

SANATORIO

* MADRAZO *

AÑO II. * NÚMERO 4

* OCTUBRE 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

JOAQUÍN SANTIUSTE: Dos casos de complicación de Bezold, consecutivos a otitis aguda, curados con una amplia abertura del flemón cervical.—ALVARO ABASCAL RUIZ: Un caso de absceso pulmonar.—JUAN HERRERA ORIA: El tratamiento del cáncer por el método de Zeller.—El Congreso oto-rino-laringológico de Bilbao.

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

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"



Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

Laxante suave y eficaz.

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

Se vende en todas las farmacias



DEPÓSITOS

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

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



PUENTE VIESGO-SANTANDER



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



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

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

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

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

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

Aguas Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

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

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

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

FARMACIA JIMENEZ

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

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

Farmacia del Dr. Fontañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

—w—
Especialidades farmacéuticas

—
Laboratorio de esterilización farmacéutica

—
Preparación de vendajes antisépticos

—
Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

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

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

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Vitrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

BOLETIN

DE

CIRUGIA

I.—ORIGINAL

Dos casos de complicación de Bezold, consecutivos a otitis aguda, curados con una amplia abertura del flemón cervical

Por Joaquín Santiuste

Nos parece de algún interés el publicar la historia de estas dos observaciones de mastoiditis de Bezold, porque con motivo de circunstancias especiales que luego indicaremos, se hizo una intervención que no corresponde al procedimiento clásico que se sigue, y, sin embargo, obtuvimos una curación completa y definitiva.

Pero antes, como esta publicación se dirige a los médicos en general, nos vamos a permitir hacer un somero estudio de la patogenia de las mastoiditis, que como puede decirse que es a base anatómica, haremos unas ligeras indicaciones anatómicas de la apofisis mastoides.

En ésta hay que distinguir una célula única, grande, casi constante, llamada antrum, en comunicación directa con el atico (cámara superior de la caja) por intermedio de un conducto llamado aditus ad antrum; otras que existen alrededor de aquélla en forma radiada, que se extienden por todo el resto de la mastoides, pero que son inconstantes, como puede observar el que con frecuencia tiene que intervenir quirúrgicamente en esta región, que muchas veces la mastoides se presenta con el carácter del diploe de los demás huesos del cráneo. Según los trabajos de Zuckerkandl, en el cincuenta por ciento de individuos no existen.

Pero cuando se encuentra, por decirlo así, una apófisis mastoides

típica, en el sentido anatómico, es decir, que el sistema celular mastoideo ocupa todo el interior de la misma, se dividen dichas células en grupos, con arreglo a los planos anatómicos. Así es que las de la parte anterior, o sea detrás de la pared posterior del conducto auditivo externo, se las designa con el nombre de grupo anterior, que son las llamadas células limítrofes; las situadas hacia el plano posterior reciben el nombre de grupo posterior, que pueden seguir dos direcciones, una atrás y arriba hacia la porción escamosa del temporal, y otras atrás y abajo hacia el occipital; otras se dirigen directamente abajo, es decir, hacia la punta, y se las designa con el nombre de grupo inferior. Si todas estas células están en pleno desarrollo, dando a la apófisis un aspecto alveolar, recibe el nombre de pneumática; cuando falta, es decir, que su existencia es rudimentaria, el de diploica.

Pero los tipos no son tan puros y con frecuencia se encuentran mezclados unos con otros, pudiendo dar a estas mastoides el carácter de mixtas, es decir, que al lado de una porción diploica se encuentra otra pneumática.

Esto tiene gran importancia para explicar como vamos a ver la evolución de las mastoiditis y sus variedades, pues los gérmenes patógenos siguen con preferencia los puntos en donde las células están más desarrolladas, y en ellos encontraremos las lesiones anatomo-patológicas de la afección.

Se considera en la actualidad que en toda otitis supurada aguda toma participación el antrum mastoideo; pero que establecido un buen desagüe a través del tímpano, se termina con la curación completa al mismo tiempo que la supuración de la caja. Así suceden las cosas siguiendo su marcha natural, pero por obstáculos a dicho desagüe, sea en el conducto auditivo externo, caja del tímpano, o sea también por una especial virulencia de los gérmenes, así como también por estados generales que disminuyen la resistencia del organismo o ambas cosas a la vez, se extiende el proceso inflamatorio a las células mastoideas y se constituye la verdadera mastoiditis. Dejándola seguir su evolución natural, lo ordinario es que la inflamación se propaga a la pared externa del antrum, se forma el absceso subperióstico y luego se hace subcutáneo para abrirse finalmente al exterior. Pero el pus y el proceso séptico que lo origina, a poca resistencia que ofrezca la pared externa del antrum y que la constitución anatómica sea del tipo llamado pneumático o que predomine el desarrollo de uno de los grupos celulares mencionados anteriormente, encontrará más facilidades para propagarse y extenderse,

cómo así lo hace, bien en el primer caso a todo el sistema celular, o bien en el segundo a uno de los grupos indicados. Pues bien, cuando existe la variedad anatómica en la cual exista sólo o predomine el grupo inferior, la lesión se propagará como dejamos dicho en esa dirección, en cuyo caso tendremos ya constituida la variedad de mastoiditis llamada de Bezold, por ser éste el clínico que primero la describió.

Pudiera también, en este caso, abrirse paso el pus por la pared externa de la punta, siguiendo un proceso análogo al indicado en la forma anteriormente descrita, pero como en este sitio encuentra la fuerte resistencia que le ofrece el plano fibroso que forma la inserción del músculo externo-deído-mastoideo, lo hace por la pared inferior-interna, situada en un plano más profundo, derramándose el pus en la parte profunda del cuello, y siguiendo los intersticios musculares y las vainas de los vasos, puede decirse, que no hay ya parte por donde no pueda ir a buscar su salida por los sitios más raros y lejanos, pudiendo dar lugar, al mismo tiempo, a producir las más graves complicaciones. El cuadro de esta enfermedad ha quedado tan bien definido, que pocas afecciones habrá como ella, en la que su autor al mismo tiempo que logró describirla clínicamente, consiguió reproducirla en la vía experimental. En las cercanías de la punta de la pofisis la atravesó, y por este conducto introdujo la aguja de una jeringa cargada de gelatina coloreada que inyectó, y de esta manera logró ver reproducida la enfermedad en todos sus detalles.

Hechas estas explicaciones, pasemos a historiar los dos casos a que venimos haciendo referencia.

Hace próximamente dos años vino a consultarme una pobre mujer, recomendada por un ilustre periodista de la localidad, en un estado verdaderamente lamentable. Presentaba una enorme hinchazón en el lado derecho del cuello, que partiendo de la región mastoidea llegaba por su parte inferior hasta la mitad del mismo; por la posterior se extendía por detrás del borde del externo-deído-mastoideo hacia la nuca, y por la anterior llegaba al ángulo de la mandíbula. La hinchazón, que empezaba, como hemos dicho, en plena mastoides, iba en aumento a medida que se descendía, siendo su punto culminante un poco por debajo de la punta de la apofisis. A causa de esta intensa tumefacción, la cabeza estaba fuertemente inclinada al lado izquierdo, la presión le era sumamente dolorosa y casi intolerable, acusando intensísimos dolores desde hacía ya tres o cuatro semanas, pero en los últimos días se venían haciendo insoportables. A todo esto acompañaba fiebre alta, y una sepsis

general que se marcaba por la palidez de la cara y la demacración. Por el orificio del conducto auditivo se veía fluir una cantidad no grande de pus; hecho el examen otoscópico, sin que hubiera tumefacción de la pared posterior del conducto, ni gran infiltración del tímpano, se observaba una perforación pequeña en la parte posterior e inferior de la membrana, a cuyo través se veía salir una pequeña cantidad de pus.

Lo ocurrido antes de llegar a este estado, según referencia de la enferma, fué que ella venía padeciendo de siempre catarro crónico nasal con producción de costras, y para quitarse las molestias que la producían y arrojarlas por la boca, al hacer el movimiento de sorber por la nariz, como lo había hecho infinidad de veces, notó como si una cosa le hubiera entrado en el oído derecho, y desde aquel momento sintió una gran incomodidad y ruido en el mismo, con sordera y sensación como de taponamiento; molestias que fueron en aumento, presentándose al día siguiente fuertes dolores que desaparecieron a los dos o tres, al presentarse la supuración; el ruido y la sordera continuaron. No le dió gran importancia a esto, creyendo que ello sólo desaparecería poco a poco; mas, por el contrario, al cabo de dos semanas próximamente, volvieron a reaparecer los dolores, pero entonces variando de sitio, detrás y por debajo de la oreja, al mismo tiempo que una ligera hinchazón. Al compás del incremento de los dolores fué aumentando la tumefacción, hasta llegar al estado que al principio hemos referido. La supuración del oído permaneció estacionada. Hicimos el examen rinoscópico y nos encontramos que la enferma padecía un ozena.

No se hacía difícil el diagnóstico, puesto que no faltaba dato alguno. Primera etapa, dolores intensos en el oído, y a los pocos días supuración; era evidente que la enferma había sufrido una otitis aguda supurada, un absceso de la caja, que al abrirse a través del tímpano había dado lugar a la aparición de pus en el conducto auditivo externo.

