

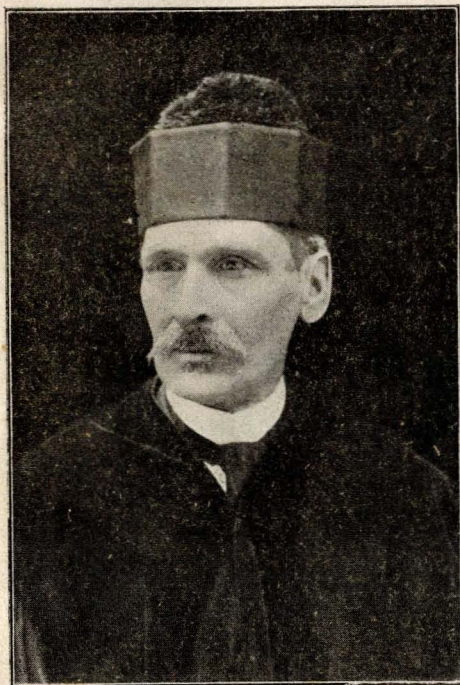


Clinica

y

Laboratorio

Revista escolar de Ciencias Médicas



Dr. Gregorio A. Garcia

Decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Algunas reflexiones sobre la enseñanza práctica de la Facultad de Medicina.

Duo sunt precipuae Medicine Cardines. Ratio et observatio.

Dos son las principales fuentes de la Medicina. La razón y la observación.

El nombre que este periódico ostenta en su primera plana, refleja bien a las claras, la importancia que sus redactores conceden a la enseñanza emi-

nentemente práctica y objetiva; idea que aunque no es nueva, por que al menos en Medicina en todas las

Donativo D^e Hornio

épocas la observación inteligente y racional ha sido el origen de todos los conocimientos médicos, se ha enseñoreado de la opinión de un modo tan absoluto que bien puede decirse que agrada á los maestros, entusiasma á los discípulos y avasalla á todos. Hasta los poderes públicos, arrastrados por esta corriente de la opinión exagerada por los modernos *intelectuales*, en sus más ó menos desdichadas reformas de la enseñanza, han obedecido á los mismos principios y marcado idéntica orientación.

Precisamente á encauzar esta simpática corriente y evitar que su exageración produzca entre nosotros graves decepciones y crueles desengaños, cuyas primeras víctimas habían de ser necesariamente los jóvenes escolares, van dirigidas estas reflexiones, hijas de más de treinta años de experiencia en la enseñanza y condensadas en el epígrafe que encabeza estas líneas.

Nuestras Clínicas y Laboratorios son grandes teatros de la observación médica que se auxilian y completan, en donde están acumulados todos los elementos necesarios para el análisis de los hechos naturales de que se ocupa la Medicina; la enseñanza reclama imperiosamente su existencia y su perfección ya que sin ellos resulta pobre y raquítica.

Pero no basta tener los medios, es necesario además saber utilizarlos racionalmente, esto es: aprender á observar, lo cual, ofrece tan grandes dificultades que sólo el llegar á ver lo que otros han visto, exige un tiempo más largo que la duración de la vida humana; por algo dijo Hipócrates: *Ars longa vita brevis*.

No basta ver enfermos, muchos enfermos, sino que es necesario observarlos y estudiarlos con cuidado y atención; hay que ir á la Clínica, al Laboratorio, al Anfiteatro anatómico, á la Biblioteca y al Museo, recogiendo cuantos datos sean convenientes al mejor conocimiento del hecho: esto es, al lado de la observación práctica el estudio y la meditación. Pueden verse muchos enfermos, pero se pueden estudiar muy pocos y esto con las mejores disposiciones naturales por parte de los alumnos, y aún después de tan penoso

trabajo sólo queda á estos un conocimiento personal propio, pero incompleto, deficiente y con frecuencia erróneo, el cual necesita del auxilio del Profesor, verdadero texto viviente, que con su experiencia y su ilustración, compara, combina y fecundiza las observaciones presentes con las que le recuerda su experiencia ó le enseñan los libros, formando verdaderas síntesis clínicas realizadas en el enfermo, cuadros llenos de exactitud, de verdad y de color que los ojos extasiados del principiante no pueden menos de admirar al compararlos con el pobre resultado de sus observaciones personales. No está todo reducido á ver enfermos, hay que recurrir á los libros en donde se encuentran recopiladas con método admirable todas las nociones adquiridas por la observación racional de cien generaciones que nos han precedido, verdadero tesoro de la ciencia que sería absurdo y ridículo abandonar, por el orgulloso motivo de no ser nuestras las observaciones.

