

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

MARIANO MORALES: **Patogenia y tratamiento del estreñimiento.**
—CARLOS R. CABELLO y FRANCISCO SANZ: **Sobre un caso de extirpación de un tumor del cerebelo.**—DR. PÉREZ ORTIZ: **¿Influyen los olores en la secreción clorhidro-péptica del estómago? Algunas pruebas a favor.**

Revista de revistas.—Sociedades y Congresos.—Hojas dietéticas.—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



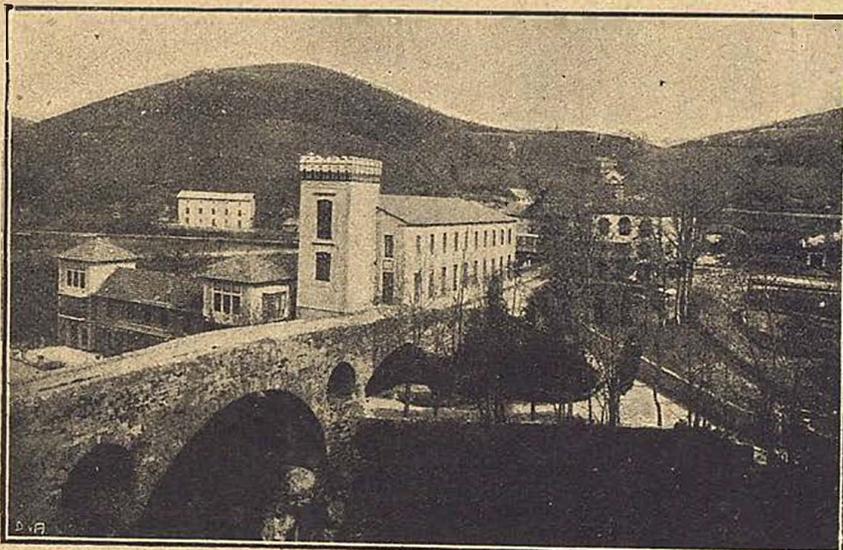
DEPÓSITOS

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 EMANACIÓN RADIATIVA, EN LA CARGA ELÉCTRICA DE LOS IONES Y EN LA GRAN PROPORCIÓN DE MATERIAS ÓRGANO-METÁLICAS AL ESTADO COLLOIDAL. = = = = =



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

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

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

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Espécialista 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 : Artritis : Enfermedades del pulmón, de las vías digestivas y urinarias : Gota
Neurastenias : Anemias : Clorosis : Convalecencias.

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

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

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

Precios económicos.—Informes y catálogos gratis

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 : Ortopedia : Cajas para partos : Soluciones inyectables esterilizadas. —KEFIR—IOHURT

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

ESTÓMAGO * BAZO * RIÑONES * HÍGADO

AGUA DE VILAJUIGA

LA MAS RICA EN LITINA

CURA LA DIABETES, ARTRITISMO Y MAL DE PIEDRA

Pídase en Farmacias, Droguerías y Restaurants

VALIOSO TÓNICO DE LOS NERVIOS

ALIMENTO DEL CEREBRO

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS GENOVÉ

a base de FÓSFORO PURO

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

Venta en Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

BOLETIN DE CIRUGIA

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DEL EXTREÑIMIENTO

Por Mariano Morales

El intestino de los mamíferos tiene sus dimensiones en relación de su alimentación: corto y vigoroso en los carniceros, largo y más débil en los herbívoros. En el hombre tiene tipo intermedio, es seis o siete veces su estatura.

Sus movimientos son de cuatro clases: *peristálticos*, que llevan la dirección del estómago al ano; *antiperistálticos*, discutidos en el intestino delgado, donde probablemente no existen o no tienen valor práctico, porque siendo la velocidad del peristaltismo en el intestino delgado de dos centímetros y medio por minuto para que las funciones de absorción se hagan de modo moderado, no había por qué poner obstáculos a esta marcha. Es la diferencia mecánica del intestino delgado y grueso; en éste existen los movimientos antiperistálticos para completar las funciones de absorción. Los movimientos de *segmentación* ó pendulares, sirven para mezclar los jugos con los alimentos, y, por fin, los movimientos de *defensa* o de Exner. En el curso de nuestros trabajos de radioscopia intestinal hemos tenido ocasión de ver los efectos de estos curiosos movimientos de Exner. El niño Valle, de siete años, traga un clavo de punta fina y afilada. Cuatro horas después del accidente observamos el íleon y obtenemos una radiografía; durante las cuarenta y ocho horas siguientes el clavo no se mueve, únicamente se observan variaciones ligeras de su posición; pasado este tiempo, la situación ha cambiado, y dieciocho horas más tarde fué expulsado. Lo que pasaba en este caso es que al herir la punta la mucosa había un reflejo, por el cual en la ca-

pa muscular submucosa se produce una disminución de tono que hace huir el intestino delante de la punta y cambiar la dirección del cuerpo extraño.

Las fibras del neumogástrico para estómago é intestino delgado, y los nervios pélvicos, que proceden del plexo sacro, para el intestino grueso, forman las fibras motoras de los plexos O'Anerbach. Las fibras que disminuyen el tono son las simpáticas, después de pasar por el plexo solar y mesentérico inferior. Además de esta doble inervación existe cierta autonomía en los movimientos del intestino, y principalmente del delgado.

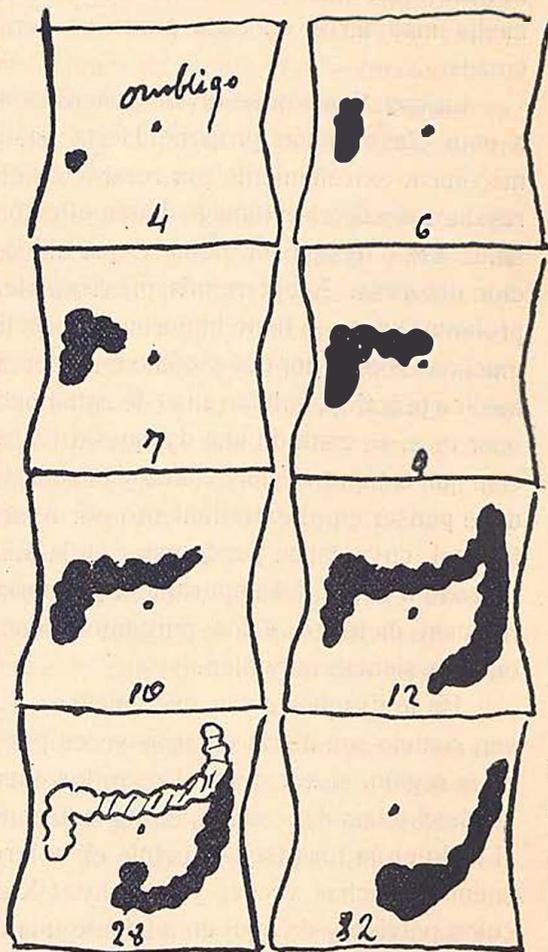
Estos movimientos son estimulados por los alimentos, jugos digestivos y bacterias, ácidos orgánicos, el aceite por su glicerina, ácidos grasos y jabones de descomposición. El azúcar estimula el intestino delgado, pero no el grueso, porque está destinado para absorberse en aquél. La carne digerida y las peptonas son débilmente estimulantes; igual ocurre con los productos de su descomposición, como el indol, facol, escatol. El ácido carbónico, hidrógeno carbonado y los productos de fermentación hidrocarbonada son fuertemente estimulantes, y esto explica porqué constipa la carne y estimulan los vegetales y las frutas. El frío estimula y el calor produce inhibición. La bilis y jugo pancreático son poco excitantes. Una excitación fuerte en un territorio nervioso determina una inhibición que se transmite por las fibras del simpático: por eso viene una constipación refleja cuando existe un gran dolor. La emoción es, generalmente, estimulante: de ahí la diarrea inmediata a un disgusto. Pero el estimulante natural tipo es la celulosa, que no se digiere por ningún jugo, que protege los hidrocarbonados para que hagan su fermentación en el punto del intestino que es preciso, que sólo se digiere en el hombre por los microbios estimulantes de los movimientos intestinales y que entretiene los movimientos del colon para que los alimentos tengan la consistencia necesaria.

La antigua S iliaca se ha dividido en dos porciones que separa el borde del psoas, y se llaman *colon pélvico* y *colon iliaco*. En el colon pélvico se acumulan las heces de las veinticuatro horas precedentes, en los individuos normales, y al llegar al recto dan esa sensación que se dice «llamada á la defecación»; entonces se produce un reflejo por el cual la cavidad abdominal disminuye de volumen, aumentando su presión de 15 milímetros hasta 200. Cuando esto ocurre, los músculos ab-

dominales se contraen, se cierra la glotís, el diafragma desciende y los elevadores del ano entran en función. El colon transverso y los ángulos hepáticos y esplénico descienden, el ciego un centímetro, el colon ascendente forma casi una bola, el descendente se contrae y la mucosa del colon pélvico se invagina, es decir, que allá en nuestra intimidad pasa lo mismo que diariamente observamos en el caballo: se relajan los esfínteres y el bolo fecal se expulsa. En una defecación normal se vacía el colon pélvico, iliaco y descendente y entran en un movimiento de avance todas las materias del resto del colon. Este acto reflejo tiene dos partes:

una involuntaria, que es la dominante en el principio de la vida, y otra voluntaria, que la civilización hace cada día predominar sobre aquella. Los centros cerebral y medular son voluntarios; pero los centros de células ganglionares de los plexos nerviosos periféricos van a fibras involuntarias. Este reflejo de una inervación complicadísima es augusto en el niño y en el hombre de poca cultura; los demás lo vamos olvidando, lo dejamos embotar, y esta es la causa de la mayor parte de los estreñimientos; ignoramos que fisiológicamente la voluntad tiene su campo limitado, porque la ayuda más poderosa servirá para determinar hemorroides, pero por sí sola es incapaz de vencer un reflejo muy embotado en su parte involuntaria.