El curso ulterior no fué del todo franco, pues aunque los dolores cesaron al aparecer la supuración, la sensación de incomodidad acompañada de sordera y ruido continuó. No obstante, esto mismo no es raro que lo observemos en la práctica corriente durante la primera, segunda y aun tercera semana de una otitis aguda y, sin embargo, terminar por curación, con desaparición de todo vestigio de lesión y restitución completa de la audición. Pero el hecho es que en este caso, bien fuera por la insuficiencia de desagüe, bien por la virulencia del germen, éste se acantonó en la mastoide, como lo demostraba la localización del dolor en esta región y un aumento de volumen.

Posteriormente, yendo en crescendo estos síntomas, se presenta rápidamente la tumefacción del cuello, lo que no daba lugar a duda que por el mecanismo indicado el pus de la caja había dado lugar a la mastoiditis, que en vez de seguir su marcha por la pared externa, había hecho irrupción en el cuello por la pared inferior interna, constituyéndose la mastoiditis llamada de Bezold.

Antes de pasar a la cuestión del tratamiento, mencionaremos aquí lo algún tanto insólito de la etiología, que se separa de la marcha corriente y ordinaria, pues si bien la inmensa mayoría de otitis, por no decir todas, tienen por origen, la penetración en el oído de gérmenes que anidan en la cavidad naso-faríngea, no es frecuente, como en este caso, el ser producidas por la penetración a través de la trompa de un cuerpo extraño eminentemente virulento como lo son las costras del ozena, ó por lo menos que se pueda marcar tan solemnemente la relación de causa a efecto.

La comprobación de la existencia del ozena, la sensación que tan claramente acusa la enferma de penetración de un cuerpo extraño en el oído, la inmediata aparición de ruido, dolores, etc., no deja duda que la causa de este grave proceso fué la introducción de una pequeña costra del ozena en la caja.

Pasando ahora el tratamiento, el estado de la enferma exigía una pronta intervención quirúrgica y nuestra intención fué desde luego tratar la mastoides, pero el estado de decaimiento orgánico, la súplica de la enferma para que la quitaran inmediatamente aquellos dolores tan intensos, deseando también por su situación social volver a su casa, nos inclinó como operación preliminar, a abrir y limpiar el flemón cervical dejando un buen desagüe, con lo cual esperábamos que en el espacio de algunos días recuperara algunas fuerzas y nos encontráramos en mejores condiciones para ejecutar la segunda operación de vaciamiento de la mastoides.

Así es que inmediatamente, sin anestesia general, procedimos a hacer dos profundas y extensas incisiones por delante y por detrás del externo cleidomastoideo. Salió abundante pus sanioso, porciones de tejidos esfacelados e introduciendo el dedo a través de la abertura anterior, pudimos apreciar que se había formado una extensa cavidad cuya techumbre la formaba la misma cara inferior interna de la mastoides, que estaba denudada, áspera y nos dió además la sensación de existir una oquedad por la cual se introducía muy ligeramente la punta del dedo índice, juzgando que se trataba de una perforación del hueso por donde había hecho irrupción el pus en el cuello.

Se procedió después a la introducción de gasas en las heridas, y colocación de una cura ordinaria poniendo abundancia de gasas. La desaparición de los dolores y la fiebre fué muy rápida y en su consecuencia el estado general mejoró notablemente, continuando progresivamente la mejoría en las curas sucesivas. La supuración del oído, que ya hemos dicho no era muy abundante, casi llegó a los quince días a desaparecer.

A pesar de este buen estado general y local de la enferma, obsesionados por la idea de que las lesiones óseas no podrían ser dominadas con esta sola intervención, y que en cualquier momento, saliendo de ese estado latente en que se encontraban, volverían a reproducirse los mismos fenómenos, a hacerse interminable la curación, le propusimos una segunda operación, a la cual se negó por de pronto porque se encontraba muy bien, en condiciones de dedicarse a todas sus ocupaciones ordinarias. El tiempo dió la razón a la enferma: la supuración por las heridas fué disminuyendo hasta su desaparición y completa cicatrización al cabo de dos meses próximamente. La supuración del oído también llegó a desaparecer, cicatrizándose la perforación del tímpano. La observación que hicimos de la enferma de tiempo en tiempo durante unos meses, nos confirmó la solidez de la curación, sin observar el menor síntoma de reproducción.

No se había terminado la curación de esta enferma cuando tuvimos la ocasión de observar otro enfermo de la misma naturaleza que esta. Este segundo caso le vimos por primera vez en consulta con un distinguido médico de la localidad de quien era cliente y se trataba de un individuo de unos sesenta y tantos años, arterio-escleroso, que hacía tiempo había tenido una hemiplegia, creo que de origen embólico, que le había dejado imposibilitado y valetudinario.

En esta situación había sido atacado, unas tres o cuatro semanas antes de la consulta, de fuerte dolor en el oído derecho durante dos o tres días, después supuración, con lo cual el dolor disminuyó sin desaparecer, y así, si mal no recuerdo, tuvo sus crisis de dolor y supuración en el transcurso de ese tiempo, hasta que en una de ellas, en la que los dolores aumentaron mucho, se presentó tumefacción detrás de la oreja, con cuyo motivo fuí llamado para ver al enfermo.

No recuerdo si en aquel momento había supuración, creo que no, y si la había era muy poca; lo que sí recuerdo bien es que los fenómenos de flogosis en el tímpano eran muy pequeños, reduciéndose a un enrojecimiento de la parte superior del tímpano. La tumefacción indicada anteriormente se extendía a toda la región mastoidea, pero estaba más

acentuada hacia la punta y por debajo de ésta, ya se podía apreciar que la infiltración había ganado el cuello.

En realidad existía la indicación de abrir la mastoide, pero abrigábamos la esperanza, aunque muy remota, de que se tratara de la formación de un absceso subperióstico, y además, dado el estado del enfermo, queríamos agotar todos los medios antes de llegar a hacer una extensa intervención. Por esta razón nos limitamos por el pronto a mandar al enfermo unas instilaciones de una disolución de ácido fénico en glicerina neutra al uno por veinte con aplicación de calor húmedo a la región mastoidea, quedando así a la expectativa.

Como presumíamos, la aplicación de estos medios no detuvo la marcha de la afección, y los dolores fueron en aumento, así como la infiltración, que se extendió cada vez más por el cuello, y llegó el momento de vernos en la necesidad imperiosa y urgente de intervenir, pues no había duda que se trataba de un proceso que había tenido la misma génesis que la anterior, es decir, que estábamos en presencia de otra mastoiditis de Bezold.

Sentado esto, ¿qué clase de operación estaba indicada? No cabe duda que lo más quirúrgico y científico era como se indica en estos casos: trepanación de la mastoide, y desde ésta seguir la limpieza de todos los focos sépticos que en ella habían tenido origen. Pero esta es una operación algo larga, que necesita la anestesia general, y el estado de este enfermo podía hacerla muy grave y expuesta a tener un desenlace fatal. Estas consideraciones y el precedente del caso anterior que, aunque no estaba entonces completamente curado, su curso hacía esperar que lo estuviera muy en breve, influyeron en nuestro ánimo para seguir la misma conducta. Así es que expusimos a la familia que, dadas las circunstancias especiales del enfermo, íbamos a proceder a practicar una operación que, aunque pudiera ocurrir no evitara la necesidad de otra seguida más amplia y radical, nos daba la seguridad de que el enfermo podía resistirla, salvar los peligros del momento y quizá conseguir la curación definitiva.

Así es que, después de las prácticas corrientes de preparación de la región, hicimos una extensa y profunda incisión inmediatamente, por delante del borde anterior de la porción superior del externo-deido-mastoideo. Salió abundancia de pus, y también, como en el caso anterior, creímos notar un orificio óseo de destrucción en la pared infero-interna de la apofisis, que se lo hicimos observar a nuestro ilustrado compañero y querido amigo que nos ayudaba en la operación. La marcha ulte-

rior fué muy buena hasta los quince días, que en el tercio medio del externo-cleido, bastante por debajo de la incisión, empezó a notarse un abultamiento con dolores, al principio muy agudos y después más moderados; el abultamiento, que en sus comienzos era bastante profundo y difuso, se fué haciendo más limitado y superficial, hasta hacerse subcutáneo y francamente fluctuante, bastando una simple incisión de la piel para dar salida al pus, y desde esta fecha el curso fué bueno, aunque lento, terminando por una cicatrización completa al cabo, sobre poco más o menos, de mes y medio, sin que hasta la fecha haya vuelto a sentir la menor novedad.

Claro es que en estos casos no se puso a la vista la perforación ósea en el momento de la operación, como nos había ocurrido en otros casos que habíamos operado anteriormente, y aunque pueda creerse errónea la sensación de perforación que, según queda mencionado, nos dió el dedo, su marcha es tan clara, supuración de la caja con fuertes dolores, tumefacción de la apofisis e hinchazón profunda del cuello, que nuestro diagnóstico de mastoiditis, de las llamadas de Bezold, no creemos pueda dar lugar a dudas.

