20-3º

Tomo I Zaragoza 6 de marzo de 1907 Núm. 2

BOLETÍN MÉDICO ESCOLAR

DE ZARAGOZA

SE PUBLICA LOS DÍAS 6 DE CADA MES

Director: Mariano de Molina Martell

La correspondencia, Torre nueva, 11, principal

FACULTAD DE MEDICINA ZARAGOZA

SUMARIO

I.—Un caso de mal de Bright.
II.—El espacio cápsulo-lenticular y las arterias nutricias ganglionares.
III.—Fístulas de ano.
IV.—Los trementinados.
V.—Tuberculosis del riñón.
VI.—Programa de premios.
VII.—Variedades.

NOTAS

1.ª La Redacción no responde de los artículos firmados.
2.ª Los trabajos se publican en el orden en que se reciben.
3.ª No se devuelven los originales.

Véanse en la cuarta plana los precios de suscripción.

Librería y Objetos de Escritorio de Francisco Gómez Pastor

COSO, 87, ZARAGOZA

Gran surtido en obras nuevas y de ocasión de todas clases, antiguas modernas y de texto

COMPRA, VENTA, CAMBIO

Suscripción á la lectura á domicilio por **2'50 pesetas** mensuales.
Gran surtido en tarjetas postales; bellezas, niños, fantasía, religiosas, vistas de Zaragoza y con toda clase de nombres y de felicitación.

ÚLTIMAS NOVEDADES

Tarjetas postales con vistas de Zaragoza y tipos del país, en colores, una tarjeta **15 céntimos**; la colección de **44** tarjetas, **5 pesetas**; al por mayor, grandes descuentos.

BAZAR MÉDICO

— DE —

JOAQUÍN GRASA

Proveedor de la Facultad de Medicina, Hospitales y Cruz Roja

PLAZA DE S. FELIPE, NÚM. 8, ZARAGOZA

Primera casa establecida en Aragón para la venta de instrumentos de Cirugía humana y veterinaria; irrigadores Esmarch, bragueros, jeringas, medias de goma, pulverizadores, fajas ventrales á medida, vejigas para aplicaciones de hielo, pezoneras, biberones, termómetros clínicos y para baños, termo-cauterios (varios modelos), carteras completas de todos los precios, cura antiséptica de Lister, telas impermeables para camas, polea Sandow para toda clase de ejercicios gimnásticos, aparatos eléctricos, etcétera, etc.

Relaciones directas con las principales casas de Barcelona, Francia y Alemania, para poder obtener en breve plazo cualquier especialidad consignada en catálogos y nuevas publicaciones.

Para fuera de la capital se remiten notas de precios á quien lo solicite.

PLAZA DE SAN FELIPE, NÚM. 8

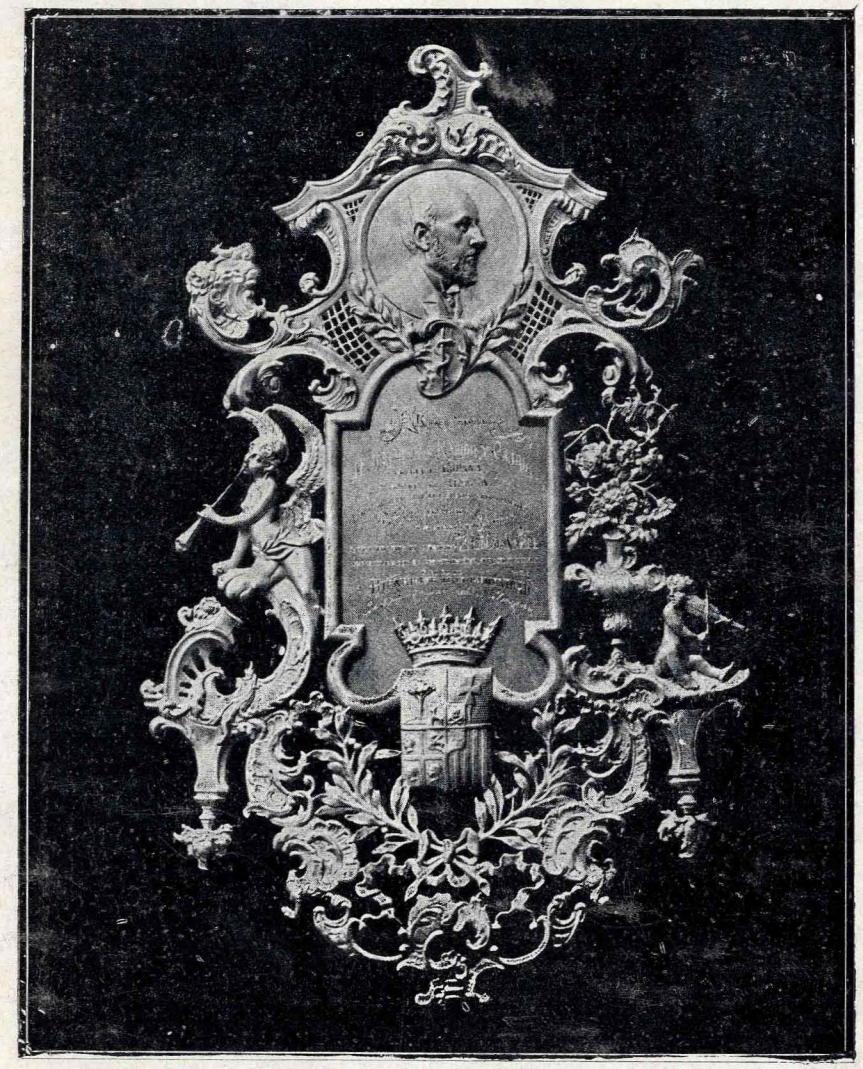
Precios muy económicos. Prontitud en despachar los encargos

DISPONIBLE

Año I — Zaragoza 6 marzo 1907 — Núm. 2

BOLETÍN MÉDICO ESCOLAR

DE ZARAGOZA



Placa de plata que los estudiantes de la Universidad de Zaragoza
dedican al muy sabio é ilustre maestro
Doctor D. Santiago Ramón y Cajal, por haber sido merecedor del Premio Nobel

Un caso de mal de Bright

Dentro de la patología renal, todos sabéis la importancia grande que tiene el grupo de las nefritis, así agudas, como crónicas.

De sobra conocéis lo comprometido que el corazón se halla en el curso de una cualquiera infección; no ignoráis la importancia que para su pronóstico tiene el que el músculo cardiaco se interese ó nó; pues bien, algo análogo ocurre con el filtro renal. Las nefritis agudas, que con tanta frecuencia complican una infección, pasan muchas veces desapercibidas para el médico que está tratando una difteria ó una escarlatina, como desapercibida evoluciona otras tantas, una miocarditis aguda en el curso de una erisipela, y así como esta cardiopatía deja como secuela, con frecuencia, alguna lesión valvular, aquella neuropatía no tratada oportunamente, se convierte en una nefritis crónica, que, como toda afección, significa un pronóstico mucho mas sombrío que los procesos agudos.

No quiero decir con esto, que las únicas causas del mal de Bright, sean anteriores nefritis agudas; su etiología es mas extensa; la acción continuada del frío, las infecciones crónicas (sífilis, paludismo), las autointoxicaciones de la índole que sean, etc., todo esto y mucho más puede ser causa del mal de Bright, pero he citado en primer término las nefritis agudas, porque es circunstancia etiológica muy frecuente y á la que se debe la nefritis crónica que padece la enferma n.º 20 de nuestra clínica médica y cuya exposición clínica es el único objeto de estos renglones:

A. M. de 50 años de edad, viuda: ingresó en la clínica en el mes de noviembre del pasado año y presente curso.

Antecedentes. La enferma ha padecido varias infecciones: en la infancia el sarampión, mas adelante la escarlatina y á los 30 años una erisipela de la cara.

En el mes de enero del año anterior ingresó en una de la salas del Hospital Civil de esta población, á consecuencia de otra erisipe-

la y desde entonces dice la enferma *que no se ha encontrado bien ya.*

Al poco tiempo de curar esta segunda erisipela, la enferma, después de un minucioso interrogatorio, manifiesta, que tuvo fiebre, dolores lumbares, hematuria, con escasez de orinas, edemas numerosos y vómitos frecuentísimos, ¿que padeció entonces? Se trataba con seguridad de una nefritis aguda bien manifiesta: el reconocimiento de sus orinas hubiese dado por resultado alguna considerable cantidad de albúmina.

Enfermedad actual. En la enfermedad actual, aqueja una porción de síntomas, que Dieulafoy reune muy bien un grupo y los denomina «pequeños accidentes bríghticos»: de todos ellos los dolores de cabeza, ligeras epistaxis, sensación de dedo muerto, criestesia, vértigos y calambres en las piernas, son los que bien claros pueden apreciarse en nuestra enferma; en vista de esto y de los edemas ligeros que presentaba en los tobillos y párpados, fué analizada su orina, cuya cantidad era de un litro y medio, en las 24 horas y de reacción ácida; nos encontramos con tres gramos de albúmina por litro de orina y cinco de urea: en el sedimento pudieron apreciarse cristales uráticos y fosfáticos, así como cilindros coloideos y granulo-grasientos. El estado general de la enferma no era alarmante, aun cuando la desnutrición se indicaba bien. Por tres veces, en espacio de 40 días, se presentaron violentas opresiones de pecho, que simulaban accesos de asma y que no eran sino verdaderos episodios agudos del proceso, todo este cuadro clínico, con algunos otros datos, como el aumento en la densidad de la orina, aumento de la permeabilidad renal, etc., hizo suponer se trataba de un caso de mal de Bright.

La nefritis aguda anterior, se había dejado como huella, la actual nefritis crónica.

¿Tenía la enferma condiciones que favoreciesen la aparición de esa secuela? Sí. Las infecciones que antes habia padecido habían disminuído en mucho las resistencias de ese organismo y me atrevo á señalar también, como circunstancia favorable, el hallarse la enferma en el período de la menopausia.

¿A qué forma pertenece esta nefritis? La ausencia de ruido de galope en el corazón y de la hipertrofia de su mitad izquierda: la falta de hipertesión arterial y los caracteres de la orina distintos del todo de los que tiene la de una nefritis intersticial, permitió asegurar se trataba de una nefritis parenquimatosa de forma lenta.

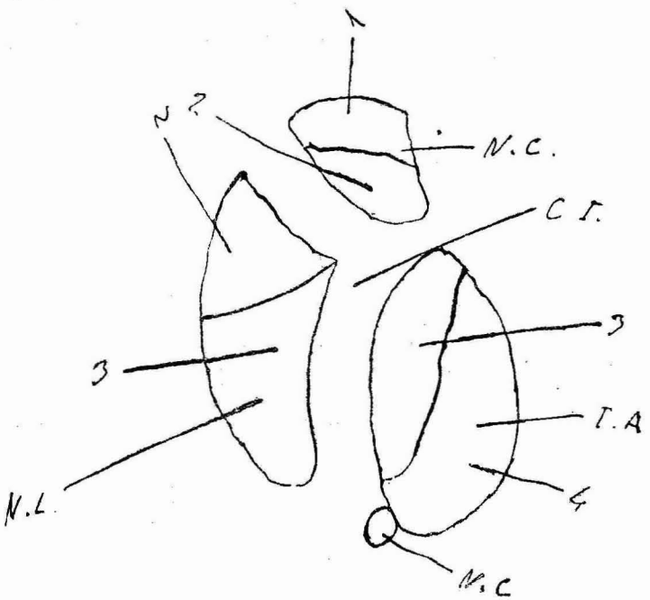
La denominada de evolución rápida tiene otros sistemas bien marcados entre los que figuran á la cabeza, la preponderancia de las manifestaciones urémicas, pulso blando y depresible, escasa disminución en la cantidad de orina, etc.

Con este diagnóstico se le sometió al régimen lácteo y se le administra 60 gotas de nefrina diarias y algunas cucharaditas de jarabe de diuretina: para calmarle los dolores lumbares se le aplican ventosas secas en esa región y con este tratamiento la enferma sigue bien, habiendo disminuído en un mes más de un gramo la albúmina de la que tenía al ingresar en la sala y encontrándose mny mejorada en su estado genenal.

FIDENCIO SESÉ GIL
Alumno interno de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

El espacio cápsulo-lenticular y las arterias nutricias ganglionares

Si por un momento hacemos una brevísima síntesis de las arterias nutricias de los núcleos centrales del cerebro, recordaremos que los núcleos *caudal* y *lenticular* y el *tálamo óptico,* reciben arterias para su nutrición procedentes de las tres cerebrales; y dada la zona que cada grupo de vasos alcanza, puede hacerse un estudio topográfico de su distribución en la siguiente forma. (Fig. 1.ª)



(Fig. 1.ª) CORTE DE FLECHSIG (LADO IZQUIERDO)

T. A. Tálamo óptico.—N. C. Núcleo caudal.—N. L. Núcleo lenticular.—C. I. Cápsula interna.

1. Zona del núcleo caudal regada por arterias estriadas anteriores (de la cerebral anterior.—2. 2. Zonas caudal y lenticular regadas por arterias lentículo-caudales (de la cerebral media).—3. 3. Zonas caudal y óptica regadas por arterias lentículo-ópticas (de la cerebral media).—4. Zona óptica regada por arterias internas y posteriores (de la cerebral posterior).

El *núcleo caudal* tiene dos grupos de arterias; las *estriadas anteriores,* que nacen de la cerebral anterior y terminan en la cabeza de dicho núcleo, y las *estriadas internas y externas,* que proceden de la silviana, atraviesan el núcleo lenticular y la cápsula interna y terminan en la región inferior del núcleo caudal.

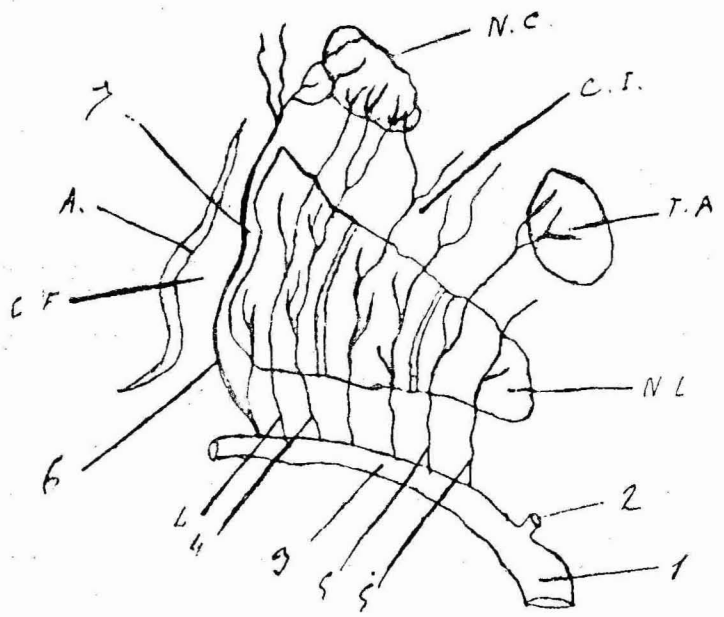
El *núcleo lenticular* se halla regado por arterias de la cerebral media y forman también dos grupos: 1.° Las *estriadas externas,* que se distribuyen en el *putamen;* 2.° Las *estriadas internas,* que lo hacen en el *globus-pallidus.*

El *tálamo óptico* tiene tres grupos de arterias: 1.° Las *ópticas externas,* para la región ántero externa del tálamo y proceden de la silviana: 2.° Las *ópticas inferiores,* procedentes de la cerebral posterior, para la cara interna: 3.° Las *ópticas posteriores,* para la región posterior del tálamo, y que nacen igualmente de la cerebral posterior.

Entre las arterias del grupo estriado interno, llama especialmente la atención una de mayor volumen, de trayecto largo, algo ondulosa, que naciendo de la silviana se dirige á la zona de la *cápsula externa,* la recorre de abajo arriba, á muy poca distancia de la cara externa del *putamen* al cual rodea, y á mayor distancia de la cara interna del *antemuro*, se dirige hacia delante, alcanza la parte anterior de dicho segmento lenticular, le atraviesa de fuera adentro, atraviesa también el brazo anterior de la *cápsula interna*, y termina por fin en ramos que van á esta zona y otros que se distribuyen en el núcleo caudal por medio de una arborización en forma de pincel. Esta es la *arteria de la hemorragia cerebral*, denominación dada por Charcot, por ser el vaso que ordinariamente se rompe en los casos de hemorragia. (Fig. 2.ª)

La disposición de la arteria cápsulo-lenticular ó de Charcot es de excepcional interés para explicar el por qué de la predilección de la hemorragia cerebral.

Dos hechos hay, á nuestro juicio, fundamentales: La morfología especial del vaso y las relaciones de éste con la cara externa del putamen. En cuanto á lo primero, la longitud de la arteria, su volumen, las ondulaciones diversas que ofrece y la curva muy pronunciada cerca de su nacimiento, son circunstancias favorables á su rotura en los sujetos *arterio-esclerósicos*. Por otra parte; la cara externa del *putamen* está en relación de contigüidad con la zona ner-



(Fig. 2.ª) CORTE VÉRTICO-TRANSVERSAL (LADO IZQUIERDO). ARTERIAS GANGLIONARES PROCEDENTES DE LA SILVIANA

T. A. Tálamo óptico.—N C Núcleo caudal. N. L. Núcleo lenticular.—A. Antemuro.—C. I. Cápsula interna.—C. E. Cápsula externa.

1. Carótida interna.—2. Cerebral anterior en su origen.—3. Cerebral media ó silviana.—4. 4. Lentículo-estriadas —5. 5. Lentículo-ópticas.—6. Arteria de Charcot ó de la hemorragia cerebral.—7. Espacio virtual cápsulo-lenticular.

viosa inmediata. Existe entre dicho núcleo y la cara interna de la *cápsula externa*, un espacio demostrable por despegamiento, espacio que en circunstancias fisiológicas es virtual, y que deja de serlo en el momento en que se determina la hemorragia. Ese espacio puede denominarse *cápsulo-lenticular*, y por él, pasa la arteria á que nos referimos. Esta disposición anatómica constituye nueva circunstancia favorable á la rotura del vaso.

De todo esto se deduce: 1.° que la morfología especial de la arteria, hace de ésta la predilecta para la producción de la hemorragia y 2.° si bien la proximidad del espacio virtual contribuye á anticipar la rotura vascular por disminución de resistencia, no es menos cierto que por la condición de espacio evita la mayor parte de las veces que los trastornos sean de transcendencia. Por tanto, si las condiciones de la arteria son un peligro para que ésta se rompa, la proximidad del espacio virtual lo aminora, ya que de momento y si el foco hemorrágico no es considerable, la sangre extravasada se insinúa en él y las fibras nerviosas próximas son comprimidas más no rotas, y ya sabemos cuán diferente es la consecuencia en uno y otro caso.

Constituye, pues, el *espacio cápsulo-lenticular*, una disposición anatómica que aminora, afortunadamente para la humanidad, el peligro consistente en la predilección que la hemorragia cerebral tiene á producirse por rotura de la arteria de Charcot.

DR. VICENTE LAFUERZA ERRO
Catedrático de Técnica Anatómica 1.° y 2.° en Zaragoza.

FISTULAS DE ANO

Pasando por alto las ideas sustentadas por los antiguos, hasta la histórica enfermedad de Luis XIV, de que únicamente era necesario destruir la callosidad por el hierro y el fuego, temiendo suprimir la supuración, considerada como un emunctorio necesario; me ocuparé sucintamente en el concepto que hoy se tiene de esta afección.

Mas frecuente en el hombre que en la mujer, se observa pocas veces en las edades extremas de la vida, siendo los adultos y sujetos tuberculosos los que comunmente suelen padecerla.

A consecuencia de un absceso originado por estreptococos y estafilococos unas veces, ó por bacilos de Koch otras, se producen al ser evacuado el pus, trayectos fistulosos que por su forma irregular, constante infección debida á la entrada de gases ó pequeñas partículas excrementicias, falta de reposo y laxitud del tejido adiposo peri-rectal, persisten y recubren de tejido cicatricial, dando origen á la fístula.

Los gérmenes productores de estos abscesos son aportados por las heces é introducidos á favor de alguna pequeña erosión de la mucosa, detención de materias en las lagunas de Morgagni, deglución de los esputos en los individuos tuberculosos ó por la corriente sanguínea, favorecida por el éxtasis que determina el gran número de plexos venosos de la región y los frecuentes roces.

Divídense las fístulas por orden de mayor á menor frecuencia, y teniendo presente el modo de conducirse con los esfínteres: *subcutaneo-mucosas, isquio-rectales y pelvi-rectales:* según se localicen entre la mucosa del ano y el esfínter externo; en el intermedio de los dos esfínteres, dirigiéndose de la piel á la cavidad isquio-rectal, ó por encima del esfínter interno, desde el espacio pelvi-rectal al recto.

Atendiendo á la terminación del conducto en la piel y en la mucosa se clasifican en: *completas,* formadas por un trayecto irregular, abierto en el recto y en las inmediaciones del ano; *ciegas externas*, constituídas por un fondo de saco de orificio cutáneo; y *ciegas internas,* caracterizadas por su única abertura en el canal ano-rectal; recibiendo el nombre de *complicadas* aquellas que por presentar varios conductos y orificios son denominadas por analogía con los nombres de regadera, reloj de arena, herradura, etc.

Teniendo en cuenta la situación del absceso ocasionario, se observan fístulas *superficiales,* localizadas en el tejido celular subcutáneo, y *profundas,* que caminando oblícuamente hacia el recto, llegan á veces hasta el tejido celular que separa los haces musculares de los esfínteres.

La fístula completa, que es la mas frecuente, consta de orificio externo, situado entre los pliegues de la mucosa, en el vértice de un pequeño mamelón ó en el fondo de una depresión de contorno cicatricial; es generalmente estrecho, presentándose irregular, extenso y azulado en las fístulas tuberculosas. Trayecto, oblícuo de abajo arriba y de fuera adentro, más largo por lo tanto cuanto mas alejado esté el orificio externo, es variable según el absceso original, sianuoso, ramificado, subcutáneo, unas veces y submuscular otras: y orificio interno, situado por debajo del esfínter externo en las superficiales, entre éste y el interno, pocas veces por encima, en las profundas, aparece sobre una ligera prominencia ó en una ulcerita, siendo, como el externo, mas ancho y abierto en las tuberculosas.