Hertz, después de Can-



Radiografías de una comida de bismuto en un colon normal.
Los números indican las horas transcurridas después de la comida.

non, ha estudiado detenidamente este problema con ayuda de los rayos X. La figura que publicamos en la página anterior es la reproducción de las siluetas calcadas a diversos períodos de una comida de bismuto; la imagen principia en el ciego, porque normalmente en el intestino delgado, a causa de su división y velocidad, no se distingue el bismuto. Éste tarda cuatro horas y media para llegar al ciego, seis y media al ángulo hepático, nueve horas al esplénico y once a dieciséis al colon iliaco. Aquí la velocidad disminuye. En nuestra raza estas cifras pueden servir; ahora bien, nos parece que el intestino ciego rara vez alcanza una silueta manifiesta antes de las cinco horas, de modo que una hora a hora y media más tarde en cada punto es normal, según nuestras observaciones.

La constipación se divide generalmente en espasmódica y atónica; a esta clasificación propone Hertz sustituirla por otra eminentemente mecánica: estreñimiento por retardo en el paso por el intestino de los residuos desde el estómago hasta el colon pélvico, y expulsión final insuficiente ó dysquesia, nombre que dió Barnes para expresar la evacuación dolorosa. Aceptaremos provisionalmente esta forma de estudiar el problema, porque tiene importancia práctica, ya que permite contestar muchas veces al por qué y cómo un enfermo sufre su estreñimiento; así el médico práctico, ante un caso de constipación, lo primero que debe averiguar es si se trata de una dysquesia ó alteración en el aparato de expulsión que comprende la S iliaca y el recto; si aquí no encuentra la causa, debe pensar en el estreñimiento por retardo o sea en el propiamente intestinal, cuya causa puede estar en la alimentación, estómago, intestino delgado o colon. La importancia es enorme, porque en el primer caso el régimen dietético y los purgantes son perjudiciales, y en cambio los enemas sientan muy bien.

En la dysquesia los excrementos son duros, la cantidad escasa, aun cuando sea diaria ó varias veces por día, el enfermo siente pesadez en la región, se tocan en el recto los excrementos, aun después de haber hecho una deposición, en los exámenes ginecológicos ó deprimiendo el dedo en la fosa isquio-rectal; el enfermo conoce el beneficio de los enemas muchas veces, y los rayos X acusan un paso normal hasta el colon pélvico y de aquí en adelante una retención.

La gran forma de este grupo la constituye el abandono habitual en el reflejo de la defecación. La civilización actual hace esta función se-

cundaria: siente el niño o el adulto esta necesaria sensación y muchas veces abandona satisfacerla hasta momento más oportuno: con ello el recto pierde su sensibilidad, más tarde pierde el tono y luego sobreviene la impotencia del intestino. Nosotros, que enseñamos a nuestros hijos tantas cosas inútiles, descuidamos esta función para luego tener que tratarles de jaquecas o neurosis.

Otras veces la dysquesia se produce por insuficiencia en los músculos motores voluntarios, pared abdominal, diafragma y suelo de la pelvis, que no pudiendo aumentar la presión son la causa del estreñimiento. Por este mecanismo hacen estreñimiento muchos anémicos, convalecientes, enfermos de pulmón, corazón, ascitis. La enteroptosis de Glenard constipa por debilidad de los músculos y fijación del diafragma, no porque el intestino forme ángulos y caiga el colon transversal, porque esto es normal en muchos individuos sanos.

La debilidad de los músculos del suelo de la pelvis es bien conocida después de los trabajos del ginecólogo Ludwig Pinkus; el parto, más que desangrando, obra produciendo una atrofia de los elevadores del ano por compresión e isquemia. Por este mecanismo las mujeres pobres tienen estreñimiento, no guardan en sus partos el reposo suficiente y, por tanto, la presión abdominal actúa en toda su intensidad antes que se verifique la reparación necesaria: a esto se añade la insuficiencia de la pared abdominal en las múltiparas. Los elevadores débiles dan un ano que no está retraído como es lo normal, y sus contracciones son apenas sentidas por el dedo introducido en el recto.

Muchas enfermedades del sistema nervioso, como el histerismo, la tabes y las orgánicas de la extremidad inferior de la médula, tienen disminuido o abolido este reflejo; en este caso también existen trastornos en la micción.

La defecación puede ser difícil a consecuencia del volumen exagerado de las heces. Un espasmo del esfínter por ulceración o hemorroides, rectitis, inflamación de los órganos génitourinarios, hace detener la defecación para evitar el dolor y a largo plazo se produce una hipertrofia de los esfínteres.

El cáncer intestinal tiene durante una temporada, como único síntoma, el estreñimiento, y cuando un enfermo que pasa de 40 años y que anteriormente tenía aparato digestivo normal se queja de peso y estreñimiento, es necesario pensar en el cáncer. Existen sobre todo los cán-

ceres fibrosos del colon pélvico, que no dan otro síntoma hasta que viene un ataque de obstrucción.

La hiperplaxia de las válvulas de Houston, o sea de los pliegues semilunares que hacen saliente en la mucosa del recto, por más que Peunington y otros las describen como causa de estreñimiento, no es probable que lo produzcan. Houston pensó que servían para sostener las heces y de aquí ha venido la equivocada teoría. Para nosotros, precisamente en los individuos que tenían colitis crónicas es donde las hemos observado al rectoscopio más manifiestas y desarrolladas. Hoy la generalidad de las opiniones son contrarias a esta manera de pensar.

En estado normal el colon forma con el recto un ángulo agudo pelvi-rectal, que desaparece por enderezamiento en el momento de la defecación; una retención voluntaria puede producir el espasmo de las fibras circulares de dicho ángulo, agravado por el peso de las materias acumuladas. Un estado análogo puede presentarse á consecuencia de las adherencias de las peritonitis pélvicas. Los caracteres de este estado los demuestra el no poder introducir el sigmoscopio, hallarse el recto limpio, no dar resultado los enemas y ser un estreñimiento del colon pélvico.

(Continuad)

SOBRE UN CASO DE EXTIRPACIÓN DE UN TUMOR DEL CEREBELO

Por Carlos R. Cabello

✻ y Francisco Sanz. ✻

Una de las tardes del pasado mes de junio, se presentó en la consulta de pobres que tiene a su cargo en el Hospital de San Rafael nuestro maestro y amigo el doctor Quintana, el enfermo que motiva la siguiente historia. La actitud del enfermo, que del brazo de su madre y apoyado en un bastón entró vacilante en la consulta, y la fijeza y falta de expresión de sus ojos, llamaron desde el primer momento nuestra atención. A nuestras primeras preguntas contestó que padecía fuertes dolores de cabeza, que apenas veía y que hacía poco más de un año habían aparecido los primeros síntomas de su enfermedad, que, lenta y gradualmente, había ido en aumento. El doctor Quintana, sospechando que se trataba de un caso interesante médico-quirúrgico, me rogó que le estudiase detenidamente.

Por un minucioso interrogatorio que hice al enfermo, aprendí que entre sus antecedentes familiares sólo el hecho de haber tenido su madre varios abortos merecía especial mención.

Nada de particular en la historia patológica del enfermo hasta la enfermedad actual, que había comenzado hacía catorce meses por fuertes dolores de cabeza, localizados de preferencia en la región occipital, que desaparecieron durante una temporada de dos o tres meses, durante la cual tuvo algunas epístaxis. Nuevamente hizo su aparición el dolor de cabeza al cabo de este tiempo, cada vez más intenso y persistente, y en esta segunda etapa se acompañó de vértigos y crisis epileptoideas, que comenzaban echando el paciente la cabeza hacia atrás y pretendiendo silbar, e iban seguidas de pérdida del conocimiento, y en algunas ocasiones de la orina y excremento.

Ya por entonces aparecieron vómitos, de tarde en tarde; cuando los dolores eran muy fuertes, la marcha comenzó a hacerse insegura y vacilante y la agudeza visual fue disminuyendo, como asimismo la memo-

ria y la inteligencia. El enfermo, que se daba perfecta cuenta de las preguntas que se le hacían, era incapaz de reconstituir su historia, y sus contestaciones, bien que nunca hubiese sido muy despierto, acusaban una notable disminución (no ausencia) de la memoria é inteligencia.

Con estos datos ya, procedí a la exploración del enfermo, y el resultado de mi examen fué el siguiente:

La marcha y la actitud del mismo eran características: andaba vacilante, con las piernas separadas para hacer mayor la base de sustentación; el menor intento de rotación le hacía perder el equilibrio y caer. Le era imposible sostenerse quieto en la posición vertical si no se ayudaba de su bastón. Así, la existencia del signo de Romberg era de imposible demostración, puesto que la falta de equilibrio era tan grande que no podía exagerarse por la oclusión de los ojos.

La palabra era lenta y perezosa, no entrecortada.

No había trastornos de sensibilidad térmica ni táctil.

No existía temblor en reposo, ni intencional, en ninguna de las extremidades; pero en unas y otras eran manifiestas la vacilación y falta de tono y medida muscular. Así, pues, si al enfermo se le ordena llevar un vaso a la boca o el dedo a la nariz, el dedo llega a ella violentamente, y con frecuencia choca antes en las proximidades del sitio señalado. Lo mismo ocurre con los movimientos de las extremidades inferiores cuando se le ordena llevarlas a regiones determinadas (rodilla, pie) de la extremidad opuesta.

La escritura era temblorosa y angulosa, apenas legible.

Los reflejos, notabilísimamente disminuídos; con el martillo percutor de Babinski yo encontré, sin embargo, aunque sumamente pequeños, los reflejos prerrotulianos.

