del laberinto, todas las lesiones del oído pueden producirle más o menos intenso, desde un simple desvanecimiento pasajero hasta la forma apoplética del vértigo de Meniere.

En casi todas las infecciones, fiebre tifoidea, viruela, scarlatina, etcétera, puede observarse, probablemente debido a una irritación anormal del aparato laberíntico por toxinas microbianas. A este grupo corresponde la enfermedad de Garlier o vértigo paralizante que se observa en algunas localidades del Japón, enfermedad caracterizada por vértigos acompañada de trastornos visuales y paresías o parálisis pasajeras de los miembros, que sobrevienen por accesos de dos a tres minutos de duración y se repiten durante una hora, separados por intervalos de días o meses de salud completa.

Se presenta con carácter epidémico, lo que ha hecho que se la considere como enfermedad microbiana, aunque hasta la fecha no ha podido aislarse el germen productor.

Las intoxicaciones (alcohol, tabaco), la arterioesclerosis, muchas veces consecuencia de aquéllas, dan frecuentemente lugar al vértigo, que en este caso suele presentarse por la mañana al levantarse de la cama o con ocasión de un movimiento brusco de la cabeza, de donde el nombre de vértigo de salto de cama, descripto por Rejis.

En las cardiopatías se observa a menudo de preferencia en las lesiones aórticas, con menos frecuencia en las mitrales.

En las lesiones del cerebelo y del cerebro: en las primeras frecuentemente por aquel órgano la parte central del sentido de la orientación, las segundos, por modificaciones de la presión intralaberíntica.

Se observan, en fin, con ciertas afecciones gástricas y laríngeas (vértigos reflejos) en la tabes y en la neurosis (histerismo y epilepsia).

El vértigo voltáico, citado entre los primeros, ha adquirido una importancia considerable en semeiología nerviosa, gracias a los interesantes trabajos de Babinski, que ha consagrado a su estudio una profunda labor investigadora.

El vértigo voltáico es fisiológico, es el que produce el paso de una corriente continua, colocando los electrodos en regiones determinadas de la cabeza, cuando aquella adquiere suficiente intensidad; conocido por Purkuige Brenner e Hilleig entre otro, las investigaciones de Babinski le han dado importancia capital en semeiología nerviosa.

He aquí en qué consiste:

Cuando sobre las sienes o apófisis mastoides de un sujeto se colocan los electrodos de una corriente continua, se observa *siempre*, en los sujetos normales, cuando ésta alcanza una intensidad de tres a cinco milliamperes (de uno a dos en los jóvenes), una inclinación de la cabeza *del lado donde está situado el polo positivo*.

Un movimiento de rotación de la cabeza, más o menos marcado, acompaña casi siempre a este movimiento de rotación; es debido a que los electrodos no se colocan en puntos completamente simétricos y puede aumentarse exagerando aquella asimetría.

Tal es la descripción del fenómeno. Balbinski ha hecho interesantes trabajos experimentales, y de investigación clínica con respecto a él. Le ha estudiado en palomas y cobayos, a los que de antemano había producido destrucciones más o menos extensas del oído; le ha explorado sistemáticamente en la clínica, y de su concienzuda labor resumo las conclusiones siguientes, que le dan una importancia grande como medio de investigación clínica:

1.º En las lesiones del oído la inclinación de la cabeza tiene lugar siempre, o predominantemente del lado de la lesión, cualquiera que sea la situación del polo positivo.

2.º Cuando los dos oídos están enfermos, la inclinación se verifica a veces del lado más enfermo, puede faltar otras (en las destrucciones extensas y bilaterales), o se hace hacia atrás. En todos estos casos, se observa generalmente una resistencia exagerada al vértigo voltáico, que a veces necesita el paso de una corriente de diez a quince milliamperes.

3.º La resistencia al vértigo voltáico se observa, asimismo, en los casos de exceso de tensión del líquido céfalo laquideo (hipertensión arterial, tumor cerebral).

4.º En las sorderas de causa psíquica no existe de ordinario modificación del vértigo voltáico, ni tampoco en aquellos vértigos que no dependan de lesión del oído.

La exploración del vértigo voltáico puede pues evidenciar la naturaleza auricular del vértigo, es un valioso elemento de juicio para diagnosticar la causa psíquica u orgánica de ciertas sorderas, pudiendo poner de relieve lesiones del oído que no hubieran dado lugar a grandes trastornos funcionales.

Todas las enfermedades del oído interno, y aún algunos del oído medio o externo, traumarismos, trastornos vasculares, infección, tumores, etc., pueden modificar el vértigo voltáico.

En cambio, la presencia del vértigo voltáico normal indica la integridad del laberinto.

Pero esta regla no es absoluta, existen casos excepcionales de persistencia del vértigo voltáico normal o con ligeras modificaciones, con lesiones pequeñas y unilaterales del oído; en estos casos, antes de afirmar la naturaleza neurósica de la afección, debe completarse la exploración la prueba del nistagmus calórico o reflejo de Barany.

La circulación en el conducto auditivo externo de una corriente de agua caliente o fría provoca la excitación de los canales semicirculares y la aparición de sacudidas nistagnicas. En las destrucciones del laberinto, la corriente de agua queda sin acción y la prueba es negativa.

Para su producción se utiliza un chorro de agua fría á quince grados, inyectado a unos ochenta centímetros de presión, en el conducto auditivo externo, durante cuarenta o sesenta segundos; al cabo de este tiempo, en los casos normales, mandando mirar al enfermo a derecha e izquierda, se produce un nistagmus cuando el individuo mira del lado del oído no inyectado. Si la prueba se hace con agua caliente (es menos constante), el nistagmus tiene lugar cuando el sujeto mira del lado que se inyecta.

El vértigo voltáico debe completarse con el reflejo de Barany, ambos normales indican la absoluta integridad del laberinto.

Dos palabras para terminar acerca de la función lumbar; el enfermo que encabeza estas líneas fué curado con ella, e igualmente lo habían sido algunos más, que tuve ocasión de ver. Erigida por Balbniski en práctica curativa de algunas modalidades de vértigos auriculares, ha dado excelentes resultados en gran número de casos.