Ejemplo de enfermos con esta clase de fístulas son: Valentín Fernández, de cuarenta años de edad, natural de Segovia (que había ya sufrido una intervención quirúrgica con el mismo objeto) en la actualidad completamente curado y Dámaso Asensio Marín, que ocupa la cama n.º 2 de Clínica Quirúrgica; operados por nuestro catedrático Dr. Lozano, los días 16 de enero y 27 de febrero respectivamente.

En la mayor parte de los casos, el enfermo se queja de hemorroides, prurito, eritema, humedad de la región, salida de aire ó vivo dolor, acompañado de sensación de plenitud en la región perineal al defecar, por lo cual es necesario explorar detenidamente antes de hacer el diagnóstico. Para ello, colocado el enfermo en posición de talla, con las nalgas elevadas, ó echado sobre un lado con la pierna

correspondiente en extensión y la puesta en flexión forzada, se busca por entre los pliegues de la mucosa el orificio externo, situado debajo de alguna pequeña costra ó determinado por la aparición de una gota de pus en el orificio externo al comprimir con el dedo introducido en el ano; una vez encontrado se aprecia por medio de un estilete de botón, ayudado del tacto rectal, la dirección, longitud, forma del trayecto y situación del orificio interno en las completas, distancia entre el instrumento y el dedo en las ciegas externas y sensación de cordón duro terminado en una elevación de la mucosa en las ciegas internas. Cuando en éstas no pueda fijarse la situación del orificio interno, será necesario hacer uso del speculum y sondas incurvados, previa cloroformización.

Pueden verificarse en vez del cateterismo, inyecciones con una solución iodada débil, pues la coloración azul que el iodo da á una mecha untada de engrudo de almidón por el recto, debida á la formación de ioduro de almidón, es la mejor prueba de la existencia de un orificio interno.

En los casos que acompañando esta afección se presentan manifestaciones específicas positivas, falta de síntomas que denoten la previa existencia de un abceso agudo en la región y los caracteres locales enumerados anteriormente, no debemos dudar se trata de una fístula de naturaleza tuberculosa.

Por lo que á la lesión se refiere, el pronóstico es leve, pero como casi siempre el sujeto que la padece tiene lesiones generales que pueden complicar la operación, éste varía.

Tratamiento. Se ha usado la dilatación con tallos absorbentes, cauterización actual y potencial, ligadura, constricción, etc., pero dada la ineficacia de todos estos medios el mas racional y seguro es el operatorio.

Practícase, ya la simple incisión de la fístula, seccionando con el bisturi la capa de tejidos blandos, que á manera de puente, se forma al atraer hacia afuera, por medio del dedo introducido en el ano, el botón de la sonda con que se ha practicado el cateterismo; ya la incisión acompañada de destrucción del saco fistuloso con la cucharilla de Wolkmann ó con el bisturí seguido de sutura, medio este último empleado en los enfermos citados anteriormente.

Cuando apesar de administrar al enfermo después de operado papeles de

Subnitrato de bismuto.... 25 centígramos.

Extracto tebáico.... 1 centigr.º uno cada tres horas, con objeto de obtener el mayor reposo posible en el intestino y observar la más rigurosa limpieza; si la herida operatoria se infecta, será necesario soltar algunos puntos de sutura, practicar lavados con solución muy débil de sublimado y establecer drenaje.

JOSÉ ALMARZA

Estudiante de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Los trementinados

Un grupo muy interesante dentro de la terapéutica, por la multitud de aplicaciones que tiene al tratamiento de variadísimos estados morbosos, es el de cuerpos á base del terebentino.

Dáse el nombre genérico de trementinas, á los productos naturales que se obtienen practicando incisiones en la corteza de las coníferas y recogiendo el jugo espeso que de ellas brota. Este jugo está compuesto de dos partes: una líquida, aceitosa, volátil, llamada *esencia de trementina;* y otra sólida, pulverulenta, que es la *colofonia*. Ambas se separan destilando el jugo natural ó trementina, con intermedio del agua; la esencia volátil marcha y la resina fija, queda. Ocasión es de distinguir las esencias de las resinas; son las primeras cuerpos naturales que no constituyen especies químicas y cuyos caracteres generales, son los de su volatilidad, inmiscibilidad con el agua, consistencia oleaginosa, manchando el papel como el aceite; llámanse por esto tambien aceites esenciales.

Su composición química es muy variable, debiéndose según ella á hidrocarbonadas, oxigenadas y sulfuradas; la esencia de trementina es hidrocarbonada y su cuerpo fundamental es el terebentino, hidrocarburo canfénico, que responde á la fórmula $C_{10} H_{16}$

Una propiedad muy importante de las esencias es el oxidarse, aumentando su consistencia según los grados de oxidación; esta propiedad se conoce con el nombre de resinificación, y su resultado son las resinas; éstas, pues, podrían considerarse como esencias oxidadas fijas y sólidas.

Los productos naturales en donde aparecen mezcladas esencias y resinas, se engloban con el nombre común de oleo-resinas; la trementina es, por tanto, una oleo-resina.

En medicina generalmente no se usa la oleo-resina natural, sino que separados el aceite esencial y la colofonia, se emplea sólo el

primero. La hidratación de éste produce la terpina, cuerpo sólido que se vé en los frascos de esencia de trementina, que tienen algo de agua en su fondo ó paredes.

La acción fisiológica y terapéutica de la esencia de trementina es poco conocida, á pesar de lo cual su uso es muy corriente y se la emplea en padecimientos tan variados como los del aparato respiratorio y los del urinario entre otros muchos.

Su acción sobre la piel no hay que discutirla, es fuertemente irritante, y determina en ella desde la simple rubicundez, hasta una intensa erupción vexiculosa; compréndese que ingerida por via gástrica, si la dósis es suficiente, podrá desenvolver análoga acción sobre la mucosa estomacal. Una vez absorbida ya no nos dicen los autores nada de ella, hasta que hablan de eliminación, en parte por el aparato respiratorio, comunicando al aliento olor propio; y en parte por el aparato urinario, dando á la orina un olor especial muy parecido al de las violetas.

Esta diferencia de olores ya nos indica que son diferentes las substancias que por ambos aparatos se eliminan; conviene no perder de vista que la esencia de trementina, como casi todas ellas, es resinificable por oxidación; además, que en su composición, aún cuando el terebentino sea el mas importante, entran otros hidrocarburos, y que aquél sobre todo es susceptible de multitud de cambios isoméricos, es decir, de alteración de su disposición molecular, sin modificarse la cantidad de los componentes y por consiguiente sin alterarse su fórmula empírica que ya hemos dicho cuál era.

Con estos antecedentes, se vislumbra con alguna facilidad el papel de la esencia de trementina; una parte se oxida y se elimina por el aparato urinario, transformado en resina, otra sale en forma de esencia por el aparato respiratorio. En ambos aparatos ejerce al eliminarse una marcada acción antiséptica, pero es diferente en los dos casos; en el urinario la acción es directa, pues resinificado en el organismo lleva en su composición, entre otros cuerpos, algunos del grupo de los fenoles, sobre todo resorcina, cuya acción antiséptica es parecida á la del clásico acido fénico; estos fenoles son los componentes de casi todas las resinas y su formación ha tenido lugar en el concierto de las oxidaciones orgánicas.

Pero la que se elimina por el aparato respiratorio no ha sufrido modificación alguna, tal vez por mayor dificultad de ciertos hidro-

carburos ó de algunos estados isoméricos á la oxidación; y al llegar á la superficie pulmonar son oxidados con ayuda de los fermentos del grupo de las que allí existen.

De aquí se desprende su acción antiséptica en el aparato respiratorio; ya los autores habían atribuído á la ozonización del aire esta acción, pero no es precisamente eso lo que sucede aunque el resultado sea el mismo, pues el ozono trioxigeno tricondensado (O_3) es oxidante porque transformándose en oxígeno llamado molecular (O_2) en donde las dos equivalencias del átomo de oxígeno se saturan por el oxígeno mismo O=O deja en libertad el tercer átomo de oxígeno O cuyas dinamicidades están sin saturar y por consiguiente es activo para combinarse con cualquier cuerpo.

En nuestro caso no sucede eso, sino que no existiendo en el aparato respiratorio mas que oxígeno molecular O=O que es el que contiene el aire inspirado, éste, por estar saturado, es inactivo para reaccionar, pero si un cuerpo oxidable como es la esencia de trementina que sale con el aire espirado, rompe la saturación del oxígeno molecular y se apodera de uno de los átomos deja el otro O=activo en iguales condiciones que el desprendido por el ozono.

Este oxígeno activo es un antiséptico enérgico acaso el más poderoso de todos, porque es el que se combina con todo lo orgánico destruyéndolo por combustión: á él deben su eficacia los nuevos cuerpos introducidos en terapéutica con el nombre de perhidroles.

Tal es la acción antiséptica de la esencia de trementina en el aparato respiratorio; la resina que después de oxidada se ha de producir, es lo que nos explicaría la influencia que sobre las secreciones bronquiales tiene la administración de esta substancia en el último período de la bronquitis.

DR. ADOLFO HINOJAR
Médico de la Armada.

TUBERCULOSIS DEL RIÑÓN

La tuberculosis del riñón, como la de otro órgano cualquiera, es la localización del bacilo de Koch sobre este órgano en el que hallando medio á propósito de vida y condiciones de resistencia á la defensa orgánica, produce la lesión tuberculosa.

La tuberculosis en el riñón no es primaria; deriva siempre de otro órgano primitivamente tuberculoso, y por lo tanto, el terreno tuberculoso no predispone al riñón, sino al órgano más sensible, al expuesto á la acción del bacilo de Koch que será el pulmón. Admitida exclusivamente la forma secundaria, veremos qué vías pueden ser las vectoras del agente causal.

Esté la tuberculosis en un órgano ó varios, la sangre es muchas veces la portadora del bacilo. Por metástasis llega al riñón el agente, y una vez aquí, ó bien podrá pasar á través y ser expulsado con la orina ó bien es retenido por el filtro renal con localización, multiplicación y lucha orgánica. En la lucha pueden vencer los elementos figurados ó el bacilo; si vence éste tenemos la tuberculosis renal. En este caso la lesión es cortical.

Otra vía es la ascendente por propagación de la tuberculosis existente en cualquier parte del aparato urogenital. En este caso no es el bacilo el que asciende al riñón, que se lo impide mecánicamente la corriente de orina en descenso, sino que es la lesión tuberculosa propagada en marcha ascendente, y así se explica que se encuentre en estos casos la tuberculosis del uréter. Aquí la lesión es meodular.

La tuberculosis de los órganos conexionados con el riñón, podrán transmitirla por contigüidad, como la de los cuerpos vertebrales de las últimas lumbares y primeras dorsales, la del colon, pertoneo, etc. En este caso la lesión sería primitivamente perinefritis tuberculosa. Esta última vía de la infección es difícil.

En el punto donde se haya formado la embolia bacilar, se presenta la granulación; agrupadas y fusionadas varias granulaciones dan

lugar al nódulo tuberculoso ó nódulos tuberculosos que si son varios los focos y están cerca de la superficie, dan al riñón un aspecto abollonado. Estos nódulos, al principio duros y grisáceos, se infiltran y reblandecen haciéndose cascosos y formando abscesos llenos de restos tuberculosos y de pus. (Tuberculosis cavernosa).

Estos abscesos pueden terminar por abrirse en la pelvis renal, dando lugar á las vómicas renales.

Si la infección es ascendente, las lesiones están en la pelvis y cálices (pielonefritis tuberculosa) La obliteración del uréter puede dar lugar á la caseificación completa del riñón por la acumulación de los productos tuberculosos, como también determina la hidronefrosis y pionefrosis; pélvis, calices y riñón, forman una caverna.

Todos estos procesos dan al riñón un aumento bien marcado de volumen.

La tuberculosis del riñón puede pasar desapercibida por mucho tiempo si no se hace ostensible por el dolor ó por la alteración de las orinas, pasando en tal caso por alto á los ojos más expertos.

La sintomatología más interesante de esta lesión del riñón, es la incontinencia de orina, poliuria, hematuria, piuria, dolor y tumor.

La incontinencia de orina puede ser el primer síntoma de la tuberculosis renal. Es probable sean debidas estas imperiosas micciones á una irritación de la vejiga ó á una cistitis ligera por orden reflejo.

La poliuria se presenta también como uno de los primeros signos, pudiendo ir acompañada de la incontinencia ó presentarse aislada. Está en relación inversa de la densidad de la orina.

La hematuria es el síntoma más común y frecuente en los primeros períodos de la enfermedad, siendo una verdadera hemoptosis del riñón. Es en general de un principio insidioso, pero la etiología de la congestión renal es la causa ocasional de estas hemorragias que, por excepción son abundantes, distinguiéndose de las hemorragias del cáncer que son en mayor cantidad. Al cabo de algún tiempo cesan por sí solas, sobre todo si se aconseja el reposo al enfermo, pero á pesar de no haber coloración en la orina, á la inspección microscópica se hacen patentes los hematíes por largo tiempo.

La piuria es el signo más característico de la tuberculosis de las vías urinarias, presentándose con el período de ulceración. Si la lesión es de marcha ascendente la piuria en síntoma precoz. La piuria presenta oscilaciones en la cantidad pero es siempre permanente de no obliterarse el uréter. El pus se presenta en la orina con caracteres especiales al principio de la tuberculosis, dejando un sedimento pulverulento que contiene glóbulos de pus, restos caseosos en pequeñas masas blanco-amarillentas y muy pequeños coágulos.

El dolor puede ser espontáneo y provocado. El dolor espontáneo puede faltar ó bien ser muy intenso con los caracteres de un cólico nefrítico y entre uno y otro el dolor en sus distintas intensidades.

El dolor provocado resulta por compresión á la palpación que no faltará nunca si la compresión llega á la lesión tuberculosa.

El tumor ó aumento de volumen del riñón existe siempre en mayor ó menor intensidad y por la palpación bimanual será perceptible; más, si la tumefacción es pequeña, la palpación no saca de dudas.

Ante todo debemos interesarnos por hacer un diagnóstico precoz, pues á menor lesión y menor avance de la misma, más seguro será el tratamiento y curación, pero el diagnóstico es muy difícil, máxime en su principio.

Con los síntomas expuestos, todos ellos ó en parte, se nos presenta el problema á resolver de si la lesión es tuberculosa y si es del riñón ó de otra parte cualquiera de las vías urinarias.

Para resolver la primera cuestión, nos valdremos del examen microscópico, para buscar del bacilo de Koch, para lo que se harán varias preparaciones por el procedimiento ordinario de orina centrifugada y si el microscopio delata el bacilo, tenemos el primer punto resuelto; pero sucede muchas veces que hay tuberculosis y el microscopio no da á conocer el bacilo.

En estos casos habrá que esperar y después de algún tiempo repetir las preparaciones.

Puede seguirse el método experimental inyectando en la cavidad abdominal de un conejo, sedimento de orina. A los dos meses se mata el conejo y se investiga si hay lesiones tuberculosas.

Las inyecciones de tuberculina dan una reacción en el riñón tuberculoso exacerbando los síntomas. Este medio de diagnóstico, por ahora debe desterrarse; pues si á primera vista parece que la tuberculina sólo había de perjudicar la marcha de la lesión del riñón, cosa que no importaba por dar el diagnóstico y la indicación de intervención quirúrgica, por otro lado, como hemos partido de que la lesión

es primitivamente de otro órgano, (pulmón) el perjuicio redundaba en pro de este órgano en que la operación no puede limitar la lesión.

La radioscopia y radiografía pueden ser también útiles al diagnóstico.

Y por fin los antecedentes sacados del interrogatorio; los síntomas generales de la tuberculosis, fiebre de tipo intermitente, enflaquecimiento y debilitación del enfermo, los múltiples signos de la tuberculosis en general y la auscultación del vértice pulmonar izquierdo, ayudarán para corroborar el diagnóstico. Con todo, algunas veces, sólo la nefrotomía determinará el diagnóstico.

La segunda cuestión á resolver, es si la tuberculosis es del riñón y de qué riñón; si es uno el atacado, ó si son los dos tuberculosos. Para esto el aumento de volumen del riñón enfermo, la sensibilidad á la presión y la citoscopia son los medios que disponemos. Por el catecismo citoscópico se podrá hacer el examen citológico y químico de la orina de cada uno de los riñones por separado y el diagnóstico del riñón enfermo ó de los dos si los dos participan de la lesión.

La tuberculosis renal es siempre grave y las curaciones sin la intervención quirúrgica son pocas.

Se puede tratar médica y quirúrgicamente. El tratamiento médico será sólo en los casos benignos y consistirá en medios higiénicos (luz, aire, reposo, sobre alimentación, etc.) y agentes terapéuticos antisépticos (creosota, fosota, creosatal, guayacol, thiocol, el ictiol muy recomendado por Golberg, etc.)

Fuera de estos casos benignos, la intervención quirúrgica está indicada, que será la nefrotomía ó la nefrectonía.

La nefrotomía es en lo primero que se debe pensar, como garantía á la permeabilidad del otro riñón. Por ella se extirpa el foco tuberculoso, quedando el resto del riñón en disposición del cumplimiento de su función, pero si la lesión es difusa no habrá más remedio que hacer la nefrectonía, no sin antes haberse convencido el cirujano del estado de perfecta funcionalidad del riñón que ha de compensar al extirpado.

Las lesiones tuberculosas avanzadas de otros órganos contraindican toda intervención.

MIGUEL MARTÍNEZ VALDÉS

Alumno interno en la F. de M. de Zaragoza.

PROGRAMA DE PREMIOS

Sociedad Española de Higiene

Tema 1.° «Estudio demográfico y estadístico de la lepra en España. Sus causas, contagiosidad, medios de combatirla y desterrarla.» Premio del señor Fernández Caro, consistente en 500 pesetas y diploma de socio corresponsal.

Tema 2.° «Saneamiento de las poblaciones rurales. Medidas que deben adoptarse por parte del Estado y de los Municipios». Premio del Excmo. Sr. D. Antonio Maura, 1000 pesetas y diploma.

Tema 3.° «La higiene y las costumbres: su recíproca influencia». Premio del Excmo. Sr. Marqués del Vadillo. 1.000 pesetas, un accésit y menciones honoríficas.

Tema 4.° «La vida del obrero en España, desde el punto de vista higiénico.» Premio del Excmo. Sr. Conde de Romanones, consistente en 1.000 pesetas, un accésit y menciones honoríficas.

Tema 5.° «Causas que debilitan el desarrollo de la pubertad» y «La sífilis como causa de degeneración del individuo y de la especie.» Premios Röel de 500 pesetas para cada tema y en uno un accésit de 250 pesetas.

En este certamen podrán concurrir los españoles y extranjeros á condición de enviar los trabajos en castellano, francés ó italiano á D. Manuel Belmas, secretario general, que vive en la Puerta del Sol, n.° 9, Madrid. Terminando el plazo á las once de la mañana del día 30 del próximo septiembre.

Real Academia de Medicina de Madrid

Premios de la Academia. Uno «Resultados prácticos de los tratamientos de la tuberculosis pulmonar en sus diferentes formas clínicas» y otro «Estudio de los vasos linfáticos del estómago y de los intestinos; presentando piezas demostrativas de investigación personal». Se ofrece por cada tema, un premio de 750 pesetas, medalla de oro, diploma y título de Académico corresponsal, concedido al que no siéndolo anteriormente, reuna las condiciones que marcan los Estatutos. Además, un accésit con medalla de plata, diploma especial y título de corresponsal; con las menciones honoríficas que acuerde la Academia.

Las memorias serán en español, latín ó francés y escritas con letra clara. Publicando la Corporación los trabajos que obtengan premio, si sus dimensiones no fuesen excesivas á juicio de la Academia, regalando á los autores 200

ejemplares. También se imprimirán las que merezcan accésit ó mención, si se resolviese; reservándose la facultad de publicar ó nó las láminas que puedan acompañar al texto. Admítense las memorias hasta las cuatro de la tarde del 30 de junio de 1908, debiendo de ir señaladas con un lema, igual al del sobre de un pliego cerrado que remitirán juntos, conteniendo la residencia y nombre del autor; enviándose á la Secretaría de la Corporación, en la calle Mayor n.° 6, cuarto bajo, izquierda, Madrid.

Notas. – 1.ª Las memorias premiadas serán propiedad de la Academia y no podrán retirarse del concurso ninguna de las remitidas. 2.ª Si al abrir alguno de los pliegos cerrados hubiese dos ó mas nombres, sólo se entregará la parte metálica, pero nó los diplomas y títulos ofrecidos y 3.° en la sesión inaugural de 1909, se adjudicarán los premios y demás distinciones; en cuyo acto se abrirán los pliegos, é inutilizándose los restantes en la 1.ª sesión de gobierno que después se celebre, á no ser reclamados con oportunidad por sus autores.

Premio Röel.—Dedicado al tema «Geografía ó Topografía Médica de un partido ó término municipal de Asturias, con exclusión de aquéllos en que se hayan hecho trabajos de esta clase,» un premio de 1.500 ptas. y un accésit de 500 ptas.

Las condiciones dispuestas por el fundador, son de que tenga un carácter eminentemente práctico; que se dedique un capítulo especial á la etiología de las endemias, epidemias y enfermedades comunes en cada localidad, y se fije la atención en lo referente al contagio, atmósfera y demás datos de esta clase que se crean convenientes. Optarán á este premio, los médicos que se hallen en el ejercicio de la profesión y los alumnos de la Facultad de Medicina de cualquier Universidad española. Las demás condiciones anteriormente señaladas se tendrán presentes; terminando el plazo á las cuatro de la tarde del día 31 de octubre del presente año, entregándose los premios en la sesión inaugural de 1908.

Premio del Dr. Ustariz.—Al tema «Diagnóstico diferencial, clínico é histológico, entre los procesos inflamatorios y sarcomatosos» se otorgará un premio de 979 ptas. y diploma; con accésit y menciones honoríficas consistentes en un diploma.

El premio se entregará en la sesión inaugural de 1908, así como las demás distinciones, terminando el plazo el día último de septiembre del presente año.

Premio del Dr. D. Pedro M.ª Rubio.—Consistente en 1.200 ptas. que se darán al médico español, autor de la obra original de Ciencias médicas, de mérito mas sobresaliente, cuya 1.ª edición se haya publicado en los años 1905 ó 1906 (entendiendo como año de publicación, el que conste en la portada del último tomo, ó en la parte final de la obra). Recaerá dicho premio, á falta de obras originales, en el inventor español de algún método curativo, ó remedio evidentemente provechoso, de algún procedimiento operatorio ventajoso ó de algún aparato ó instrumento útil.