La manera, en general, de intervenir en estos casos es hacer, primero, el vaciamiento de la mastoides y proceder después a la limpieza de los focos secundarios del cuello, con las contraaberturas necesarias para establecer un buen desagüe. Circunstancias especiales, como queda dicho, hicieron que en estos dos casos se procediera a la inversa y limitáramos, provisionalmente, la intervención a la abertura y limpieza del absceso cervical, y como hemos visto, esto solo bastó para obtener la curación completa, convirtiéndose la operación provisional en definitiva.

La enseñanza de estos dos casos nos hace pensar que cuando nos encontremos con complicaciones de esta naturaleza, en que la supuración de la caja haya desaparecido o sea muy poca, y los fenómenos de flogosis del tímpano, como infiltración, etc., sean muy poco acentuados, que al mismo tiempo la marcha del padecimiento sea relativamente aguda, que no hayan tenido tiempo las lesiones óseas de hacerse profundas, contrastando con la gran intensidad que han adquirido los fenómenos del cuello; creemos que, aprovechando esta experiencia, se debe limitar la intervención a la abertura y limpieza del flemón del cuello, y caso que no se obtenga un éxito, como en éstos, pasar a hacer el vaciamiento de la mastoides, que por otra parte, si se trata de algún enfermo como la primera observación, siempre emprenderemos esa segunda operación en unas condiciones muy favorables.

II.—ORIGINAL

— DE COLABORACIÓN —

UN CASO DE ABCESO PULMONAR

Por Alvaro Abascal Ruiz

Un niño de diez años de edad, sin antecedentes dignos de mención, padeció en el mes de mayo del año pasado una pulmonía del lado derecho que evolucionó regularmente, terminando por lisis al décimo quinto día de la invasión.

A los seis días, sin haber llegado a la apirexia completa, nueva elevación térmica con escalofrío y dolor de costado que hacen pensar en un segundo foco neumónico; en los días siguientes se repiten los escalofríos, hay ligero descenso de la fiebre por la mañana; la espectoración, que había ido disminuyendo desaparece; la disnea muy intensa y todo el conjunto sintomático de una pleuresía con derrame nos llevó a practicar una punción exploradora que resultó positiva, extrayéndose cinco centímetros cúbicos de pus amarillento e inodoro.

Se hizo la punción en el sexto espacio intercostal en la línea axilar media, punto que elegimos siempre que la palpación, percusión y auscultación no indiquen lo contrario y que tiene sobre los demás las ventajas siguientes: 1.^a Es el más accesible mientras el enfermo está reclinado, posición cómoda para él. 2.^a Este espacio intercostal es bastante ancho y sus paredes relativamente delgadas. 3.^a Está bastante alto y no se corre el peligro de perforar el diafragma. 4.^a Tiene la ventaja sobre el que se elige con más frecuencia, debajo del ángulo de la escápula, de ser menor la probabilidad de que se obstruya la cánula por copos fibrinosos, los que, dada la posición del enfermo, tienden a gravitar hacia la parte posterior del pecho. Y por último, sobre otro punto anterior, tiene la ventaja de ser más central respecto al derrame.

Con el diagnóstico de pleuresía purulenta y en vista del grave estado del enfermo se propuso la operación, ingresando en el Hospital de San Rafael el día doce, de Junio; aquella noche en un acceso de tos tuvo una vómica pequeña de pus amarillento.

La operación fué practicada al día siguiente por el doctor Quintana,

Incisión desde la línea axilar media dirigida hacia atrás, paralela al espacio intercostal sobre la sexta costilla y en una extensión de siete centímetros. Después de haber incidido las partes blandas, seccionado los intercostales y resecada la costilla, se vió la gran cavidad pleural vacía y adherida al pulmón la pleura.

Como la punción exploradora practicada el día antes había resultado positiva se repitió a través de tejido pulmonar con igual resultado; sin sacar la cánula del sitio en que la había hundido y sirviéndole de guía incindió el doctor Quintana el pulmón con el bisturí, incisión que agrandó introduciendo unas pinzas de disección, evacuándose el contenido de un absceso del tamaño de una naranja pequeña. Una vez vaciado el pus, se estableció el desagüe con gasa.

El curso postoperatorio inmejorable, la disnea cesó en cuanto se dió salida al pus, la fiebre descendió y el estado general mejoró rápidamente.

A los tres días de operado, se hizo una radiografía del torax del enfermo, introduciendo por la herida operatoria gasa empapada en papilla de bismuto, radiografía que demostró la situación del absceso en el lóbulo medio del pulmón.

La supuración fué disminuyendo lentamente, saliendo el enfermo del Hospital muy mejorado a los veinte días de ser operado; el desagüe de gasa fué sustituido por otro de cauchú, avanzando la cicatrización rápidamente. Fué dado de alta por curación a los quince días de salir del Hospital.

En la actualidad, transcurridos quince meses desde la operación, se encuentra completamente bien, notándose solamente ligera disminución del murmullo vexicular en el sitio que ocupó el absceso.

III.—ORIGINAL

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER POR EL MÉTODO DE ZELLER

Por Juan Herrera Oria

Sea cual fuere el porvenir que nuevas experiencias y más extensas observaciones tengan reservado al tratamiento de *Zeller* contra el cáncer, es lo cierto que este es hoy tema de palpitante actualidad en los círculos médicos de Alemania y siendo la nota de actualidad algo consustancial con las publicaciones periódicas, lo mismo científicas que políticas, nota que las diferencia del libro, me parece que nuestros lectores verán con gusto una noticia y extracto de lo que hasta ahora se ha hecho y se ha dicho sobre este asunto. Además, es propósito nuestro, demostrado ya en la primera época del *BOLETÍN*, dedicar constantemente cuidadosa atención a los estudios tan variados y numerosos que en todo el mundo los hombres de ciencia consagran a los infinitos factores que integran lo que sintéticamente se viene llamando el *problema del cáncer*.

Ya es evidente que con el nombre de cáncer se designan muchas cosas que tienen entre sí diferencias muy notables. La variedad de las neoplasias aun dentro del grupo de las epiteliales es muy grande. ¿Cómo confundirlas a todos en la misma unidad nosológica cuando son diferentes en su morfología externa y microscópica, diversas en su biología, en su evolución, en su manera de reaccionar a la acción de los agentes terapéuticos y experimentales? La palabra cáncer es ya más que una palabra supérflua, una palabra perjudicial en la medicina.

De aquí la profunda verdad con que uno de los sabios que van en las avanzadas de los exploradores que lenta y trabajosamente invaden el oscuro campo de las neoplasias, pueda decir en una reciente publicación: «poseemos en la actualidad un gran número de remedios contra el cáncer, pero el encontrar un remedio específico contra él, probablemente no será nunca más que un desideratum inaccesible.»

Siempre que leo que un sabio de aquí o de allá ha descubierto un remedio contra el cáncer, me hace el mismo efecto que si oyera decir que se ha descubierto un remedio contra las enfermedades del estóma-

go o del oído o de otro órgano cualquiera, cuando es cosa tan clara que muchas de ellas no tienen entre sí otro nexo que el que las presta el común terreno en que se han desarrollado.

De todas las formas de neoplasias epiteliales las de la piel, las superficiales, que se ulceran muy fácilmente, ofrecen con mucha frecuencia un carácter de relativa benignidad o atenuada malignidad que por mucho tiempo, a veces años, las mantiene en el mismo estado sin crecer y sin mostrar ninguna tendencia invasora; se curan casi siempre con el tratamiento quirúrgico, algunas veces bajo la acción local de agentes químicos y muchas con los agentes físicos (rayos X, radium, etc.)

Casi todos los cánceres hasta ahora tratados por *Adolfo Zeller* pertenecen a este grupo; pero hay algunos entre ellos de los llamados cánceres internos, y además el tanto por ciento de curaciones por el médico de Weilheim conseguido con medios al parecer tan sencillos, es verdaderamente extraordinario.

Las observaciones que *Zeller* ha practicado durante 17 años, no reúnen quizá aquel grado de exactitud científica, de meticulosa y detallada observación que se exigen en esta época a tales trabajos (sólo en 17 de los casos por él presentados se hizo el análisis microscópico del tumor); pero han merecido fijar la atención de un sabio como el director del Instituto del Cáncer de Heidelberg, *Czerny*, primero entre los primeros de los que a estos estudios se consagran, el cual honra con una breve introducción los dos artículos que *Zeller* ha publicado en el *Münchener Medizinische Wochenschrift* (números 34 y 35 de este año) y han movido a escribir un artículo crítico en *Die Therapie der Gegenwart*. Heft 9., a mi maestro el profesor *Carlos Lewin*, uno de los colaboradores del Instituto para la investigación del cáncer de la Universidad de Berlín, gran autoridad en estas cuestiones.

Lo cual prueba que no se trata de un charlatán, como otros muchos que deshonran la moderna medicina, pregonadores de un suero o de un específico cualquiera, reclamistas sin conciencia y sin pudor, reclutados muchas veces, por desgracia, entre hombres por otros conceptos eminentes.

Antes de entrar a ocuparnos de los dos artículos de *Zeller* donde por extenso expone el autor el resultado de sus experiencias, haremos un breve extracto de la introducción con que *Czerny* las encabeza. *Czerny* ha tenido ocasión de ver cuarenta enfermos tratados con el nuevo método, de los cuales las dos terceras partes estaban curados, pre-

sentando limpias cicatrices en las regiones donde estuvo asentada la neoplasia; la otra tercera parte estaba en tratamiento.