Es eficaz, sobre todo, en lesiones del laberinto y en los vértigos por hipertensión arterial e influencia también favorablemente los otros trastornos auriculares del sindrome de Meniere (zumbidos de oídos, hipocusia), pero de una manera menos frecuente.

III.-ORIGINAL

DE TRAUMATISMOS DE LA VULVA

Por Juan Herrera Oria

Puestas a un lado las lesiones traumáticas del aparato genital femenino que tienen su origen en el parto o en el coito, y descontadas las que en orden de frecuencia vienen después de éstas, que son las debidas a actos de masturbación, queda un pequeño grupo de lesiones causadas por golpes, caídas o por la acción directa de cuerpos extraños sobre aquellos órganos, cuya escondida situación en el organismo femenino, explica suficientemente la poca frecuencia con que se ven ultrajados por los agentes exteriores.

Las lesiones de origen obstétrico forman por sí solas sendos capítulos en las obras de partos y en las ginecológicas, y no son de este lugar. Tampoco es mi intención ocuparme ahora por extenso de las que se originan en el acto del coito, ni de las del tercer grupo, sino sólo de las que corresponden al último, tomando para ello ocasión de una enferma tratada por mí no hace mucho tiempo.

De todos modos, las lesiones de los tres últimos grupos (coito, masturbación y traumatismos) tienen caracteres comunes, y pudiendo darse reglas generales para el tratamiento de todas ellas, no es en absoluto inoportuno decir algo que a todas toque. Sabido es que en el primer coito la mujer sufre siempre un pequeño traumatismo; síntomas de él son el dolor y la insignificante hemorragia que se produce, y su resultado la rasgadura del himen en un número no constante de colgajos. Estas lesiones, que pueden llamarse fisiológicas, adquieren caracteres de anormalidad y se hacen más o menos graves, cuando la hemorragia es muy abundante (en muchas ocasiones fué necesaria la intervención del médico para cohibirla) o cuando el desgarró, rebasando el anillo de implantación del himen, se propaga a la vulva, al clítoris o a la vagina. La violación y el coito en una edad avanzada de la mujer, en la que los órganos de su aparato genital, cumplida ya su misión se retraen y achican fisiológicamente bajo la acción de la atrofia senil, son las que mayor contingente dan de tales lesiones y también son por lo regular, las más

graves de todas. Abel (1) refiere haber tratado a una mujer de más de 60 años, que entró en su clínica casi exangüe por causa de un accidente de éstos; el periné estaba rasgado, y el desgarró se prolongaba a lo largo de la pared posterior de la vagina hasta el fondo de Douglas, abierto también. Tan bárbaras mutilaciones son posibles y no raras en el *coitus more bestiarum*.

Las que se originan de actos de masturbación ofrecen singular gravedad; muestra la estadística que son los que con más frecuencia interesan órganos vecinos (vejiga, recto, peritoneo).

En fin, los traumatismos de la última de las agrupaciones que hemos hecho, recaen con más frecuencia en mujeres del campo, y suelen ser producidos por caídas sobre palos o estacas de punta, por objetos y utensilios de la casa o los aperos de labranza, y con relativa frecuencia por las astas de los animales domésticos (vacas, cabras).

A esta clase de heridas, que los alemanes designan con la expresiva palabra de enrevesada traducción *Pfählungsverletzungen*, pertenece la que se produjo la enferma asistida por mí. La cual a los pocos días de haber dado a luz, para ayudar a su marido en no sé qué faena, se había encaramado a una escalera de las llamadas de mano, resbaló y quedó a horcajadas sobre el travesaño que la sostenía, situado a bastante altura para que los pies no alcanzaran al suelo.

Estas lesiones de la vulva, sino son perforantes, no tienen especial sintomatología, sólo presentan de particular la exaceración de dos síntomas comunes a todos los traumatismos, el dolor, que suele ser muy intenso, y la hemorragia, que es casi siempre profusa. Lo es particularmente cuando el traumatismo ocurre en una mujer en gestación o poco después de haber parido, como fué el caso de mi enferma. Tal cantidad de sangre perdió ella! El accidente ocurrió de noche y el médico que primero la asistió, que fué el ilustrado titular de San Román don Pedro Ruiz, trató de contener la hemorragia con un vendaje compresivo y la inmovilidad de la enferma, y así se consiguió por el momento.

Otro carácter especial de estos traumatismos es que, cuando no son abiertos o sólo se comunican al exterior por un orificio estrecho, dan lugar a la formación de hematomas enormes, a veces de proporciones gigantescas; el tumor que se forma es más o menos esférico, sus límites se confunden suavemente con los tejidos que le rodean, la piel estirada amenaza desgarrarse, presentan una consistencia elástica, a veces

(1) «Vorlesungen über Gynäkologie», 1912.

fluctuante. La rotura de una vena varicosa o la rasgadura del clitoris o de un cuerpo cavernoso, son causas también de abundantísimas hemorragias.

Como complicaciones, aparte de las heridas perforantes, pueden presentarse la retención de cuerpos extraños y la infección.

Antes de intentar remedio alguno, antes de suturar los desgarros más visibles o combatir a ciegas la hemorragia, que suele ser el síntoma que domina la escena y preocupa más, hay que proceder a una exploración minuciosa, colocando a la enferma en una mesa (no sobre la cama) en posición obstétrica, bajo la acción de la anestesia general si es necesario, sin olvidar nunca el cateterismo de la vejiga y la exploración rectal. Punto esencial de este reconocimiento es el de los huesos de la pelvis; puede haber una fractura.

La herida de la enferma que motiva estas cuartillas, estaba dirigida, como se ve en la figura, de arriba y afuera hacia abajo y adentro, de bordes limpios, interesaba cortándole transversalmente el pequeño labio derecho, y alcanzaba al cuerpo cavernoso del mismo lado que manaba abundante sangre en el ángulo superior de la incisión; por abajo llegaba hasta el tubérculo uretral, contorneándolo. El taponamiento vaginal y el apósito compresivo que puso por la noche el señor Ruiz, contuvieron por entonces la hemorragia, pero al amanecer que la mujer empezó a moverse, volvió a presentarse la sangre, alarmando justamente, porque ya la enferma había perdido el día anterior gran cantidad. Puesta sobre una mesa en posición dorsal, se pudo ver claramente la forma de la herida, el origen de la sangre y la integridad de la uretra. Suturada la herida, la hemorragia paró.