Es necesario para optar á este premio: instancia, extendida en el papel sellado correspondiente, ó por petición firmada por tres académicos; acompañada en ambos casos de las obras originales ó documentos justificantes de

inventos de remedios, métodos curativos, procedimientos operatorios ó instrumentos; todo lo cual se enviará á la dirección de los anteriores premios, hasta las cuatro de la tarde del 31 de diciembre de 1907, adjudicándose los premios en la sesión inaugural de 1909, si en dicho día fuere ejecutivo el acuerdo que ha de recaer, conforme á la fundación.

Nota.—Este premio no se dará al que lo haya obtenido igual en anteriores concursos.

Premio del Dr. Calvo y Martín.—El tema consistirá en «dar noticia de alguna epidemia que hayan observado, citando la medicación mas provechosa y el número de fallecidos y curados» ó «describir las enfermedades mas notables que hayan asistido con espíritu de caridad y abnegación» certificando el Alcalde y Cura párroco de la veracidad de estas cualidades.

Se ofrece para este tema 320 pesetas y un diploma, optando á él los médicos de partido que estén encargados de la asistencia de pobres, con asignación que no pase de 1.000 pesetas, que se hallen casados y con hijos. Cuyos trabajos no bajarán de 30 páginas en 4.° enviando las solicitudes hasta las cuatro de la tarde del 30 de noviembre de 1907, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo, que acrediten los extremos mencionados y del Cura párroco en su caso. Se otorgará en la sesión inaugural de 1908 y podrán aspirar á él los que lo hayan obtenido igual en concursos anteriores.

Ateneo Médico Escolar de Zaragoza

Octavo Certamen Anual de Trabajos Médicos.

Tema I. Bacteriología y clínica del reuma articular, Premio de S. A. R. el Príncipe Luis Fernando de Baviera.—Tema II. Higiene necesaria en las escuelas públicas, Premio del Excmo. Sr. Gobernador Civil de esta provincia.—Tema III. La fiebre como signo pronóstico en las infecciones, Premio de la Excelentísima Diputación de Zaragoza.—Tema IV. Estudio crítico de la acción de los medicamentos vaso-dilatadores en las cardiopatías, Premio del Excelentísimo Sr. D. Antonio H. Fajarnés.—Tema V. Pronóstico de las lesiones valvulares deducido de los signos físicos, Premio del Dr. Verdes Montenegro, Director del Real Dispensario antituberculoso de Madrid.—Tema VI. Estudio de los procedimientos de cloroformización, Premio de los Dres. Ferrer y Pinós.—Tema VII. Historia clínica de un caso observado personalmente y en el que mejor aplicación se haga de los modernos medios de investigación clínica, Premio del Dr. D. Ildefonso Colmenares.—Tema VIII. Valor clínico é importancia del dolor en las gastropatías, Premio del Dr. D. Mariano Pérez Florez Estrada.—Tema IX. Estudio clínico y terapéutico de las cápsulas suprarrenales, Premio del Dr. D. Julio Laguna Azorín, Expresidente de este Ateneo.—Tema X. Alteraciones cardiacas en la clorosis, Premio del Dr. D. Eduardo Pastor.—Tema XI. Alteraciones producidas por la dentición en el niño, Premio de D. Julio Floristán.—Tema XII. Intervenciones quirúrgicas en el corazón,

Premio de la Casa Editorial Salvat.—Tema XIII. Eficacia de las intervenciones quirúrgicas en los tumores malignos de la parótida. Premio de la Casa Editorial Espasa.—Tema XIV. Bacteriología de las broncopneumonías, Premio de la revista escolar *Clínica y Laboratorio*.—Tema XV. Patogenia de los quistes del ovario, Premio del Ortopédico D. Ricardo Martín.—Tema XVI. Trabajo literario de asunto médico, Premio del Ateneo Médico-Escolar.

Secciones cuyas materias pueden ser objeto de conferencias con opción á premio.—Sección de Patología y Clínica Médicas con Higiene.—Sección de Patología y Clínica Quirúrgica con Medicina legal.—Sección de Anatomía é Histología.

Condiciones.—1.ª Los trabajos no podrán exceder de 50 cuartillas y estarán escritos en lengua castellana; con ellos se enviará una plica con el nombre y domicilio del autor, constando en su sobre escrito, el lema del trabajo.—2.ª No se admiten trabajos de colaboración.—3.ª Los trabajos se entregarán al Secretario de este Ateneo, D. Antonio Muñoz Zuara, antes de las doce de la mañana del día 15 abril, en la Facultad de Medicina.—4.ª El Jurado será nombrado por la Junta directiva de este Ateneo.—5.ª Las plicas de los trabajos no premiados, serán quemadas públicamente después de leer las de los trabajos premiados.—6.ª Los trabajos premiados quedarán propiedad del Ateneo. Los no premiados quedarán á disposición de los autores que justifiquen su propiedad y lo soliciten en el término de dos meses, á contar desde el día en que se celebre la sesión del reparto de premios.—7.ª Los premios serán recogidos personalmente por los señores alumnos premiados á quienes se autoriza para delegar tal obligación.—8.ª A los autores premiados se les exigirá que acrediten ser alumnos de Medicina.—9.ª A los premios de los temas IX y XVI, solo podrán optar los señores ateneistas.—10.ª Lo referente á las secciones de conferencias, se regirá por el reglamento del Ateneo.

VARIEDADES

Damos las gracias á la clase Médica, Escolar y Prensa, tanto científica como de noticias, por su cooperación en el inmerecido éxito alcanzado por el primer número de nuestra Revista, y esperamos persistirán honrándonos con su valioso apoyo.

* * *

Las últimas sesiones celebradas por el «Ateneo Médico Escolar de Zaragoza» estuvieron á cargo de los Sres. Muñoz Roncal y Dr. Pastor.

El tema «Quistes del ovario», fué objeto de un detenido estudio, explanado con sencillez y elocuencia por el alumno interno D. Autonio Muñoz el día 9 del pasado, haciéndole una objeción acerca del uso de la *escopolamina* el señor Martínez Valdés, y terminando el acto con el resumen del Dr. Lozano, el cual después de felicitar al disertante, aportó algunos datos importantes respecto al uso de este nuevo anestésico, diciendo que hay que ser muy parcos en las inyecciones por su acción deprimente del corazón, probando cinco ó seis días antes si es ó nó bien tolerada.

En la celebrada el 16 de febrero, leyó un minucioso y extenso trabajo nuestro estimado compañero D. Manuel Roncal, acerca de «Algunas consideraciones sobre la patología cardio-vascular»; siendo objetado por los Sres. Lloro, Cenzano, Sesé é Irizar, y resumiendo los conocimientos aportados por unos y otros el Dr. Pastor, que presidía la sesión.

* * *

La lectura de un meditado discurso respecto del «Sueño natural y sueño provocado» y los experimentos realizados con una enferma histérica, dieron ocasión á que el día 23 del pasado, el Dr. D. Eduardo Pastor, mostrase sus profundos y extensos conocimientos en esta materia.

* * *

El día 17 del pasado mes, regalaron los auxiliares de la Facultad de Medicina de esta Capital, la medalla de Catedrático, al que recientemente ha sido acreedor á dicho puesto, en elegante estuche con placa de plata, en la que se lee: «A Vicente Lafuerza, sus compañeros».

* * *

Vacantes.—La de Cañizal (1.635 habitantes), partido judicial de Fuentesauco, provincia de Zamora, cuya estación más próxima es Pedroso, á 9 Km., con la dotación anual de 750 ptas. por asistencia á 50 familias pobres, y las igualas.

Podrán solicitarla hasta el 8 de los corrientes al Alcalde D. Fidel Sierra.

—La de Vergara, provincia de Logroño, con 1000 ptas. mas 2000 por la asistencia á 225 familias que se componen entre este pueblo y sus anejos Bergasillas y Carbonera; distante éste cuatro kilómetros, y el primero dos y medio aproximadamente. En resumen, 3000 ptas. pagadas por trimestres vencidos.

Las solicitudes hasta el día 10 del presente al Alcalde D. Rufino Argaiz.

—Por dimisión del que la desempeñaba, la de Puebla de Albortón (589 habitantes) y su anejo Valmadrid (210 habitantes), partido judicial de Belchite, provincia de Zaragoza, con la dotación anual de 100 y 50 ptas. respectivamente, pagadas por trimestres vencidos, pudiendo aparte contratar libremente las igualas con los vecinos pudientes de ambos pueblos.

Podrán solicitarla hasta el día 11 de los corrientes al Alcalde de la Puebla de Albortón, D. Pedro Langa.

—La de Montuenga, provincia de Segovia, por defunción del que la desempeñaba, dotada con 750 ptas. por la asistencia á 21 familias pobres y los casos de oficio, más las igualas de unos 102 vecinos. Esta vacante se proveerá con arreglo á lo que dispone la Instrucción de Sanidad. Real Decreto de 14 de junio de 1891 y Reglamento del Cuerpo de médicos titulares.

Las solicitudes hasta el 12 de marzo á D. Eleuterio Rueda, Alcalde.

—La de Torresandino, provincia de Burgos, (76 habitantes) con 1000 pesetas por 30 familias pobres, transeuntes, casos de oficio y guardia civil; mas las igualas.

Hasta el 13 del corriente al Alcalde D. Trifón Escolar.

—Y la de Alcolea de Tajo, provincia de Toledo, distante de Oropesa, estación, once kilómetros en coche; con 750 ptas. pagadas por trimestres vencidos, mas las igualas de 180 vecinos.

Hasta el 16 de marzo á D. Angel Román, Alcalde.

* * *

Boletín Bibliográfico.—*Discurso leído en la Real Academia de Medicina de Zaragoza el día 27 de enero de 1907.*—Con el lema «El médico en las cuestiones de Derecho» el Académico numerario y catedrático de Medicina legal de esta Facultad, Dr. D. Juan Bastero y Lerga, inauguró las tareas del año académico corriente.

Es un importante trabajo, muy digno de ser estudiado por cuantos se interesen por los sagrados fines de la Justicia y por los prestigios de la clase médica.

Con la corrección que le es propia, criterio sano y recto que el Dr. Bastero posee, empieza exponiendo la importancia que ya en tiempos de Asdepiades é Hipócrates se concedían á la intervención médica en los asuntos de justicia, tanto, que los magistrados del Imperio Romano en los casos judiciales, llamaron en

su auxilio á los médicos; datando desde entonces la verdadera acepción de la palabra Perito dada á los médicos en cuestiones de Justicia.

Después de estudiar las diversas fases porque ha pasado la Peritación Médica, en las distintas naciones, con selecta y abundante bibliografía, aquilatada en concienzudo trabajo, estudia la intervención médico-pericial en la Administración pública española, desde el tiempo de los celtiberos; hasta la época actual; extendiéndose en consideraciones sobre el curso que sufrió la legislación que se refiere á intervención pericial médica, durante los siglos XVII, XVIII y XIX: y entra después á exponer las cuestiones que en el orden Administrativo, civil y penal colocan al médico en verdadera situación de perito.

Con extensos y claros argumentos, da á conocer la importante cuestión. Si el perito médico es un testigo, un auxiliar ó un delegado de la autoridad judicial; opinando que la peritación es una delegación judicial.

Expuestas las distintas opiniones respecto del carácter obligatorio ó voluntario del cargo de perito, entiende el Dr. Bastero que sólo debe ser obligatorio para los médicos forenses.

En concretos é intencionados párrafos describe las desconsideraciones de que es objeto el perito médico requerido para actuar en asuntos judiciales; se lamenta de la Legislación vigente en la cual no se establece diferencia entre el perito y el testigo, dando todo ello lugar á que permanezcan los peritos médicos, confundidos con el público, en patios ó galerías de la Audiencia, hasta que son llamados por la Sala.

Expone el distinto modo de considerar el valor del juicio pericial médico, según sea el orden administrativo ó judicial, pues mientras en el primero, el juicio médico es irrevocable, en el segundo los jueces y tribunales tienen derecho á reparar y hasta desecharlo: Ocúpase de la elección de peritos, siendo partidario de la existencia de Colegio de peritos médicos legales.

Termina tan brillante discurso exhortando á la clase escolar médica, á los peritos médicos del porvenir, dirigiéndoles sanos consejos, que no dejan de interesar á la clase médica en general; consejos que dada su importancia con gusto transcribimos: «*Imponeros con entusiasmo en las sanas doctrinas de la ciencia médico legal, pues estáis llamados á contribuir con vuestros conocimientos á cimentar la moralidad, por desgracia harto resentida en general. Que cuando se os pida dictamen é informéis lo mismo en lo administrativo, en lo civil, que en lo de penal, lo déis con arreglo á vuestra conciencia y á la ciencia que honradamente habéis de profesar, limitándoos á exponer sinceramente vuestra opinión científica, razonada con la mayor eficacia, teniendo muy presente lo contingente de los hechos y lo humano de los sentidos, no debiendo pesar en modo alguno en vuestro ánimo al formar el juicio pericial, circunstancias ajenas á vuestro cometido, siquiera éstas alcancen al altísimo valor de la honra y de la infamia, de la vida y de la muerte.*

Que dictaminéis ceñidos al asunto, huyendo de toda consideración, política, religiosa ó humanitaria, bastante poderosa á crear conflictos en vuestra conciencia.

Que jamás os apellidéis ni os sintáis peritos de la defensa ni del fiscal, sino peritos de la verdad, pues de lo contrario os llevará insensiblemente á quebrantar la fe y el juramento. Exponed con mayor valor cívico la verdad científica, cualquiera que sean sus consecuencias y los peligros que os amenacen.

Sed como árbol de sándalo que perfume con la esencia de la verdad el hacha que le hiera, y pensad siempre que la verdad y la justicia son hermanas gemelas é hijas del Cielo y que al desposaros con la primera, la justicia os elevará sobre las miserias humanas, os hará gratos á los ojos de los hombres honrados, y os proclamará dignos del justo premio de Dios.»

Se ve por lo dicho que no en balde el Dr. Bastero ha profundizado en esta clase de estudios, respecto á las cuestiones médico-legales. Dignas de tener en cuenta por todos son las modificaciones propuestas en este trabajo, y á conseguir su realización deben ir dirigidos todos los esfuerzos de la clase médica.

* * *

Manual Práctico de Medicina interna, de Hermann Eichorst, editado por la casa Salvat é hijo, de Barcelona, cuyo precio es de 31 ptas. en rústica y 34 en tela.

Consta esta hermosa obra de un tomo en 4.° mayor, con profusión de grabados, en la que aparecen de un modo claro y lato, todos los conocimientos para hacer un buen diagnóstico en las enfermedades internas. Indicando especialmente el tratamiento más útil en estas enfermedades y exponiendo numerosas fórmulas de éxito comprobado en la larga práctica de su autor; condiciones que la hacen digna de ocupar un lugar preferente entre las que hoy disponemos para el estudio.

* * *

Queda establecido el cambio con la «Revista Cajal» de Madrid, á quien damos las gracias.

Tip. La Editorial, Coso, 86-Zaragoza

Salvat é Hijo, EDITORES, Calle de Mallorca, 294, Barcelona

Manual Práctico de Medicina Interna

POR EL

Dr. Hermann Eichhorst

Profesor de Patología interna y Terapéutica, y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Zurich

TRADUCIDO AL CASTELLANO POR LOS DOCTORES

Luis Góngora Y José Góngora

Médico-director de establecimientos balnearios por oposición. Médico del H. de la Sta. Cruz de Barcelona por oposición

Esta obra forma un elegante tomo con más de 1100 páginas y 158 grabados intercalados en el texto.

De venta en las principales librerías, al precio de 31 pesetas en rústica y 34 encuadernado en tela.

BAZAR MÉDICO

— DE —

JOAQUÍN GRASA

Proveedor de la Facultad de Medicina, Hospitales y Cruz Roja

PLAZA DE S. FELIPE, NÚM. 8, ZARAGOZA

Primera casa establecida en Aragón para la venta de instrumentos de Cirugía humana y veterinaria; irrigadores Esmarch, bragueros, jeringas, medias de goma, pulverizadores, fajas ventrales á medida, vejigas para aplicaciones de hielo, pezoneras, biberones, termómetros clínicos y para baños, termo-cauterios (varios modelos), carteras completas de todos los precios, cura antiséptica de Lister, telas impermeables para camas, polea Sandow para toda clase de ejercicios gimnásticos, aparatos eléctricos, etcétera, etc.

Relaciones directas con las principales casas de Barcelona, Francia y Alemania, para poder obtener en breve plazo cualquier especialidad consignada en catálogos y nuevas publicaciones.

Para fuera de la capital se remiten notas de precios á quien lo solicite.

PLAZA DE SAN FELIPE, NÚM. 8

Precios muy económicos. Prontitud en despachar los encargos

BOLETÍN MÉDICO ESCOLAR DE ZARAGOZA

Revista mensual

Dirección, Redacción y Administración

Santiago, 30, ent.º izq.ª

PRECIOS DE SUSCRIPCION

Un año	7	pesetas.
Un semestre	4	,,
Número suelto	0'75	,,
Id. atrasado	1	,,

Los pagos adelantados

ANUNCIOS

A precios convencionales

Tip. La Editorial, Coso, 86-Zaragoza

Año I Zaragoza 6 abril 1907 Núm. 3

BOLETÍN MÉDICO ESCOLAR

DE ZARAGOZA

Aplicaciones de la topografía visceral intra-abdominal

AL DIAGNÓSTICO Y Á LA TERAPÉUTICA

La anatomía topográfica es elemento esencial para el tratamiento cuando los métodos y procedimientos operatorios se lleven á cabo en regiones normales, como se hace en la ligadura de vasos, en la traqueotomía, en la talía, en la operación de la catarata y otras; pero cuando los procesos patológicos producen alteraciones en la situación y relaciones de los órganos ó de las capas de cada región, por adherencias, disgregaciones, reparaciones, reducciones, aplastamientos, resultan variantes en la topografía que en cada caso y en cada proceso hay que conocer para dirigir el bisturí con tanta certeza como si la región fuera normal.

El conocimiento de las topografías patológicas no forma todavía una entidad bien definida, hay observaciones referentes á deformidades congénitas y anomalías, compatibles con la vida, y hay conocimientos dispersos de anatomía patológica macroscópica indicados en las patologías que aumentados y agrupados llegarán á constituir un cuerpo de doctrina.

Refiriéndonos á la topografía visceral intra-abdominal, hasta en la normalidad hay dudas y vacilaciones para el diagnóstico clínico. En los casos de heridas penetrantes del abdomen es difícil averiguar si hay lesión visceral y señalar qué órganos son los heridos y en qué forma y extensión. Sin duda que el conocimiento topográfico de la región proporciona datos, pero no los bastantes para hacer el diagnóstico con precisión.

Las variaciones de las vísceras principalmente en las más mo-

vibles y la distinta dirección de los medios vulnerantes, dan cuenta de las vacilaciones del práctico.

Ante una herida de alguna profundidad, el primer problema es averiguar cuál es el órgano lesionado.

Cuando la lesión es por puntura, el cirujano supone que la víscera herida es del tubo digestivo, porque ocupa la mayor parte de la cavidad, y si es como supone, la salida de gases, su acúmulo en la región hepática, apreciado por la exploración, permitirá precisar el diagnóstico.

La salida de sangre por la boca ó por el ano, y los fenómenos generales harán suponer con fundamento que la lesión ha interesado un vaso voluminoso.

La hematuria que sigue á esa clase de heridas induce á suponer lesión de los órganos del aparato urinario.

Las heridas de los órganos macizos intra-abdominales no se evidencian en el momento del traumatismo por fenómenos consecutivos, sólo la región en que se producen induce á suponer cuál es el órgano lesionado.

Si en las heridas por instrumentos punzantes hay dificultades para precisar el diagnóstico, mayores son cuando se trata de las producidas por armas de fuego de pequeño calibre, de 5, 7, 9 y hasta de 11 milímetros de diámetro, que lanzan las carabinas de salón ó los revólvers de diversos sistemas X, y que son casi las únicas que se presentan en la práctica civil.

En estos casos es apremiante la decisión, porque el lesionado rara vez muere en el acto, pero sí pasados algunos días, y su porvenir depende del primer tratamiento.

La abstención sistemática, la intervención inmediata y la intervención previo diagnóstico, son opiniones mantenidas por los cirujanos.

La abstención la mantienen exhumando observaciones antiguas de curación por adherencias precoces de intestinos lesionados con el peritoneo parietal, con el epiplon, con otra asa intestinal ó por retracción de los bordes de la herida.

Pero tales procedimientos de curación sin cura, son excepcionales, son simples curiosidades patológicas, ante los cuales se impone la regla general, de procurar diagnosticar en el momento del accidente, sin recurrir al método de Seun, á la insuflación de hidrógeno por el recto, procedimiento algo peligroso; sino con ampliación de la herida abdominal, con las precauciones debidas hacer el reconocimiento dijital, averiguar si la lesión es penetrante, si está interesado el estómago, algún intestino ú otra víscera y obrar en consonancia, practicando las suturas convenientes, procurando el reposo y protegiendo las heridas con un apósito aséptico.

La intervención inmediata es indiscutible si hemorragias importantes reveladas al exterior ó en el interior, por la debilidad del pulso, los subsaltos de tendones, la respiración entrecortada ó anhelosa, el descenso de la temperatura y el sudor frío.

La inmediata salida de gases ó materias intestinales por la herida, también es indicación de inmediata intervención activa. Si los gases del intestino pasan á la cavidad peritoneal y provocan timpanismo, apreciado por sonido claro en la región hepática, también procede la intervención.

Y si pasadas algunas horas reacciona el peritoneo sin anteriores síntomas de lesión orgánica, si el lesionado acusa dolor fijo y pronto difuso, si se presentan náuseas, vómitos, fiebre, ante la iniciación de la infección, procede intervenir.

La peritonitis generalizada proporciona pocos éxitos al operador, siendo excepcionales los casos citados por Kocher, Newal, Heddens, Andreas y Bull.

Téngase presente que la antisepsis y la asepsis han hecho muchos progresos, y que las intervenciones precoces suman numerosos éxitos. Y cuando se dispone de los elementos necesarios, enfrente de las lesiones por proyectiles, la mayoría de los cirujanos intervienen practicando la laparotomía, para completar el diagnóstico, suturar los órganos lesionados y aseptizar. Cuando la infección está generalizada, cuando hay dudas y no puede hacerse la operación asépticamente, lo prudente es la abstención.