Son generalmente, dice *Czerny*, cánceres superficiales de la piel de muy distintas regiones del organismo: pero los hay del oído, del maxilar superior, de los labios, de la mama y de la vagina, carcinomas con profundas infiltraciones que no han cicatrizado sino después de grandes pérdidas de sustancia. Faltaban en la exposición que *Zeller* hizo ante *Czerny* y otros médicos que le acompañaron en su visita a Weilheim los tumores malignos de las mucosas del exófago, estómago e intestinos, de los órganos internos y los sarcomas.

Con todo, añade el insigne cirujano, los resultados obtenidos por *Zeller* con recursos tan sencillos, son en alto grado interesantes y muy dignos de llamar la atención de los médicos prácticos.

Los medios empleados no son nuevos, sino antiguos agentes terapéuticos, olvidados y caídos en desuso. Lo cual prueba una vez más que los éxitos curativos dependen menos de nuestro saber que de la constancia y sagacidad que pongamos en su empleo.

Y es otra prueba de que el tratamiento mixto de las neoplasias malignas marca un progreso evidente en su terapéutica. Aquel que *dominando todos los métodos de tratamiento del cáncer*, sepa emplearlos oportunamente, guiado por una larga y personal experiencia, será el que obtenga mayor número de triunfos.

Y termina diciendo: «por de pronto la parte más esencial del tratamiento sigue siendo la destrucción del tumor primitivo, sea con el bisturí, con los agentes químicos o físicos.»



El doctor *Adolfo Zeller* ejerce la profesión médica en una pequeña villa de Suabia, en Weilheim sobre el río Zeck, de unos 3.000 habitantes.

Sus primeros trabajos sobre el tratamiento del cáncer son del año 1895 y fueron provocados, según propia confesión, por las siguientes razones que tantas veces salen al paso de todo médico en su práctica:

1.^a El invencible temor de muchos enfermos ante la intervención quirúrgica; y 2.^a La triste situación de los que acudieron tarde a buscar el remedio de manos del cirujano o la de los que habiendo sido operados padecen una recidiva y ya no están en situación de operarse nuevamente.

Rebuscando en la vieja literatura qué clase de remedios usaron médicos experimentados en enfermedades cancerosas fuera de la intervención quirúrgica para poner término a esa terrible enfermedad, encontró que *Batty* recomendaba el uso del ácido silícico al interior y que *Astley Cooper*, *Hutchinson* y *Dupuytren* habían curado algunos cánceres con el uso de una pasta de arsénico y mercurio.

Desde entonces, siguió como antes remitiendo al cirujano todos los cánceres operables cuando el enfermo no ponía resistencia a la intervención cruenta, pero aquellos otros no operables o que se oponían a dejarse operar empezó a tratarlos con el ácido silícico. El otro método, el de la pasta de arsénico y mercurio, no le usó al principio, impedido por su mucho trabajo para usarle con rigor científico.

Esta primera parte de sus experiencias corresponde a los años comprendidos entre el 1895 y 1905. Durante este tiempo trató nueve enfermos de cáncer.

1.º Una mujer de 33 años, con una ancha úlcera cancerosa de la región de la nuca. Cinco médicos que la habían visto antes de *Zeller*, la aconsejaron que se operara. El mismo consejo dió *Zeller* a su enferma; pero como se negara terminantemente a seguirle y le pidiera en cambio un tratamiento médico, empezó a administrarle el ácido silícico. Seis semanas después el tumor había desaparecido.

2.º Mujer de 45 años, con una tumoración en la mano izquierda. Sin ninguna manifestación inflamatoria, sin fiebre, sin ganglios axilares. Sin embargo, *Zeller* confiesa que no puede afirmar si se trataba de un carcinoma o una mastitis crónica. Dispuso que la enferma tomara, tres veces al día, unos polvos de silicato de potasa y sosa, en cantidad que correspondía a 0'18 gramos de ácido silícico. Después de año y medio de tratamiento desapareció completamente la neoplasia.

3.º También en este caso se trata de un probable cáncer de la mama, que desapareció después de tres meses, tomando, tres veces al día, quince gotas de líquido de silicato de potasa y sosa.

4.º Este caso tiene mayor interés que los anteriores; aunque falto de análisis microscópico como en ellos, el aspecto del tumor, tal como *Zeller* lo describe, y su misma opinión (que en todo el trabajo se manifiesta honrada) parece dejar fuera de duda que el tumor, al menos clínicamente, era un cáncer. Mujer de 50 años, con una extensa ulceración en la cara, de unos tres a cuatro centímetros de diámetro. Los ganglios submaxilares engrosados.

El tratamiento fué el mismo que el dispuesto en el caso anterior. Al

poco tiempo la úlcera empezó a limpiarse y a disminuir de tamaño. La curación completa exigió dos años de tratamiento. Catorce años más tarde la enferma continuaba curada y sin recidiva.

5.º Viejo de 72 años, con un cancroide de la sien. Después de dos años de tratamiento. Curación.

6.º En el año 1903 trató a una maestra de 40 años, que presentaba en la mama derecha una cadena de nódulos, en número de seis a ocho, del tamaño de una alubia cada uno, la cual se extendía desde el lado externo del pecho hasta la axila. Eran duros y movibles.

Diagnóstico: escirros múltiples de la mama. Durante medio año tomó unos polvos de silicato de sosa y potasa. Curación. Sin recidiva hasta hoy.

7.º Cancroide de la piel de la nariz en un hombre de 71 años. Es caso que vuelve a referir el autor entre los tratados con la pasta de arsénico. Curado.

8.º Otro tumor del pecho, de naturaleza dudosa, desaparecido a los tres meses de tratamiento.

9.º Un gran tumor canceroso de la mama, ulcerado e inoperable. Ganglios axilares. Murió por caquexia, después de tres años de tratamiento. Parece que el ácido silícico, que no consiguió curar este tumor, pudo reterdar su evolución.

En el año 1906 abandonó *Zeller* la práctica médica para consagrarse al estudio del cáncer animado por los resultados obtenidos, puesto que de los nueve casos hasta entonces tratados, cuatro, los números 4, 5, 6 y 7, aunque faltos de análisis microscópico, los tenía él por cánceres indudables.

Tampoco le ofrecía ya ninguna duda que el ácido silícico ejercía una manifiesta influencia sobre los tumores, especialmente sobre el carcinoma.

Los años de 1906 a 1908, los pasó en Stuttgart y en Heidelberg. Trató de encontrar una preparación de ácido silícico que pudiera administrarse en inyección hipodérmica, con la esperanza de que administrado por esta vía el medicamento desarrollara su acción con más rapidez.

Encontró, al fin, una preparación que después de experimentada en animales, sin que produjera en ellos alteración ninguna, se decidió a administrar a los enfermos. Los resultados fueron muy dudosos.

Vuelto al ejercicio de la práctica médica, en el año 1909, reanudó sus trabajos y experiencias sobre el tratamiento del cáncer. Después de tratar varios enfermos, cuyas historias él publica en los citados artículos del *Münchener Medizinisch Wochenschrift*, y yo no copio en obsequio a la brevedad, llegó a convencerse, dice, de que los tumores pequeños y particularmente los no ulcerados, los que no han caído en destrucción necrótica, disminuyen notablemente con el tratamiento o se curan. Por el contrario, en los tumores abiertos, con descomposición pútrida, no ejerce el ácido salícico otra acción que detenerlos en su crecimiento sin lograr impedir el progreso de la necrosis.

Habiendo observado que con la presencia de la necrosis de la neoplasia coincidía un descenso de la energía del organismo y una profunda demacración, me pregunté (son sus palabras literalmente traducidas) si los productos de la necrosis de los tumores no formarían alguna clase de ptomainas cuya perniciosa acción, obrando sobre el organismo, destruya su resistencia y sea causa de la muerte.

De cuyas reflexiones vine a deducir estas dos conclusiones:

De una parte el ácido silícico destruye y mata las células cancerosas vivas y sino ha tenido lugar la formación de ptomainas, el organismo puede sin que sobrevenga ningún trastorno general, reabsorber los elementos muertos. Por lo tanto en los cánceres vivos, aunque lentamente, se obtiene la curación bajo la acción del ácido silícico.

De otra parte, en los tumores que ya han caído en necrosis puede el ácido silícico matar las células que aún tienen vida, pero no impedir que las ptomainas formadas por la necrosis ejerzan su funesta acción sobre el organismo. En tales condiciones no es posible la curación y el desenlace fatal es inevitable.

Pensé entonces en buscar un agente que fuera capaz de destruir los productos de la necrosis celular sin alterar los tejidos normales, para de esta manera impedir la formación de ptomainas.

Standemmayr le recomendó para conseguir su objeto la pasta antes dicha de arsénico y mercurio.

Entonces se propuso *Zeller* un plan de tratamiento mixto contra el cáncer: con el cual ha tratado en dos años a 57 enfermos: de ellos han sanado 44, tres han muerto y diez están en tratamiento.