Si hay hematoma, el tratamiento mientras no esté infectada la colección, no debe ser nunca activo: reposo (en caso de necesidad morfi-

na, pantopon), vendaje compresivo, aplicaciones de compresas frías; vigilar la evacuación de intestino y vejiga. Con sólo esto se resuelven en poco tiempo hematomas muy grandes. Pero si se infecta la colección derramada, hay que abrir ampliamente y llenar la cavidad de gasa iodoformica. También hay que incindir el hematoma en aquellos casos en que la hemorragia no cese espontáneamente y amenace romper la piel, o sin esto, sea tan grande (como a veces ocurre) que provoque fenómenos de anemia aguda.

La enferma curó rápidamente sin complicación ninguna, y se repuso muy pronto de la pérdida de sangre, que fué considerable.

LOS INGERTOS DERMOEPIDÉRMICOS

Cuando se puede se toman del mismo enfermo, y cuando no de un miembro amputado o de la piel que cubre un tumor benigno que se va a extirpar. Pero si no se tienen a mano estos recursos, se debe coger la piel necesaria de un cadáver.

Esto es lo que ha hecho nuestro antiguo interno el doctor Jauristi en su hospital de Irún, con muy buen resultado. La piel muerta revive admirablemente, aunque se tome dos días después de ocurrido el fallecimiento, y se comporta lo mismo que un ingerto obtenido del vivo. La técnica es igual.

Gracias a esta valiosa innovación terapéutica, nadie tendrá que desprenderse de su piel para remendar la del prójimo atribulado.

REVISTAS

Medizinische Klinik

DOCTOR ROB. BING, BASILEA: *Tratamiento de la apoplejía.*—*Primeros cuidados.*—El atacado de apoplejía será colocado sobre la cama, evitando toda trepidación, especialmente protegiendo cuidadosamente la cabeza y despojándole de todos los vestidos que le aprietan.

Lo segundo que hay que dejar establecido al lado del estado del corazón y de los vasos, es si se trata de una hemorragia, de una embolia o de una trombosis; esto ha de ser la guía de nuestro ulterior proceder. Como principio, que ha de conducirnos a una rápida orientación, pueden servirnos los siguientes puntos:

a) Embolia (así como endoarteritis sífilítica), recaen generalmente en individuos jóvenes; por el contrario, la arterioesclerosis (trombosis) y hemorragias cerebrales, son patrimonio de viejos.

b) Ruidos cardíacos hablan de embolia, sin embargo es de observar que, con bastante frecuencia, los ruidos cardíacos existentes antes del ataque de la apoplejía, desaparecen al presentarse éste, para volver un tiempo después. Hipertrofia del ventrículo izquierdo cae en el platillo de la hemorragia encefálica.

c) En la obstrucción trombótica o endoarterítica de los vasos, observamos con frecuencia que el enfermo aquejaba ya algún tiempo antes del ataque, vértigos, dolor de cabeza, náuseas, parestesias, oscurecimiento del campo visual. Estos pródromos son de más corta duración en las hemorragias cerebrales; en la embolia faltan por completo generalmente.

d) Congestión de la cara hace probable hemorragia cerebral, y palidez, obstrucción de algún vaso. Sin embargo hay excepciones a esta regla. Convulsiones clónicas, sobre todo si son unilaterales, hablan en favor de la embolia. El coma falta en las obstrucciones vasculares autóctonas generalmente, y es donde existe, de menor profundidad que en las embólicas; coma grave indica rotura arterial.

Es, pues, de admitir la hemorragia cerebral, la cara enrojecida, el pulso tenso, entonces hay indicación para la sangría. Con frecuencia basta la aplicación de sanguijuelas detrás del proceso mastoideo; en el caso de gran plenitud de las carótidas y alto grado de congestión de la cara, está indicada la sangría de 127 a 250 ccm. (sección venosa o punción de la vena cubital).

Habla, por el contrario, el cuadro clínico en favor de trombosis o embolia, cuando está la cara pálida, pulso débil o intermitente, entonces hay que

desistir de extraer sangre y emplear medicamentos excitantes: inyecciones de éter, aceite alcanforado, cafeína, inhalaciones de oxígeno.

De provecho dudoso, pero en todo caso inocente en todas las formas de apoplejía, es el tradicional hielo a la cabeza. Por el contrario, las inyecciones de adrenalina deben proscribirse. La desventaja del considerable aumento de presión arterial que traen consigo, prevalecen sobre la ventaja de una eventual vasoconstricción, la cual, por lo demás, como lo demuestra la experimentación en animales, no es de esperar en las arterias del cerebro.

Cuidados al enfermo durante el coma.—Dura éste más de dos a tres horas, entonces debe mudarse de posición al enfermo, y en caso necesario, después de algunas horas, colocarle del otro lado. Las mucosidades coleccionadas en la faringe, deben extraerse con la ayuda de un algodón montado en un porta algodones, de tiempo en tiempo. Estas son medidas profilácticas para evitar las temidas complicaciones: *pneumonía y decubito agudo*.

La persistencia del reflejo faríngeo, permite, casi sin excepción, la alimentación sin sonda exofágica. Naturalmente, que sólo se darán en pequeñas proporciones jugo de carne, ponche, aceite de oliva, etc. También los expectorantes pueden prescribirse en caso de urgencia.

Si existe retención de orina, cateterismo aséptico. Para provocar el movimiento intestinal, sulfato de sosa o magnesio (20 a 30 gramos).

También enemas de agua de jabón, glicerina, aceite, etc. Alimentación rectal (puré de cereales, yema de huevo, peptona, etc.).

Se quiere además obrar con revulsivos, entonces envolturas muy calientes a las piernas y baños de mostaza, cuando se quiera obrar con más energía.

DEUCKS: *Fracturas espontáneas en los jóvenes.*—Expone dos casos de fracturas espontáneas del cuello del fémur, que se presentaron con un intervalo muy corto de uno a otro. Se trata de una muchacha de 14 años y de un joven de 18, en los dos casos recaía la línea de fractura, como pudo comprobarse por los rayos X, en la unión de la epífisis. En el primer caso era pequeña, en el segundo grande la dislocación del cuello del fémur. En los dos casos había que excluir la idea de un traumatismo.