La oclusión intestinal interna, por vicio de conformación, por compresiones, por obstrucción ó por estrechez orgánica ó neoplásica, se diagnostica en la clínica por muchos síntomas y principalmente por la astricción completa de sólidos y gases, sin que en la mayoría de casos se conozca la causa antes de la intervención. Pero la cirugía interviene con operaciones paliativas ó curativas siendo éstas las preferidas. Para llevarlas á cabo preciso es conocer el sitio de la extrangulación. La topografía visceral nos dice que si la

distensión que sufre el vientre es grande y general, la oclusión es inferior, y resulta cada vez menor la timpanización cuanto mas alta es la extrangulación.

En la extrangulación interna, la anatomía patológica puede contribuir al diagnóstico. El signo de von Wahl, que es el meteorismo local en el asa extrangulada, en las primeras horas y antes de que el timpanismo generalizado impida la palpación localizada, se nota en una extensión variable, un abultamiento visible, y sobre todo una resistencia mayor con sonido claro á la percusión, fijo y sin movimiento peristáltico. Mas tarde el signo de Gangolphe, que es la formación con rapidez de un derrame sero-hemático, en el peritoneo, revelado por la macidez ó la submacidez en las partes declives del abdomen, por el tacto rectal ó vajinal; y por último el signo de Shlange que es la falta de los movimientos peristálticos del intestino dilatado por el obstáculo, principalmente en las formas agudas.

Las dudas acerca de la causa y sitio de la extrangulación las resuelve en la mayoría de los casos la laparotomía.

Sin duda alguna, las neoplasias son los procesos que establecen más variantes en las situaciones y relaciones de los órganos, por lo que su diagnóstico exige estudio especial y su tratamiento obliga á practicar operaciones magistrales en las que el cirujano contribuye al éxito con su inventiva para solucionar lo imprevisto.

Los tumores intra-abdominales son numerosos y variados y su diagnóstico es difícil y á veces imposible. El aumento de volumen apreciado á simple vista, en región determinada del abdomen, no es bastante ni aun para afirmar la existencia del tumor. La abundancia de grasa, la posibilidad de la dilatación intestinal por retención de excrementos, acúmulo de gases ó de líquidos patológicos, la dilatación excesiva de la vejiga urinaria, las ectopias viscerales, el edema de las paredes, la existencia de un embarazo normal ó extra-uterino, son estados que inducen á error.

Y cuando los medios de exploración combinados no permiten evidenciar la existencia del tumor, surge el primer problema, resolver si la neoplasia es de las paredes ó intra-abdominal. La solución es fácil si el proceso es subcutáneo, pero si ocupa el espesor de las paredes resulta oscuro el diagnóstico diferencial. Tan sólo en los casos de gran extensión de la neoplasia, ocupando casi por completo la cavidad del abdomen, no cabe la duda, en tales casos se impone el diagnóstico.

Cuando existe el tumor y es intra-abdominal, lo primero que hay que precisar es su sitio y emplazamiento. La región que ocupa y su limitación inducirá á indicar el órgano en que se ha formado; pero habiendo diversos órganos en la región del abdomen, siendo posible el origen de los tumores en partes profundas, y por ello interposición de partes y de líquidos que impiden llegar á explorar el tumor al través de las paredes, la topografía normal tampoco puede ser base segura del diagnóstico. Sin embargo, la percusión nos sirve para diferenciar los tumores cubiertos por el intestino, de los que están en contacto de las paredes, por la sonoridad de los primeros, como sucede en los implantados en el páncreas, en el mesenterio, y en los riñones; y por matidez de los tumores del epiplon mayor, los del hígado y los quistes ováricos. Sin embargo, hay que convenir que hay tumores implantados en el hígado y en el bazo que pueden estar cubiertos por asas intestinales, tal sucede en los que se forman en la cara inferior del hígado por detrás del epiplon gastro-hepático, y los que se desarrollan en la cara interna del bazo por detrás del epiplon gastro-esplénico.

Prescindiendo de los casos excepcionales, cuando el tumor intra-abdominal no es muy voluminoso, el sitio que ocupa indica bastante acerca de su punto de origen. Recorriendo las regiones admitidas puede comprobarse dicha afirmación.

Los tumores que aparecen en el hipocondrio derecho, induce á suponer que proceden del hígado, y la percusión contribuye á precisarlo; puesto que si se aprecia una zona de sonoridad interpuesta entre la matidez hepática y el tumor, es casi cierto que no es de origen hepático.

Cuando un tumor se desarrolla en la cara convexa del hígado, necesariamente debe estar en relación con la pared abdominal y por la percusión dará sonido macizo. Cuando el tumor es de la cara inferior, situado delante del epiplon gastro-hepático, en la mayoría de los casos llega á ponerse en inmediato contacto de la pared anterior del abdomen, pero si se desarrolla detrás de dicho epiplon, estará cubierto en más ó menos por el intestino, principalmente hacia la izquierda, y á la percusión resultará sonoro.

Después, la determinación de la naturaleza y extensión del pro-

ceso se llegará á conocer por la palpación combinada, por los antecedentes, por las alteraciones funcionales, en ocasiones por la punción exploradora. La diferenciación de los abscesos, de los quistes y del cáncer hepático se hace después por los síntomas, y por su estudio comparativo.

El cáncer hepático difiere por sus caracteres objetivos si es compacto ó nodular. Además de las alteraciones funcionales, el cáncer compacto forma elevación en el hipocondrio derecho y en el ombligo, y por la palpación se aprecia que la víscera es gruesa, dura y de superficie lisa. En el nodular, los caracteres físicos son variables, el hígado se presenta desigual, abolsado, con elevaciones rugosas y como umbilicadas, y diseminados al azar los nódulos cancerosos por la superficie del órgano, pocas veces se hacen aparentes á los medios de exploración.

Seguramente resulta fácil diagnosticar un absceso hepático, cuando se presenta con sus más claros caracteres, y en un enfermo que acaba de regresar de los países cálidos ó porque ofrece aun manifestaciones disentéricas; pero es muy difícil cuando faltan los signos físicos. Puede por otra parte, confundírsele con las más diversas afecciones, según su volumen, asiento y propagación. Los que son de la cara convexa se han confundido con una pleuresía purulenta, con una pneumonía aguda, y hasta con una tuberculosis pulmonar. Cuando los abscesos son de la cara inferior, se han confundido con tumores renales, con un cáncer pilórico, y con un aneurisma de la aorta. Ante las dificultades del diagnóstico, sin leyes ni reglas que puedan evitarlas, cuando los antecedentes no resuelven la incógnita, las operaciones exploradoras se suponen como precisas para formular la indicación.

No es posible diagnosticar el quiste hidático del hígado hasta que es de volumen apreciable y entonces los procesos de la vexícula biliar, los abscesos, los tumores de órganos vecinos, motivan confusiones. Los formados en la región postero-inferior se confunden, casi siempre, con los tumores renales; los de la cara convexa se confunden con los procesos de la pleura; los antero-inferiores se confunden con los biliares; y ante tantos escollos, surge la punción exploradora, no siempre eficaz é inofensiva, por lo que la mayoría de los cirujanos prefieren la incisión exploradora, pero preparándose para todo con el deliberado propósito de hacerla seguir de una operación completa si de la exploración resulta la indicación.

La radiografía no ha dado hasta el día resultados lo bastante claros para fundamentar el diagnóstico con su intervención.

Los neoplasmas del hígado son adenomas, fibromas, sarcomas, angiomas y cánceres, casi siempre secundarios. Determinando su existencia interesa averiguar si es tumor benigno ó maligno para aconsejar la abstensión ó la intervención activa urgente. La tolerancia de dicha víscera, lo indolente de los procesos desarrollados en la misma, hace confuso el diagnóstico en su principio; después la forma del tumor, su curso, las alteraciones funcionales y los antecedentes, contribuyen al diagnóstico, pero en la mayoría de los casos sólo se comprueba mediante la laparotomía exploradora.

Los tumores de la vexícula biliar, duros y blandos, litiásicos, infectivos y neoplásicos, se comienza á fijar su diagnóstico guiados por la topografía normal, si son pequeños y circunscriptos, y se hacen aparentes inmediatamente debajo del cartílago costal noveno derecho por fuera del músculo recto anterior del propio lado. Cuando llega á ser de gran volumen surgen las dudas y más si se interponen con la pared asas intestinales; y sólo con la laparotomía podrá el cirujano precisar el origen, naturaleza y extensión del tumor.

Los tumores que se hacen aparentes en el epigastrio son generalmente del estómago ó del píloro. Son benignos ó malignos, pero como más frecuentes, es proceso canceroso. La determinación del sitio no siempre resulta fácil, porque el estómago puede estar dislocado y con él el tumor, y en ocasiones, teniendo origen en el lóbulo izquierdo del hígado, hallarse el tumor en contacto de la pared anterior del estómago. Por lo que frecuentemente el sitio del tumor no es dato indiscutible para el diagnóstico.

El diagnóstico precoz del cáncer gástrico resulta casi siempre imposible. El uso de los polvos efervescentes para dilatar la víscera y apreciar por la palpación el tumor, las insuflaciones de aire, la gastroscopia, la radioscopia y los síntomas clínicos, han inducido al diagnóstico en algunos casos, pocos, por lo que tan sólo la laparotomía exploradora será la única que proporcione datos seguros acerca del tumor, de su asiento, de su extensión y de su naturaleza. Lo mismo decimos refiriéndonos á los tumores de otra naturaleza, formados en la región.

Cuando observamos un tumor en el hipocondrio izquierdo, inmediatamente suponemos que su origen es del bazo. Pero pudiendo ra-

dicar en el lóbulo izquierdo del hígado en el fondo mayor del estómago ó en el riñón, surgen las dudas; y si el tumor esplénico es muy voluminoso, ocupando á la vez distintas regiones, las dificultades para el diagnóstico aumentan, porque hay que diferenciarlo de los que se forman en órganos apartados, como son los ovarios y el útero. Los datos clínicos contribuirán al diagnóstico, y sólo en casos excepcionales se podrán confundir los tumores del bazo con los del riñón si el estado general y la fisiología patológica no aportan datos para precisar el proceso. Ya dejamos indicados los síntomas objetivos de las esplenomegalías crónicas.

El bazo móvil se ha confundido con una ptosis del riñón, pero si por la percusión se aprecia la vacuidad del hipocondrio izquierdo, y por la palpación se comprueba la forma especial de cada órgano, será fácil el diagnóstico.

Todo tumor desarrollado en la cara externa del bazo estará en contacto directo con la pared costo-abdominal, igualmente si se ha formado en la cara interna por delante del hilio, pero si se implanta detrás del epiplongastro-esplénico, será difícil establecer el diagnóstico topográfico.

La laparotomía exploradora ha permitido en ocasiones fijar el diagnóstico, determinar la extensión de las adherencias y marcar la oportunidad de la intervención definitiva, y cuando á causa de las hemorragias ú otras complicaciones el cirujano se ha visto obligado á cerrar, en algunos casos se han alcanzado mejorías notables y hasta la curación completa.

Los tumores que se hacen aparentes en los vacíos, generalmente son de origen renal.

La extirpación del riñón, practicada por primera vez por el profesor Simón d'Heidelberg, al extirpar un quiste del ovario con excelente resultado, inauguró una serie de operaciones, que cada día se perfeccionan en su indicación y en la técnica.

Desde entonces la topografía normal es base importante para su diagnóstico, porque estando situados los riñones en la pared posterior del abdomen, son accesibles por la región lumbar; y cuando un tumor forma prominencia á nivel del sacro-lumbar; entre la duodécima costilla y la cresta iliaca, hay fundamento para conceptuarlo renal, y si al crecer, resulta siempre prominente hacia adelante y fija la percusión señala una zona de sonoridad vertical, correspondiente

al colon ascendente ó descendente; las presunciones se convierten en seguridad acerca del asiento en el riñón.

Sin embargo, un tumor renal puede dar sonido macizo á la percusión anterior, cuando el colon vertical tiene meso colon suficientemente largo, en cuyo caso excepcional, el tumor, al desarrollarse, separa el intestino hacia fuera. Esto se ha observado en el lado derecho.

Las neoplasias del riñón, epiteliales ó meso dérmicas se diagnostican por la tumoración con los caracteres genésicos, por el dolor fijo, por la hematuria, por las modificaciones de la orina; por su extensión, sus adherencias se conocen *á posteriori*.

La sintomatología de los neoplasmas de la pelvis del riñón se confunde, en gran número de casos, con la de los tumores renales; en ocasiones, los fenómenos observados son los mismos que producirán un cálculo; en algunos se comprueba la retención renal sin causa conocida, lo cual ha impedido hasta ahora la fijación del diagnóstico.

La uronefrosis se confunde con facilidad con otros tumores intra-abdominales, con los quistes hepáticos, con los del bazo, con los del mesenterio y con los del ovario.

Los fenómenos urinarios, la fonendoscopia y el cateterismo urético contribuyen al diagnóstico diferencial.

La naturaleza del tumor que el cirujano debe averiguar para formular la indicación, llegará á determinarla con los datos clínicos obtenidos por la observación y por la exploración, con lo que diferenciará el riñón flotante con otras vísceras ectópicas, con tumores más ó menos movibles, ó llegará á precisar si el tumor es quístico, litiásico, infectivo ó sólido, benigno ó maligno.

Los tumores de la región umbilical pueden radicar en el peritoneo, en el epiplon mayor, en el mesenterio, tras-cavidad de los epiplones, en el páncreas ó en los órganos prelumbares.

En esta región los tumores pocas veces están dentro de sus límites; á poco volumen que alcancen interesan partes de las regiones inmediatas. Su diagnóstico exige un estudio completo anatómico, normal, patológico y clínico.

El cáncer del peritoneo que tiene por síntomas locales la ascitis, el meteorismo y la formación de tumores en la cavidad abdominal, puede apreciarse por la palpación, sobre todo después de la evacuación del líquido ascítico por la paracentesis, y entonces la mano nota

nudosidades redondeadas múltiples irregulares, ó un tumor más ó menos voluminoso, á veces del tamaño de la cabeza de un feto, que ocupa casi toda la cavidad abdominal. Por otra parte los infartos inguinales y la exploración bi-manual contribuyen á fijar el diagnóstico.

Los tumores del epiplon mayor, que están limitados y por ello diagnosticables, se presentan en contacto de la pared abdominal y macizos á la percusión; y si son movibles en diversos sentidos, se diferencian fácilmente de los que radican en la pared, si no hay adherencias entre ambas partes. Se completará el diagnóstico de sitio averiguando por la percusión y los antecedentes que el tumor no tiene origen en el hígado, ni en el bazo, ni en el ovario.

Los tumores del mesenterio, de volumen moderado, cuyos límites se pueden circunscribir, se diagnostican recordando por los datos de anatomía topográfica que serán centrales, profundos, que por la percusión resultará zona de sonoridad anterior por la interposición de la masa de las asas intestinales.

Se diferenciarán de los procedentes del riñón, porque los de este órgano se elevan lateralmente en la zona de sonoridad vertical, es fija en la región renal, como lo es el colon ascendente ó descendente y en el meso-gástrico la sonoridad es movible, por serlo las asas del intestino delgado. Además, los tumores mesentéricos son movibles, lo cual no sucede con los renales, y aparte de esto, los trastornos funcionales serán especiales en los procedentes del aparato urinario.

DR. D. FRANCISCO ARPAL.
Catedrático de Operaciones en Zaragoza.

(Concluirá).

Diagnóstico precoz del raquitismo

El atisbo clínico de los comienzos de las enfermedades, la visión de sus primeros, y generalmente silenciosos pasos, tiene una importancia de primer orden para poder entablar un tratamiento racional y para la mayor eficacia de éste.

Mejor se remedia lo poco que lo mucho; y aunque parezca éste un concepto demasiado vulgar, encierra una gran verdad clínica.

Significa que las lesiones en su primer período, cuando apenas son mas que trastornos funcionales, cuando aun no han alterado la textina de los elementos celulares, son más fácil y quizá definitivamente curables, que cuando el avance del proceso ha producido ya desórdenes materiales irremediables.

Es el raquitismo la distrofia que más á menudo se apodera del organismo infantil, haciéndolo de una manera lenta, callada, muy en las intimidades de la nutrición del niño. Y cuando se asoma, de modo que se le pueda reconocer, su síndrome es tan completo, tan rico, tan abundante, que el ojo profano lo diagnostica con seguridad.

Las deformaciones del esqueleto, cabeza grande, fontanela abierta, dientes retrasados, pecho de pichón, cifosis raquitica, vientre enorme, tibias encorvadas, muñecas y tobillos abultados, pequeñez de talla, aspecto miserable, forman un conjunto tan acabado, que es imposible desconocerlo; y por otra parte tan común, que madres, comadres y niñeras conocen al niño raquítico.

Diagnosticar el raquitismo en toda su plenitud, es cosa que no tiene mérito alguno; y la eficacia terapéutica de este diagnóstico, que pudiéramos llamar *tardío,* es casi nula.

El raquitismo llegado á este extremo se curará, pero dejando siempre en pos de sí, como funesto reato, la cabeza enorme, el pecho estrechado, la columna vertebral deformada, las piernas torcidas, la pelvis anómala, la pequeñez de talla, y un sello general de rebajamiento, de debilidad, de degeneración orgánica; cosas que se ven en muchos adultos que han sido raquíticos en su infancia.

Conviene, pues, muy mucho, descubrir el raquitismo en sus primeros esbozos, hacer su diagnóstico *precoz*. Esta previsión clínica

sólo puede hacerla el ojo experimentado del médico: esto le dará una indiscutible superioridad sobre el vulgo, cuando éste no ha visto aun la enfermedad.

Porque muchas veces los comienzos del raquitismo se encubren bajo las apariencias externas de una salud exuberante.

Son signos reveladores del raquitismo, casi *precursores* de esta distrofia.

I. La persistencia y grandes exagerado de la fontanela anterior ó bregma, qne á veces se prolonga por las suturas interparietal, fronto-parietal é interfrontal.

II. Los sudores parciales, profusos, limitados á la cabeza y cuello, durante el sueño, signo muy precoz y cuya constancia he comprobado.

III. El retraso excesivo en la salida de los dientes: la irregularidad en los grupos y épocas de la erupción dentaria.

IV. Las orinas muy cargadas de fosfatos, que se vuelven blancas, lechosas, (no rojas) al poco tiempo de su emisión

V. Las nudosidades condro-costales apreciables al tacto, si no lo son á la vista por la gordura del niño: estigma raquítico de gran significación.

VI. El abultamiento de las epífisis inferiores del radio y del cúbito y de la tibia y peroné.

VII. La debilidad de los miembros inferiores; el niño no anda ni siquiera se tiene de pié, ni tiene fuerza para tomar apoyo en sus piernas.

VIII. La falta de tono muscular general: los niños están siempre sentados, encogidos, *hechos un ovillo,* ni sostienen su cabeza, ni ponen recto su tronco, ni estiran sus piernas.

Todo niño que presente uno ó varios de estos estigmas, es seguramente un raquítico incipiente, aunque esté muy grueso, y tenga un peso elevado. No hay que fiarse de las apariencias.

Suele ocurrir esto en la segunda mitad del primer año, ó en el transcurso del segundo; es por entonces cuando se inicia el raquitismo y cuando conviene descubrirlo. Un cambio de nodriza, un mejoramiento en la alimentación, la vigilancia de las funciones digestivas, una buena higiene, aire libre, campo, montaña, mar, y en último término los fosfatos cortarán los progresos del terrible mal, y harán un niño robusto de aquel futuro encanijado.

Dr. D. Patricio Borobio

Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Modalidades adhesivas de la apendicitis

La apendicitis determinada por inflamación del apéndice ileo-cecal, merced á la infección de la cavidad ó de las paredes del órgano, por propagación de una infección por vía intestinal ó sanguínea é interviniendo los coli-bacilo ó estreptococos, las obstrucciones y la tan debatida formación de la cavidad cerrada, puede presentar las formas más variadas: formas congestivas, benignas, supuradas, localizadas, generalizadas; en las que unas curan bien, otras sólo hacen aparentemente dejando adherencias; unas presentan el peligro en la peritonitis y otras lo manifiestan en la infección del apéndice.

En este tema procuraremos hablar sólo de aquéllas en las que la apendicitis fragua adherencias.

Estas pueden producirse, merced al peritoneo que rodea al apéndice ó por misión de la misma apendicitis, que puede yugularlas cuando es aguda ó cuando pasa al estado crónico.

Las apendicitis *adhesivas periapendiculares*, son formas en las que el peritoneo interviene, porque se ha perforado el apéndice, ó porque la inflamación de éste se ha propagado á aquél, en virtud de una linfangitis intersticial: y esta inflamación hace que se fragüen neomembranas que organizan y sueldan las asas vecinas, la pared apendicular y el epiplón; formaciones que defienden al apéndice de una mayor infección, pudiendo en ocasiones hacer terminar el proceso por resolución.

En estos casos los síntomas son atenuados y duran lo que tarda en limitarse el foco: poca fiebre, pequeña astricción y dolor poco intenso; pero no es raro que suceda en ocasiones que á pesar de ser

despreciables los síntomas y aún que el enfermo parezca casi curado, quede ese casi, que indica que aquél siempre presenta reliquias, y por lo tanto hacen éstas, que el sujeto se vuelva cuidadoso para evitar los enfriamientos, esfuerzos, traumatismos y excesos alimenticios; pues sabe él, el peligro en que se halla y que por cualquiera de las causas citadas, puede resucitar su aparentemente finada apendicitis.

Existen otras clases de adhesiones muy providenciales que enquistan los abscesos; se trata de adherencias glutinosas, que presentan cierta fragilidad, si son recientes, pero que si son antiguas, son densas, las cuales limitan cavidades que contienen pus, el cual además de materias orgánicas, presenta fosfatos y carbonatos de cal, aglomerados éstos por cierta cantidad de moco y abscesos distintos según el sitio en que asientan.

Los abscesos *ileo-inguinales,* que se presentan en la parte inferior de la fosa iliaca derecha, por encima del arco de Falopio, limitados por las asas del intestino delgado y por el ciego; tienen como característica el que el apéndice mira hacia abajo.

Abscesos que pueden llamarse *prerectales* ó *pelvianos* y se hallan delante del recto, entre éste y la vejiga, ó vagina, según se trate de mujer ú hombre, y en los que el apéndice se halla inclinado. hacia abajo y adentro.

Abscesos *peri-umbilicales*, limitados en la fosa iliaca cerca del ombligo; y por último:

Abscesos *retro-cecales*, que se limitan por detrás del ciego, hasta el colon.