El enfermo, acostado en decúbito supino y con las piernas levantadas en alto, mantenía éstas en reposo (catalepsia cerebelosa); carácter diferencial que la distingue de las oscilaciones y movimientos de vaivén que presentan los tabéticos atáxicos colocados en idénticas condiciones.

En resumen, el enfermo presenta en alto grado los trastornos de vacilación cerebelosa descritos por Duchenne, en que el síntoma predominante es un trastorno del equilibrio, y los fenómenos de asinergia cerebelosa, admirablemente descriptos y estudiados por Babinski.

A este conjunto sintomático hay que añadir, por parte del aparato visual, explorado por el médico oculista de este Sanatorio, doctor Camisón, una neuritis doble.

Pulsaciones, 65 á 70; temperatura, oscilando entre 36,5 y 37,5 décimas.

Ante la sospecha de que pudiera ser sifilítica la lesión, el enfermo fué sometido a una inyección de Salvarsan, que no solamente resultó infructuosa, sino que pareció agravar el dolor de cabeza.

Por último, queriendo agotar todos los medios de diagnóstico, practiqué una punción lumbar. El líquido extraído, en cantidad de unos 30 gramos, fluía con una presión mayor de la normal, era perfectamente claro y transparente como agua de roca, y examinado al microscopio no presentaba elementos celulares (ausencia de linfocitos). La punción, como medio terapéutico, tampoco consiguió aliviar en lo más mínimo ni el dolor de cabeza ni los demás trastornos del enfermo.

Y con esto dí por terminada su exploración, llegando al juicio diagnóstico. Pero en este punto, cúpleme hacer la siguiente aclaración que se debe a la verdad y a la justicia, y que imponen las circunstancias especiales que concurrieron en el caso historiado.

El enfermo había despertado la curiosidad: en consulta unas veces, por curiosidad científica otras, había sido visto por numerosos médicos de aquí y de fuera, y de su dolencia se habían hecho los más variados diagnósticos, casi tantos como médicos le habían visto. Sería prolijo y no es mi objeto hacer su enumeración y refutación; pero sí lo es el señalar y recoger, entre todas estas opiniones, una de ellas, única hasta entonces, de *tumor del cerebelo*, emitida ya con anterioridad a la mía por mi distinguido amigo y compañero el médico de Cabezón de la Sal, don Francisco Sanz Micieces.

Mi opinión, una vez terminada la exploración del enfermo, coincidió en absoluto con la de mi estimado colega el señor Sanz, al menos por lo que afectaba a la localización cerebelosa; inclinándome muy mucho a su naturaleza tumoral la violencia de los dolores de cabeza, la evolución y marcha de la enfermedad, que se había desarrollado en año y pico; el fracaso del Salvarsan, que hacía poco probable la idea de lesión sifilítica que pasó por nuestra mente, teniendo en cuenta los abortos repetidos y numerosos de su madre; y la falta de linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo, que, como es sabido, acompaña casi siempre a

las lesiones tuberculosas de las meninges, descartaban también este diagnóstico.

Así, pues, mi diagnóstico fué de lesión cerebelosa clara, indiscutible, y de naturaleza tumoral no tan absoluta, pero sí muy probable. Así se lo manifesté al doctor Quintana, quien después de oirme y estudiar personalmente el enfermo, abundó también en nuestra opinión.

El señor Sanz hizo, por su parte, un estudio detalladísimo de este enfermo. A su amabilidad debo las siguientes cuartillas, en que pone de relieve su gran cultura médica, defendiendo y razonando el diagnóstico de este enfermo.



Reflexiones clínicas sobre el caso precedente

Ciertamente que el caso, magistralmente historiado y con la claridad que el ilustrado doctor Cabello sabe hacerlo, tenía síntomas más que suficientes para conducir a un diagnóstico positivo de localización y aun de naturaleza, ya que nuestros medios de investigación clínica van aumentando considerablemente. Pero no hay que negar que el cuadro típico de tumor cerebeloso se encontraba enmascarado por otro sindrómico, que para aquellos que le vieron—y no fueron pocos—y profundizaron en su examen, no hasta el límite a que deberían haber llegado, o que tal vez no dieran a ciertos síntomas la interpretación debida, pudo pasar desapercibido, siendo causa de diagnósticos bastante contradictorios.

Por eso, séame permitido insistir sobre el diagnóstico diferencial de algunas enfermedades, con las cuales se confundió nuestro caso, al propio tiempo que examinamos los síntomas tal cual en él se presentaban.

No me parece que cabe confusión diagnóstica con la *meningitis crónica*, *vértigo de Menière*, ni con la *uremia* de forma nerviosa o *cerebral*, pues si bien en ésta existe cefalea, vómitos, ambliopía progresiva, convulsiones epileptoideas en ocasiones, etc., no había síntomas de nefritis, (ni albúmina en la orina, ni retinitis, etc.)

Con la *heredo-ataxia cerebelosa* de P. Marie, tampoco me parece podía confundirse, pues aparte de su carácter *familiar*, hereditario, hay en ella parálisis oculares, exaltación de los reflejos en general, carece de vómitos, de cefalea, de ambliopía y tiene marcada tendencia crónica.

Se confundió con el *absceso cerebral*, pero carecía de fiebre, sudores, escalofríos, que aun cuando no siempre existen, son frecuentes en los de curso lento de alguna fecha ya, llevando nuestro caso enfermo algunos meses. Las lesiones del fondo del ojo no son tan constantes como en los tumores cerebrales, ofreciendo el cuadro de la neuritis óptica más veces que la papila de éxtasis.

Es cierto que pueden presentar vómitos, vértigos, trastornos de la conciencia, convulsiones epileptoideas, etc., y en los cerebelosos, ataxia estática, etc.; pero no es menos cierto que generalmente presentan síntomas focales, mono o hemiplegia y que casi siempre puede descubrirse el punto de origen (otitis, supuraciones nasales, traumatismos craneales, etc.)

No hay para qué recordar, además, los numerosos casos que siguen el cuadro clínico con sus tres períodos, invasión o aparición, latencia o estado y terminal, ni que tienen un comienzo agudo, así como períodos de agudización en el de estado.

¿Cabría confundirlo con un *tabético*? Examinado superficialmente sí. Yo encontré en este enfermo un síndrome *pseudo tabetiforme*. Incoordinación, aparente signo de Romberg, trastornos de la sensibilidad ósea, abolición de los reflejos rotulianos, Aquiles, etc., pues no pude descubrir su existencia (a pesar de recurrir a la maniobra de Jendrassik, a distraerle, etc.; si bien es cierto que el doctor Cabello pudo mediante el martillo percutor de Babinski, apreciarle, aunque sumamente ligero) como igualmente le ocurriría a otros. Y todo esto, juzgado sin profundizar, más pudo orientar en ese sentido. Mas, estudiado detenidamente cada síntoma, veremos al compararlo a los propios de la tabes, cuán diferentes eran.

Claro es que la incoordinación de nuestro caso no se parecía a la atáxica; pero los casos intermedios son frecuentes, y vaya para ellos la diferencia, refiriéndose, desde luego, a buscar los trastornos de la movilidad, reveladores de las lesiones cerebelosas, estudiados por el mismo Babinski, algunos propios y exclusivos de los cerebelosos. Son éstos la *asinergia cerebelosa*, la *adiadococinesia* y la *prolongación del equilibrio voluntario estático*.

Dos palabras acerca de cada uno de ellos:

La *asinergia cerebelosa* ó perturbación de la facultad de asociación de los movimientos, se encuentra (aunque no constantemente) sólo

en cerebelosos: es, pues, patognomónica. Y es muy diferente de la ataxia verdadera, pues no son excesivos ni desarreglados, en una palabra, no son verdaderamente atáxicos, sino descompuestos en movimientos elementales sucesivos de los diversos segmentos de los miembros, marcha, acto de reflexionar, etc.

La *adiadococinesia* es la perturbación en el cumplimiento rápido de los movimientos sucesivos que exigen la asociación de una acción *excitomotriz* a otra *frenatriz*. En los cerebelosos es, no sólo perturbación, sino imposibilidad. Si, por ejemplo, le ordenamos haga movimientos rápidos de supinación y pronación, le será imposible. No existe nunca en la tabes este síntoma.

Y la prolongación del *equilibrio voluntario estático*, caracterizado por el mantenimiento de la posición nueva, que damos, por ejemplo, a un miembro colocándolo vertical estando el sujeto acostado, llamado así mismo por Babinski catalepsia cerebelosa, no se encuentra nunca en la tabes y sí en la afección que nos ocupa.

Todo esto sin acudir a los demás signos diferenciales existentes entre ambas enfermedades: dolores fulgurantes, fenómenos oculares, anestias, etc., de los tabéticos, no existentes en los cerebelosos.

Respecto a los reflejos falso Romberg, trastornos de la sensibilidad ósea, etc., que presenta, y que en opinión del gran clínico neurólogo de la Salpêtrière, existen en multitud de tumores cerebrales de localización más diversa, constituyendo un síndrome que él llama *pseudo-tabetiforme*, no hay más que recordar y acomodarse a su explicación para comprenderle perfectamente.

Según los estudios de Bather, Collier y Nageotti, tiene por substratum anatómico una lesión primitiva al nivel del *nervio radicular posterior* (llamada así hoy a la raíz posterior un poco por encima del ganglio) y consecutiva a lesiones de los cordones posteriores.

Su patogenia, oscura hace algún tiempo, parece hoy puesta fuera de duda, al menos en la mayoría de los casos, gracias a los trabajos llevados a cabo en el servicio de dicho neurólogo, por Philippe y Lejonne. Reconoce por causa una compresión *radículo-ganglionar*, originada por hipertensión del líquido céfalo-raquídeo.