La agudización fué precedida las dos veces de una sensación dolorosa en la cadera correspondiente, por espacio de algunas semanas. La terapéutica fué conservativa en los dos casos y consistió en la aplicación de un vendaje apósito. El resultado fué tan favorable en el primer caso, que ahora, trece meses después de la despedida del hospital, apenas se puede demostrar la huella de la fractura, ni existen subjetivamente síntomas molestos. En el segundo caso, en el cual la superficie de fractura del cuello del fémur se había deslizado hacia arriba, a la cabeza; existía un acortamiento en la pierna de cuatro centímetros, así como una escasa limitación de movimiento en la cade-

ra. El resultado obtenido es tal, que el joven puede permanecer de pie largo tiempo y marchar durante varias horas y cumplir con las obligaciones de su oficio sin dificultad. En lo que se refiere a la etiología de esta clase de fracturas, cree Deucks en oposición a otros autores, que sea necesario la existencia de un trauma para su producción. Los dos casos señalados son, aparte de los conocidos en la literatura, una prueba de que en la producción de esta clase de fractura en los jóvenes, intervienen como causas las enfermedades de los huesos (osteomalacia de los jóvenes, raquitismo, osteitis fibrosa, condro-distrofia).

En lo que se refiere a la relación de la coxa-vara en las fracturas del cuello del fémur, piensa Deucks, que seguramente una serie de casos, los cuales en la literatura fueron señalados como coxa-vara idiopática, deben considerarse como fracturas del cuello del fémur con síntomas de coxa-vara. Él desecha definitivamente la idea de algunos autores, los cuales admiten la coxa-vara esencial de los adolescentes. También, para la existencia de esta enfermedad, parece clara la hipótesis de una disminución patológica de resistencia de los huesos y cartílagos; traumatismos son de naturaleza secundaria.

Deucks, presenta además un niño en el cual fueron halladas múltiples fracturas espontáneas en los huesos.

Se trata de un niño con anormal crecimiento óseo, y cuyas extremidades ya estaban arqueadas al nacer. Además, es notable un grado de microcefalia, al cual hay que atribuir la existente idiotez; además, la desproporción entre el tronco y las extremidades, las cuales son mucho más cortas. Las modificaciones patológicas del esqueleto fueron demostradas por los rayos X. Este cuadro clínico hace suponer a Deucks, se trate de una condrodistrofia fetal, a deducir también de las manifestaciones patológicas de los cartílagos. La tendencia grande a la fractura ósea en este caso, la cree Deucks independiente de la condrodistrofia, y la considera como un síntoma secundario. Por fin, habla de las dificultades de un diagnóstico diferencial, al cual ayudan grandemente los rayos X. De todos modos, opina Deucks, que en este caso sólo podría haber confusión con un caso de raquitismo maligno.

VOGELWEID: *Sobre una tumoración rara para-renal.*—Se trata de una enferma de 27 años, la cual medio año antes de la entrada en la clínica notaba un tumor en el vientre por debajo del arco costal izquierdo. En la suposición de que se tratara de un tumor del bazo, se trató, sin resultado, con los rayos X. Mientras el vientre se hinchaba más y más, se demacraba ella en alto grado, en cuyo estado vino a la clínica. A su entrada saltó a la vista la enorme tumoración del cuerpo, que era casi grotesco. El abdomen estaba enormemente abultado, tanto que su circunferencia máxima medía 127 centímetros lo que chocaba tanto más, puesto que la enferma estaba demacrada y caquética.

El tumor tenía una superficie plana; daba la sensación de elasticidad y fluctuación. Hasta una delgada zona por debajo del borde costal derecho, era la percusión en todas partes sonora. Una relación con los órganos genitales no era visible. El reconocimiento de los órganos del pecho, de la orina y sangre, daba un resultado normal. Por indicación de la enferma, y atendiendo a sus ruegos, se hizo una laparotomía exploradora. Se vió en seguida que el tumor era retroperitoneal; el colón descendente estaba alargado hacia la derecha y su pared estaba comprimida por el tumor en la dirección del arco costal derecho hasta la sínfisis. En el intento de disecar el tumor la enferma no reaccionó, y es necesario suspender la operación. Una hora más tarde murió. En la sección del tumor se demuestra que éste provenía de la superficie anterior cápsula fibrosa renal izquierda, y que alcanzaba el enorme peso de 55 libras. Los dos riñones estaban normales: no se encontraron metástasis. El examen microscópico demuestra que el tumor es un fibro-lipoma con degeneraciones sarcomatosas.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde

PROFESOR G. STANCULEANU, BUKAREST: *Extracción de la catarata con su cápsula*.—S. hace un resumen de todos los procedimientos operatorios que tienden a extraer el cristalino opacificado con su cápsula, desde Scharp hasta Smith, Pagenstecher y Gradenigo. Dos han quedado como clásicos: el de Smith, que consiste en ejercer una presión sobre la córnea para desprender la zónula, y el de Gradenigo, que conduce un asa entre la base del iris y la zónula, y mediante movimientos alrededor de la lente, trata de desprender aquélla.

S. ha empleado el procedimiento de Smith en 20 casos, con los siguientes resultados.

Complicaciones en el acto operatorio: en tres casos pérdida del cuerpo vítreo; en uno, colapso de la esclerótica; en tres, prolapso del iris.

Complicaciones post-operatorias.

Dos casos de hemorragia, que desapareció por reabsorción; enturbiamiento del vítreo en dos enfermos; deformación pupilar; opacidad de la córnea, que desaparecieron; astigmatismo, que desapareció de 12 a 4 D., a medida que la incisión fué aproximándose al limbo.

S., tratando de evitar las complicaciones del proceder de Smith, ideó un método de extracción que presentó al Congreso de Heilderber (1910).

La técnica es la siguiente: incisión en el limbo de la córnea, y mayor que la que se ejecuta de ordinario; después se conduce una pinza curva sin dientes, del tamaño de la de iris de Graef, a la cámara anterior; una vez allí, se abre y se aplica sobre la lente para coger un pliegue de la cápsula y arrancarla con suaves movimientos, dirigidos de abajo hacia arriba. Cuando esto se

ha conseguido, se retira la pinza, y con la presión ejercida por dos espátulas se extrae la lente con su cápsula.