Tanto unos como otros, se limitan por lo que tienen á su alrededor, ayudados en su encapoulación por las bridas que se presentan.

Llegado á este punto, podremos preguntarnos ¿cabe reabsorberse el absceso y quedar sólo las bridas que dan trastornos mecánicos? debemos creer que sí; de todas suertes pueden esas formas englobadoras superar en otros casos, y extender de este modo la acción pio-infecciosa del absceso primitivo, al resto del peritoneo, invadiéndolo totalmente.

Los síntomas de estas formas *absceso-adhesivas,* son los de una apendicitis simple, pero ellos en vez de remitir, no lo hacen, y por el contrario los enfermos tienen más dolor y su fiebre lleva marcha ascensional. Si hacemos la palpación, siempre que no haya contractura muscular de defensa, notaremos una tumefacción profunda de irregulares límites, aunque extendiéndose entre las últimas costillas y la fosa iliaca. La percusión superficial proporciona datos de submacidez, y la profunda los dá de sonoridad que corresponde á la región del intestino; sospechamos, en fin, en que la tumefacción sea absceso, porque el pulso aumenta y la temperatura llega á los 39°, y en un grado superior notaremos un edema intenso de la pared abdominal, una fluctuación grande y una dibujación superficial de las venas.

En los casos que se fragua la *apendicitis crónica* sin haber presentado en la forma aguda grandes síntomas, las adherencias se establecen hacia el ciego, epiplón, etc., por un extremo; por el otro sujetan al apéndice, dando lugar en éste, á un acodamiento, perforación ó estrechez.

Casos hay en que el apéndice se oblitera por completo y se impermeabiliza, pareciendo un cordón duro; otros en que el apéndice es sujetado por el extremo inferior, produciendo una extrangulación la brida y determinando por encima de la estrechez, una dilatación en forma de maza.

Los sujetos que padecen esta forma de apendicitis, presentan como antecedentes el haber padecido ya ataques de apendicitis en otro tiempo, pero quedaron en un *statu-quo* que les hizo caminar hacia la cronicidad adhesiva y que á causa de cualquier circunstancia etiológica, revelan su afición.

Esos enfermos, entre la primera crisis y la actual, acusan aun ligeros dolores en la fosa iliaca derecha y algo de tumefacción.

Las bridas por sí solas determinan estrecheces, extrangulaciones y desviaciones del ciego ó de alguna de las asas del intestino delgado, con su cortejo sintomático de meteorismo enterítico, vómitos incoercibles y fecaloideos, y grandes dolores.

Citaremos el caso clínico siguiente, que trata de:

Antonio Arnal Ciria, de 16 años de edad, natural de Alcubierre (Huesca), que ingresó en la clínica de nuestro querido profesor Doctor Lozano, el 18 de octubre de 1906, en la que permaneció hasta el 28 de noviembre, saliendo en esta fecha completamente curado.

Según he podido recopilar de los datos y apuntes tomados de la brillante y siempre práctica exposición del ilustrado y ya citado maestro Dr. Lozano, acerca del caso del antedicho sujeto, parece

ser que había tenido hacía ya tiempo, según el mismo contaba, una indigestión grande, que era en efecto una verdadera apendicitis, pues ésta es bastante frecuente en esa edad; y esa apendicitis que sería benigna, se le curó en dos ó tres días, pero no sin dejar un foco purulento limitado por las adherencias, que creó el peritoneo para su defensa.

Creáronse, pues, bandas fibrosas que adhirieron á los intestinos y que manifestaron con algunos síntomas, la dificultad para la circulación, que encontraban al intentar pasar por aquéllos, las materias de la digestión.

Ese sujeto comía y digería bien sin vomitar, pero llegado el momento de defecar, sentía grandes dolores antes de ese acto, por la susodicha dificultad, y la distensión que en algunas partes sufría el intestino por la acumulación de gases, hacía que por esta causa, se produgesen también dolores intensos que desaparecían por la expulsión de aquéllos; el vientre lo tenía abombado y con bastante tensión y el foco purulento que le había quedado de su crisis, presentaba á la palpación plasticidad característica.

El tratamiento fué quirúrgico, laparotomizando, extirpando la porción estrechada y suturando las dos partes sanas de intestino.

En la apendicitis, mientras unos se muestran partidarios del tratamiento quirúrgico de un modo inmediato, otros en cambio no aceptan sistemáticamente más que el tratamiento médico.

Nosotros debemos no dejarnos arrastrar por las exageraciones, y proceder con un criterio imparcial.

En las formas benignas y en aquellas otras en que sospechamos que haya peritonismo mejor que apendicitis, debemos adoptar tratamiento médico, administrando opio al interior, ó si no lo tolera el enfermo, enemas laudanizados, se inyectará éter para combatir los colapsos y se pondrá hielo en la fosa iliaca derecha, huyendo de aplicar vejigatorios; y dando al paciente hielo, champagne ó agua cloroformada, contra los vómitos.

Pero en los otros casos el tratamiento será quirúrgico, el que cuando se trate de abscesos limitados se reducirá tan sólo á la incisión, y en los casos avanzados á la ablación del apéndice; practicado en frío ó en caliente, según sea la distancia ó proximidad de un acceso infectivo agudo, y que consiste según lo clásico en hacer la incisión de Mark Schuller, practicada á lo largo del recto mayor, del

lado derecho, y después de descubierto el apéndice, una vez abierta la cavidad, se destruyen las adherencias que presenta aquél, se liga el apéndice con catgut, cortando con termo-cauterio por encima de la igadura, se peritoniza el muñón y sutura con un punto de catgut el manguito seroso que resulta.

El tratamiento quirúrgico se establece por el cirujano, inmediatamente de presentarse la enfermedad, ó esperando dos días, cuatro ó cinco, antes de intervenir; otras veces se incide el absceso á partir del quinto día; y existe la verdadera forma que indica sin duda de ningún género, la operación llamada á *frío*.

Las intervenciones rápidas que se refieren á las operaciones á las veinficuafro ó treinta y seis horas, no tienen razón de ser con arreglo á la común manera de pensar de médicos y cirujanos; pues los que rccomiendan esta cirugía acelerada, son aquéllos que desde luego no emplean los medicamentos que requieren los casos benignos, y no queriendo poner á prueba esos medios terapéuticos, optan por resecar cuanto antes el apéndice.

Pero tiene el inconveniente este modo de obrar, la rapidez que guía al diagnóstico y por lo tanto que impide asegurar al cirujano, que aquello sea apendicitis; además puede decirse que este proceder proporciona muchos fracasos; pues al abrir, en vez de encontrar apendicitis, se encuentran otras cosas distintas.

Esta es una operación ideal en este período citado, y como no va exenta de peligros por la cloroformización, debemos decirnos á no operar en fórmas tan recientes.

Por consiguiente, con tiempo se hace un buen diagnóstico, un buen pronóstico y un magnífico tratamiento.

Hay formas con tumefacción y empastamiento, que se perciben claramente después de los cinco ó seis primeros días en que empezó la crisis y ellas son las únicas que pueden tratarse en *caliente;* se toma un bisturí y se hace una incisión sobre el punto en que se notan los abscesos que se suponen, y con aquélla obtiene salida el pus.

Cuando se presentan recidivas con bastante gravedad, se hace operación llamada *á frío* y con ella se procede á extirpar el apéndice.

Esta operación se ha de practicar con cuidado y no obrar tan sólo á instancias de los enfermos, pues muchos de éstos piden se

les opere del apéndice y no son más que nerviosos apendiculares, como hay nerviosos de otros órganos; hay en esto verdaderas rarezas como la de aquellos tiflocolíticos, que se creen con derecho á tener apendicitis, y á la operación consiguiente.

Casos se dan de verdaderas adherencias cuando ya se observan después de abierta la cavidad.

La operación *á frío* es excelente, fácil, rápida é inofensiva y se acostumbra á hacer tres meses pasados desde la crisis típica: la operación tiene que ser rápida en la técnica, y las incisiones han de ser ni muy largas ni muy cortas, suficientes, en fin más bien pequeñas en casos y lo conveniente será eviten la inutilización de músculos y nervios en lo posible.

Mc. Burueg, propone una disociadión de fascículos musculares que llena las indicaciones de la operación, pues con ella se puede coincidir sobre el apéndice.

Roux propone incisión cruzada y Vulliet la hace sobre la piel y aponeurosis del oblicuo mayor, separa con tijeras el tejido celular y después de penetrar á través del oblicuo menor y trasverso, cae sobre el apéndice; tiene la ventaja esta última, del amplio campo de operación de lo poco que se destruyen las paredes, para que se reconstituyan después fácilmente.

Y para finalizar se ha propuesto modernamente, *la apendicotomía*, que es operación que no ofrece gran interés: consiste en buscar el apéndice, llevarlo junto á la pared y crear una fístula apendicular, que se mantiene por una sonda y por la fístula se evacua el intestino, se inyectan sustancias medicamentosas, alimenticias ó se irriga el apéndice.

MANUEL RONCAL.
Esdudiante de la F. de M. de Zaragoza.

GRIPPE

Si enfermedades hay que ponen á prueba el juicio clíníco y la sagacidad del médico, ésta es una de ellas; no sólo por lo que al diagnóstico y pronóstico se refieren, sino por lo que atañe á la convalecencia.

Observar y experimentar las diferentes lesiones que de una manera lenta, gradual y progresiva se fraguan en órganos como el cerebro, corazón; y entonces á buen seguro que no os satisfarán las ideas de algunos clínicos, que la conceden una benignidad, una ligera y una corta duración qne juntamente con las estadísticas que acompañan, quieren demostrar la fácil curación y exígua mortandad.

Una enfermedad que hasta la epidemia de 1889, no se tenían más que nociones ligerísimas, siendo ésta la fuente donde bebieron hombres célebres como Teissier, Peacock, Pfeiffer, etc., etc., para investigar acerca de bacteriología, contagio, formas y tratamiento.

Enfermedad contagiosa, de gran poder de furor, como lo prueba aquella célebre frase de Klas Linsotch: «Franquea más fácilmente un espacio de 500 á 1.000 kilómetros, que la delgada barrera que la opone el muro de una prisión».

Si la intelectualidad ha servido para vigorizar y dar energias al organismo, aquí cumple el fin opuesto; buena prueba de ellos nos la dan los Faros Ingleses que ha habido infinidad que no han conocido semejante epidemia, y hoy hasta Casas de Montes, no se ven libres en el círculo que recorre de N. á S. y de E. á O. debido al contacto y á la relación íntima que hoy día poseen.

Si esta epidemia es equitativa en cuanto no respeta ni á clascs ni á individuos, no ocurre lo propio cuando se ceba en organismos pobres y débiles, que al creerse superior en la pelea, les arrebata su vida con una tifoidea, una meningitis, una endocarditis, etc., etc. Es que no satisfecha con esto, cuando se ha desvanecido todo dolor y pesar, entrando en la expansión y en la alegría, viene á sembrar el espanto y la desesperación excluyendo al sér querido del seno de la familia, por las complicaciones tan terribles á que dá lugar.

Ni el clima, ni la estación, ni la temperatura, influyen en su presentación; sólo los muros en el sentido Klas, son los únicos que salen á su encuentro.

Ojeemos rápida y brevemente los diferentes textos y nos encontraremos que pasa con el bacilo de Pfeiffer lo que con el de Koch, cuando todo el mundo y durante cierto número de años desde 1892, se creía que dicho bacilo era el agente causal, hoy se ha levantado tal reacción que hace permanecer en mantilla la cuestión bacteriológica, ganando un terreno extenso los *microbiólogos descreídos*.

Siendo una enfermedad proteiforme, es difícil describir un cua-

dro clínico como en la tifoidea, que pueda adaptarse á todos los casos: por eso trazaré unas líneas indicando lo más práctico.

Los individuos acometidos de grippe, principian por un escalofrío seguido de una sensación de calor, algo de coriza con estornudo, dolor móvil en la espalda, pecho, que se exacerba por la tos, pulso frecuente, á veces duro y tenso, orina pálida y sedimentosa, lengua rojiza en la punta y bordes, conjuntivitis. Cefalalgia localizada principalmente en la frente y raiz de la nariz, insomnio, desasosiego por las noches, zumbidos de oídos, sed intensa terminando con unos sudores copiosos que indican la finalidad del proceso febril juntamente con diarreas biliosas y manifestaciones eruptivas acompañadas de picor.

Este es, á grandes rasgos, el cuadro clínico de la grippe y seguido de manifestaciones de sistema nervioso, aparato respiratorio ó digestivo, así será diagnosticado en sus tres formas que hoy se admiten.

Dadas las bases científicas que hoy se admiten, no se puede justificar el diagnóstico sino á beneficio del micoscopio y de los cultivos, haciéndose más indispensable cuando se trata de casos exporádicos, porque el sindrome clínico, podrá bastar en aquéllos, y no en éstos, desechando en absoluto aquellas ideas preconcebidas de diagnosticar enfermedad grippal por el hecho reinante de la epidemia.

Las complicaciones y secuelas hacen la gravedad, pues mientras atacando en individuos sanos y robustos reviste benignidad grande, si ataca á organismos asténicos, viejos ó crónicos, sube de punto el pronóstico elevando la cifra de mortalidad.

Siendo el mejor tratamiento la profilaxis, pero resultando inútil el aislamiento por desempeñar sus funciones los individuos que la padecen, no habiendo vacuna preventiva y á su vez no produciendo ningún resultado los gargarismos, las inhalaciones, etc. etc., hay que tener presente tres grandes indicaciones:

1.ª Combatir la fiebre y demás fenómenos que dependan de la infección grippal.

2.ª Asegurar la antisepsia de la mucosa respiratoria para evitar la invasión de los gérmenes secundarios.

3.ª Evitar las complicaciones que pueden favorecer una afección anterior, general y local.

El enfermo debe guardar cama, tomar leche y caldo desgrasado para evitar complicaciones renales, café, ponches y limonadas vinosas. Sulfato de quinina ó bien asociada á la antipirina, bebidas calientes y antisepsia de la boca, nariz y oído por medio del ácido tímico, aceite mentolado ó pomada de ácido bórico, resorcina y mentol é instilación de 30 gotas en el conducto auditivo de glicerina mentolada, pero siempre teniendo presente, según se trate de individuos cardiacos, bríghticos ó dispépsicos para administrarles dijital, leche, purgantes y antisepsia intestinal.

F. Lloro Regales.
Estudiante de la F. de M. de Zaragoza.

Úlceras del estómago

Esta enfermedad, que antes pertenecía exclusivamente á la patología médica, comienza hoy á ocupar un lugar preferente en el campo de la cirugía, siendo ésta la única *que en ocasiones*, puede curarlas radicalmente. Pero teniendo presente que no es de un modo absoluto, y que la intervención quirúrgica es de algún cuidado, se encuentra al médico indeciso en ocasiones, para decidirse por el tratamiento farmacológico ó el quirúrgico; diremos, pues, el modo de presentarse en sus variadas formas y cuando operaremos ó nó á estos enfermos.

Muchas son las variedades de úlceras que se citan en el estómago, desde la tífica, sifilítica y tuberculosa, que se presentan en rarísimas ocasiones, hasta la que padecen los sujetos alcohólicos, que vemos con bastante frecuencia, una lista numerosa citan nuestros distintos autores, que no serán seguramente, sino unas mismas con más ó menos intensidad.

Puede hacerse una clasificación que facilite su estudio, y comprenda, á mi entender, todas las formas existentes.

La 1.ª es la *exulceratio simplex* (de Dieulafoy) de cortas dimensiones, que no interesa más que la mucosa y submucosa, situada con preferencia en la cara posterior del estómago y acompañada

siempre de grandes hematemesis. Reconoce como causa las intoxicaciones por ingestión de ácidos, álcalis ó alcohol, aunque esto último lo desecha el citado autor francés. Tiende siempre á la cicatrización más ó menos rápida, y su comienzo es intenso.

La 2.ª es la *úlcera simple,* estudiada minuciosamente y separada en 1830 por Cruveillier, que á diferencia de la anterior es de gran profundidad y de mayor extensión. Tienen estos enfermos, vómitos, que sobrevienen inmediatamente después de la ingestión de alimentos; dolor localizado en el hueco epigástrico, con la existencia de un punto doloroso dorsal, con irradiaciones hacia las escápulas y los lomos; y las hemorragias pueden ser grandes ó pasar desapercibidas porque sean en pequeñas cantidades aunque repetidas, y que digeridas en el estómago salen al exterior de un modo embozado. Reconoce como causa la hiperclorhidria, un traumatismo en la región epigástrica, los excesos de la mesa y los alimentos ingeridos demasiado calientes, aunque soy de opinión que esto nunca pueda llegar, sin la existencia de trastornos profundos de la secreción. Es doble ó triple número de veces más frecuente en la mujer que en el hombre, y en ambos se presenta entre los 20 y 35 años. Cede en ocasiones al tratamiento médico, aunque con recidivas frecuentes. Y es de comienzo insidioso, pudiéndolo ser también de un modo brusco.

Y últimamente, se nos puede presentar un *tercer tipo*, en el curso de alguna enfermedad infecciosa, como sífilis, tífus, tuberculosis; con hematemesis algunas veces, pero principalmente con dolor contínuo, exacerbado por la ingestión de alimentos. Como causa reconoce el asiento de los distintos bacilos y de algunos parásitos. Suelen curarse sin reliquias si son superficiales; pero generalmente producen estrecheces; y siempre es lento su comienzo.

Y aquí tenemos agrupadas todas las ulceraciones que pueden existir en el estómago, habiendo citado las distintas causas que pueden producirlas.

El diagnóstico debe hacerse con la *gastralgia esencial*, por la analogía en la algidez, pero no existe como en la úlcera intolerancia de alimentos, ni la anemia que más ó menos intensa se observa, ni los vómitos. Los dolores del *cólico hepático*, pueden simular la úlcera, pero en aquél los vómitos son biliosos, el dolor existe cerca del ombligo y se irradian al lado derecho; y en ésta, los vómitos son ácidos y alimenticios y son los dolores de mayor duración. El

histerismo, puede confundirse y presentar todos sus síntomas, pero notando los estigmas, histéricos, (hemianestesia, zonas histerógenas, etc.), descubriremos esta enfermedad, diagnosticando sin equivocación. La *uremia gástrica* se puede confundir por presentar á veces intolerancia estomacal, dolores y vómitos; sin embargo, éstos contienen urea y carbonato de amoniaco, aclarándonos la enfermedad.

El *cáncer,* cuando no es accesible á la palpación, puede ser causa de confusión, pero las adenopatías, duras é indolentes, nos harán ver la existencia de éste.

El pronóstico es reservado, pues sabido es la creencia que existe de transformarse la úlcera en cáncer y aunque no está clara aún esta transformación, debemos abstenernos en la duda. Además las hematemesis en gran cantidad ó muy repetidas pueden comprometer la vida del enfermo. Y últimamente tiene un número de complicaciones tan graves como la perforación; que si se efectúa en el corazón puede producir una hemorragia fulminante; en el peritoneo una peritonitis generalizada ó enquistada; y en el intestino grueso, una fístula gastrocólica.

El tratamiento siempre debe ser en primer término farmacológico, usando el bicarbonato ó el bromuro sódico, para el dolor; también podemos prescribir el cloruro mórfico en ocasiones, pero sin abusar de éste útil medicamento.

El ioduro potásico á veces hace efectos admirables, como en los alcohólicos. El suero gelatinizado y las inyecciones de ergotina, en los casos de hemorragias son muy usados. Así como las inyecciones de suero artificial, para combatir las pérdidas de sangre.

El método de Fleiner produce buenos resultados, siendo yo testigo de ello, en cuatro casos, acaso benignos. Este consiste en dar en ayunas 6 ú 8 gramos de subnitrato de bismuto, tomado en un poco de agua; acto seguido el enfermo irá adoptando las distintas posiciones de decúbito lateral derecho, decúbito supino, decúbito lateral izquierdo y decúbito prono; estando cinco minutos en cada una de éstas, consiguiendo por este medio que queden bien embadurnadas las paredes del estómago y cubiertas las superficies ulcerosas de este polvo antiséptico.

A las 4 ó 5 horas se le puede dar la alimentación láctea, según aconseja Cruveillier, ó la leche y caldo, que otros prácticos reco-

miendan cuando se tolera bien. Esta alimentación se dará en pequeñas cantidades y repetidas con frecuencia por espacio de 25 á 30 días, en cuya fecha se irá dando metódicamente alimentos de fácil digestión, retrasando todo lo posible las carnes y grasas y proscribiendo severamente, el vino, los ácidos, el café y las especias.

Hay muchas aguas alcalinas que se pueden usar á todo pasto, como las de Vichy, Hilarión, Mondáriz, etc. etc., y que modifican la hiperacidez.

Pero hay ocasiones que no se modifican en nada los síntomas, después de un mes de este tratamiento, y entonces es cuando debe decidirse el médico á operar al enfermo. ¿Qué tratamiento haremos en este caso? Pues quitar la úlcera, es lo racional y basta á veces; pero si son varias ó si están en mal sitio, como en las corvaduras mayor y menor, no debemos conformarnos con la gastrotomía, haciendo para mayor seguridad y acierto, la gasto-enterostomía, operación llevada á efecto por el Dr. Lozano, el cual curó á los siete días radicalmente. Este enfermo es:

Pedro Gascón, de 46 años de edad, ingresó el día 22 de febrero, ocupando la cama n.° 11.

Interrogado acerca de su eufermedad dijo padecerla hacía 20 meses, con intervalos de sentirse bien, pero que le era muy molesto el dolor que parecía como si le metieran una lanza en el estómago; tenía vómitos con sangre una vez y otra observó la existencia de melena; tenía eruptos ácidos y grandes ardores. La astricción era contínua.

Preguntado por su vida habitual, dijo que era un gran bebedor de aguardiente, y quizás de aquí parta el origen de su enfermedad.

El día 2 de marzo se le hizo la gastro-entorostomía, saliendo el día 9 completamente cerrada la herida y libre de todas las molestias.

MARIANO DE MOLINA-MARTELL

Estudiante de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

VARIEDADES

Los alumnos de sexto curso de esta Facultad de Medicina celebraron una reunión el día 17 del pasado, en la que bajo la dirección del digno catedrático de anatomía, Dr. D. Baldomero Berbiela y los alumnos D. L. Lambán y don V. Herrero, dióse lectura á una carta de los compañeros de Cádiz recomendando se eleve la petición por ellos formulada respecto á la conveniencia de que se retrasen las oposiciones á titulares, para que puedan concurrir á ellas los que terminan su carrera en el presente curso.