(B) CASOS EN TRATAMIENTO

EPICRÁNEO				TEMPORAL				NARIZ Y OREJA			
Núms.	L.	P.	M.	Núms.	L.	P.	M.	Núms.	L.	P.	M.
45	h.	24/VI		46	0	24/VI	14 *	47 48	ph. ph.	17/VI 17/IX	15
REGIÓN ZIGOMÁTICA				M A M A				M A N O			
Núms.	L.	P.	M.	Núms.	L.	P.	M.	Núms.	L.	P.	M.
49	ph.	26/IV	16	52	p.	29/I	18	54	ph.	25/V	
50	p.	24/VI		53	p.	8/VII					
51	p.	8/I	17								

(C) MUERTOS (3 CASOS)

M A M A					INTROITUS VAGINAL Y URETRAL				
Núm.		L.	P.	M.	Núm.		L.	P.	M.
55	† otoño 1911.- Pericarditis..	p.	11/V		57	† mayo.—In- fluenza.....	p.	21/VII	20
56	† junio.—Pleu- ropneumonía	p.	1/VI	19					

ABREVIATURAS

L. = Localización.

O. = Piel.

p. = Piel y partes blandas.

ph. = Piel, partes blandas y huesos.

D. C. = Duración del tratamiento.

m. = Meses.

M. = Análisis microscópico.

P. = Principio del tratamiento.

En resolución: desde Noviembre de 1911 hasta fines de Julio de 1912 han sido tratados por el método combinado de *Zeller 57* enfermos de cáncer. De los cuales han curado 44, han muerto 3 y están en tratamiento 10.

Entre estos 10, añade *Zeller*, hay 6 que se curarán con toda certeza, si alguna enfermedad intercurrente no les mata antes de terminar el tratamiento.

* Cilindroma.

En los 3 que murieron, el tratamiento había producido tan notable mejoría, que el favorable resultado final no era dudoso. Pero prescindiendo de estos 3 muertos, y de los 10 que están en tratamiento, resulta que de 47 enfermos se han curado 44; proporción a todas luces muy favorable.

¿La cura será definitiva?

A esta pregunta, responde *Zeller*, no puede contestarse por ahora. Hay que esperar.



Casi todos estos enfermos eran gente del campo, todas personas de edad y el mayor número viejos.

Llama la atención el crecido número de enfermos cancerosos por *Zeller* tratados en tan corto tiempo y solo se explica porque habiendo corrido entre la gente de la región la fama de las curaciones conseguidas por el médico de Weilheim, acudieron a él desde otros puntos de la comarca. Con todo, el número tan grande de cancerosos que ha tenido ocasión de tratar, es prueba de que entre las gentes de Weilheim, de ordinario sanas según el mismo *Zeller* declara, las neoplasias malignas son relativamente frecuentes.

No existiendo hospital ni clínica alguna en la villa, todos los enfermos han tenido que sufrir el tratamiento en sus propios domicilios o en el gabinete del médico; por cuyo motivo fué necesario eliminar de él a algunos casos, muchos de ellos muy interesantes. El autor lamenta sobre todo no haber podido tratar por su método combinado a algunos enfermos, en los cuales hubiera sido necesario practicar antes una operación quirúrgica.

La gravedad de la afección no se debe tener en cuenta para establecer el tratamiento. La misma inoperabilidad del tumor, no constituye una contraindicación. Entre los 65 casos de la estadística de *Zeller* había por lo menos 25 de suma gravedad.

La técnica del tratamiento es la siguiente:

Primero con una torunda de algodón hidrófilo empapado en benzina, se frota y limpia cuidadosamente el tumor y la piel o superficie que le rodea.

Después se aplica la pasta (a la que *Zeller* llama cinnabarsana) sobre el tumor y los tejidos de la periferia, de modo que forme una capa bastante gruesa.

Cuando la capa de cinnabarsana se ha desecado, se cubre todo en

los tumores pequeños con otra capa de colodion, y en los tumores mayores y ulcerados se pone una gasa doblada ocho veces y encima una capa de algodón. Todo ello se cubre con Leucoplast (1) que cierra y fija el apósito. Cada 8 o 14 días se repite esta cura, según la acción del medicamento.

Al mismo tiempo se administra al principio del tratamiento, tres veces al día, medio gramo de una sal de ácido silícico disuelta en agua: a esta sal llama el autor Nacasilicum.

El Nacasilicum debe seguirse administrando durante un año, después de conseguida la cura.

El medicamento generalmente se tolera muy bien y suele aumentar el apetito.

En los tumores pequeños la acción de la pasta de arsénico y mercurio no provoca apenas molestias: por el contrario, en tumores mayores produce dolores fuertes que a veces duran algunos días.

La acción de la Cinnabarsana es enérgica contra el tejido tumoral; en cambio ataca muy lentamente a los tejidos normales de cualquier naturaleza que sean.

Al principio el tumor aumenta de volumen, bajo la acción tópica del medicamento, pudiendo alcanzar un tamaño doble del que tenía al empezar la cura. Se forma una tumoración esponjosa de color achocolatado que se puede separar, especialmente en los tumores pequeños con necrosis muy avanzada, por medio de una torunda de algodón o de una pinza. Los tejidos normales atacados por la pasta toman un color amarillento sucio.

Si después de haber actuado la pasta quedan todavía sin destruir restos de tejido canceroso, se reconocen éstos en el color rojo intenso, semejante al de la fresa madura.

También se pueden apreciar por el tacto, pues darán la sensación de dureza característica del cáncer.

Cuando después de un tiempo más o menos largo han sido destruidas todas las porciones del tumor, queda una superficie ulcerada de un color amarillento sucio; la cual, tan pronto como cesa de actuar la pasta, se limpia rápidamente y se cubre de granulaciones rojas. La limpieza diaria con bencina y una cura con gasa antiséptica conduce rápidamente a la cicatrización.

Las cicatrices son lisas y de buen aspecto.



(1) Lencoplast es un emplastro adhesivo preparado por la casa P. Beiersdorf in C.^a Hamburg.

Tal es el método y tales los resultados con él obtenidos por el médico de Suabia.

De él quedan excluidos, como ya hemos dicho, los cánceres profundos del aparato digestivo y del uro-genital y en general los de todas las vísceras. No obstante, *Zeller* confía en que la medicación interna ayudada de la destrucción del tumor quirúrgicamente, pueda resolver también la curación de estas neoplasias menos accesibles a los recursos externos.

Cuál es la parte que en estos éxitos corresponde a los compuestos de ácido silícico y cuál a la acción de la pasta arsenical, es muy difícil por ahora determinarlos; para *Czerny* a esta última toca *la parte del león*.



Al ofrecer a nuestros lectores las primicias del método de *Zeller*, hemos cumplido un deber de periodistas.

Al aconsejarles que dejen los ensayos del procedimiento para los centros dedicados especialmente a estos estudios, y no expongan a sus enfermos a llegar tarde a manos del cirujano, cumplimos un deber de humanidad y de compañerismo.

EL CONGRESO OTO-RINO-LARINGOLÓGICO DE BILBAO

Como anunciamos en el número anterior del BOLETÍN, en los días 26, 27, 28 y 29 del mes de agosto último, tuvo lugar, en Bilbao, el IV Congreso Nacional de oto-rino-laringología

Fué grande el éxito del III celebrado en Sevilla hace dos años, pero el de éste ha sido mucho mayor.

Casi todos los especialistas españoles se han inscripto; de 120 que hay en España, 110 figuraban como miembros del Congreso. El número de comunicaciones presentadas ha sido extraordinario, hasta el punto de no haber tiempo material para la lectura y discusión de todas.

No hemos de dejar de tributar los elogios que se merece al señor secretario general, puede decirse ya perpétuo, pues para el próximo, que se celebrará en Barcelona, fué elegido por unanimidad: creemos que una gran parte del secreto de los éxitos obtenidos en los Congresos Nacionales de oto-rino-laringología, está en la actividad verdaderamente infatigable de tan distinguido e inteligente compañero que, con una constancia y habilidad extraordinarias, no deja de la mano a nadie hasta que le arranca la inscripción con su correspondiente comunicación o comunicaciones.

Los dos temas oficiales eran: *Cirugía de la laringe y Diagnóstico de la laberintitis*; del primero estaba encargado el doctor Cisneros, y del segundo el doctor Tapia.

General sentimiento causó la falta de la lectura del tema cuyo ponente era el doctor Cisneros, tanto porque la causa fué una reciente enfermedad del eminente laringólogo, como ser anhelo de todos conocer su opinión sobre asunto de tanta importancia y actualidad dentro de la especialidad. Se presentaron, sin embargo, algunas importantes comunicaciones sobre este tema, y entre ellas una de nuestro compañero de Redacción señor Santiuste, *Algunas observaciones sobre mis últimos casos de extirpación total de la laringe*. El autor fué calurosamente felicitado, y el doctor Tapia, en cordiales frases, reconoció que había conseguido hacerse una de las primeras figuras nacionales en la gran cirugía laríngea y, que al mismo tiempo que le felicitaba, se felicitaba él así mismo, porque el señor Santiuste se declaraba partidario de la extirpación total de la laringe en un sólo tiempo, por el método de Gluck, del cual es en la actualidad un convencido defensor el eminente laringólogo de Madrid. El doctor Santiuste viene desde hace tiempo dedicando su preferente atención a este asunto, y para los lectores del BOLETÍN DE CIRUGÍA no es ninguna novedad, pues han visto con frecuencia artículos sobre laringectomias

de dicho autor y en el Congreso oto-rino-laringológico de Sevilla también fué este asunto objeto de una comunicación suya.