S. ha tenido ocasión de practicar su operación en 240 casos, con los resultados siguientes:

Las complicaciones en el acto operatorio fueron: en dos, pérdida de vítreo; en tres, prolapso del iris, que no pudo reducirse. En 137 casos, la lente fué extraída con la cápsula intacta; aquellos en los cuales se rompió ésta, son casos con cápsula débil, que se rompe al menor contacto; aquellos otros en que por el aumento de tensión no fué posible aprisionar un pliegue de cápsula entre las ramas de la pinza; casos en que la cápsula está sólidamente adherida a la fosa patelar y, por último, las cataratas en la gente joven.

Las complicaciones post-operatorias fueron: en 15 casos hemorragia, que terminó por reabsorción; dos casos de panoftalmía en dos enfermos, con infección de las vías lagrimales; tres casos de glaucoma; dos casos de enturbiamiento del vítreo; astigmatismo, entre 2 y 8 D.

Termina S. diciendo que con su procedimiento se extrae la lente dentro de la cápsula en un 60 a 70 por 100 de casos, y que en los que esto no ocurre se extrae sin ninguna complicación.

A. C.

Münchener medizinische Wochenschrift, núm. 15

WILH. ASAM, MURNAU: *Peligro de muerte a causa de un ataque de anafilaxia*.—El caso publicado por el doctor Asam se refiere a su propia mujer, puesta en peligro inminente de perder la vida con fenómenos de anafilaxia, provocados por una reinyección de suero antidiftérico.

Durante la noche del 10 de diciembre de 1910 la enferma experimentó los primeros síntomas de una angina diftérica, que al día siguiente se mostraba con todos los caracteres de tal, sin dejar lugar a dudas. Era el tercer ataque de difteria que había sufrido; los dos anteriores fueron en 1899 y en mayo de 1900; en ambas ocasiones se empleó, con buen resultado, el suero antidiftérico. Esta vez volvió a emplearse el mismo remedio, practicando una inyección de suero número 2, en el muslo izquierdo, a las seis y media de la mañana.

A prevención, y a pesar de que en la segunda inyección de suero (1900) no se presentaron fenómenos secundarios, se la administró medio gramo de cloruro cálcico.

Al cuarto de hora de haberla puesto la inyección, la enferma presenta los siguientes síntomas:

De pronto la respiración se hace muy difícil, sensación de asfixia, gran hipersecreción nasal y de las glándulas lagrimales. Edema de los párpados, de la cara, de los labios; la boca se desvía hacia la derecha, se presentan calam-

bres en el mismo lado de la cara: la enferma no puede tragar y siente que se muere.

Un cuarto de hora después, sensación de picor en todo el cuerpo, principalmente en el pecho y en el punto en que se hizo la inyección. Pérdida del conocimiento. El semblante como si estuviera invadido por una gravísima erisipela. El pecho se presenta intensamente rojo, y el mismo color ofrece una zona de la piel alrededor del punto en que se inyectó el suero. Sobrevino entonces un escalofrío intenso, durante el cual empezaron a disminuir los síntomas de asfixia, temperatura 38°8; pulso correspondiente a la temperatura.

Durante la hora siguiente el color rojo se extiende por todo el cuerpo, la picazón se hace más intensa. La deglución poco a poco se hace posible, aunque dolorosa a causa de la angina diftérica. A las diez la hinchazón de la cara había disminuído. A las once sólo quedaba en el sitio de la inyección una zona levantada, anémica, limitada por un borde infiltrado, de color rojo.

Día 14: Han desaparecido todos los síntomas anafilácticos: en el punto de la inyección una placa erisipelatosa de diez centímetros de diámetro, rojiza. Temperatura 38°4.

Día 15: La placa erisipelatosa se corre hasta el muslo derecho, sensación en las piernas de gran debilidad. Temperatura 38°2.

Día 17: Las placas de ambas piernas empiezan a palidecer y a disminuir. Se administra la plocianina.

Día 21: Principia la convalecencia. Orina sin albuminosa.

Las conclusiones de la historia referida son:

1.^a Que se trata de un ataque de anafilaxia debido a la reinyección del suero antidiftérico.

2.^a Que una reinyección hecha diez años antes, un año después de la inyección primera (1899-1910) se soportó sin dar lugar a ningún fenómeno secundario; y

3.^a Que este ataque de anafilaxia ha estallado con motivo de una reinyección hecha con un intervalo de diez años. Es de advertir que, v. Pirquet y Schick señalan sólo tres años, Currie cuatro y medio, a partir de la última inyección como, el plazo dentro del cual pueden presentarse estos fenómenos.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Academia médica de Hamburgo

OEHLECKER: *Dos casos de traumatismos graves del vientre.*—1.º Cochero, 40 años, fué atropellado por su mismo coche; al parecer sufrió una fuerte contusión del torax, que le retuvo durante unos días en su casa. Cuando los dolores se atenuaron considerablemente, el enfermo tornó a su trabajo ordinario. Catorce días después del primer traumatismo enfermó de nuevo con todos los síntomas de una hemorragia abdominal. Practicada una laparotomía, se encontró el bazo destrozado y fué necesario extirparle. Existía una rasgadura transversal del bazo, obturada por un grueso coágulo. Seguramente el desprendimiento parcial de este coágulo fué la causa de la abundante hemorragia secundaria.

2.º Muchacha pequeña: herida transversal del vientre causada por un arma de fuego. Operación a las seis horas. Hubo que suturar cuatro heridas intestinales, se resecaron quince centímetros de intestino delgado, la arteria ovárica y la iliaca externa fueron ligadas, porque habían sido heridas por el proyectil. La niña curó á los quince días de ser operada.

El autor preconiza para el diagnóstico de las hemorragias abdominales la determinación de la viscosidad sanguínea. Mientras que la viscosidad de la sangre está aumentada en los casos de inflamación (apendicitis, salpingitis, etcétera), disminuye en los casos de hemorragias.

Sociedad de obstetricia y de ginecología de París

M. POTOCKI: *Algunos datos relativos al empleo del 606, Salvarsan, en obstetricia.*—M. Potocki, después de haber tratado a tres enfermas embarazadas y a una recientemente parida, se declara partidario de este método terapéutico.