El Dr. Berbiela y varios compañeros hicieron uso de la palabra, abogando todos por la necesidad de que dicha prórroga sea otorgada y nombrando una comisión encargada de hacer las gestiones necesarias.

El día 20 esta comisión, formada por los Sres. Lambán, Herrero, Mauhin y Gimeno, dió cuenta de sus trabajos, leyendo una instancia dirigida al Sr. Ministro de Instrucción Pública en la que se pide la demora de las oposiciones hasta la primera decena de julio, y que el número de plazas sea ilimitado.

* * *

Gran sentimiento ha producido la noticia de la muerte en Wiesbaden, el día 25 de marzo, del ilustre cirujano alemán, von Bergmann, después de haber sufrido una operación, el que tantos adelantos hizo en toda la cirugía y realizó maravillosas operaciones para la curación del cáncer.

El mundo entero llora hoy su muerte habiendo perdido la Cirugía una verdadera fuente científica inagotable.

Descanse en paz el respetable cirujano.

* * *

Agradecemos á *Tierra Soriana* la publicación del trabajo «Los trementinados» por el Dr. Hinojar, y la inserción del sumario de nuestro segundo número, en el suyo correspondiente al día 14 del pasado.

* * *

En el próximo número hablaremos con extensión del instrumental para la *intubación laríngea*, con método completamente nuevo, invento del distinguido Doctor en Medicina y Director de la Casa Socorro de esta capital, D. Víctor Marín Corralé, cuyas modificaciones ingeniosas son de alta importancia.

Reciba nuestra más cordial enhorabuena tan sabio y distinguido médico aragonés.

***

Vacantes.—La de médico titular de la Sociedad de Socorros Mutuos del Arte del hierro y demás metales de Zaragoza; los solicitantes pueden examinar el pliego de condiciones y dirigir sus instancias al presidente de la misma, don Agustín Cardona, Calle de San Pablo, 88, 1.°, todos los días de once á una hasta el día 8 del corriente á las ocho de la noche, que se abrirán los pliegos ante la Junta directiva, quedando ésta autorizada para desechar los que no conviniesen.

—La de *Cepeda* (Salamanca), partido judicial de Sequeros. Habitantes 1.472; distante 9 kilómetros de Sequeros y 32 de Sanchotello, la estación más próxima. Dotación anual 999 pesetas por la asistencia á 120 familias pobres y las igualas.

Las solicitudes hasta el 12 de abril al Alcalde, D. Vicente Cepeda.

—La de *Rosell* (Castellón), partido judicial de Vinaroz. Habitantes 2.165; distante 35 kilómetros de Vinaroz y 20 de Aldecona, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia á las familias pobres y las igualas.

Las solicitudes hasta el 12 de abril al Alcalde, D. Vicente Querol.

La de *Jubera* (Logroño), partido judicial del mismo. Ayuntamiento de 1.044; habitantes, compuesto de 9 pueblos. Dista 5 kilómetros de Logroño. Dotación anual 1000 pesetas por asistencia á familias pobres y las igualas.

Solicitudes hasta el 10 de abril al Alcalde, D. Aniceto Pernández.

—La de *Guadarrama* (Madrid), partido judicial de S. Lorenzo, por dimisión. Habitantes, 751, 10 kilómetros de distancia á S. Lorenzo. Estación en el ferrocarril del Norte. Dotación anual, 999 pesetas, por la asistencia á 40 familias pobres y 1.300 en concepto de igualas.

***

Boletín bibliográfico.—*Patología y Clínica generales de las enfermedades de la corteza cerebral,* por el Dr. Ricardo Royo Villanova. De venta en las principales librerías al precio de 6 pesetas, y al de 5 pesetas á nuestros suscriptores.

Consta esta obra de un tomo en 8.° con 470 páginas, en la que se hallan re

copiladas las lecciones explicadas por el Dr. Royo en el curso de 1905 á 1906; comprendiendo admirablemente detallado todo lo referente á estructura, funciones, síntomas, causas, lesiones, curso, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las tan complicadas como curiosas y dignas de estudio enfermedades de la corteza cerebral.

***

Agradecemos el envio y queda establecido el cambio con las Revistas siguientes:

La Clínica Moderna.—Revista mensual. Directores: Dr. D. Ricardo Royo. Dr. D. Pedro Ramón y Cajal. Dr. D. Ricardo Lozano. Coso 18, 3.°, Zaragoza. Un año, 8 pesetas.

Gaceta Médica del Sur de España.—Publicación quincenal.—Director: D. Velazquez de Castro. Duquesa, 8, Granada. Un año, 5 pesetas.

Gaceta Médica Catalana.—Revista quincenal ilustrada.—Director: Dr. Rodríguez Mendez. Paseo de Gracia, 42, ent.°. Barcelona. Un año, 15 pesetas.

Medicina Práctica.—Revista mensual.—Director: D. Luis Bernet. Conde de Asalto, 25 pral. Barcelona. Un año, 5 pesetas.

Tip. La Editorial, Coso, 86-Zaragoza

LOECHES LA MARGARITA

Jardines, 15, Madrid

Agua mineral natural purgante-depurativa

Curación de las enfermedades del *Aparato digestivo,* del *Hígado,* especiales de la *mujer* y todas las de la *piel.*

Más de medio siglo de uso universal en bebida y baño.

Patología y Clínica Generales

DE LAS

Enfermedades de la corteza cerebral

Estructura.—Anatomía.—Fisiología.—Síntomas.—Causas.—Curso.
Lesiones.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento

por R. Royo Villanova

Catedrático de Patología y Clínica Médica, por oposición, de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Un volumen en 8.° de 470 páginas, 6 pesetas

Año I Zaragoza 6 mayo 1907 Núm. 4

BOLETÍN MÉDICO ESCOLAR

DE ZARAGOZA

La intubación y desintubación laríngeas por el método articulado

Pocos días hace que dí á conocer á los Médicos los magníficos resultados que vengo obteniendo en la práctica de la *Intubación y Desintubación laríngeas*, haciendo uso de un *nuevo Método y* un *Instrumental nuevo* también, que he ideado.

Denomino á aquél con el calificativo de *Método de la Intubación y Desintubación articuladas*, por la movilidad que el tubo posee, con relación al introductor y al extractor.

Invitado por mi distinguido amigo el señor Molina-Martell, para que publicase algo de estos estudios en la revista que con tanto acierto dirige, he accedido muy gustoso á ello.

Quisiera haber dado más detalles de mis investigaciones sobre este particular; pero compromisos adquiridos con varias revistas españolas y extranjeras me lo impiden. Sirvan estas líneas por tanto de justificación á que no sea este artículo de mayor extensión.

Voy á describir á continuación, solamente, la historia clínica completa del primer enfermo en que practiqué la Intubación, haciendo uso de mi método é instrumental.

Primer enfermo en que he practicado la intubación por mi método y con mi instrumental

Enrique Z. M. de cinco años de edad, cae enfermo el día 20 de febrero de 1906, con escalofríos, dolor de cabeza, ronquera y tos bronca. Permanece dos días en este estado, por lo que solicitan mis servicios.

Examinado el enfermo diagnostico que padece una laringitis ca-

tarral aguda: las adenitis cervicales son escasas, la fiebre de 38'5 y no hay placas laríngeas ni faríngeas, por lo que deshecho cuando menos de momento la idea de difteria.

Sometido al tratamiento corriente de una laringitis catarral aguda, continuó en igual estado durante los días 22 y 23 de dicho mes. En la tarde de este día último, el enfermo ya disfónico presenta más acentuada la ronquera; y la tos se ha hecho también de timbre más grave.

Respira con algo de dificultad. Le examino con el laringoscopio nuevamente y percibo la mucosa laríngea muy roja é inflamada. Las cuerdas vocales están muy engrosadas. No hay placas diftéricas; sin embargo prescribo una inyección de 20 centímetros cúbicos de suero Roux.

A las tres de la mañana, me avisan que el niño ha sufrido una considerable agravación, pues respira con gran dificultad.

Acudo rápidamente y lo encuentro con intensa dispnea, tiro acentuado y retracción abdominal respiratoria. No ceden estos síntomas con la aplicación de compresas calientes en las regiones supra é infrahioideas y otros recursos terapéuticos; en vista de lo cual y de que comenzaban á acentuarse los signos de la intoxicación carbónica, procedo á la *intubación de su laringe*.

Para llevarla á cabo, practico haciendo uso de *mi instrumental*, por vez primera en el vivo, *mi método de la intubación articulada*.

Hago primero sujetar la cabeza y extremidades torácicas y abdominales del enfermo. Coloco el abre-bocas. Una vez realizado todo esto, cargo el *introductor*, sin la lámina trapezoidea, con el tubo correspondiente, provisto del hilo fiador.

Sentado frente al niño introduzco en su boca mi dedo índice izquierdo, para buscar la epiglotis.

Hallada ésta, cojo con la mano derecha el introductor, provisto de su tubo y siguiendo la técnica *de mi método articulado* logro colocar rápidamente el tubo en la laringe, al primer intento.

Este acierto tan exacto ¿debía achacarlo á la bondad de mi método y aparato, ó á que se trataba simplemente de un caso de intubación fácil, en el que tanto el *Método rígido* como el *articulado* proporcionarían siempre un éxito?

Esta duda asaltaba mi espíritu, cuando un accidente acaecido al enfermo vino á aclarármela como luego se verá.

El niño con su tubo laríngeo colocado, se tranquilizó, respirando en buenas condiciones por el mismo. Transcurrió en este estado todo el día. A las once de la noche, tomando un poco de leche, se atraganta, le dá un fuerte acceso de tos y arroja el tubo.

Me avisan enseguida. Encuentro al niño que respira con dificultad. Observo un rato para ver si la dispnea aumenta y en este caso reintubar.

A los 15 minutos de estar yo á su lado, sufre un fuerte acceso de dispnea, que me induce á practicar la reintubación.

Mientras estoy preparando el introductor, se me ocurre ensayar esta vez con él, la *intubación por el método rígido*.

Empleo, haciendo uso de mi aparato la técnica clásica, y necesito realizar tres intentos para lograr la introducción del tubo. Felizmente, consigo al tercero, colocarlo.

Prescribo una inyección de 10 centímetros cúbicos de suero Roux.

El enfermo se tranquiliza al poco rato, disminuyendo prontamente la dispnea.

La fiebre comenzó á descender poco á poco el día siguiente. A los tres de la segunda intubación expulsó nuevamente el tubo; como respiraba en bastantes buenas condiciones, consideré innecesaria la reintubación.

En los días sucesivos fué mejorando prodigiosamente hasta su completa curación.

Dos hechos importantes hay que estudiar, á nuestro juicio, en este caso clínico: que son: 1.° *la comparación entre la intubación por el método rígido y por el articulado;* y 2.° *la naturaleza* de esta laringitis aguda, clínicamente catarral no específica.

Del primer asunto, los hechos dicen mucho más que todos los razonamientos. Con el *método articulado, en efecto, se intubó al primer intento; con el rígido, al tercero*. El médico y el enfermo no variaron; sólo lo hizo el método de intubación. De donde se deduce, que comparando las facilidades que el primero presta al médico, con las que le proporciona el segundo, elijamos siempre aquél en lugar de éste.

El otro asunto digno de fijar en él la atención, es, la naturaleza

de la laringitis. Clínicamente, no tenía más apariencia que la de una forma catarral aguda intensa no específica. Como había predominio en la inflamación de las cuerdas vocales sobre el resto de la mucosa laríngea, los síntomas estenósicos no se hicieron aguardar.

Membranas no existieron; ni salieron fragmentos de ellas en el tubo, tanto en su primera como en su segunda expulsión. Yo, á pesar de todo esto, prescribí, además del tratamiento corriente de las laringitis agudas, dar inyecciones de suero Roux. ¿Por qué lo hice? Por la sencilla razón de que demostrada como está su inocuidad, y dado el gran polimorfismo con que se presentan en la Clínica, tanto las anginas como las laringitis diftéricas y no diftéricas, preferí pecar de precavido, que no de descuidado.

Lo interesante y satisfactorio fué, en suma, que el enfermito curó, y curó bien, sin quedarle como recuerdo ó vestigio de su laringitis, más que una ligera disfonia, la cual desapareció á los 15 días de expulsar por segunda vez el tubo.

DR. VÍCTOR MARÍN Y CORRALÉ.
Médico de la Beneficencia Menicipal de Zaragoza.

Aplicaciones de la topografía visceral intra-abdominal

AL DIAGNÓSTICO Y Á LA TERAPÉUTICA

Los quistes del mesenterio, vasculares, parasitarios, congénitos; los tumores sólidos, benignos y malignos, no obstante los signos capitales, con frecuencia se confunden con los del ovario y para-ovarios, con los fibromas uterinos, con el riñón móvil, con un humor hepático y hasta con un embarazo. Recordaremos que Hartman se propone el empleo metódico del plano inclinado para el diagnóstico de los tumores abdominales, y dice: *Los tumores que nacen en la parte superior del abdomen, y descienden hacia la excavación, vuelven á su punto de origen cuando se eleva la pelvis.*

Entre los tumores mesentéricos y los que radican en la cara inferior del hígado, con sonoridad anterior, también puede establecerse el diagnóstico, atendiendo á que los actos respiratorios inmovilizan los hepáticos y no influyen en los mesentéricos, y éstos pueden circunscribirse y moverse por la palpación, lo cual no se puede conseguir en los hepáticos post-epiplóicos.

Desde luego hay que repetir que los tumores de esta región, como los formados en las otras del abdomen, que llegan á llenar toda la cavidad, los datos topográficos no permiten establecer el diagnóstico con la debida precisión.

Los tumores de la tras-cavidad de los epiplones, se forman detrás del colon transverso, en el tejido conectivo que circunda el trípode arterial celiaco y el plexo solar. La profundidad de la región, la vecindad con el hígado, con el bazo, con el riñón y con el mesenterio, hacen difícil el diagnóstico diferencial. La forma prominente hacia adelante de esa clase de tumores, la sonoridad anterior, y los dolores que producen por las presiones y distensiones sobre el plexo solar, y sus derivados, son los síntomas culminantes en que se funda el diagnóstico. Pero hay que reconocer que los tumores de dicha región, son de los que se comprueban por la laparotomía exploradora, sorprendiendo al operador que al intervenir supone tratar una neoplasia renal, mesentérica, hepática ó pancreática.

Los tumores que radican en el páncreas también son profundos con sonoridad anterior. Si son pequeños pasan desapercibidos, porque son poco acentuados los signos clínicos; y si son voluminosos se confunden con los que radican en las vísceras colindantes. La situación en la línea media hace confundirlos con los mesentéricos, pero la fijeza de aquéllos y la movilidad de éstos es duda de probabilidad para diferenciarlos. La esteatorrea es un síntoma que hace suponer que el origen de la neoplasia es el páncreas, pero como dicho síntoma es efecto de la falta del producto de secreción de dicha glándula en el intestino, y como puede suceder por la compresión y atrofia de la víscera por un tumor desarrollado en la vecindad, no puede conceptuarse síntoma patognomónico para el diagnóstico.

El tumor canceroso del páncreas falta á menudo y cuando se le aprecia, más bien que tumor hay una marca representada que ocupa varios órganos y ganglios, con adherencias y productos inflamatorios efecto de su propagación. El tumor de origen pancreático está situado en algunos casos entre el hígado y el ombligo, lo que permite di-

ferenciarlo de un tumor del estómago; y entonces puede confundirse con procesos de las vías biliares.

La desgarradura del páncreas y principalmente de sus vasos, son el punto de partida de hemorragias abundantes, que constituyendo foco enquistado, forman los quistes traumáticos ó pseudo-quistes, que asociados al jugo pancreático, si se produjo lesión del conducto excretor, sólo los antecedentes y la rapidez en la formación pueden inducir al diagnóstico. Un error de diagnóstico condujo en 1881 á Carlos Rokitansky (hijo) á inaugurar la cirugía del páncreas, practicó la laparotomía con el objeto de hacer una ovariotomía y sorprendido con que tenía origen en el páncreas terminó la operación. Desde entonces han sido varias las extirpaciones por numerosos cirujanos, pero en la mayoría de casos sin diagnóstico previo; únicamente Guseubaner, Senn, Kocher, Subotier, y Albert operaron con diagnóstico directo, antes de la operación.

Los quistes tienen origen en todas las regiones de la glándula, pero preferentemente en la cola; y si son únicos llegan á ser voluminosos, de forma redondeada, de superficie lisa, con atrofia del tejido glandular, y pasando entre el estómago y la cola se halla recubierto por el epiplon mayor, que le separa de la pared abdominal.

También interesa desde el punto de vista operatorio, los cambios introducidos por el desarrollo del tumor en la colocación de los vasos; se han encontrado los vasos esplénicos por delante y por detrás del tumor, en otros casos se ha hallado muy dilatada la vena y delante del quiste los vasos mesentéricos superiores y la vena coronaria estomáquica.

Los tumores sólidos del páncreas, benignos ó malignos, en raros casos se evidencian por fenómenos objetivos; tan sólo se revelan si son malignos, por desórdenes digestivos, por una ictericia intensa y permanente, por la dilatación de la vexícula biliar, por la desnutrición y demacración rápida, por el dolor local y en tales casos cabe dudar si es primario ó consecutivo.

Todo lo indicado y más las adherencias con el estómago, el color, la vena cava inferior, el epiplon y hasta la aorta se llega á conocer con la laparotomía exploradora. Téngase presente, como dice Albert, al estudiar la cirugía abdominal, *que el conocimiento y tratamiento de los procesos del páncreas, es último hijo de una madre tan fecunda.*

En las regiones iliacas se desarrollan aneurismas, linfo-adenomas, sarcomas y cánceres secundarios, cuyo diagnóstico ofrece pocas dificultades, aunque conocemos casos en que se ha confundido un proceso infectivo con un aneurisma y un cáncer con un abceso. Los tumores que radican en el intestino, cuando forman eminencia apreciable á simple vista ó al tacto, se desarrollan en las paredes, ó son efecto de cuerpos acumulados en su interior. Ya sean cánceres, que es lo frecuente, ó tumores benignos, son de poco volumen, pero como están en inmediato contacto con la pared anterior, en la generalidad de los casos se pueden limitar por el tacto, y comprobar por la percusión ligera, que dá sonido macizo, y sonoridad cuando se practica fuerte; además que por su sonoridad, los hallamos en parte distinta de un dia á otro, si proceden del intestino delgado. Los tumores del ciego son menos movibles que los de la siliaca. Los fenómenos subjetivos, el dolor localizado y los síntomas de estenosis intestinal, contribuyen al diagnóstico con otros signos clínicos propios de cada proceso. El acúmulo de excremento en el ciego ó en la ese iliaca, pueden simular un tumor duro, consistente, movible, confundible con quistes dermoideos del ovario, ó con fibromas intra-abdominales pediculados. Algunos casos en que hemos intervenido nos han enseñado la dificultad del diagnóstico diferencial, cuando la observación se hace á la ligera. La astricción de vientre que caracteriza el tumor fecal, se atribuyó por un distinguido cirujano, al aplastamiento del intestino producido por un tumor fibroso intensivo; la operación evidenció el error, no había tal tumor, era una estenosis intestinal orgánica la que dió lugar al tumor fecal y á los síntomas de obstrucción interna. Los antecedentes, las alteraciones funcionales, el estado general, las irrigaciones intestinales y los purgantes, contribuyen á fijar el diagnóstico.

Terminaremos recordando el diagnóstico diferencial de las tumefacciones de la tiflitis y de la apendicitis.

Mientras se ha llamado tiflitis á la apendicitis, mientras se ha creído que todas las lesiones recaían en el ciego, la terapéutica ha sido exclusivamente médica. Así se explicaba Talamón en 1888, porque hasta el 1892 no se ha precisado el proceso clínico de la apendicitis. La cirugía del apéndice es por ello reciente, haciendo rápidos progresos, pero hay que convenir que en muchos casos se ha intervenido de una manera sistemática, que tal vez hubieran curado

sin operar. Pero tiéndase por la expectación á todo trance, indíquese la intervención en cuanto se diagnostica la apendicitis, hágase la operación precoz, en frío ó en caliente, necesitando siempre el cirujano y el médico conòcer la topografía para diagnosticar y para acordar la terapéutica, y si procede la intervención antigua, para convenir el procedimiento adecuado á las alteraciones producidas por el proceso.

El tumor que produce la tiflitis estercorácea, puede dar lugar á dudas; pero con un poco de atención se descubren sus caracteres especiales. Examinado el paciente en decúbito supino, se presenta la región iliaca derecha ligeramente abombada, la piel tirante y por la palpación se puede apreciar que la tumefacción es limitada, larga, en forma de morcilla, siguiendo la dirección del intestino ciego, lisa ó abollonada, depresible á veces y siempre dolorosa al tacto; resultando á la percusión con sonido macizo.

Hoy, y desde 1883, se conceptúa que la apendicitis cecal es el origen de todas las inflamaciones, ó por lo menos de la inmensa mayoría de las pericecales; y como uno de sus síntomas es la de tumuración local, frecuentemente surgen dudas para su diagnóstico.

Confundida con salpingitis y cohexistiendo con un embarazo de tres meses, fué confundida con un quiste ovárico; pero más frecuente es la confusión con la estrangulación intestinal interna, aunque es raro que los síntomas de oclusión sean absolutos, y la emisión de gases, con algunas materias, inducirán á diagnosticar la inflamación del apéndice.

La tumefacción del apéndice, que aparece después de 24 á 48 horas de dolores, está en el mismo sitio donde el dolor tiene su mayor intensidad; es de variable tamaño, en la generalidad de los casos sin contornos precisos, y más parecido á hinchazón pastosa que á verdadero tumor. La percusión, en vez de sonido más ó menos oscuro, en ocasiones dá sonido claro, debido á cierta cantidad de gases, que provienen directamente del intestino por rotura, ó se produce por descomposición de líquidos patológicos.

El abultamiento local, la resistencia circunscrita, con macicez en la fosa iliaca derecha, con el síntoma de Hac-Burney (ó sea con dolor á la presión en el centro de la línea que une el ombligo y la espina iliaca antero-superior) y los síntomas consecutivos generales, no son bastante para el diagnóstico de la peritiflitis supurada;

hay que investigar el síntoma de Roux, cuando el ciego y el colon ascendente no contiene nada de excremento, tanto que la percusión dá un sonido timpánico, y sin embargo por la palpación se percibe cierta dureza é infiltración consistente como el carbón húmedo, que es siempre señal de que hay pus.