Un hecho sensacional ocurrió, y fué la comunicación de don Tadeo Pereda, operado de una laringectomia por el doctor Tapia, en la que relataba las vicisitudes porque había pasado hasta llegar a inventar el aparato fonador, con el cual, precisamente, le fué posible leer dicha comunicación con una voz que era perfectamente oída por todos los concurrentes al salón de sesiones. Su autor, al menos, por ahora, se reserva el secreto, por lo cual no podemos dar detalles de su mecanismo, pero no cabe duda que el éxito fué completo.

El otro tema oficial, *Diagnóstico de las laberinitis*, fué desarrollado brillantemente por el doctor Tapia, recibiendo merecidas y sinceras felicitaciones.

Sentimos no poder, ni siquiera citar los títulos de las numerosas e importantes comunicaciones que se leyeron, pues sólo eso, el citarlas, nos haría alargar extraordinariamente esta nota, pero sí diremos, que todas despertaron gran interés, y sus autores fueron muy felicitados.

Todo esto en lo que hace referencia a la parte científica del Congreso, porque en lo que se refiere a la parte recreativa y de festejos, tanto la prensa profesional como política ha prodigado las más justas alabanzas a lo obsequiados que fueron los congresistas por sus colegas bilbainos.

Banquetes casi todos los días, excursión a la isla de «Chacharramendi», visitas a los Altos Hornos, un viaje marítimo al Abra. Por las noches al teatro Arriaga y al de los Campos Elíseos, cantándose, en este último, la hermosa ópera vasca «Mirentku». Las señoras hicieron también una excursión al castillo de Butrón. En todos estos banquetes y excursiones fueron los congresistas constantemente agasajados.

Todos los congresistas, de una manera unánime, mostraron el más profundo reconocimiento a tantas atenciones y a tan cordial acogida por parte de todos los especialistas bilbainos, y en particular al doctor Galdiz, felicitándose por tan ruidoso éxito.

El próximo Congreso se celebrará en Barcelona en 1914, componiendo la nueva junta directiva: Botey, Martín, Cisneros, Gereda, Horcasitas, Oller y Orive.

REVISTAS

Münch. Med. Woch.

DR. J. WOLFF: PFOZHEIM. *Sobre la extirpación del bazo.*—W. refiere un caso de extirpación del bazo por traumatismo.

L. D., 29 años, sirviente. Herido en una disputa durante la noche: a la mañana siguiente ingresa en el hospital.

Se trata de un hombre fuerte, musculoso, bien constituido, pero profundamente anémico. Corazón y pulmones bien. Muy pálido. Pulso en la radial perceptible sólo de vez en cuando, perceptible en la carótida, muy rápido. Respiración fatigosa. En el 10 espacio intercostal izquierdo una herida de 3 centímetros de largo, de la cual brota alguna cantidad de sangre oscura. Abdomen ligeramente dilatado, sensible, sin timpanismo.

Diagnóstico. Herida del bazo.

Se dispuso intervenir rápidamente. Anestesia local. Inyecciones de aceite alcanforado y digalena.

Incisión desde el borde externo del músculo recto oblicuamente, con una pequeña convexidad hacia arriba hasta el tercio anterior de la 12.^a costilla. En la misma dirección se secciona el músculo oblicuo externo. Queda al descubierto el conducto de la herida, el cual es lo bastante ancho para permitir el paso de un dedo hasta el abdomen y tocar el bazo, cuya superficie aparece lisa, no se encuentra en él herida. Estómago e intestinos rechazados profundamente.

Como la pleura no estaba interesada, se seccionaron las capas profundas musculares y el peritoneo sobre el dedo que estaba introducido en la cavidad. Salió de la cavidad abdominal una enorme cantidad de sangre líquida y coagulada. Sacado el bazo, se vió que presentaba en su cara anterior en la línea que separa el tercio anterior del medio una herida de 2 centímetros de anchura, convexa hacia arriba. De ella salía sangre oscura. En el borde cóncavo, en el límite anterior del hileo esplénico se percibía otra herida, la contraabertura de la primera. Es un desgarró del que brota sangre manifiestamente arterial. En obsequio a la rapidez de la intervención se practicó la extirpación del órgano. Extraído el bazo hacia afuera, se colocaron unas pinzas en el pedículo, ligamento gastro esplénico. Por dentro de las pinzas se ligó el pedículo en varias veces y para mayor seguridad se echó una ligadura fuerte en masa, se seccionó el pedículo. La hemorragia cesó por completo. La exploración consecutiva del estómago y del intestino para buscar alguna herida de

estos órganos dió un resultado negativo. Limpieza minuciosa del peritoneo. Sutura del peritoneo, dejando en el borde inferior de la herida un tubo de drenaje. Sutura de la musculatura intercostal, del oblicuo externo y de la piel.

Durante la operación no sufrió cambio apreciable el estado general del paciente; tampoco se agravó.

La anestesia fué completa durante todo el acto operatorio. Sólo fué doloroso el momento de sacar el bazo fuera de la cavidad abdominal. Mientras se hizo la operación se inyectaron al paciente algunas dosis de aceite alcanforado y suero fisiológico. Al día siguiente se le volvió a administrar 1 1/2 litros de solución fisiológica de cloruro de sodio: el pulso era todavía muy pequeño: 120 pulsaciones. En los primeros días que siguieron a la operación recibió el enfermo nuevas inyecciones de aceite alcanforado y de digalena; además cada tres horas un enema de la solución de cloruro de sodio. A los dos días subió la temperatura a 38,6 para descender pasados tres y quedar definitivamente en la normal. Ya desde el quinto día era tan satisfactorio el estado general, que se podía tener la esperanza de darle muy pronto el alza, completamente curado. Hasta ahora no se han observado aquellos síntomas que muchos autores describen como consecutivos a la extirpación del bazo: sed, dolores de cabeza, demacración. Tampoco hubo aumento del tiroides, ni de los ganglios linfáticos, ni sensación de dolor a la presión en los huesos. El análisis de la sangre coincide con el hecho por otros autores: aumento de leucocitos (32,7 por ciento) y aumento de células eosinófilas (7 por ciento).

Ninguna otra alteración sobre el estado general del organismo ha sido observada hasta ahora. El caso relatado es una prueba más de que el bazo es un órgano supérfluo que no debe dudar el cirujano en extirpar tan pronto como se presente la indicación de hacerlo.

J. H. O.

Deutsche Medizinische Wochenschrift

DOCTOR KIRSCHER: *Gánglios tuberculosos del mesenterio, tratados por la extirpación acompañada de resección intestinal.*—La joven enferma entró en la clínica con el cuadro de una apendicitis aguda. Rápida aparición de la enfermedad tres días antes de la entrada en la clínica, con dolores en la fosa iliaca derecha, 38,5° de temperatura al reconocerla y una resistencia dolorosa a la palpación en la región del apéndice. La laparotomía, que se ejecutó al instante, en la creencia de que se trataba de una apendicitis, puso de manifiesto la existencia de un tumor sólido del mesenterio del ileón, del ciego y del colón ascendente. No se hizo ninguna incisión exploradora, ya que el resultado final para el tratamiento sería la extirpación, bien se tratara de un sarcoma o bien de una tuberculosis.

Para la extirpación del tumor era necesario alejar con el mesenterio la porción de intestino por él recubierta. La resección de todas las partes invadidas por la tumoración, los quince últimos centímetros del ileón, el ciego y el colón ascendente, no ofreció dificultades más que en una parte. La punta del tumor llegaba hasta la arteria mesentérica inferior, que fué necesario disecar, así como igualmente las venas. Anastómosis ileo-cólica. Sutura sin drenaje. La herida fué solamente complicada con un pequeño absceso de las paredes. Por lo demás, la enferma ha recobrado el apetito perdido y ha aumentado algunos kilos de peso.

El examen microscópico del tumor demostró la existencia de una tuberculosis de los ganglios mesentéricos.

Paris Medical

DR. PIERRE LEREBOLLET: *Tratamiento de la ictericia catarral.*—Después de una fase caracterizada por trastornos gastro-intestinales, con o sin fiebre, y teniendo una duración de dos o tres días, aparece una ictericia generalizada, francamente colúrica, con decoloración de las materias. Si en la mayoría de casos no se acompaña ni de hipertrofia del hígado ni del bazo ni de dolor en estos órganos, es cierto que ocurre en algunas ocasiones, poniendo en duda la existencia de un cólico hepático.

Es una enfermedad benigna, de una duración de tres o cuatro semanas, cuya desaparición se acompaña, muchas veces, de una poliuria crítica con azoturia frecuentemente marcada. Entonces aparece la urobilinuria sustituyendo a la coluria: la ictericia se hace acolúrica, pero la urobilinuria, la colémia persistente, el tinte de los tegumentos demuestran que la enfermedad no ha terminado aún; no cesa más que progresivamente, dejando a veces una laxitud muy prolongada con síntomas de decadencia funcional del órgano.