Sobre este nervio, un poco por encima del ganglio, existe una verdadera zona frágil, a cuyo nivel dicho líquido, puesto a alta presión, se insinúa por los fondos del saco que separan los diversos fascículos que:

constituyen la raíz posterior, terminando por hacerse en dicho punto una dislocación de la trama conjuntivo-vascular del nervio radicular posterior, siendo debidas a tal dislocación y compresión de dichos fascículos las lesiones del nervio y como consecuencia la de su prolongación intramedular al nivel del cordón posterior.

Esta patogenia puramente mecánica, de gran interés clínico, nos explica el síndrome pseudo-tabetiforme que presentaba nuestro caso.

Resta sólo una enfermedad con la cual la semejanza era mayor. Es la *esclerosis en placas* en sus formas *cerebelosa* y *pseudo tabética*.

De esta última poco diremos, ya que al ocuparme de la *tabes verdadera*, queda asimismo diferenciada ella.

No así la primera forma, que presenta ataxia con trastornos del equilibrio estático y cinético, crisis epileptoideas, vértigos en ocasiones, trastornos de la palabra, ausencia de trastornos sensitivos, temblor, nistagmus y aun, para mayor confusión, la *dysmetria*, la *catalepsia cerebelosa* o prolongación del equilibrio voluntario estático y hasta la misma *asinergia cerebelosa* se pueden encontrar en ella. Pero, aparte que muchos de los síntomas precedentes y que se han tenido como peculiares de la *esclerosis en placas*, son, según Babinski, dependientes de lesiones protuberanciales interesando las fibras cerebelosas y aun llevando más allá nuestro juicio, son enfermos más cerebelosos que escleróticos, en nuestro caso era permitido, es decir, era obligatorio diferenciarlos, puesto que era posible hacerlo. Porque no había nistagmus, ni temblor intencional, ni la palabra era lenta y *arrastrada* como la de la *esclerosis*; el vértigo era mayor y constante, había cefalea, trastornos del fondo del ojo, inestabilidad grande e incoordinación más marcada, sucediendo además que la *esclerosis* en ocasiones tiene un principio brusco, seguido de hemiplegia, fiebre, etc.

Pero, aparte todo lo expuesto, la diferencia resaltaba más porque los reflejos, como hemos dicho, estaban, si no completamente abolidos, sumamente disminuídos, mientras en la *esclerosis* están exagerados. Por eso en estos enfermos la marcha resulta espasmódica, mientras la del *cerebeloso* puro es de incertidumbre, titubeante, con las piernas separadas, es decir, como el borracho.



Ya en posesión de un diagnóstico, permítanme los lectores, como corolario a nuestro juicio y para mayor comprensión, facilitando trabajo

a cuantos no se dediquen a esta especialidad, que exponga brevemente algunas ligeras nociones anatomofisiológicas, con las cuales llegarán a familiarizarse, a buen seguro, con asuntos de esta índole, ahorrando no poco tiempo en estos estudios.

Y para ello nada mejor que recordar una excelente y magistral conferencia del gran neurólogo de la Salpêtrière, del Dr. Raymond, de la cual transcribo lo más esencial.

Hay en nuestro organismo una verdadera facultad de equilibración, de estructura complicada, y que comprende dos funciones: *centrípetas* la una, o de *orientación*, y *centrífuga* o de *equilibrio* la segunda. Sentido de las *actitudes segmentarias* se llamó asimismo a la primera y comprende la orientación de las diversas partes de nuestro cuerpo, relacionadas entre sí y con relación al espacio que nos rodea, ú *orientación subjetiva directa*, y la de los objetos que nos rodean relacionados con aquél, ú *orientación objetiva* (según P. Bonnier).

Cuantas impresiones dan origen a estos sentidos de orientación reconocen dos fuentes: unas *extrínsecas*, que vienen del exterior por intermedio de nuestros sentidos; otras *intrínsecas*, que proceden del interior de nuestro propio organismo, y llegan, por medio del aparato laberíntico del nervio vestibular, así como también del kinestésico del globo ocular.

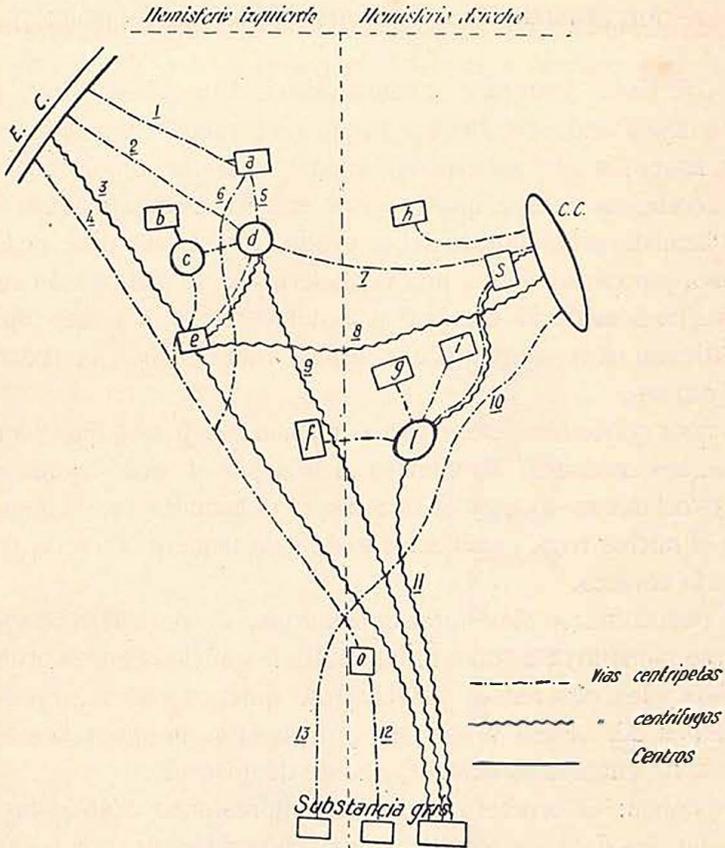
Tal suceden las cosas normalmente, porque en el estado patológico, recibimos además las impresiones internas de diferente origen por conducto del pneumogástrico y de los nervios sensitivos viscerales.

Los precedentes medios constituyen nuestra facultad de orientación. Si tomamos como punto de partida los centros, las órdenes, presiden el *tono muscular*, ejerciendo su influencia sobre la contractura y relajación, y de la armonía entre ambas acciones musculares, resulta el equilibrio completo de las diversas partes de nuestro cuerpo, relacionadas, no sólo entre sí, sino también con el espacio y objetos que nos rodean. Y tal función tiene que ser mantenida, no sólo en el reposo, sino asimismo en el movimiento, pudiendo resultar que sea unas veces *consciente y voluntaria* o *automática* y refleja otras.

Ahora bien; el centro del equilibrio es esencialmente el cerebelo. Es él quien recibe las impresiones para la coordinación de los movimientos y mantenimiento del equilibrio, a él llegan las vías *centrípetas* de la orientación y de él parten las reacciones *centrífugas* del equilibrio.

Numerosas fibras de proyección unen su *corteza*, a los *núcleos* centrales del mismo. (1)

(1) Para comprenderlo más fácilmente véase el adjunto esquema, tomado de Grasset.



LÁTERO POSTERIOR ANTERIOR DE LA MÉDULA

- E C—Corteza cerebral.
- a—Tálamo óptico.
- b—II par.
- c—Tubérculo cuadrigémino.
- d—Núcleo rojo.
- e—Núcleo del puente.
- f—III par.
- g—VI par.
- h—II par.
- i—VIII par.
- l—Núcleos de Deiters y Bechterew.
- o—Núcleos de Goll y Burdach.
- c. c.—Corteza del cerebelo.
- s—Núcleos centrales.

- 1—Fascículo tálamo cortical.
- 2—Fascículo rubro cortical.
- 3—Fascículo piramidal.
- 4—Fascículo sensitivo médulo cortical.
- 5—Fascículo rubro talámico.
- 6—.....
- 7—Pedúnculo cerebeloso superior.
- 8—Pedúnculo cerebeloso medio.
- 9—Fascículo de Monakow rubro espinal prepiramidal.
- 10—Pedúnculo cerebeloso inferior.
- 11—Fascículo cerebeloso descendente.
- 12—Cordones posteriores.
- 15—Fascículo cerebeloso descendente.

Las fibras aferentes, conductoras de las excitaciones periféricas, proceden de la médula espinal y del centro. Ocupan las primeras la parte periférica de los cordones laterales, constituyendo el *fascículo cerebeloso ascendente directo* y el de *Gowers*, que van al *vermis* superior e inferior, llevando las impresiones periféricas del tronco y miembros.

Las *aferentes cerebrales* caminan desde la región sensitivo-motriz de ambos hemisferios cerebrales, por la vía piramidal y pedúnculos cerebrales, hasta los núcleos grises del puente, partiendo de aquí el pedúnculo cerebeloso medio, quien, previo entrecruzamiento con el opuesto, va al hemisferio cerebeloso del otro lado, resultando este pedúnculo cerebeloso, por consiguiente, una verdadera vía de asociación entre la corteza de un hemisferio cerebral y la del cerebelo del lado opuesto, pero existiendo entre ambas una neurona intermediaria, la *substancia gris del puente*.

Las *vías eferentes o centrífugas* forman dos grupos que, partiendo de los núcleos centrales, descienden la una por el cordón anterior a la médula y células motrices y la otra por el pedúnculo cerebeloso superior y va al núcleo rojo, estableciendo de esta manera una relación indirecta con la corteza.

Aun puede citarse más fibras conductoras: un sistema cerebelo-vestibular, que constituye un lazo íntimo entre los núcleos grises profundos cerebelosos y los de Deiters y Bechterew, quienes a su vez reciben las terminaciones del nervio vestibular, y otro sistema óptico cerebeloso, aun cuando no parezca lo suficientemente demostrado.