Vamos á terminar este capítulo y todo lo referente al tema propuesto, ocupándonos de las aplicaciones que del conocimiento del hipogastrio se deducen al diagnóstico de los tumores y otros procesos de dicha región.

La región del hipogastrio, última de las convencionales admitidas en el abdomen, normalmente es sencilla, pero estando en el límite con la pélvis, los órganos contenidos en ésta, aumentados de volumen fisológica ó patológicamente, invaden las regiones inferiores del abdomen. Procesos neoplásicos de origen superior ó inferior al hipogastrio, se hacen aparentes en el mismo; y todo ello contribuye á constituir anatomía topográfica patológica de dicha región, variada y complicada que es causa de dificultades para hacer el diagnóstico, principalmente de los tumores procedentes del útero, del ovario, de la trompa de Falopio ó del para-ovario.

Los tumores más frecuentes que proceden del ovario son los quistes, y como raros son los tumores fibrosos, el sarcoma y el cáncer. Sin entrar en el terreno de la patología quirúrgica recordaremos que siendo variables en volumen los tumores ováricos, su diagnóstico topográfico no es fácil en todos los casos. Ante una tumefacción abdominal inferior surgen las preguntas ¿es tumor?, ¿es grasa acumulada en la pared abdominal?, ¿es embarazo?, ¿es una dilatación de la vejiga urinaria?, ¿es ascitis?

La percusión en muchos casos basta para hacer el diagnóstico. En estado normal son sonoros el hipogastrio, las regiones iliacas, los vacíos, la zona umbilical y parte de la epigástrica, por la percusión de los órganos huecos del aparato digestivo. Si se trata de una ascitis, habrá abultamiento abdominal pero aplanado, en decúbito supino, y los intestinos flotantes harán sonoras las partes más elevadas del abdomen y mates los declives, cualquiera que sea el decúbito.

Cuando existe tumor ó derrame enquistado, en la parte baja del abdomen las zonas mates ocupan regiones distintas según el origen del tumor, y las zonas sonoras cambian, conforme aumenta el volumen del proceso; pero como ni los quistes ni los tumores gozan de

la movilidad y libertad de una ascitis, las zonas mates y sonoras serán las mismas cualquiera que sea el decúbito que adopte la enferma.

Cuando la ascitis coincide con el tumor, y prepondera el líquido de aquella, la existencia de la neoplasia puede presumirse por los síntomas generales si el tumor es proceso maligno en estado de difusión. Cuando el tumor es grande y el líquido ascítico escaso, pasa desapercibida la complicación del derrame peritoneal.

Cuando la cantidad de líquido ascítico es grande, corto el mesenterio, y están vacíos los intestinos, se reunen circunstancias que hacen muy difícil diferencial los tumores de la ascitis; pero como ésta es síntoma mecánico de procesos hepáticos, nefríticos ó cardiacos, la clínica aporta datos para precisar el diagnóstico en esos casos dudosos en que la topografía patológica no es bastante para conocer el proceso directamente.

Comprobado que existe un tumor en el hipogastrio hay que averiguar su origen. Si ocupa casi toda la cavidad del abdomen y la percusión demuestra haber una zona sonora entre el tumor y el hígado, hay que eliminar esta víscera como origen del mismo. Si la macidez es completa en la parte anterior hay que descartar el origen renal, mesentérico, tras-cavidad y pancreático. Si el tumor llega á la pelvis dejando en la parte inferior un espacio por donde la mano puede limitarlo, hay que suponer que su procedencia es superior, hepática en la mayoría de los casos, á no ser que sea un tumor ovárico con pedículo muy largo y delgado. Si el tumor se puede circunscribir por la palpación, y conserva la forma normal, aunque aumentada del bazo, el diagnóstico de su hipertrofia es fácil.

Cuando los tumores son gigantes y ocupan todas las regiones, ya dejamos indicado que el diagnóstico en tales casos es imposible.

Por exclusión hemos formado el juicio acerca del origen del tumor, y convencidos que procede de órganos intra-pelvianos, hay que averiguar si es ovárico ó uterino.

Cuando á simple inspección vemos que el tumor está desarrollado en un lado del abdomen, suponemos su origen ovárico ó paraovárico. Practicando el tacto bi-manual, si los movimientos comunicados al tumor no los distingue claramente el dedo aplicado sobre el cuello uterino, se adquiere un dato importante para confirmar nuestra primera impresión.

La macidez absoluta en toda la superficie del tumor con sonoridad superior, es uno de los signos diagnósticos más importantes de los tumores ováricos.

Después los antecedentes fisiológicos y patológicos, la apreciación por la palpación de la forma lisa ó abollonada del tumor, de su consistencia, la investigación de la existencia ó falta de la fluctuación, permitirá reunir datos para afianzar el diagnóstico.

Los quistes del ovario se ven por el desarrollo del vientre, por su situación lateral, se aprecian por la palpación y la percusión; pero la adiposidad parietal, el timpanismo, los tumores fantasmas los simulan, y reconocida la existencia real del tumor, surgen problemas de diagnóstico diferencial con tumores de otros órganos ó con el embarazo.

Siendo tumores que crecen de abajo arriba, pueden confundirse con la distensión vexical, que con el cateterismo cesa el error; con el hematoma, que por su modo de desarrollarse y sus causas llega á diferenciársele; con los fibromas uterinos por la falta de hemorragias en los quistomas; del embarazo por los síntomas evidentes de la preñez y sabiendo esperar; y en caso de embarazo ectópico, por los antecedentes y signos físicos que luego recordaremos.

La diferenciación de un tumor sólido ovárico con el procedente del útero, no siempre es fácil, porque la exploración manual que antes indicamos como medio diagnóstico, halla el tumor adherido ó enclavado en la pelvis, y su movilidad es obscura ó nula; ó porque siendo uterino sea mixto infiltrado de líquido, haciendo suponer la comprobación de la fluctuación que es un quistoma ovárico. En tales casos la exploración cruenta es la que aclara el diagnóstico.

La confusión del tumor ovárico con el embarazo se ha repetido en muchos casos. Profesores hábiles y prácticos han cometido errores, dispensables cuando hay procesos concomitantes. La falta de menstruación, los movimientos fetales provocados por la palpación, los ruidos cardiacos apreciados por la auscultación y la configuración del supuesto tumor, inducirán al diagnóstico del embarazo. En caso de duda, la prudencia aconseja suspender toda intervención cruenta hasta pasado el término natural del embarazo.

Cuando á la vez que el quistoma ovárico hay embarazos, las dificultades aumentan; sólo una continuada y atenta observación, puede llegar á sentar el diagnóstico. Los quistomas ya voluminosos que se

complican con el embarazo, no se diagnostican porque la paciente contribuye á la confusión.

Dos casos de laparo-ovariotomía en que hemos intervenido, nos han sorprendido con la existencia de embarazos que la paciente ni sospechaba; y sin embargo, en uno llegó á término, y en el otro se produjo el aborto, pero en ambos se curó la operada.

Cuando el abultamiento uterino por el embarazo, y el tumor ovárico pequeño se observan aislados, el diagnóstico es fácil por la inspección y por el tacto.

El hidramnios sin antecedentes exactos puede confundirse con el quiste ovárico unilocular, por constituir ambos tumor liso más ó menos voluminoso, fluctuante, macizo, con unión inferior. Tan sólo la apreciación de dureza ó blandura alternativa, en una parte ó en la totalidad de la masa tumoral, podrá inducirnos á suponer que se trata del útero distendido.

La hidropesía del útero, proceso raro, no es confundible con un quistoma, porque la observación permitirá en tal caso ver la obliteración del cuello uterino, y la existencia de tumor fluctuante formando unidad con el cuerpo del útero.

Las peritonitis enquistadas inferiores, consecutivas al parto, son difíciles de diagnosticar por fenómenos objetivos, sólo los antecedentes referentes á su formación, y la exploración cruenta contribuyen al diagnóstico algunos casos.

El embarazo ectópico, ovárico, tubario ó abdominal antes del quinto mes, presenta signos muy vagos para diferenciarlo del uterino. La falta de precisión en los signos racionales del embarazo, la aparición de un tumor ovoideo, el retardo é irregularidad de la menstruación, algunas peritonitis local por rotura de la bolsa ectópica, inducen á sospechar.

Después del quinto mes se puede apreciar el aumento de volumen del abdomen lateral; por la palpación pueden reconocerse las diversas partes del feto y por la auscultación sus latidos cardiacos, y reconociendo el útero, se podrá apreciar la diferencia de su cuello ante los progresos del embarazo, su desviación lateral y su estado de vacuidad. Muerto el feto después del quinto mes, aumenta rápidamente el quiste, seguido de supuración, reabsorción ó momificación y en ocasiones se forman depósitos calcáreos en sus paredes, constituyendo un lithopedian, el cual puede quedar silencioso durante muchos años sin provocar accidentes graves. Y, no habiendo antecedentes claros y precisos, tales estados, principalmente el último, pueden conducir á suponer se trata de un fibroma, de un quiste dermóico ó de otro tumor intra-abdominal de crecimiento ascendente.

Es frecuente indicar una operación para curar un quistoma ovárico y hallar un quiste fetal, pero el cirujano prudente interviene cuando pasa el término del embarazo y ha comprobado que el útero está vacío.

Cuando el ovario y la trompa unidos por un proceso inflamatorio peri-uterino forman una masa indurada, pegada á veces á la pared abdominal anterior, caracterizada por un tumor de extrema dureza, se sospecha la existencia del tumor fibroso, que sólo los antecedentes constituyen el principal elemento del dignóstico diferencial.

Los tumores implantados en las trompas de Falopio, difieren de los ováricos por los síntomas, pero generalmente el diagnóstico se precisa en el acto operatorio.

Los tumores uterinos voluminosos corresponden al abdomen porque traspasan al estrecho superior de la pelvis.

Los fibromas uterinos que evolucionan hacia el abdomen, intersticiales, sub-peritoneales y pediculados, constituyen grandes tumores que á simple vista se ven bombeando hacia adelante la cavidad. Se confunden á veces con un embarazo y con todos los tumores abdominales, pero el curso del proceso, las alteraciones funcionales que ocasionan, los medios de exploración y la laparotomía, constituyen los medios de disipar las dudas.

Con los datos de anatomía topográfica, clínicos, observación y exploración no cruenta, podremos en la mayoría de los casos afirmar la existencia de un tumor intra-abdominal y señalar su origen; pero lo referente á su naturaleza, extensión, adherencias, y complicaciones, son detalles que los presumimos antes de intervenir.

La laparotomía exploradora es admitida en la época actual para conocer el proceso en lo referente á su emplazamiento, naturaleza y extensión, y si de la observación directa resulta clara oportunidad operatoria, se procede á la inmediata intervención activa. Esa clase de operaciones que no fueron concebidas, han resultado á consecuencia de errores de diagnóstico, y hoy es clásica, pero no debe

practicarse si no hay datos de la probabilidad de la existencia de un proceso intra-abdominal, si no es inocente y útil.

Será inocente si se hace aséptica, pero esto no es bastante, porque aunque Lawson-Tait dice que *en todos los casos de enfermedad del abdomen ó de la pelvis, en los cuales la salud está perdida ó hay peligro de vida, no siendo el estado de la enferma debido con toda evidencia á una afección maligna, es necesario hacer una exploración de dicha cavidad;* nosotros entendemos que el operador prudente no debe decidirse sin dato alguno de la existencia de proceso, porque la operación aventurera expone á perder sin utilidad.

Admitida la laparotomía exploradora en los casos dudosos para hacer el diagnóstico y hacer lo que fuera necesario, aunque los procesos disloquen ó alteren los órganos, el conocimiento de la topografía visceral abdominal es preciso para diferenciar las partes, por su conformación y posición relativa.

Todos los que comenzaron á operar en el interior del abdomen, recuerdan las vacilaciones que experimentaron para distinguir las membranas normales de los procesos, los pedículos de los tumores de trozos de intestinos retraídos y adheridos; algunos recuerdan que por no conocer los vínculos normales de unión de las vísceras, dejaron sin practicar ligaduras, lo cual motivó hemorragias consecutivas; algunos, confundiendo órganos huecos con procesos macizos, produjeron heridas que hicieron complicada la operación, y la mayoría practicaron las operaciones con suma lentitud, perjudicando el éxito operatorio, por carecer de los conocimientos completos de anatomía topográfica para operar con seguridad y rapidez.

La cirugía del abdomen, como la de otras importantes secciones del organismo, exige ciencia y arte, aquélla para diagnosticar y ésta para ejecutar, y ambas cosas no se adquieren en esas rápidas excursiones por el extranjero; la experiencia personal es la que llega á aquilatar los conocimientos teóricos y prácticos.

De lo expuesto deducimos que la topografía visceral es precisa para el cirujano y éste no adquiere seguridad ejecutiva hasta que por repetidas operaciones no llega á sentir la anatomía viva normal y patológica: por lo que las operaciones magistrales en el interior del abdomen sólo las practican bien los Cirujanos científicos con larga experiencia, y si algún éxito alcanzan los que atrevidamente se lanzan

á la práctica de la alta cirugía, sin las condiciones y preparación debidas, es debido á la Diosa Casualidad, que ningún médico prudente debe invocar.

DR. D. FRANCISCO ARPAL Y DAINA
Catedrático de Operaciones en Zaragoza.

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LA ALBUMINURIA ORTOSTÁTICA

Nada de nuevo tiene el asunto que voy á exponer en el presente trabajo, pero sí mucho de interesante para el clínico que en la mayoría de los casos no se preocupa mucho y á veces nada del laboratorio y no tiene en cuenta los grandes problemas que en él se resuelven y que es necesario no separarlo nunca de la clínica, como podremos demostrar en el transcurso de nuestra conferencia.

Albuminuria.—No se trata de una entidad morbosa, sino de un síntoma que se presenta en algunas enfermedades y en especial en las nefritis.

Antes de todo quiero decir dos palabras de la albuminuria fisiológica, pues es asunto este muy discutido y que la mayoría de los autores andan desacordes, pues mientras unos, entre los que se encuentran Finol, Capitán y sobre todo Senator, afirman en absoluto la presencia de la albúmina en estado fisiológico, Lecorché y Talamón por el contrario, la niegan.

Las experiencias practicadas por los defensores de la albuminuria fisiológica, tienden á demostrar la presencia de esta sustancia sulfuro-azoada en las orinas de individuos en perfecto estado de salud, y reconoce como causa de esta albuninuria, el género de vida, alimentación, el excesivo ejercicio muscular, las grandes emociones, etc.

Lecorché y Talamón, al demostrar lo contrario, se fundaron en que la orina no es un líquido de trasudación como ocurre con el líquido céfalo raquídeo seroso, etc., sino que para que se demuestre la presencia de la albúmina en la orina, es necesario que el glomérulo

esté lesionado y creen estos autores que, cuando en algunas orinas de individuos al parecer en buen estado de salud, se demuestra la reacción de la albúmina, ó estos individuos han padecido anteriormente alguna enfermedad, ó estamos al frente de un enfermo sano en apariencia ó por lo menos no hay integridad en su glomérulo y por tanto, su riñón no está en perfecto estado fisiológico.

Existe una albuminuria muy interesante y que ha sido motivo de grandes discusiones por parte de los clínicos de estos últimos tiempos y que se conoce con el nombre de *albuminuria ortostática*.

Postural albuminuria de los ingleses ó albuminuria ortostática de Teissier, es una modalidad clínica que consiste en la presentación de albúmina en las orinas de los individuos que durante cierto tiempo han estado sometidos á la posición de pié.

Durante muchos años, la albuminuria ortostática, ha sido considerada como una infección especial, de patogenia desconocida hasta el día, diferente por su mecanismo y naturaleza de las diferentes albuminurias hasta hoy conocidas, y que estudiándola en unión de las albuminurias intermitentes, puede observarse su presencia con relativa frecuencia, estas albuminurias se ha podido ver que se presentaban únicamente durante la posición de pie y que por el contrario desaparecen por el cambio de la posición vertical por la horizontal.

En las numerosas observaciones que de esta albuminuria se han hecho, se ha podido descubrir por el estudio fisiológico, trastornos de la función renal, ligeros, pero tan marcados como los que se presentan en las nefritis infecciosas; además, por otra parte, la observación clínica revela con alguna frecuencia en los antecedentes del enfermo, una enfermedad infecciosa con determinación renal más ó menos evidente. Parece pues que, entre la albuminuria ortostática pura y la nefritis infecciosa hay una serie de transiciones insensibles. Aubertin ha observado el hecho, del paso de una á otra, demostrando que, en el curso de las nefritis escarlatinosas, podía la albuminuria por cierto tiempo tomar el tipo puro y francamente ortostático, después del cual puede desaparecer completamente y de una manera definitiva, persistir durante más ó menos tiempo con los mismos caracteres ó bien puede hacerse continua y evolucionar hacia el mal de Bright y por fin termina diciendo este autor, que todas las albuminurias ortostáticas pueden ser sintomáticas de una lesión renal más ó menos latente.

Sin embargo, Teissier estudia la verdadera albuminuria ortostática sin lesión renal y sin cilindros en la orina, aunque estos casos son muy escasos. Bien es verdad que por lo general nos cuidamos muy poco de hacer análisis de orinas, que si nos tomáramos todos los que vemos enfermos esa pequeña molestia, nos evitaríamos en muchos casos grandes errores de diagnóstico y veríamos que algunos enfermos, aunque no lo parezcan, son albuminúricos, dato que la mayoría de las veces es interesante.

Pero si bien es verdad que la albuminuria ortostática pura y verdadera existe pocas veces, en cambio los tipos mixtos son más frecuentes, pues los trastornos de la digestión, el trabajo cerebral, la fatiga, etc., combinada con la estación de pié, son susceptibles en algunos casos de provocar la albuminuria.

Por otra parte es bien sabido el hecho de que la albuminuria, cualquiera que sea su origen, se aumenta por la marcha y la fatiga.

¿Cuál es la naturaleza y el mecanismo de la albuminuria ortostática?

Según las experiencias de Nussbaum y Overbeck, la estación de pié por la acción de la gravedad, crea una dificultad circulatoria para el riñón, y que este retardo que de ello resulta en la corriente sanguínea, favorece la trasudación de la albúmina á nivel del glomérulo, pero Aertrand cree que para que la albuminuria se produzca, es necesario que la posición de pié vaya acompañada del ejercicio; el ejercicio muscular vendría á actuar de esta manera atrayendo hacia los músculos una cierta cantidad de sangre y esta derivación de la corriente sanguínea ocasionaría el atascamiento en el sistema cava, y como resultado de ello la presentación de la albuminuria.

Teisier interpreta los hechos de diferente manera. Según sus observaciones, para que se presente la albuminuria ortostática se necesita: un elemento congestivo, otro catarral y una influencia nerizosa.

El elemento congestivo se puede probar claramente en las jóvenes durante el período menstrual, que puede observarse en las que presentando albuminuria intermitente en los días que no tienen las reglas, se hace permanente en los días que éstas se presentan. El elemento catarral se deduce por la presencia en las orinas de moco urinario y núcleo-albúmina. La influencia nerviosa estudiada también por Marklen la deducen estos autores por el hecho de que la mayor

parte de los individuos por ellos estudiados, tenían una herencia neuropática. Estas observaciones han hecho considerar la albuminuria que estudiamos, como una manifestación congestiva de orden neuropático.

En un caso observado por Mexy que presentaba cianosis de las extremidades y disminución de la presión arterial, se notaba la presencia de albúmina cada vez que el individuo tomaba la posición vertical, la cantidad de albúmina era de dos á tres gramos y tenía la particularidad de que era mas acentuada en la primera parte del día. Por lo demás, desconoce la causa de esta albuminuria.

Courcous en una joven de 16 años que á los siete padeció escarlatina y en la época del crecimiento nefritis, y despues de la desaparición de todos los síntomas pudo observar que cada vez que tomaba la posición del pié se presentaba la albuminuria y ésta se acentuaba durante la digestión; sometida á la prueba del azul de metileno, existió retardo en la eliminación. Por tanto la causa de esta albuminuria es probablemente la persistencia de una ligera alteración renal, dependiente de las enfermedades padecidas con anterioridad.

Como se ve, la patogenia de la albuminuria ortostálica es todavía mayor cuanto que ha sido motivo de una serie de discusiones en la «Sociedad de medicina Berlinesa» durante el mes de diciembre de 1906 y enero del presente año, en la cual, Henbuer presentó un riñón procedente de un enfermo que falleció á consecuencia de un tumor cerebral y presentaba durante la vida una albuminuria del tipo ortostático que contenía 4 % de albúmina y poco mas que en el estado normal, ácido úrico y oxálico; por otra parte se notaba la ausencia de cilindros. Las alteraciones del riñón consistían en algunas granulaciones grasosas localizadas en las células de los tubos uriníferes y un pequeño foco de necrosis en el riñón derecho.

En el pulmón pudieron comprobarse tubérculos. Este dato no carece de importancia, pues puede presentarse la albuminuria ortostática como síntoma inicial de la tuberculosis.

Senator cree en la existencia de lesiones renales y según este autor depende la albuminuria ortostática del aumento de la presión venosa que tiene lugar desde el momento que el individuo toma la posición de pie.

La causa de esta afección cree encontrarla en una nefritis anterior consecutiva á una enfermedad infecciosa.

Laugstein.—La hace depender de una alteración del sistema vaso-motor.

Baginsky.—La considera como una enfermedad general que interesa al aparato vascular y al riñón.

Türbringer.—Estima que puede existir sin nefritis, pues habiendo sometido á los enfermos que padecían esta albuminuria á un régimen nocivo para los nefríticos, no observó alteración alguna.

Hansemanu.—La hace depender de una enfermedad infecciosa anterior.

Zouderk.—Dá una gran importancia al retardo de la circulación de la sangre en los riñones para explicar la patogenia de la albuminuria ortostática. Según el autor, la circulación está retardada por la disposición anatómica de los vasos del parénquima renal, ha comprobado la disminución del calibre de las arterias á nivel de la cápsula y la presencia de válvulas en el origen de las venas. Por la mas pequeña exageración de esta disposición normal, se puede producir un éxtasis mas ó menos acentuado, que por si solo puede producir la albuminuria. La considera, pues, esta albuminuria, como fisiológica.

Schiffer.—Cree que el corazón bajo la influencia del crecimiento rápido del organismo durante la pubertad no puede imprimir por sí mismo á la corriente sanguínea, la energía suficiente, por esta razón explica el paso de la albúmina á través del filtro renal. Para demostrarlo se funda en que, siendo frecuente en los dos sexos hasta la edad de la pubertad, á partir de esta época sólo se presenta en la mayor.