El Salvarsan, administrado en inyección intravenosa, se tolera muy bien por las embarazadas y las mujeres en el puerperio: los accidentes que provoca son ligeros y en nada diferentes de los que se presentan fuera del estado de gestación o puerperal. Después de ocho inyecciones se presentó alguna elevación de temperatura, una vez vómitos y dos eritema; jamás se observó albuminuria.

Nunca, aun empleándose a dosis elevadas, ha provocado el Salvarsan el

aborto; por tanto, puede emplearse el 606 en las mujeres embarazadas, sin que el estado de gestación sea contraindicación de ningún género.

Mucho menor es el peligro de parto prematuro que ofrecen las inyecciones practicadas en los últimos meses del embarazo: M. Potocki lamenta no haber tratado a una enferma que tuvo un parto prematuro, a pesar de un tratamiento antisifilítico intenso, dejándose llevar de la opinión de algunos médicos que tienen al Salvarsan por peligroso en tales casos.

Durante la gestación el 606 tiene una acción rápida y segura sobre las lesiones sifilíticas cutáneas y mucosas, tanto primarias como secundarias.

¿Esta acción del medicamento es sólo transitoria o cura definitivamente la sífilis? El autor se inclina a la primera opinión y, según él, el resultado negativo de la reacción de Wassermann practicada en la época del parto no implica la curación definitiva.

Los niños nacidos de mujeres tratadas por el Salvarsan en el curso del embarazo pueden salir indemnes de sífilis y no presentar síntomas de ella durante los primeros meses de la vida extrauterina. La sangre de tales niños, aunque parezcan libres de la infección y a pesar de dar la madre reacción negativa, puede presentar una reacción de Wasserman positiva.

Es de gran importancia tratar por el Salvarsan a las mujeres embarazadas que tienen ulceraciones sifilíticas de la mucosa de los órganos genitales, puesto que siendo éste el tratamiento con que más rápidamente se curan tales lesiones, es el que mayor garantía da de que durante el parto no se ha de contaminar el feto.

La acción terapéutica se ejerce sobre la madre y sobre el feto, y puede evitar el contagio del feto durante su vida intrauterina.

Los hijos de madres que han sido tratadas por el Salvarsan durante la gestación, deben ser lactados por su misma madre. La lactancia materna debe ser la preferida, aun en aquellos casos en que se considera al niño indemne, puesto que nunca se puede tener la seguridad de que así sea.

El arsénico del 606 no pasa a la leche de la madre.

La manera de administrarle debe ser siempre la inyección intravenosa.

Generalmente son suficientes dos inyecciones de Salvarsan de 0,60 gramos, practicadas con dos o tres días de intervalo.

Sociedad bávara de obstetricia y ginecología

AMANN, MUNICH: *Bacteriuria y elevación térmica premenstruales*.—Una elevación de temperatura poco tiempo antes de la menstruación, se observa algunas veces en diferentes estados patológicos, sobre todo en los de origen tuberculoso. Una de las afecciones que dan a lugar este fenómeno, y que hasta

ahora no ha sido mencionada, es la pielitis. El orador ha observado en distintas ocasiones casos de esta naturaleza. El diagnóstico, en lo posible, se ha de precisar con ayuda del análisis minucioso de la orina tomada en el ureter (microscópico y bacteriológico). La causa de la elevación térmica premenstrual la explica el autor por un aumento del contenido bacteriano de la orina, debido a la hiperemia premenstrual. En la discusión de este asunto Seitz dice que él ha podido comprobar varias veces, entre las enfermas de la clínica de Erlangen, que la fiebre premenstrual se presenta en las pielitis.

También ocurre este fenómeno en otros muchos procesos infecciosos, teniendo especial significación en la tuberculosis. Según sus observaciones, es muy probable que se den algunos casos de elevación térmica premenstrual de una a tres décimas de grado, sin que se pueda encontrar ningún proceso infeccioso, por ejemplo, en la clorosis, en la anemia, etc. En una disertación de Oster, de la clínica de Penzoldt, se indica también que tales elevaciones de la curva térmica pueden señalarse en enfermas del corazón, en la sífilis antigua, en enfermedades de la piel, nerviosas y del cerebro.

Durante la época premenstrual, las funciones todas del aparato femenino sufren un aumento en su intensidad, probablemente bajo la acción de la secreción interna del ovario, y es muy probable que con él coincida un pequeño aumento de temperatura, aun en personas completamente sanas.



HABERLE, WÜRZBURG: *Sobre el tratamiento del aborto infectado*.—Después de una breve exposición de las ideas de Winter sobre las ventajas del tratamiento expectante en el aborto infectado, entra el orador a examinar los resultados de una terapéutica más activa, sirviéndose del material de la clínica de Würzburg en los últimos 20 años. El número de abortos con infección observados durante este espacio de tiempo, se eleva a 98. Haberle agrupa los casos en dos secciones. En la primera recoge todos los casos de aborto que presentaron una elevación de temperatura por encima de 38,5 antes del vaciamiento; en la segunda, los que antes del vaciamiento presentaron temperaturas entre 37,3 y 38,5, y aquéllos que en las mismas circunstancias, sin elevación de temperatura, ofrecieron fenómenos de descomposición pútrida. El número de los del primer grupo fué de 30, entre ellos algunos casos muy graves. De estos 30 murieron dos enfermas, una de sepsis, otra de peritonitis; sólo en un caso se presentaron complicaciones después del vaciamiento (tromboflebitis ligera). En 16 casos la temperatura bajó a la normal después del vaciamiento. Entre los que continuaron con fiebre después del vaciamiento, sólo se cuenta uno con seis días de fiebre, pero sin síntomas de gran gravedad. El número de las comprendidas en el segundo grupo fué de 68, entre ellas siete con una secreción fétida, pero sin fiebre. De estas murieron tres, una de peritonitis y dos de púhemia. Después del vaciamiento se presentaron complicaciones en dos

casos, en 31 al vaciamiento siguió un descenso de la fiebre hasta la normal. Sólo tres de los que continuaron con fiebre tuvieron temperaturas altas durante varios días. De los cinco casos de muerte hay dos que, con toda probabilidad, no se pueden poner a la cuenta de la terapéutica activa.