En resumen: el cerebelo recibe las impresiones centripetas de la periferia, por los órganos sensitivos, músculo-cutáneos, por los canales semicirculares y núcleos bulbares; transmite estas impulsiones a los músculos, por intermedio de las vías centrífugas, que van a los cuernos anteriores de la médula, refuerza el tono y regulariza la actividad muscular. Triple acción, estática, tónica y estética, que no es al fin más que el triple aspecto de un mismo fenómeno.

Ahora se comprenderá fácilmente la gran misión, a la vez estática y dinámica, que tiene el cerebelo, dentro de las superiores funciones encefálicas, así como la significación de los trastornos en el equilibrio *estático y cinético*, que nuestro enfermo presentaba. Y así comprendido el caso, es como llegamos al diagnóstico de tumor cerebeloso.

Avanzar un paso más en la localización, sólo por suposición podíamos hacerlo, pues la lateropulsión, la ataxia cerebelosa, cuando asientan sobre el vermis, no son aún exactas, teniendo numerosas excepciones. Únicamente estábamos autorizados para pensar que ocupaba la parte posterior, pues de haber sido la anterior, los fenómenos bulbares, protuberanciales, etc., resultantes de una mayor compresión, hubieran sido muy manifiestos y precoces.

En cuanto a su naturaleza, siguiendo el orden de frecuencia en su aparición, teníamos que pensar en tuberculoma, sifiloma, glioma, etc.

Ni los antecedentes hereditarios, ascendientes ni colaterales, nos permitían pensar en las dos primeras afecciones, ni los personales tampoco; pero, eso no obstante, como es de rigor en casos tales, se hicieron las reacciones consiguientes, resultando nulas en ambas enfermedades.

Quedaba, pues, la presunción de un glioma.

Y quedaba asimismo terminada nuestra misión como médicos, pues sabida es nuestra impotencia en semejantes casos; así que nos limitamos á recomendar á la familia la operación, no como curativa, sino como medio de aliviar los sufrimientos, cada vez mayores, del pobre enfermo.

Claro es que nuestros juicios no fueron admitidos sin réplica, y así lo esperábamos, desde luego. De consulta en consulta, oyendo los más variados diagnósticos y sujeto, como es consiguiente, a los más diversos tratamientos, dió fin su carrera cayendo en manos tan hábiles como las de mi particular amigo el doctor Cabello, cuya historia habéis leído, y después de no pocas peripecias, fué operado por el ilustre y experto cirujano montañés doctor Quintana.



El enfermo había sido sometido ya, como hemos dicho, a un tratamiento antisifilítico y con un doble fin diagnóstico-terapéutico había sufrido una punción lumbar. Ambos tratamientos resultaron absolutamente ineficaces y el cuadro clínico cada vez se ensombrecía más y cada vez eran mayores los dolores de cabeza de nuestro enfermo.

En tales condiciones, firmes en nuestro diagnóstico de tumor del cerebelo, con el cual estuvo conforme el señor Quintana, previa exploración personal del enfermo, expusimos a éste nuestra opinión, según la

cual sólo en una intervención quirúrgica arriesgada y problemática, eso sí, podía encontrarse una remota esperanza de salvación si en el caso de resultar cierto nuestro diagnóstico tenía la suerte el cirujano de háberse las con un tumor benigno y fácilmente extirpable. Escuchó atentamente nuestras reflexiones el señor Quintana, como cirujano prudente que no quiere lanzarse temerariamente a una arriesgada empresa quirúrgica, y pesada y contrastada en su ánimo, hechas a la familia todas las reservas posibles respecto a la gravedad de la intervención, posibilidad de encontrarnos con una lesión inoperable, etc., etc.; dispuso la operación, que se realizó, en el mes de julio, en el Hospital provincial.

En la región occipital se hizo una incisión transversal, los músculos de la región fueron echados hacia abajo previa su desinserción con el hueso y la cara externa de éste en la mayor parte de su inserción se puso al descubierto y en ella, en su lado izquierdo, se ofreció a la vista del operador y asistentes una perforación del hueso, ovalada, del tamaño aproximado de una moneda de dos pesetas, a través de la cual aparecían herniadas las meninges, y por dentro de ellas una tumoración de consistencia análoga a la del tejido nervioso. Se agrandó la perforación existente en el hueso hasta abrir una ventana, redondeada, de unos 6 a 7 centímetros de diámetro. Se incindieron las meninges y la porción herniada apareció de aspecto estriado como el cerebelo y de consistencia tan blanda y deleznable, que sólo el hecho de faltarle la protección de las meninges dió lugar a su fragmentación. Se extirpó esta masa tumoral, prolongando se extirpación en el interior de la cavidad craneana todo lo que permitió la extensa ventana ósea, sin que pudiera hallarse limitación entre este tejido y lo restante del cerebelo y se dió por terminada la operación, levantando y suturando los planos musculares y el cuero cabelludo.

La operación confirmó de modo indiscutible la localización cerebelosa del tumor con el hecho, extraordinario a primera vista, de haber dado lugar, siendo una masa tan blanda, al desgaste y consiguiente perforación del hueso, y digo a primera vista porque para nadie es un secreto que la acción del roce y del tiempo pueden siempre producir el mismo fenómeno.

El análisis histológico de los trozos recogidos fué practicado por el doctor Herrera y demostró que se trataba de un neuroglioma, como ya a primera vista hacía suponer su aspecto macroscópico análogo al teji-

do nervioso central, del cual sólo le diferenciaba su consistencia más blanda.

El curso postoperatorio fué accidentadísimo. Por no dar demasiada extensión a este artículo me limitaré a exponerle a grandes rasgos.

La herida cicatrizó por primera intención sin incidente alguno.

El enfermo estuvo soñoliento y estuporoso los dos primeros días de la intervención, estado que fué acentuándose los días tercero, cuarto y quinto, durante los cuales estuvo en verdadero coma, del cual fué saliendo con gran lentitud hasta recobrar su estado anterior preoperatorio. Durante su convalecencia en el hospital, que se prolongó unos dos meses, los dolores de cabeza disminuyeron y casi llegaron a desaparecer, pero la memoria y la inteligencia continuaron debilitadas y los trastornos de titubación y asinergia cerebelosa fueron en aumento.

El enfermo salió del Hospital, dado de alta a petición de sus padres, y de él hemos sabido que los citados transtornos continuaron en aumento, debidos indudablemente a la reproducción del tumor, que empezó a hacerse ostensible a los tres o cuatro meses, porque el enfermo empezó a presentar una tumoración en el sitio operado, debajo de la misma cicatriz, que fué progresivamente en aumento.

Juzgamos que nada más podía intentarse y el enfermo falleció en su pueblo cuatro o cinco meses después de operado.

Santander, 30-12-1912.

DE COLABORACIÓN**¿INFLUYEN LOS OLORES EN LA SECRECIÓN CLORHIDRO-PÉPTICA DEL ESTÓMAGO?**ALGUNAS PRUEBAS A FAVORDoctor Pérez Ortiz

Después de haber visto un número considerable de enfermos del estómago, tanto en las clínicas nacionales como en las de Berlín, al lado de maestros insignes, lo mismo que en mi clínica particular, había sacado yo el casi convencimiento (y creo que de esta opinión participarán a la hora presente la mayor parte de los médicos que sigan con atención esta clase de afecciones) de que casi la totalidad de las gastropatías, y claro que hay algunas, pocas, que no se pueden englobar en estas consideraciones, eran debidas a una verdadera anarquía nerviosa, y mucho más aquellas que dependen de la desproporcionalidad en los elementos constitutivos del jugo estomacal.

Los fisiólogos, al parecer, no han visto, hasta la hora presente, muy claro en estas cuestiones de gobierno neurogástrico, porque uno de los maestros más famosos, el doctor Gómez Ocaña, dice, a propósito de estas cuestiones, en la página 224 de su *Fisiología humana* (y entiéndase bien que no se refiere más que a la secreción global del jugo gástrico, sin detallar nada referente a sus componentes): «La secreción es intermitente y se verifica por acción refleja, pero aún no se ha podido determinar las vías nerviosas por donde se cumple el reflejo.

»La [excitación] del pneumogástrico y del simpático producen cambios en los movimientos del estómago e influyen en su vascularización, pero hasta ahora no se ha demostrado ninguna influencia directa sobre las glándulas. Lo cierto es que basta mostrar un pedazo de carne a un perro hambriento para que la mucosa se colore y empiece a segregar jugo gástrico. Probablemente, la impresión de los alimentos sobre la mucosa influye por acción refleja en las secreciones del estómago y en

las que se vierten en el intestino, pero nuestra ignorancia es completa acerca de los factores de estos reflejos.

»La cantidad de jugo segregado es tan variable como las condiciones de los sujetos, cantidad y calidad de los alimentos.»

Así se expresa mi querido maestro. El mismo doctor Gómez Ocaña (y no quiero citar más que autores españoles), al describir magníficamente en la obra citada el aparato del olfato, no establece relación alguna entre dicho aparato y la secreción gástrica; pues bien, a decir verdad, ya hace tiempo que yo había sospechado estas relaciones, y ganas tenía de comprobarlas cuando para ello tuviera ocasión, y ésta se me presentó en el pasado mes con un sujeto cuyas características voy a detallar, para que el que esto lea pueda juzgar ampliamente de las condiciones en que hice el experimento.

Se trataba de un hombre, M. C., de oficio labrador, de 30 años de edad, soltero, de buen aspecto, cuyo hábito acaso se inclinara un poco al *enterópticus* de los alemanes, aunque sin llegar a él, sin enfermedades dignas de mención en su historia, y con normal apetito y actividad intestinal; su peso era de 60 kilos, y el color de su piel, aunque ligeramente amarillento, no se le podía considerar como icterico; en la cavidad bucal faltaban algunos dientes, y su lengua era ligeramente saburrosa; el color de la esclerótica era blanco con un casi imperceptible tinte amarillento.