No siempre la duración de la ictericia es la misma; algunas veces se prolonga a 7 y 8 semanas y hasta 5 meses, constituyendo la forma llamada ictericia catarral prolongada. Hay casos también, en los cuales, después de una fase más o menos larga de ictericia de apariencia benigna, sobrevienen hemorragias, trastornos nerviosos, desórdenes térmicos, demostrando la aparición de la ictericia grave secundaria. Por último, hay casos que se acompañan secundariamente, con muchas semanas o meses de intervalo, de signos no dudosos de cólico hepático; ictericia catarral prelitíásica.

La ictericia catarral, enfermedad variable en su evolución, pero frecuentemente dependiente de una infección general, sigue un curso que conduce a la curación en la mayor parte de los casos. Así, pues, la terapéutica, si debe dirigirse a activar la terminación rápida de la enfermedad, debe sobre todo buscar la vuelta a un estado funcional perfecto del hígado. Lo primero es someter al enfermo al reposo en cama durante la semana primera; durante los

primeros días a régimen lácteo. La leche, no sólo asegura la asepsia intestinal, sino que constituye un alimento regulador de primer orden, lo mismo en los casos en que la célula hepática está excitada, como en los que es insuficiente; a veces la leche es mal digerida por la nata que contiene, por lo que es conveniente desnatarla.

Se dará en la cantidad de tres litros diarios próximamente; si es mal tolerada o el enfermo se cansa de ella, se sustituirá por el Kefir.

Después se pueden agregar purés, frutas cocidas, quesos frescos. No se prescribirán huevos ni carnes y de emplear éstas, bien cocidas y blancas. Se proibirán rigurosamente las grasas, crudas o no, permitiéndose sólo un poco de manteca fresca. Se activará la diuresis por medio de la ingestión de agua ligeramente mineralizada. Son muy recomendables los enemas fríos, dos al día según recomienda Krull.

El tratamiento medicamentoso se reduce al principio a la antisepsia intestinal; el benzo-naftol o el salacetol á la dosis de un gramo a gramo y medio al día.

Después de algunos días, variables según la intensidad de la ictericia, debe administrarse un purgante, de preferencia los calomelanos a la dosis de 20 a 50 centigramos por la mañana y repetido con tres a cinco días de intervalo. Cuando la ictericia se acompaña de signos de decadencia celular hepática, la opoterapia hepática está indicada: las píldoras de extracto hepático, que contiene cada una 0,25 gramos de extracto a la dosis de cuatro a ocho al día.

En el período terminal, es decir, hacia la tercera semana se prescribirá la urotropina y el salicilato de sosa.

En ciertos casos en que el hígado permanece grande después de haber desaparecido la ictericia, hay que pensar, sea en una hepatitis crónica o en una litiasis biliar; es entonces cuando está indicada una cura hidromineral para el verano siguiente. También se puede hacer esta cura a domicilio con el agua de Vichy.

Es útil vigilar a los enfermos algunas semanas después de su curación aparente.

Los síntomas que se presentan en el curso de la ictericia reclaman un tratamiento aparte: el prurito se combatirá con lociones muy calientes, mañana y noche, de agua con alcohol o ácido fénico, seguidas de la aplicación de polvos inertes o de cinc. Las hemorragias. con el cloruro de calcio y la opoterapia hepática.

A. C.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Sociedad quirúrgica de Baviera

ENDERLEN: WÜRZBURG. *Sobre la peritonitis*.—El tratamiento por el opio y el aceite de ricino debe ser rechazado. Nunca nos arrepentiremos de haber intervenido demasiado pronto, muchas veces de haber llegado tarde. La aparición repentina de grandes dolores en el vientre, con vómitos e hinchazón del mismo, son datos suficientes para aceptar la existencia de un proceso infeccioso en el peritoneo; a ellos se añade casi siempre la fiebre y la frecuencia del pulso. La determinación de la cantidad de leucocitos no tiene por regla general ningún valor diagnóstico. La posición recomendada por Murphy (pelvis en la parte más declive) tiene gran importancia.

La narcosis general permite orientarse rápidamente; después para la operación se debe practicar la anestesia local. El colapso no es en modo alguno una contraindicación para la operación: en todo caso inyéctese preventivamente una solución de suero fisiológico y adrenalina. En los casos dudosos la incisión debe practicarse en la línea media. El empleo de lavados abundantes no está indicado más que cuando se trata de arrastrar partículas de tejidos destruidos. Los cirujanos que tienen la costumbre de lavar el peritoneo y los que no la tienen, obtienen idénticos resultados. Se puede afirmar que los éxitos serán mayores *cuanto menos se haga*. Lo principal es: 1.º Rápido y perfecto descubrimiento de los focos de la infección. 2.º Drenaje por el Douglas y en el punto en que la inflamación ha empezado. 3.º Cerrar la herida, pelvis en el punto más declive, enemas de solución de cloruro de sodio. Sobre si el empleo del aceite alcanforado, vertido en la cavidad peritoneal, previene o no la peritonitis, las opiniones no están de acuerdo. El drenaje muy amplio ha caído en desuso. Importante es colocar un drenaje entre la piel y la fascia.

Discusión: v. Angerer: Munich.—Los resultados hasta ahora publicados no son comparables entre sí, porque no siempre se trata de verdaderos casos de peritonitis generalizada. Más práctico es hacer dos grupos: peritonitis consecutiva a un apendicitis y peritonitis por perforación del estómago o intestinos. En los tres últimos años se trataron en la clínica 810 casos de apendicitis, de los cuales 91 lo fueron sin operar, por su poca gravedad y 5 porque entraron ya moribundos. De 719 operados durante el ataque murieron 61 (8 por 100): de 121 con peritonitis localizada (exudado sero-purulento) murió uno: de 101 con peritonitis más avanzada y ya con exudado icoroso fallecieron el 12 por 100: entre los 64 casos más graves sucumbieron 57 por 100. Se debe proceder con

todo cuidado, limpiar con gasa perfectamente, no irrigar o en caso contrario practicar una contraabertura por donde pueda salir todo el líquido de la irrigación. Cuando hay parálisis intestinal el pronóstico es muy malo.

Ach: Munich.—Cuando se trata de perforación del estómago o del intestino es de aconsejar hacer un gran lavado con 70 u 80 litros de la solución de suero normal, descubriendo bien todos los recodos y rincones. Se cierra luego el vientre dejando un pequeño drenaje. De 23 perforaciones gastro-intestinales así tratadas se conservaron 16. De 36 por traumatismos del vientre, 22.

Jungengel: Bamber.—Da importancia en las operaciones hechas por peritonitis de origen apendicular a la cuidadosa reconstrucción de la pared abdominal: él no irriga. El peritoneo debe descubrirse anchamente y al mismo tiempo con el mayor cuidado posible. Se coloca en la parte más baja del abdomen un tubo de goma envuelto en gasa yodofórmica. El peritoneo antes y después de abrirle debe ser insuflado con vapores de iodo. Se ha demostrado que los vapores de iodo no sólo provocan la hiperemia, sino que también impiden la formación de anticuerpos. La termo-penetración eléctrica dá buenos resultados para conseguir una acción más profunda (formación de amboceptores). En casos dudosos tiene indicación el hormonal (intramuscular).

Kreuter: Erlangen.—De 39 casos de peritonitis purulenta difusa murieron 20: en la peritonitis difusa se debe irrigar ampliamente y enjugar bien. Debe cerrarse la piel dejando un drenaje de vidrio de Dreesmann, fenestrado y relleno con gasa. Se puede emplear el aceite alcanforado, no la fisostigmina ni las inyecciones intravenosas de adrenalina. Tampoco se ha de practicar la enterostomía, que no puede aliviar más que a las asas más cercanas.

Madlener: Kempten.—El hormonal produce efectos sorprendentes; sin embargo es peligroso: una inyección intravenosa de 20 centímetros, en un ileus postoperatorio produjo rápidamente la muerte. Tampoco las inyecciones intramusculares son inofensivas: la depresión sanguínea puede ser muy grande: en todo caso convendría tener preparada para combatir el colapso una solución de adrenalina.

Döderlein: Munich.—La profilaxis de la peritonitis tiene especial importancia en algunas operaciones ginecológicas, por ejemplo, en el cáncer uterino: en estos casos debe emplearse intraperitonealmente el aceite alcanforado. En la peritonitis difusa actúa muy favorablemente un lavado amplio y el aceite alcanforado al 10 por 100. El lavado debe ser con abundante cantidad de la solución de cloruro de sodio (40 litros, 40°), colocada la enferma de tal modo que la pelvis quede en la parte baja; el agua de la irrigación sale por un tubo puesto en una contraabertura practicada en el fondo del saco de Douglas.

J. H. O.

BIBLIOGRAFÍA

Ophthalmoskopische Diagnostik.—Dr. C. Adam.—El joven Priv. Doz. de la Universidad de Berlín, el autor del famoso compendio de «Diagnóstico y Terapéutica oftalmológicas» y de un ingenioso aparato para medir la amplitud de la acomodación, ha puesto de relieve con la reciente publicación de su libro «Diagnóstico oftalmoscópico» una nueva manifestación de su talento.

Este libro de Adam merece dedicarle mucho más tiempo que el de una crítica hecha a *vuela-pluma*; por esto yo ofrezco a los lectores a quienes interese esta materia, la traducción de algunos capítulos, en números sucesivos del BOLETÍN. Sólo así podrá juzgarse labor tan meritoria.