Como conclusión de esta exposición se declara Häberle partidario de la terapéutica activa en el aborto infectado. En cuanto a la técnica, recomienda la pinza de abortos en los casos en que el orificio cervical no se puede pasar con facilidad y de la dilatación con el tallo de laminaria si no está dilatado.

J. H. O.

Sociedad oftalmológica de los Países Bajos

CUOPERN, AMSTERDAM: *Afecciones oculares en la eritromelalgia*.—Un hombre fuerte, sano anteriormente, pero padeciendo desde hace cinco años de eritromelalgia de la pierna derecha, cae con una enfermedad aguda de los ojos, caracterizada por edema y enrojecimiento de los párpados y conjuntiva, un ligero exoftalmos y fuertes dolores; algunos días más tarde ligero enturbiamiento de la córnea, ligera contracción pupilar y disminución de la agudeza visual. Con la permanencia en cama, sudoríficos y atropina curó en seis u ocho semanas, dejando sinequias posteriores.

Discusión: Snellen cree que se trate de una inflamación y no de una simple neurosis.

Cuperns considera a la eritromelalgia como causa y a las manifestaciones inflamatorias que la acompañaban, de escasa importancia.

DUBOIS: *Herpes zoster y glaucoma*.—D. habla de un caso de glaucoma agudo, el cual se había presentado en el curso de un herpes zoster típico en el territorio de la primera rama del trigémino. Temiendo las complicaciones por trastornos tróficos, se desistió de la operación; catorce días más tarde fué hecha una iridectomía, porque los dolores y la tensión no cedían a los mióticos: agudeza visual o excavación glaucomatosa. D. cree que una afección de los nervios tróficos y vaso-motores, ha ocasionado primero el herpes zoster, y más tarde la glaucoma.

Discusión: Romunde cree que la excavación glaucomatosa sería debida a un glaucoma simple antes existente.

Dubois cree, sin embargo, que el ataque agudo sería producido por irritación del simpático.

Nicolai cree que el dolor puede haber provocado un ataque agudo en el ojo, ya atacado de un anterior glaucoma simple; una relación directa entre el

herpes zoster y el glaucoma, no es de admitir: la iridectomía, por consiguiente, debió haberse hecho en seguida.

DUBOIS: *Papilitis unilateral de origen rinógeno*.—D. presenta un enfermo de papilitis, con múltiples focos hemorrágicos retinianos, y en cuyo seno esfenoidal se descubrió moco-pus. La marcha al principio fué aguda; la papilitis alcanzó en diez días su altura máxima. Después de abrir el seno esfenoidal disminuye la papilitis, pero se reduce la agudeza visual, la cual se restablece a las dos semanas. D. cree que la papilitis fuera producida por toxinas y no por compresión.

Discusión: Snellen habla del diagnóstico diferencial entre el staungs papila y papilitis rinógena.

Blok dice que un diagnóstico diferencial sólo por el examen oftalmoscópico, no es siempre posible.

De Bleyn cree en la posibilidad de una afección del cerebro sin relación con los padecimientos nasales; la frecuencia del empiema explica la coincidencia.

A. C.

BIBLIOGRAFÍA

Handbuch der Therapie der Geburtshilfe und Frauen Krankheiten. Siebenter Band der Handbuch der Gesamten Therapie, Jena, 1912.—El tomo séptimo de la obra *Terapéutica General*, publicada bajo la dirección de F. Penzoldt y R. Stintzing, ahora salido a luz de los talleres de Fischer, en Jena; está dedicado a la terapéutica obstétrica y ginecológica. Aquella corre toda a cargo del doctor K. Franz, profesor de la Universidad de Berlín, y esta dividida en una parte general y siete capítulos, está escrita por otros tantos profesores de diferentes Universidades alemanas.

Franz distribuye su trabajo en tres secciones: I. Tratamiento del embarazo y sus alteraciones. II. Tratamiento del parto y sus complicaciones, y III. Tratamiento del puerperio y de las enfermedades puerperales. Cada capítulo lleva una breve y modernísima nota bibliográfica. En cinco o seis páginas, compendiosamente, pero sin olvidar nada, trata de la *dietética del embarazo* y de los *pequeños trastornos propios de la gestación*. Párrafo aparte dedica a la *Hiperemesis*, cuya principal terapéutica es la *sugestión*, y añade: «la interrupción del embarazo *raras* veces es necesaria», y al *Hidramnios* que no se ha de tratar sino cuando provoca grandes molestias: *punción del huevo*. *Tuberculosis y embarazo*, en los casos en que una y otra vez se repitan las gestaciones habrá que *pensar* en la *esterilización artificial*. Al hablar del tratamiento de la *debilidad de las contracciones uterinas*, menciona la pituitrina, como un remedio todavía en estudio, lo cual prueba que este capítulo, por lo menos, estaba escrito meses antes de publicarse la obra, puesto que el extracto de la glándula pituitaria es ya una conquista definitiva y muy útil de la obstetricia. El capítulo del *aborto*, magistralmente expuesto, es demasiado extenso para que podamos aquí dar una idea de él. Muy notable es el capítulo en que se ocupa del tratamiento de las *infecciones puerperales*: la doctrina en general es la de los ponentes del Congreso de Strasburgo, Walthard y Winter, aunque tocada de algún eclecticismo que mitiga en parte las radicales y desconsoladoras conclusiones de los maestros de Francfort y Königsberg.

El trabajo de Krönig sobre el *tratamiento general en ginecología*, es obra notable. El lector que siga paso a paso los adelantos de esta ciencia encontrará, acaso, escasez de noticias sobre un asunto tan de actualidad y de tan saliente importancia como es el tratamiento de algunas lesiones ginecológicas por medio de los rayos X. No es menos notable el que Döderlein dedica a) *tratamiento de las enfermedades inflamatorias*.

Jung, Baisch, Menge, Neu se distribuyen los restantes capítulos de la terapéutica ginecológica, que por falta de espacio no podemos comentar.

J. H. O.

Die Störungen der Sehfunktionen.—Con este título «Los trastornos de las funciones visuales», acaba de aparecer un libro de W. Lohmann, editado en Leipzig.

Lejos de mis fuerzas intentar una crítica detallada de la labor de Lohmann, me limitaré gustoso a señalar, con justicia, que el libro es de un vivo interés, no sólo bajo el punto de vista oftalmológico, sino que allí también encontrarán materia en que fijar su atención el Neurólogo, Psiquiatra, y especialmente el Fisiólogo y Psicólogo.