Reyher.—De las experiencias por él practicadas, deduce que es 4 ó 5 veces más frecuente la albuminuria ortostática en los tuberculosos que en lo demás individuos y por lo tanto cree que esta afección está en relación con la constitución del individuo, habiendo podido observar también en los mismos que el corazón era de pequeño volumen.

Ullmanu.—La ha comprobado en en los sujetos vigorosos y la ha visto desaparecer con la edad.

Casper.—Ha podido observar esta albuminuría con cilindruría; por tanto puede exirtir con nefritis.

Meyer.—Es partidario de la teoría de Reyher.

Ewald. — Cree que puede existir además del éxtasis venoso elemento necesario para que produzca esta albuminuria.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, se deduce que existen varias teorías para explicar la etiología y patogenia de la albuminuria ortostática—unos autores creen en una nefritis ó una infección anterior, como Senator, Hansemanu y Casper,—Reyher, Courcoux, Heubuer y el mismo Teissier, dan una opinión más elocuente é interesante, pues la consideran á la albuminuria ortostática como pretuberculosa. Heubuer y Senator, la consideran unida á una lesión renal ligera, á veces apenas imperceptible, pero que es suficiente para explicar la causa. Zudek, Meyer, Reyher, Ewald y Senator, dan la teoría de las alteraciones en la presión sanguínea. Schiffer y Ulmanu, del crecimiento, y en fin, otros autores la atribuyen á la gota, el artritismo, etc., etc., y algunos la consideran como fisiológica, mi manera de pensar en este asunto es, que lo normal, lo fisiológico, es la no existencia de albúmina en la orina, por el contrario, la presencia es lo anormal, lo patológico, más que un proceso morboso benigno sin ninguna importancia como algunos autores quieren considerarlo, creo que se trata de uno de tantos síntomas que pueden acompañar á algunas enfermedades ó que dar como secuela de alguna infección anterior, y á veces viene como anunciando la más terrible de las infecciones, la tuberculosis.

Otras veces, y esto es interesante, indica la existencia de riñón movible, y esto es debido á la serie de trastornos circulatorios que tienen lugar por la caída del riñón, que al arrastrar tras de sí las venas que de él arrancan producense acodaduras y compresiones, otras veces que pueden dar lugar al estancamiento sanguíneo, como en los casos estudiados por Mosuy y Pinilla.

Otras muchas observaciones se han hecho de la albuminuria ortostática, pero como el asunto se haría interminable, me limito á lo ya expuesto.

Clasificación. Las albuminurias ortostáticas pueden ser de tres clases; mixtas ó sintomáticas, asociadas y verdaderas.

A). mixtas ó sintomáticas.—Estas son las que se presentan como consecuencia de una nefritis infecciosa más ó menos intensa, y de antigüedad variable, que puede ser como curada en apariencia y que como único síntoma queda una albuminuria intermitente, que únicamente se presenta cuando el individuo toma la posición de pié.

A). asociadas.—Son aquellas que además de necesitar la posición de pié para que la albuminuria se presente, necesitan á su vez de

otras circunstancias, como son: trastornos digestivos, fatiga cerebral, depresión nerviosa, nefroptosis. Estas albuminurias desaparecen una vez que no existe el trastorno del organismo por el cual se producen.

A). verdadera.—Es la que además de necesitar la posición de pié para que se presente, necesita un círculo de circunstancias clínicas, que dan como resultado la individualidad de esta albuminuria. Los sujetos que la padecen, son jóvenes mal desarrollados, de peso pequeño, por lo general inferior al que tienen los individuos de la misma edad, su corazón es pequeño, tienen aplasia vascular, de ordinario la tensión arterial es baja, unos tienen con frecuencia sabañones, otros cianosis de las extremidades, etc.

Las orinas en este caso son turbias, contienen grandes cantidades de moco, sales, y en algunos casos substancias azoadas; por el contrario no se encuentran elementos figurados, sin cilindros, en cambio la permeabilidad renal está exagerada, la cual se manifiesta por una diuresis molecular.

Esta es la clasificación de Teissier; mi opinión, aunque como mía deficiente, es que las albuminurias ortostáticas son sintomáticas ó asociadas, pues que cuesta mucho creer que como algunos autores dicen, sean fisiológicas.

Diagnóstico.—En la mayoría de los casos se hace el diagnóstico por casualidad, así es que creo necesario y de gran importancia la práctica del análisis de la orina, asunto que se tiene muy descuidado y que en muchas ocasiones dá enseñanzas muy interesantes. El reconocimiento de la orina en estos casos, debe hacerse al cabo de algún tiempo después de estar de pié el individuo.

Es necesario en algunos casos, distinguir la albuminuria ortostática de la nefrítica, para lo cual Hingstan Tox de Londres, propone el procedimiento siguiente. Hace ingerir al enfermo lactato de cal, con lo cual desaparece la albuminuria ortostática aun cuando el individuo no esté sometido al reposo, por el contrario no desaparece la albuminuria nefrítica.

Por último puede ser causa de error de diagnóstico de la albuminuria ortostática, la presencia de una albuminuria prostática, estudiada por Ballenger. En efecto, analizando este autor la orina recogida después del masaje de la próstata ha podido observar que por poco que estuviera la glándula hiperemiada ó inflamada, los productos por

ella segregados contenían albúmina y serían constantes estos caracteres albuminúricos de la secreción en la prostatitis crónica. Como cuando es abundante la secreción del líquido prosático, en muchas ocasiones se derrama en la vejiga ordinaria y no aparece como podría creerse á nivel del meato bajo la forma de prostatorrea, puede con alguna frecuencia por esta razón ser causa de error la presencia de la albúmina en la orina. Por otra parte, las dos albuminurias se presentan en la estación de pie, no contiene cilindros la orina, no causa grandes trastornos al organismo.

Además de esto como los caracteres de la albuminuria ortostática consisten en que la albúmina es poco abundante y no aparece más que de una manera intermitente, ha visto en esto Ballenger una gran semejanza con lo que se observa en la albuminuria prostática, ó mejor dicho, en la prostatitis crónica, en la cual ha podido comprobar periódicamente un aumento de la secreción.

Aunque el autor no indica el medio de hacer un diagnóstico diferencial, conviene tener en cuenta este hecho, no dejando de explorar la próstata cuando estemos al frente de un enfermo que padezca albuminuria ortostática.

Pronóstico.—Contando con la existencia de la albuminuria ortostática verdadera, es de importancia fijarse para establecer el pronóstico, si se trata de esta ó de alguna otra de las albuminurias de la posición de pié.

Cuando se trata de la verdadera, el pronóstico es benigno, sin embargo, las observaciones hechas hasta el día no son muy concluyentes. No ocurre así con las sintomáticas y las asociadas, pues unas indican la tuberculosis incipiente, otras una nefritis concomitante y las más alteraciones de gran importancia en el organismo. Por eso en muchas ocasiones hay que ser prudente al hacer el pronóstico.

Tratamiento.—El tratamiento varía del establecido para la albuminuria-nefrítica, en muchos casos habrá que guiarse por la enfermedad principal y tratando ésta, trataremos á su vez la albuminuria. En primer lugar, la dieta láctea que se prescribe en la albuminuria nefrítica, debe proscribirse en la ortostática, y en este caso se dará un régimen mixto, procurando que en él entren las carnes en la menor cantidad posible, porque las toxinas de dichas carnes, producen una accion vaso-constrictora, y si á esto sumamos la misma acción

que el ácido úrico tiene en los gotosos y en los artríticos, donde se presenta algunas veces esta albuminuria, sería sumar más causas para que con mayor motivo se presentara dicha afección.

Ante todo se indicará al enfermo el reposo, estará acostado durante el período de la digestión y Teissier aconseja aplicar al mismo tiempo compresas calientes al hueco epigástrico. Debe reducirse todo lo posible el trabajo intelectual y mucho más si se trata de jóvenes en el período de crecimiento.

Se prescribirá también la estancia y el ejercicio en localidades donde el aire sea puro y es necesario en la montaña, pues ejerce una acción beneficiosa sobre la presión arterial. También pueden indicarse las aguas arsenicales ó sulfurosas, y los baños templados y los salados, pero no los del mar.

Como tratamlento farmacológico pueden indicarse, el hierro, la quina, el arsénico, la antipirina, el bromuro, y por último el lactato de cal, que así como lo hemos indicado para hacer el diagnóstico diferencial con la albuminuria nefrítica, puede utilizarse para el tratamiento de la ortostática.

DR. D. EDUARDO PASTOR,
Profesor auxiliar de la F. de M. de Zaragoza

Diagnóstico diferencial de la embolia con la hemorragia cerebral

Uno de los problemas más difíciles que la clínica puede prestar, es la diferenciación de la embolia con la hemorragia cerebral.

Tiene siempre dificultades, y es de suma importancia el carácter diagnóstico de las enfermedades del cerebro, pero aventurar un diagnóstico cierto diferencial de la embolia con su hermana gemela la hemorragia; es escollo que aun teniendo conocimiento concienzudo de los síntomas, y á pesar de multiplicidad de detalles anamnésicos que se posean, no llegan nunca á dar un juicio cierto, pues los mismos síntomas ponen en muchos casos en el camino de la duda.

«Fácil cosa es diferenciar lo distinto. Difícil distinguir los afines, más si se relacionan y compenetran.»

Y en estas enfermedades queda una vez más comprobado el aserto del Dr. Rubio, pues por más que huelga por lo clara, la diferen-

ciación de ambos procesos, existen entre ellos conexiones tales que muchas veces, el uno puede ser causa del origen del otro.

Con muy buen criterio han llegado ciertos autores á ver el diagnóstico de la embolia, fundándose en las causas que le ha dado origen, pero sucede como dice el Dr. Eichhorst, que esas mismas causas pueden producir y producen la hemorragia.

Pero antes de decir nada de lo que á diagnóstico se refiere, debo indicar en sucinto esbozo lo que son estos procesos.

La obliteración de la luz de un vaso por un émbolo que ha podido emigrar del corazón, ó de una lesión arterial, es la embolia. Si la arteria donde ha tenido asiento el émbolo, tiene colaterales por las que pueda en parte, suministrar riego á la región en que asienta, los trastornos pueden á la larga tener aparente mejoría, pero si el riego colateral no puede verificarse, en ese caso tiene que venir la necrobiosis del tejido: pero dado el poco desarrollo de las colaterales de las arterias cerebrales, resulta en casi todos los casos, por no decir en todos, impotente el reemplazamiento de la corriente sanguínea.

El sitio que tiene lugar la embolia lo han asignado á las arterias corticales, pero puede también colocarse el émbolo indistintamente en arteriolas estriadas; de aquí, que los síntomas sean en algunos casos similares á los de la hemorragia.

La irrupción de la sangre en la sustancia cerebral ó en los ventrículos á cosecuencia de la ruptura de una arteria, es la hemorragia. (Collet).

Esta es debida á arterias que atrofiando la túnica media del vaso lo colocan en condiciones en el que un aumento de tensión arterial ó una congestión que por infinidad de medios puede producirse, da lugar á la ruptura. Si bien la arteria lenticular estriada tiene la primogenitura en la lesión, no siempre es el vaso de Charcot, el que sufre la hemorragia, ni tampoco son exclusivistas al producirla las arterias estriadas; de aquí que, como he dicho antes, según el lugar donde descanse el coágulo y células nerviosas traumáticas, el cuadro clínico puede tener semejanza con la embolia.

Viéndose por lo expuesto que la sintomatología puede ser en muchos casos causa de duda en lo que á diagnóstico se refiere, veamos en qué datos se puede fundamentar la diferencia.

Traube fué el primero que de un modo preciso estableció diferencias entre la hemorragia y embolia cerebral.

Descartando como infundadas la mayor ó menor pulsación de las carótidas, la palidez ó rubicundez del rostro, vómitos, etc.; porque pueden presentarse, según las circunstancias en los dos procesos. Y sin fijar tampoco la idea de embolia por encontrar un individuo con contracturas ó por la duración más ó menos larga del coma apoplético, síntomas todos ellos de escaso valor. Estudiaremos como importante la edad del sujeto, por la predilección de la embolia en sujetos jóvenes, á la inversa que la hemorragia se presenta en edades avanzadas.

El reumatismo articular es síntoma favorable para la embolia por las condiciones en que se encuentra el miocardio para la producción de cuerpos extraños, futuros obturadores de vasos.

Pero el corazón cuando enferma tiene tendencia á hacer enfermar los vasos, de aquí que no sea difícil ver que las lesiones cardiacas, no sean sólo causa de embolia, sino también de hemorragias.

La falta de prodromos en la embolia, es dato que se observa en la mayoría de los casos.

Dato positivo y absoluto como dice el Dr. Ziemssen es la rápida resolución de los fenómenos paralíticos en los casos de embolia cerebral: es decir que hemiplegia que á los pocos días desaparece casi por completo ó por completo puede asegurarse de origen embólico.

A la afasia amnésica, así como á la hemiplegia del lado derecho, por la facilidad de la ascensión del émbolo por la carótida izquierda por nacer directamente del cayado aórtico son síntomas de valor relativo.

Si añadimos á esto, conservación de la inteligencia, dato que falta en la hemorragia ó síntomas de embolismo en otras arterias, se tendrá el cuadro completo de embolia cerebral.

LORENZO LAMBÁN FALCÓN
Estudiante de la F. de M. de Zaragoza.

VARIEDADES

Terminando en este mes las tareas Académicas del presente curso, y siendo la clase Escolar la base de nuestra publicación, quedará ésta interrumpida durante las vacaciones hasta primeros de octubre próximo, fecha en

que continuarán suscriptores y anunciantes recibiendo el periódico y publicándose los anuncios abonados.

Hallándose, no obstante, siempre abierta la Redacción, que hemos trasladado á la calle de Santiago, núm. 30, entresuelo, izquierda.

* * *

Las conferencias con opción á premio dadas el pasado mes en el «Ateneo Médico-Escolar», han sido las siguientes:

El día 6, y bajo la presidencia del Sr. Pastor, disertó el Sr. Lloro acerca de la Grippe, sentando las conclusiones siguientes: 1.° *El desarrollo y la intensidad grippal está en proporción con la relación comercial de los paises; siendo el exprés la causa de su más pronta oposición.*—2.° *El sport predispone sobre manera la Grippe.*—3.° *Las complicaciones y secuelas hacen la gravedad de la influenza.*—4.° *La intelectualidad evita la Grippe.*—5.° *El sulfato de quinina es el tratamiento específico.*

Fué objetado por los Sres. Marín, Sesé y Roncal, terminando la sesión con el resumen del presidente.

El día 13 disertó el ateneista D. Manuel Roncal, ante la presidencia del doctor Pastor, versando sobre «la uremia en los cardiacos, el edema agudo del pulmón en los mismos y una crítica de los medicamentos hipotensivos». En el período de objeciones hablaron los Sres. Marín, Sesé, Muñoz y Lloro; terminando el acto.

En la celebrada el día 15 expuso «algunas notas sobre terapéutica higiénica en las cardiopatías», el alumno interno Sr. Sesé, resumiendo su labor en las siguientes conclusiones:

1.ª *La terapéutica preventiva tiene en las cardiopatías más razón de ser que en otras muchas enfermedades.*

2.ª *El responsable de los estados asistólicos no es sólo el miocardio, sino que influyen también los obstáculos que se oponen á la circulación sanguínea.*

3.ª *Para combatir esos estados y evitarlos hay que obrar sobre el corazón periférico tanto ó más que sobre el central y á este fin es útil la aplicación de la terapéutica higiénica.*

4.ª *El método dietético de Artel está contraindicado en muchos cardiópatas, es de más general indicación la ginecomaina positiva y el masaje.*

5.ª *Si se han proclamado muchas curaciones de lesiones cardiacas por agentes farmacológicos, es porque se ha confundido la curación funcional con la anatómica.*

6.ª *El régimen alimenticio vida social y elección de clases son cuestiones que no debe olvidar el cardiaco en su higiene.*

Objetaron sobre alguno de estos puntos los Sres. Roncal, Lloro y Marín. El Dr. Pastor, que presidía, expuso atinadas observaciones sobre el importante tema objeto de la conferencia.

El día 18 el Sr. Marín y con arreglo á las conclusiones siguientes:

1.ª *Las líneas de fractura dependen de las líneas de osificación y de la dirección del agente traumático.*

2.ª *El estudio de las fracturas del codo debe dividirse en dos grandes grupos; en extrarticulares é intrarticulares.*

3.ª *La radiografía y radioscopia favorecen el diagnóstico aunque no de una manera absoluta.*

4.ª *Cuando se tema la anquilosis debe inmoralizarse en ángulo recto,* expuso con elocuencia y ayudado de dibujos y radiografías, el tema «Fracturas del codo», siendo objetado por los Sres. Cenzano y Pajes, y terminando el doctor Lozano que presidía la sesión, resumiendo los conocimientos expuestos por el conferenciante y apuntado por los objetantes.

Con el tema «Mixeda espontáneo, diagnóstico y tratamiento», volvió el mismo Sr. Marín el día 20 á demostrarnos sus conocimientos y apoyando las conclusiones siguientes:

1.ª *El mixedema debe considerarse como un sindrome más bien que como una entidad morbosa.*

2.ª *El diagnóstico es fácil en las formas completas y envuelve serias dificultades en las formas incompletas. El diagnóstico se facilitará mucho con la medicación tiroidea.*

3.ª *El tratamiento quirúrgico tiene hoy pocos adeptos.*

4.ª *El tratamiento médico comprende dos procedimientos; las inyecciones hipodérmicas y la ingestión de la glándula ó un preparado. Yo prefiero este últimо.*

Hicieron ligeras observaciones los Sres. Lloro, Pages y Muñoz, y el presidente Sr. Borobio terminó con elocuente resumen.

La última conferencia ha estado á cargo del alumno interno D. Antonio Muñoz, sobre «La anatomía de los órganos genitales de la mujer, con aplicación á la patología y de los tratamientos particulares». Los Sres. Sancho, Sesé y Roncal, hicieron algunas objeciones. Terminó el acto con un resumen del presidente, nuestro querido maestro Dr. D. Pedro Ramón y Cajal.

* * *

Se encuentra algo indispuesto, aunque afortunadamente no de cuidado, nuestro distinguido maestro el Dr. D. Juan Iranzo; á quien deseamos un rápido restablecimiento.

* * *

Han comenzado el día 4 del presente, en cumplimiento á lo prevenido en el art. 32 del Cuerpo de Médicos titulares, aprovado por Real decreto de 11 de octubre de 1904; en la Cátedra núm. 4 de esta Facultad de Medicina y hora de las cuatro de la tarde, los ejercicios de ingreso en dicho Cuerpo.

* * *

Vacantes.—La de médico de Osera, con su agregado Aguilar. Habitantes 475. Dotación 1.000 pesetas anuales y 1.250 pesetas que cobrará el que la obtenga, de los vecinos. Las condiciones en la Secretaría del Ayuntamiento hasta el día 15 del presente mes. Alcalde, D. Crispín Alquézar.

—Por destitución del que la desempeñaba se halla vacante la de Morés. Habitantes 1.188, estación de ferrocarril. Dotación anual 2.250 pesetas, más el anejo de Purroy que produce 750 pesetas. Las solicitudes hasta el día 15, al Alcalde, D. Norberto Herrero.

* * *

Boletín bibliográfico.—El número del Centenario del «Quijote», editado por la *Gaceta Médica de Granada*, que hemos recibido, es notable por la calidad de los trabajos que contiene y por estar confeccionado con verdadero gusto artístico. Se vende al precio de 2 pesetas en la Administración, calle de la Duquesa, núm. 8, Granada, y en las principales librerías. *Véase el anuncio.*

—Recibimos un ejemplar, aunque retrasado, de la Revista española de *Dermatología y Sifiliografía;* publicación mensual, cuyo director es el doctor don Luis del Portillo; calle de Cañizares, núm. 1, principal, derecha, Madrid. Un año 12 pesetas en la capital, provincias y extranjero. Agradecemos el envío y con gusto establecemos el cambio.

Tip. La Editorial, Coso, 86-Zaragoza

SUMARIO

del número del Centenario del QUIJOTE editado por la "Gaceta Médica de Granada,,

Miguel de Cervantes Saavedra. «Don Quijote de la Mancha».—Paz de Borbón. *Autógrafo.*—Julián Calleja.—Edmond Vidal.—Miguel de Unamuno. «La locura de D. Quijote».—Pr. Magalhaes Lemos.—Juan Fastenrath. «Los Centenarios del *Quijote* y de Schiller».—José Ventura Traveset. «Fragmento del Discurso sobre el *Quijote* que se leerá en la Universidad de Valencia con motivo del Centenario III de su aparición».—Max Neuburger. «Nordischer Festgruss!».—Auguste Pasquier.—E. Merimée. *Carta abierta.*—Antonio Aurelio Da Costa Ferreira. «O que me diz Cervantes».—Narciso Díaz de Escovar. «Angulo vivió en Granada.—Henri O' Shea. *Carta abierta.*—Ricardo Monner Sans.—Joseph Ferrúa. «Cervantes».—José R. Carracido. «El *Quijote* como agente terapéutico de la sociedad española».—Dr. Martín Kaufmann. «Einige Worte zu den *Novelas ejemplares*».—Amós Salvador. *Carta abierta.*—Dr. Ferrúa. «Cervantes».—Ramón Maurell. «*Don Quijote* en las aulas francesas».—Antonio Alonso Cortés.—Alcide Bonneau. «D. Quijote en el Arte extranjero».—Diego de Torres Villarroel. «La celebrada Historia de Don Quijote de la Mancha».—Antonio V. de Castro. «¡Tate, tate, folloncicos...!—Antonio López Muñoz. «La traza del buen sentido».—Rafael Rodríguez Méndez.—Faustino Rodríguez San Pedro.—Dr. Socrat. «Que discurre sobre el párrafo menos cervantino del *Quijote*».—Virgilio Machado.—Salvador V. de Castro. «Hazaña heróica del famoso caballero Don Quijote de la Mancha».

Se vende al precio de 2 pesetas en la Administración, *Duquesa, 8,* **GRANADA,** y en las principales librerías.

LOECHES LA MARGARITA

Jardines, 15, Madrid

Agua mineral natural purgante-depurativa

Curación de las enfermedades del *Aparato digestivo,* del *Hígado,* especiales de la *mujer* y todas las de la *piel.*

Más de medio siglo de uso universal en bebida y baño.