Por ahora me limito a presentarle haciendo una reseña muy ligera de las partes de que consta.

En el primer capítulo trata extensamente de las lesiones peripapilares; estafiloma, halo, atrofia peripapilar de la coroides, etc., marcando sus caracteres diferenciales lo mismo en lo que se refiere al diagnóstico que al pronóstico. Continúa en capítulos sucesivos con las atrofas y neuritis ópticas, retinitis, coroiditis, etc., etc., haciendo de todas ellas un estudio acabado, de un valor clínico marcadísimo; reúne casos raros de observación personal de los que están ayunos muchos de los libros clásicos.

Pero lo que más admira en el libro de Adam es la fidelidad en las fotografías del fondo del ojo, 86 láminas tomadas todas del natural, del hermoso material de que dispone en la clínica de la Universidad, por donde pasan de diez y siete a diez y ocho mil enfermos de ojos todos los años.

Está editado con la elegancia que tan corriente es en los libros alemanes.

Yo deseo que Adam, lo que por otra parte no dudo, vea recompensada su paciente labor con la acogida, sin reservas, del precioso libro que en el mes pasado lanzó a la publicidad.

A. C.

La Estación de Biología Marítima de Santander.—Memoria publicada con motivo del XXV aniversario de su creación, por don José Rioja Martín.—Talleres tipográficos de J. Martínez.—Santander, 1911.

A la labor constante y meritísima del inolvidable naturalista montañés don Augusto González de Linares se debe la fundación de la Estación de Biología Marítima de Santander, que primero se llamó Estación Marítima de Zoología y Botánica, creada por Real Decreto de 14 de Mayo de 1886, único centro

oficial en España de esta clase hasta el año 1905, fuera de un ensayo de efímera existencia intentado en la ría de Arosa por el señor Vila y Nadal.

A este Laboratorio le fueron asignados los tres fines siguientes: el estudio y enseñanza de la fauna y flora de nuestras costas y mares adyacentes; la formación e incremento de las colecciones científicas de los Museos y Establecimientos de enseñanza, y la aplicación de los estudios científicos al desarrollo de las industrias marítimas.

Muerto en 1904 el señor Linares, le sustituyó en la dirección de la Estación el que fué su primer ayudante don José Rioja Martín, a cuyo celo, actividad y entusiasmo por estos estudios se debe en primer lugar el estado de relativo florecimiento en que el Laboratorio se encuentra en la actualidad. Muy distante, sin embargo, del que debiera tener, si los gobiernos y aun las corporaciones locales (las cuales no obstante contribuyen a su sostenimiento con una pequeña subvención) concedieran toda la importancia científica y práctica que tiene este centro de estudios biológicos.

En la actualidad la Estación está instalada en una casa del barrio de Puerto Chico, cerca del mar, de la que ocupa tres pisos y la planta baja. No lejos de ella se ha levantado un pequeño pabellón que sirve de museo y acuario, en el cual constantemente se pueden contemplar numerosos ejemplares vivos de distintas especies de estos mares (correspondientes a los tipos de los celentéreos, gusanos, vermídeos, equinodermos, artropodos, peces, esponjas, moluscos, cefalópodos, tunicados, etc.)

La Estación está dotada de un arsenal muy abundante de instrumentos de todas clases y posee varias embarcaciones y diferentes utensilios para la recolección de ejemplares hasta profundidades de 500 metros.

Todo el personal del Establecimiento ha estado siempre dispuesto a prestar su concurso a quien lo ha solicitado para toda clase de investigaciones científicas, como pueden acreditar gran número de compañeros nuestros que han acudido muchas veces a él en busca de consejo, de dirección o de ayuda en sus estudios. En nuestro BOLETÍN, en su primera época, han aparecido trabajos en cuya preparación ha tomado parte el amable y sabio director de la Estación de Biología, como queda consignado en sus páginas.

Al felicitarle hoy por la publicación de esta Memoria donde va expuesta la importantísima labor por él y todo el personal a sus órdenes realizada, aprovechamos la ocasión para mostrarle una vez más nuestro profundo agradecimiento; gratitud que se extiende a todos los de aquella casa y especialmente a don Luis Alaejos, primer ayudante del señor Rioja.

J. H. O.

NOTICIAS

Para el presente mes de Octubre están anunciados los siguientes congresos:

Día 7.—XXV Congreso francés de cirugía, que tendrá lugar en París.

Del 7 al 10.—I Congreso internacional de enfermedades de la infancia. Se celebrará en París y está convocado por la «Asociación internacional para el estudio de las enfermedades infantiles», fundada el 28 de Julio de 1910. Los temas principales que se han de discutir en el Congreso son: «La anemia en los niños». «Poliomielitis infantil aguda».

Los ponentes son *Czerny—Strassburg* por Alemania, *Tissier* por Francia y *Jemma* por Italia. Las empresas ferroviarias francesas han concedido una rebaja de precios de 50 por 100 para los miembros de este Congreso.

Del 10 al 13.—VII Congreso de la Liga central de balneólogos de Austria. El Congreso tendrá lugar en Meran y se celebra en honor del presidente efectivo de la Liga durante muchos años, hoy honorario doctor *Winternitz*. El primer tema será sobre «Fundamentos fisiológicos de la hidroterapia». Ponente, profesor doctor *A. Strasser—Viena*. Segundo tema: «Fundamentos de la terapéutica mineral y de la hídrica». Ponente, profesor doctor *Wiechowski—Praga*.

Del 13 al 16.—XIII Congreso francés de medicina interna. En París. Los temas son los siguientes: «Oxalemia y oxaluria». «Las colitis infecciosas agudas». «Terapéutica del síndrome hemorrágico».

Del 17 al 23.—I Congreso de patología comparada, organizado por la «Sociedad de patología comparada» y presidido por el profesor *Roger—París*. Los temas se refieren a las relaciones entre las enfermedades de las plantas, de los animales y del hombre.

La mayor parte de los capítulos más interesantes de la patología (tuberculosis, difteria, cáncer, cirrosis, enfermedades nerviosas) se tratan en los numerosos trabajos presentados. Secretario general, doctor *M. Gerollet*, rue de Villejuste, 42. París.

Según nos comunican de Madrid se ha suspendido, por ahora, el IV Congreso español de Cirugía. Oportunamente daremos cuenta de la fecha que se señale definitivamente para la celebración de aquella asamblea.

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



AGUA DE HOZNAJO



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

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA
EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

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

— w —
PÍDASE EN TODAS PARTES



El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y 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

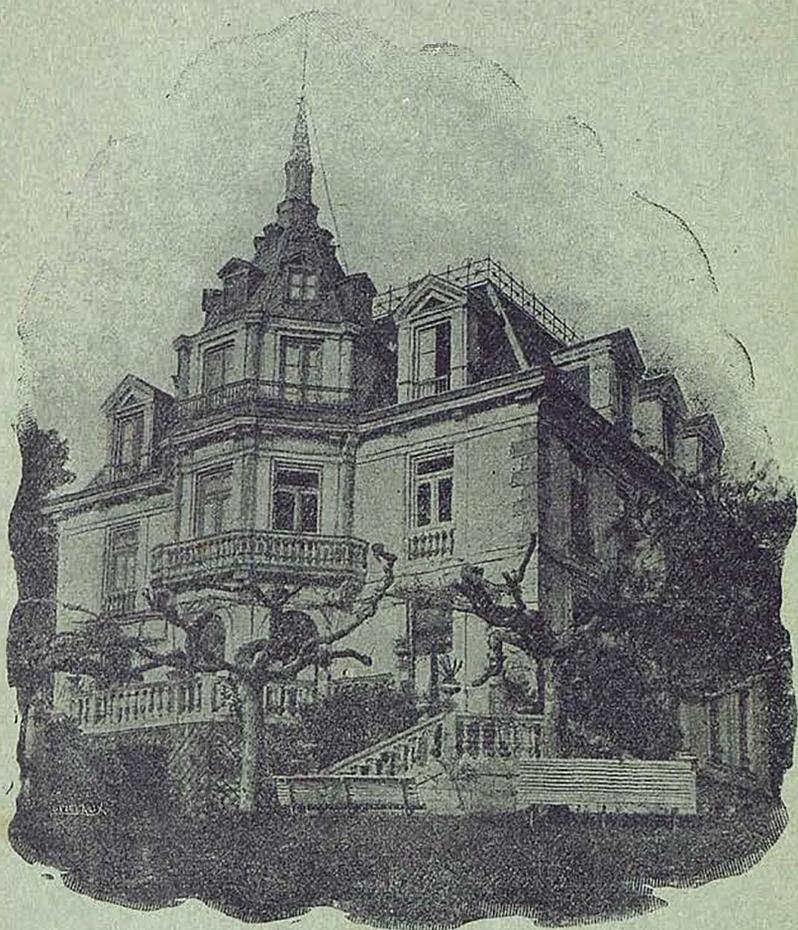
CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO



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: Catarras intestinales, diarreas, intoxicación intestinal, etc.

Hígado: Congestionaciones, cirrosis y cálculos.

Circulación: Arterio-esclerosis 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