Inspeccionado el abdomen a la luz directa de la ventana, se encontraba en la región epigástrica una ligera depresión y aumento de las dimensiones longitudinales, lo cual me confirmó en la impresión que de *habitus enterópticus* me hizo al principio del examen; a simple vista se notaba normal el peristaltismo gástrico, y en la región inguinal izquierda tenía una hernia; los reflejos estaban ligeramente exaltados. No pude encontrar nada de particular en los demás aparatos.

En la región epigástrica la sensibilidad a la presión era normal; no así en la hipogástrica, en que aparecía ligeramente sensible el punto hipogástrico superior y el simétrico a *Mac-Burney*; pude palpar la gran curvatura del estómago, directamente y por chapoteo, y la encontré en su sitio; otro tanto puedo decir del píloro, que toqué directamente, y en el cual luego investigué el ruido residual, encontrando uno muy ligero.

Tras de esto procedí a probar la tonicidad estomacal, dato para mí interesantísimo, lo mismo que los que preceden y los que siguen, toda

vez que yo quería hacer el experimento en condiciones perfectamente determinadas.

Para ello empleé los tres procedimientos de *chapoteo superficial*, la *prueba de carga* y el *cambio de sonido*, y ninguno de los tres me dió resultado positivo, con lo cual me pude cerciorar de que la tonicidad era perfecta.

Al otro día procedí al examen de su jugo gástrico, que obtuve previo almuerzo de prueba y sonda subsiguiente, sacando una cantidad de 130 gramos, medianamente quimificado, sin olor, ni mezclas anormales, salvo ligeros flecos de sangre, producto, probablemente, del esfuerzo del vómito, y una regular cantidad de moco.

La investigación de la acidez total dió por resultado la cifra 33 y la del CIH. libre, la cifra 28; había, pues, un paralelismo entre las dos cifras y se trataba de un *hiposecretor e hipocácido*.

Determiné la pepsina por el método de Hammerschlag, modificado por Bettmann y Schröder (1), y pude comprobar su disminución, que luego confirmé con el procedimiento de Illoyay. Otro tanto puedo decir del cuajo.

En su jugo extraído en ayunas no había signo alguno de estancación macroscópica, ni microscópica.

Era un enfermo con *hiposis* en sus secreciones gástricas, conveniente al experimento que yo trataba de realizar, y ese experimento consistió en lo siguiente: al otro día de determinar los datos que anteceden, le hice someterse en mi presencia, y durante una hora, a la aspiración de vapores de esencia de *violeta* y de *colonia* alternativamente, y al cabo de ella verifiqué la extracción del contenido gástrico, y a seguida practiqué su análisis, por medio del cual pude cerciorarme de lo que sigue: por de pronto, la cantidad total de jugo, en vez de los 130 gramos del día anterior, ascendió a 150, y su quimificación era perfecta; la determinación de la acidez total dió por resultado la cifra 46 en vez de la 33 que había acusado el día precedente, y el CIH. libre, llegó a 35 en lugar de 28; era, pues, un considerable aumento en la secreción universal gástrica, así como en la del CIH. libre, aumento tan grande que colocaba ya al enfermo entre los límites de la normalidad (40 a 60 y 30 a 40).

Investigué la pepsina y el cuajo, y asimismo estaban aumentados;

(1) Archiv-für-Verd., volumen 10.

este jugo atacaba y digería con más facilidad y en menos tiempo el cubo de albúmina que el anterior y la coagulación de la leche se efectuaba de un modo rápido, lo cual nos enseñaba la ya integridad del *fermento lab.*

Al día siguiente repetí el experimento en análogas condiciones (análisis de la secreción gástrica, después de una hora de aspiración de las esencias) y obtuve idénticos resultados (148 gramos de jugo bien quimificado, y con 47 y 54 de acidez total y ClH. libre, respectivamente).

Al cabo de dos semanas hice nuevo análisis de su secreción gástrica y ya volví a encontrar las cifras 54 y 29 casi iguales a las que tenía antes de empezar estos ensayos; a continuación le hago aspirar durante una hora las esencias y a seguida hago análisis del jugo previa extracción, y aquí, a fuer de experimentador honrado, debo confesar que aunque yo esperaba que ascendiese la cifra de acidez por medio de la aspiración de las esencias, como había ocurrido en anteriores experimentos, no fué así, sino que se mantuvo en los números 55 y 50; el enfermo, que ya se sentía bastante molesto, desapareció, y no le he vuelto a ver hasta el momento presente.

¿Conclusiones de todo esto? Las dejo por entero a la consideración del que esto lea. Yo, por de pronto, lo que lamento es que se me haya *perdido* el enfermo objeto de estudio, y claro que continuaré el experimento en cuanto encuentre ocasión propicia para ello; pero creo que no se me tachará de fantástico si digo que aunque el tercer experimento fué negativo (y no me puedo explicar por qué), la afirmación de los dos primeros tiene tanto valor, a mi juicio, que me atrevo a decir (siempre que experimentos posteriores no indiquen lo contrario) que la aspiración de estos dos vapores esenciales obran sobre el parénquima gastro-glandular por mecanismo que hoy no especializo y le modifican en el sentido de aumentar su secreción y la acidez de la misma.

Yo brindo este terreno a los amantes de la investigación, y mucho celebraría que con sus trabajos contribuyeran a hacer luz sobre este asunto.

REVISTAS

Le Journal Medical

De la exoftalmía unilateral en la enfermedad de Basedow.—En el transcurso de la enfermedad de Basedow, los signos oculares se manifiestan en general por una exoftalmía bilateral. Pero puede suceder que la propulsión del globo ocular quede localizada en un solo lado.

Esta es una particularidad sintomática que, hasta estos últimos años, había pasado inadvertida para los clínicos. En la actualidad, cierto número de observaciones han sido publicadas por S. Terson, A. Trousseau, Legras de Vaubercey, König, etc.

Los autores refieren dos nuevas observaciones.

Discuten el mecanismo de producción de la exoftalmía (dan la preferencia a la teoría muscular de Saboulay) y su significación pronóstica: la unilateralidad de la exoftalmía está en relación con un cuadro clínico incompleto de la enfermedad de Basedow; con mucha frecuencia faltan varios de los síntomas cardinales de la enfermedad: palpitaciones, temblores; y en suma, la unilateralidad de los signos oculares parece debe ser considerada, mientras persiste, como un signo de buen agüero.

Las anginas úlcero-perforantes de la escarlatina.—Con motivo de un caso de angina grave observado en un escarlatinoso, el profesor Weill estudia las anginas de la escarlatina, y más especialmente la forma úlcero-perforante.

El autor distingue, en la escarlatina, una angina simple, algunas veces pul-tácea; la angina de falsas membranas, ya más grave; la angina gangrenosa y anginas ulcerosas. En la angina benigna, las producciones que barnizan las amígdalas se separan y se disuelven en el agua. En la angina de membranas falsas, el exudado no se disuelve. Los fenómenos generales, siempre serios, pueden ser gravísimos, y, a veces, puede sucumbir el enfermo.

Esas anginas, ¿son diftéricas? La distinción entre anginas precoces con estreptococos y anginas tardías con Löfler no está justificada. Desde el principio se puede hallar Löfler puro o asociado. La angina gangrenosa es más rara, al menos hoy día, en que ya no se abusa del tratamiento por el mercurio. El pronóstico de la angina gangrenosa es sombrío: puede ésta terminarse por una hemorragia mortal.

El grupo de las anginas ulcerosas no es homogéneo; hay que distinguir:

1.º La úlcera tórpida de la amígdala que recuerda la úlcera de Vincent, sin inflamación verdadera ni gran dolor.

2.º Las erosiones, más o menos ligeras, que pueden producirse, desde el principio de la escarlatina, bajo la capa que cubre la angina (pultácea o de membranas falsas); su sintomatología es oscura, su papel limitado, su presencia inconstante.

3.º Las anginas necróticas o úlcero penetrantes, siempre de pronóstico reservado.

En esas anginas, la ulceración está caracterizada por su tendencia a extenderse siempre en profundidad, a pico, en medio de tejidos no indurados, poco o nada tumefactos. La úlcera no sangra, salvo si perfora un vaso. El enfermo parece gravemente intoxicado; muere en la adinamia o de una hemorragia repentina. En cambio, en los casos afortunados, repara con extraña rapidez lesiones que habían parecido irremediables.

En el caso estudiado por el profesor Weill, con su acostumbrado empeño de precisión y método, han sido puestos de manifiesto el bacilo diftérico y tres aerobios estrictos. El autor piensa que éstos no son simples testigos inofensivos, sino que esta asociación con el estreptococo habitual, es tal vez una condición del carácter especial de esta clase de angina.

Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos

DR. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ: *La intervención tardía o la no intervención en las cataratas traumáticas.*—Dice el autor que aun cuando parezca un asunto baladí saber cuándo hay que intervenir quirúrgicamente en una catarata traumática, no lo es, como lo prueba el hecho de los muchos casos que se desgracian por una intervención prematura y otros aun absteniéndose de hacerlo, bien sea por efecto de una infección o bien sea por especial naturaleza de cada enfermo.

Más de una vez, dice el autor, he publicado observaciones de casos en que la abstención de operar me ha permitido ver desaparecer totalmente el cristalino, sin otro inconveniente que el factor tiempo. Siempre he señalado que las probabilidades de éxito en la no intervención, descansan en tener muy presente lo proclamado por Beker, que mientras la conjuntiva se inyecta al aplicar la pinza de fijar, es que hay marcada tendencia a la inflamación y debemos abstenernos de operar. Yo puedo asegurar en otro sentido, pero propendiendo al mismo fin, que, si después de un traumatismo ocular no se experimenta dolor o inyección conjuntival por razones no siempre explicables y a pesar de haber sido herido el cristalino y aun la región ciliar, podemos abrigar la esperanza de que el ojo se salve, porque ese estado de cierto modo fisioló-

gico, dentro del traumatismo recibido, le defenderá de la infección, y si ésta no se presenta, el cristalino desaparecerá sin operación.