Expone con claridad y precisión las tres partes (física, fisiológica y psíquica) de que se compone la visión. Estudia los vicios de refracción y sus trastornos subjetivos; la amaurosis congénita y los ejercicios de visión en los amauróticos operados. Se detiene extensamente en los trastornos del sentido luminoso y cromático, aportando toda la literatura moderna acerca de tales puntos.

En los últimos capítulos estudia los trastornos de la visión binocular: los trastornos visuales en las enfermedades de las vías y centros ópticos, terminando con algunas consideraciones acerca de la memoria visual.

Este es, en resumen, el contenido del libro de Lohmann, el que no dudamos ha de verse pronto vertido a otros idiomas y acogido por el público profesional como verdadera obra de mérito.

A. C.

En esta sección daremos cuenta y un juicio crítico de todas aquellas publicaciones de las cuales se nos remita un ejemplar.

NOTICIAS

Hemos tenido el gusto de saludar al sabio profesor de la Facultad de Medicina de Zaragoza, señor Royo Villanova. El ilustre catedrático ha venido a la capital montañesa para celebrar una consulta con los doctores Morales y Rodríguez Cabello sobre una enferma, hija de una opulenta familia santanderina recientemente llegada de Méjico.

El señor Royo, reclamado por sus deberes profesionales, regresó a Zaragoza el mismo día de su llegada, después de visitar los Sanatorios del doctor Madrazo y el que en Peñacastillo tiene el doctor Morales.

Numerosos admiradores y algunos discípulos suyos acudieron a la estación de los Ferrocarriles de la Costa a saludar al eminente clínico aragonés.

El tercer Congreso Español de la Tuberculosis y segundo que con carácter internacional se celebrará en San Sebastián del 9 al 16 de septiembre de 1912, bajo la presidencia de Sus Majestades los Reyes don Alfonso XIII y doña Victoria Eugenia y de Su Majestad la Reina Madre doña María Cristina, con el protectorado del Gobierno español y diversas corporaciones oficiales, autoridades y particulares, tiene por objeto el estudio de todo aquello que se refiere al gran problema científico de la tuberculosis en todos sus aspectos.

El Congreso se compondrá de una Junta local en la que figurarán las autoridades superiores y los presidentes de las delegaciones oficiales que nombren los Gobiernos que se asocien.

El Comité de Organización lo compondrán la Comisión Ejecutiva y los presidentes de Secciones, que serán las siguientes:

- 1.^a Bacteriología.
- 2.^a Medicina.
- 3.^a Cirugía.
- 4.^a Veterinaria.
- 5.^a Arquitectura.
- 6.^a Ingeniería sanitaria.
- 7.^a Higiene y acción social.

Se ha publicado y hemos recibido el programa del VI Congreso internacional de Obstetricia y Ginecología, que bajo el patrocinio y protección de su

majestad la Emperatriz alemana ha de tener lugar en Berlín del 9 al 13 del próximo mes de septiembre.

El presidente del Congreso es el profesor doctor E. Bumm,

Los temas principales que en él se han de discutir son dos:

1.^o Tratamiento de las heridas peritoneales.

2.^o Tratamiento quirúrgico de las hemorragias uterinas durante el embarazo, en el parto y en el puerperio.

Son ponentes del tema primero doce ginecólogos eminentes, representantes de otras tantas naciones europeas.

Por España el doctor Recasens; único nombre español de todos los que figuran en el programa. Poco más numerosa es la representación de los franceses, pues se reduce a dos: Lecène y Couvelaire.

Este último y Jung de Gotinga son los ponentes del tema segundo.

Entre los discursos anunciados para ser leídos en las sesiones en que se discuta el tema primero están los siguientes:

V. D. VELDE: *Harlem*.—Profilaxis de la peritonitis postoperatoria.

HENKEL: *Jena*.—Operación cesárea cervical transperitoneal.

HOLZBACH: *Tubinga*.—Acción específica de los agentes farmacológicos sobre la depresión sanguínea de origen peritonítico.

KLOTZ: *Tubinga*.—Tratamiento de la depresión sanguínea de origen peritonítico.

KÜSTNER: *Breslau*.—Indicaciones y resultados del drenaje abdominal por medio del tapón.

Del mismo: Cesárea extraperitoneal.

Y entre los correspondientes al segundo tema están:

HOFBAUER: *Königsberg*.—Influencia de la pituitrina en el curso del alumbramiento.

LIEPMANN: *Berlin*.—El tratamiento quirúrgico de las rasgaduras del cuello.

MAYER: *Tubinga*.—Peligros de la ligadura de Momburg.

PANKOW: *Düsseldorf*.—Fundamentos anatómicos para el tratamiento de la placenta previa.

ZWEIFEL: *Leipzig*.—Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de las hemorragias uterinas.

Están anunciados otros muchos trabajos de eminentes ginecólogos sobre diferentes capítulos de las ciencias obstétricas y ginecológicas.

Los congresistas serán obsequiados por el presidente del Congreso con una recepción en el hotel Adlon; por el alcalde de Berlín en la casa Ayuntamiento; con funciones de teatro y una jira nocturna por el río hasta Havelseen y Potsdam.

El precio de la inscripción es de 20 marcos o 25 francos.

Las señoras de los congresistas, como invitadas, no pagarán cuota.

El secretario general es el Privatdozent doctor Éd. Martín (Artilleriestrasse, 18. Berlín, 24.

El secretario general del Congreso internacional de Higiene y Demografía que ha de celebrarse en Washington en septiembre de este año, ha comunicado á la secretaría de Beneficencia y Sanidad de la Habana, que la lengua española será aceptada como oficial del Congreso, juntamente con la francesa y la alemana.

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 HOZNAYO

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA

EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

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

—w—
PÍDASE EN TODAS PARTES

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, Ultrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

AGUA
DE
VALDELAZURA

Reconocida sin rival para las
afecciones de

ESTÓMAGO

HÍGADO

ARTRITISMO

DIABETES

PÍDASE EN TODAS PARTES

DEPÓSITO EN SANTANDER

Farmacia de García Gavilán

MÉNDEZ NÚÑEZ, 1