Cita el autor las historias clínicas de dos enfermos con herida del globo y catarata traumática que se reabsorbió sin intervención: se les mantuvo un apóspo por espacio de cuarente días. Curaron perfectamente.

Termina el doctor Santos Fernández insistiendo en que debe procederse con prudencia antes de intervenir en las cataratas traumáticas, especialmente en los jóvenes, en los cuales el cristalino se reabsorbe fácilmente.

A. C.

Praktische Ergebnisse der Geb. u Gyn.

J. VEIT-HALLE: *Sobre las causas que influyen en la disminución de la natalidad.*—La experiencia de todos enseña que en el último decenio las causas inmediatas que han hecho disminuir en toda Alemania el número de partos, se deben buscar en el inmoderado uso de medios anticoncepcionistas y en el aumento extraordinario de los abortos provocados. Es lamentable que ocurra esto en una época en que la experiencia clínica ha venido a demostrar con toda certeza el hecho, ya *a priori* tenido por cierto, de que el embarazo no es causa de ninguna perturbación ni debilita en la mujer sana.

Al mismo tiempo es cosa por todos los médicos sabida, que la mayor parte de los medios anticoncepcionistas amenaza la integridad del sistema nervioso y a la vez exponen cuando se hace uso de ellos fuera de las relaciones matrimoniales a la adquisición de la blenorragia y de la sífilis.

Los médicos sabemos muy bien los peligros que para la vida de la mujer van unidos a la provocación criminal del aborto y no titubeamos en hacérselos conocer a nuestras clientes.

Sin embargo, el público para nada tiene en cuenta estos avisos de la medicina.

Es inútil que el estado nos pida consejo y ayuda contra la creciente disminución de las partos. No está tal remedio en nuestras manos. Toda la labor legislativa por mejorar esta situación se embotará contra la resistencia que le opone el público. Tampoco con el recurso de establecer premios se conseguirá el fin apetecido.

Los médicos apenas son responsables de la difusión que el uso de medios anticoncepcionistas ha alcanzado, aunque sin duda hay algunos que no dejan de recomendarlos. Me parece que nunca, en interés de la sociedad, se deben autorizar tales medios, sino en casos de graves enfermedades y sería de desear que sobre este punto las opiniones de todos vinieran a un acuerdo común. Ocurre desgraciadamente que cuando el médico recomienda a una

mujer el uso de algún medio anticoncepcionista, porque lo juzga necesario, muchas otras por confidencias de aquélla aprenden el remedio y el modo de usarle y le emplean sin el consejo del médico. Es este un peligro que no se debe olvidar cuando se trate de recomendar un medio anticoncepcionista.

En cuanto al aborto criminal, el médico no puede hacer otra cosa que prevenir y atemorizar al público con la gravedad de él, pero no podemos disminuir el número de abortos criminales.

Distinto es el caso, naturalmente, en el aborto provocado por razones de terapéutica. El número de las indicaciones del aborto artificial ha aumentado con relación a tiempos pasados y con mayor frecuencia que antes se encuentran ahora por muchos ginecólogos enfermedades que exigen aquella terapéutica. Sería muy de desear que también sobre este punto nos pusiéramos de acuerdo y no se autorizaran tales intervenciones sino cuando existiera un peligro para la vida de la madre causado directamente por el embarazo, de momento o en el porvenir, pero cierto y evidente. Si sobre esto llegaran a unificarse las ideas disminuiría la frecuencia de tales abortos.

Me parece muy oportuna y recomendable la idea expuesta por *Thorn*, quien propone que para practicar un aborto artificial en todo caso, sea necesario que dos médicos encuentren justificada la intervención. Pero de todos modos debemos declarar con franqueza que es muy poco lo que de estos recursos profesionales y otros tales puede esperarse. El número de abortos provocados por los médicos disminuye, mientras que el de abortos criminales aumenta, y esto hasta tal punto, que las mismas embarazadas suelen poner término a su gestación introduciéndose instrumentos en el útero.

Al aumento de abortos no pueden poner remedio los médicos: *sólo lo conseguirá la difusión de la moralidad en todas las clases sociales de nuestra patria.*

Otro aspecto bajo el cual se ha presentado este problema: ¿Hasta qué punto pueden influir en la disminución de los abortos criminales el mejoramiento de la posición social y el abaratamiento de los medios de subsistencia? Las respuestas difieren mucho según las opiniones políticas de quienes las han dado. No he podido convencerme de que la legislación tenga influencia para introducir algún cambio en este abuso.

La doctrina de Malthus, extendida ya por todas las capas sociales, sirve a muchos como pretexto para justificar el uso de medios anticoncepcionistas y del aborto criminal.

Mientras no se llegue a condenar universalmente y a tener por errónea aquella doctrina, mientras no consigamos levantar de nuevo el nivel moral de la sociedad, no se impedirá, aún en Alemania, detener la creciente disminución del número de partos.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Congreso de la Sociedad alemana de cirugía de Berlín

SPRENGEL ha hecho una anastómosis entre el estómago y duodeno, con buenos resultados, en una úlcera recidivante.

KATZENSTEIN juzga de interés la prueba de Gluzinsky. La bilis en el estómago, después de una gastro-enterostomía, es ventajosa, y por consiguiente debe hacerse grande la abertura y provocar el aumento de la secreción biliar por medio de la dieta de grasas.

KÜMNELL. La úlcera de la pequeña curvatura debe ser reseca en todo caso, porque las consecuencias son muy desfavorables en la curación. En un caso observado se apreciaba un tumor; fué operado en dos tiempos y el tumor desapareció.

En ochenta reconocimientos posteriores, setenta estaban en buen estado; seis, sin mejoría.

En el abundante material de resección Payrs han muerto solamente cuatro de cáncer, y uno morirá aún. Duran mucho tiempo las molestias de la úlcera: entonces es de excluir el cáncer.

Por el contrario, son de creer como tales, aquellos en que en tiempo relativamente corto se desarrollan los dolores y el tumor.

KAUSCH prefiere la gastro-enterostomía.

BIER es de opinión que las degeneraciones cancerosas de las úlceras callosas del estómago, son mucho más raras de lo que se admite. A pesar de todo, recomienda para esta clase de úlceras la resección transversal. En la gastro-enterostomía posterior no depende del tamaño de la anastómosis, sino de la situación de la misma.

MÜLLER permanece fiel al método de Wölfler en la gastro-enterostomía, y no ha tenido jamás círculo vicioso, lo cual indica asimismo Borchart. Según Bredel, la hemostasia en la resección es perfecta, y además señala Payrs la acción hemostática de la tintura de iodo. Kocher recomienda la gastro-enterostomía en la úlcera de la pequeña curvatura.

HANDECK ha practicado más de 8.000 radioscopias, y ha podido diagnosticar la clase y el sitio de la úlcera. Lo mismo los carcinomas dan distintas imágenes, según su estructura y forma.

RÖPKE dice que con la gastroscopia se puede establecer fácilmente el diagnóstico de úlcera o cáncer, procediendo con cuidado para evitar los accidentes desagradables que se puedan presentar.

BORCHARDT cree muy peligrosa la gastroscopia, pues él mismo ha tenido un caso con perforación, peritonitis y muerte.

HAUDECK también rechaza la gastroscopia y acepta la radioscopia.

SCHNITZLER: *Sobre la perforación del estómago con adherencias.*—En la mayor parte de los casos ocurren perforaciones del estómago en los alrededores con síntomas tan intensos que simulan una apendicitis aguda. Se practica una laparotomía y se encuentra el apéndice sano, intacto, y se desconoce la verdadera causa del proceso. Pero se espera unos dos o tres días y los síntomas disminuyen de intensidad, se forman adherencias y la laparotomía puede ser ejecutada sin peligro. Por consiguiente, en los casos de sintomatología intensa debe investigarse por la anamnesis la existencia de una úlcera.

Discusión.—PAYR: No en todas las úlceras perforadas se forman adherencias, pues hay órganos en los cuales no es posible, como ocurre en el páncreas, en el cual el omento permanece libre de adherencias.

HOBEREZ: *Volvulus del estómago en el carcinoma.*—Se trataba de un carcinoma movable del píloro, el cual había hecho girar al estómago 180° alrededor del eje mesentérico. El volvulus del estómago en los tumores malignos ocurre muy pocas veces, porque estas tumoraciones fijan muy pronto el estómago. El caso era interesante además porque faltaban las manifestaciones intensas que suelen acompañar a esta clase de tumoraciones. El diagnóstico fué hecho antes de la operación. Resección; curación.

JENCKEL: *Tratamiento de la estenosis esofágica por medio de la electrolisis.*—Desde que Newman empleó la electrolisis circular en las estrecheces uretrales, la ha empleado también J. en las estrecheces esofágicas, y se complace en manifestar sus buenos efectos.

ROSENSTEIN: *Sobre el tratamiento de la cirrosis hepática por medio de la fistula de Eck.*—Para descargar un poco de la corriente sanguínea de la vena porta, hizo una anastomosis directa de la vena cava inferior con la vena porta. Rosenstein presenta un enfermo, en el primero que esta operación ha sido ejecutada. De la duración y resultado no se puede hablar aún.

FRANKE: *Tratamiento de la ascitis por medio del drenaje permanente.*—Franke dice que la operación de Eck ha sido ya ejecutada en el hombre. Para el drenaje permanente emplea él un procedimiento por el cual el líquido ascítico es drenado en el tejido subcutáneo.

En la discusión hace notar Erler que también él ha drenado por este procedimiento un quiste del ovario voluminoso, y que lo mismo puede hacerse con la pleuresía, hidrocele, etc.

HOJAS DIETÉTICAS

Los chinos son vegetarianos, y su cocina difiere mucho de una a otra región. Ella tiene por base el caldo de pollo y la salsa roja. Esta acompaña a todos los platos, es una especie de jugo de carne con pimienta.

Las carnes más empleadas son las de cerdo y carnero; sin embargo en Pekín se vende carne de camello y caballo.

La carne de perro procede de una raza especial que tiene la lengua de un negro azulado. Son de pelo raso y vientre abultado. Se les nutre durante dos meses con arroz con leche, alcanzando un peso de 1.500 gramos, cuando se venden. Se consumen unos 5.000.000. Es un plato de mandarín. Se frien en aceite, con castañas y ajos. Durante el invierno, llegan a Pekín ciervos, antilopes, cabras, faisanes y perdices. Antes de ser condimentados, se quitan los huesos, grasas y tendones; se cortan en pedazos pequeños. Los pescados de mar y río son abundantes. Las aguas producen excelentes cangrejos.

Los huevos se emplean en todas las formas. Como condimento, se les hace fermentar durante varios meses con una especie de salmuera. En su mesa existen todas las legumbres de Europa y de los trópicos. Se abstienen por lo general de las cosas crudas.

El pan es sustituido por el arroz cocido.

No conocen la levadura ni las pastas fermentadas, pero hacen excelentes pastas y papillas con harinas de trigo, maíz, etc.

El té es la bebida nacional. El agua la emplean siempre hervida. La leche sólo sirve para los niños; para los mayores se considera como peligrosa y repugnante.

En China se principia a comer por el postre.



Dios inventa la cocina y el diablo los cocineros

Cuadro de errores de la cocina moderna según Montennis (casi vegetariano):

- 1.º Blanquea las legumbres, con lo cual se quitan las esencias y las sales alcalinas.
- 2.º Prepara purés, es decir, se produce estreñimiento y sobre alimentación.
- 3.º Se abusa de la sal de cocina.
- 4.º Emplea cuatro especias.
- 5.º Se come varias veces por día carne y pescado en forma excitante.
- 6.º Se abusa de los fritos y asados.
- 7.º Se hacen las salsas con grasas y especias.
- 8.º El pan es un pastel de almidón y no es alimento completo.
- 9.º Las patatas son mal preparadas, con mucha sal, sin sales alcalinas y con poco valor nutritivo.
- 10.º El error de los errores es pensar que las legumbres y las frutas son poco alimenticias.

BIBLIOGRAFÍA

Matrimonios consanguíneos, por don Pedro Sáinz López, médico titular de Nava de Roa (Burgos). Un opúsculo de ocho páginas, Valladolid, «El Sur Castellano», 1912.

Escribir un voluminoso libro, fusilando aquí y allá de otros libros y artículos de revistas, sin que por ninguna de sus páginas aparezca ni sombra de labor personal, es cosa no difícil y de mérito muy escaso; y esto sólo cuando la claridad de la exposición o el orden acertado en que las materias se agrupan o siquiera cuando la corrección o galanura del estilo traen algún viso de novedad a lo que es sabido por todos y se ha repetido mil veces.

Lo contrario de esto es hacer labor científica, es aportar un sillar bien labrado, por modesto que sea, al edificio de la ciencia médica, cuya mole penosamente van levantando generaciones de experimentadores y clínicos.

Y labor científica es la que ha realizado don Pedro Sáinz López en su folleto, de apariencia tan modesta, que no comprende más de ocho páginas, las bastantes para dar pruebas suficientes de sus dotes de observador y de ese espíritu metódico y detallista, tan sobresaliente en otras razas, tan escaso entre nosotros y que tanto ha contribuido a poner en manos de los alemanes el cetro de las ciencias naturales.

Ni es posible extractar un trabajo de suyo tan condensado, ni aun dar idea de él sin copiarle todo; allí no sobra una palabra. Estas frases que copio del último párrafo son como las conclusiones del contenido del folleto: «cifras que son enormemente desconsoladoras, porque puede decirse que las tres cuartas partes de los nacidos de matrimonios entre parientes, son baja en la humanidad, a la que se roban los beneficios que reportarían, viviendo y siendo miembros robustos de ella; cifra aterradora que debiera grabarse con letras de gran tamaño en las cancelas de los templos, en los pasillos de los juzgados municipales, en los telones de boca de los teatros, en las esquinas de todas las calles y en el sitio más visible de las plazas públicas, para que, compenetradas las familias de sus funestos resultados y no admitiendo la Iglesia ni la estrechez de lugar ni ninguna otra causa para la dispensa de cualquier grado de consanguinidad, desaparezcan para siempre esas infanticidas uniones entre parientes, tan condenadas en todo tiempo por la ciencia.»

NOTICIAS

Czerny el gran cirujano de Baviera, director del Instituto del Cáncer de Heilderberg, cumplió el 17 de noviembre los 70 años. En Carlsruhe recibió las felicitaciones del Gobierno bávaro, representado por el ministro de Cultos, Dr. Böhm; las de la Universidad, por el rector consejero privado v. Lilienthal; las de la Facultad de Medicina, por el doctor Jlnier; de la ciudad de Heiidelberg, por el doctor Walz, y las de la Sociedad de cirujanos alemanes, por el doctor Garré. En honor del ilustre médico alemán, se ha dado su nombre á una de las calles de Heidelberg y sus discípulos han costeado un busto del sabio, que será colocado en el Instituto del Cáncer.

CONGRESOS

Del 15 al 18 de abril del presente año tendrá lugar el XXX Congreso alemán de Medicina interna, bajo la presidencia del doctor profesor Penzoldt, *Ulangen*. El tema principal del Congreso es: *Naturaleza y tratamiento de la fiebre*. Son ponentes v. Kzehl-*Heilderberg* y Hans H. Meyer-*Viena*. A propuesta del comité del Congreso, pronunciará un discurso el profesor Schittenhelm-*Königsberg*, sobre *las relaciones entre la anafilaxia y la fiebre*.

El III Congreso Internacional de Neurología y Psiquiatría tendrá lugar el 30 de agosto de 1913 en Gante.

El IV Congreso de las Sociedades alemanas de Urología celebrará sus sesiones en Berlín (im Langenbeckhause) el 29, 30 de septiembre y 1.º de octubre. Los temas oficiales son: 1.º *Vacuna y seroterapia en Urología*: ponentes el profesor v. Wassermann-*Berlin*; profesor R. Kraus, director del Instituto de Seroterapia de Viena; doctor C. Schneider-*Brückenann* y profesor P. Astch-*Strassburg*. 2.º *Cálculos vesicales* (origen, tratamiento y profilaxis): ponentes, profesor v. Fedoroff-*San Petersburgo*; doctor Preindlsberger-*Sarajewo*, y doctor J. Schlagiartweit-*Munich*.

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 TÒDAS 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

AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (Reinosa)

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

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

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

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

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

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encendido inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Vitrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

Microscopio LEITZ

GRAN MODELO STATIV A.

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

Revolver para tres objetivos.

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

Oculares compensadores, 2, 8, 12 y 18.

Ocular con micrómetro 4.

Ocular de dibujo número 111.

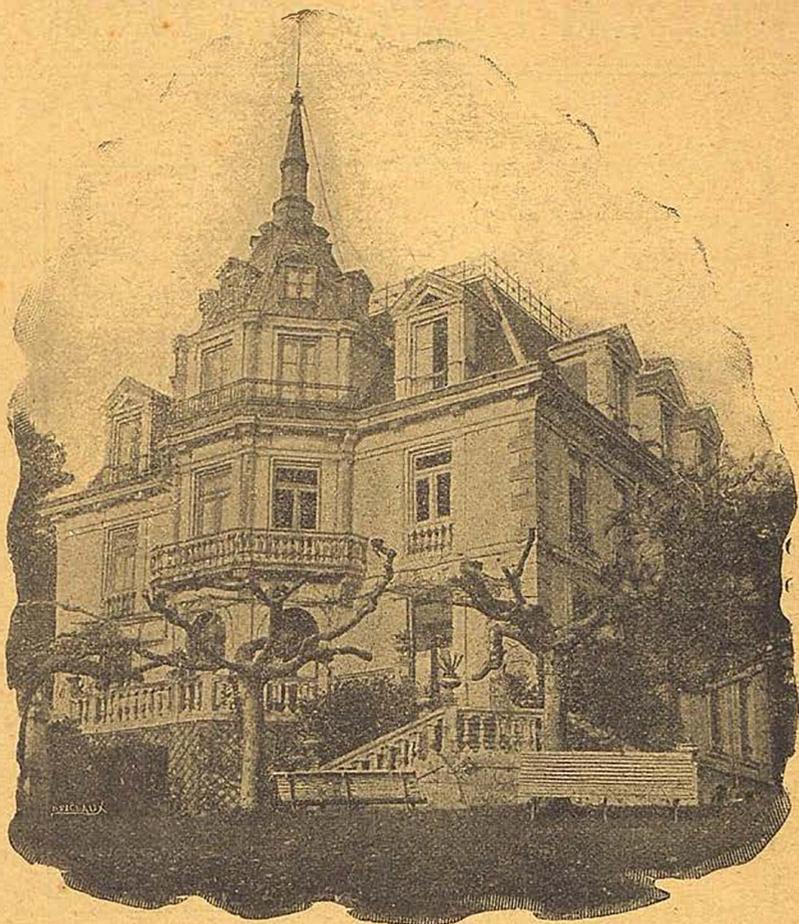
Aumento desde 8—2.850 diámetros.

Su valor a precio de catálogo en Wetzlar (Alemania), 1.154 francos. Se vende en 1.100 pesetas. Dirigirse a la dirección del

BOLETÍN DE CIRUGÍA

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, mecánoterapia 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: Catarros 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