Las ideas que acabamos de exponer á la ligera, nos permiten calcular las deficiencias que han de resultar para la enseñanza clínica, tal como hoy se halla establecida. Los alumnos carecen de la preparación necesaria para presentarse ante los enfermos, puesto que desconocen la Patología que les da la noción teórica no sólo de las enfermedades que van á observar, sino de todas aquellas que tienen alguna relación con éstas; de modo que al ocuparse simultáneamente de la enfermedad y del enfermo, ó desatienden el estudio, ó desatienden la observación. El Catedrático, obligado por las exigencias del programa, ó explica su enfermedad teóricamente, sin presentar la realización clínica de ésta en un enfermo, por cuanto la enfermedad no es un hecho experimental que pueda ser reproducido á voluntad, ó bien explica la enfermedad que sufre un individuo que la casualidad lleva á la Clínica, con lo cual ó se incurre en el defecto del abuso de la teoría, ó el número de enfermedades explicadas no será mayor que el de enfermos asistentes á las Clínicas; este procedimiento introduce el más espantoso desorden en el estudio de la Patología y

una deficiencia intolerable en su extensión, de lo cual ha de resultar una confusión de ideas en la mente de los alumnos que anonade su inteligencia, á no ser que el tiempo y el olvido destruyan aquella confusión y los curen de esta grave enfermedad de su inteligencia.

Si á esto añadimos que los pasillos de las Clínicas se hallan muy concurridos por los jóvenes escolares; pero desiertos el Laboratorio, la Biblioteca y la Cátedra, no cabe esperar buenos resultados en la enseñanza clínica.

Dr. G. N. Garcia,

Catedrático de Fisiología humana.

Oftalmías Purulentas.

Gustosísimo de cumplir un deber que considero ineludible, para todos los que pertenecemos á la clase escolar médica, me he determinado á escribir estas cuartillas, no animándome otro objeto que el de contribuir, en la medida que mis escasas fuerzas me lo permiten, á una obra de utilidad tan práctica para la clase á que pertenecemos, como la que empieza á realizarse en Zaragoza con la publicación de esta Revista médica.

Yo bien sé lo insignificante de mi concurso, pero mi buena voluntad, y mi sana intención, suplirán las deficiencias de mis conocimientos científicos, razón por la que voy á exponeros unas ligeras consideraciones, deducidas de algunos casos que prácticamente he observado en la Clínica sobre el asunto que encabeza estas líneas, en la completa seguridad de que vuestro claro juicio llenará perfectamente los no pocos defectos que hallaréis. No voy, pues, á deciros nada nuevo, ya que este es terreno vedado para mí, y sólo sencillamente me limitaré á exponer algo que considero práctico.

Entre las conjuntivitis que ofrecen gravedad, figura á la cabeza de ellas la llamada purulenta, que no sólo se presenta en el recién-nacido, aún cuando éstos nos dan el mayor número de las estadísticas, sino que también se presentan con relativa frecuencia en el adulto, comprometiendo gravemente la visión tanto en uno como en otro. No voy á hacer una descripción de la enfermedad que conocéis y que encontraréis detalladamente en obras de Oftalmo-

logía, ya que no es ésto lo que motiva las presentes líneas, y si que me atreveré á indicar algunos casos y curiosidades observadas en la Clínica y consulta pública de oftalmología de esta Facultad de Medicina.

Mas antes, permitidme que haga algunas consideraciones encaminadas á demostrar quiénes son, en general, los responsables de que esta infección se presente en la mayoría de los casos, y sobre los que debe pesar en su conciencia, muchas de las cegueras totales ó parciales que de continuo observamos, resultantes de estas oftalmías.

Gran número de los individuos que al preguntarles dicen ser ciegos de nacimiento, si investigamos la causa interrogando á él ó á su familia, veremos nos refieren que á los dos ó tres días de nacer, tuvieron los ojos enfermos, con ó sin edema de los párpados, pero con pús en su interior, y que á raíz de aquello perdió la vista. Es verdaderamente escandaloso que esto suceda, puesto que revela ignorancia extremada por parte de la familia, para atajar el mal que habían considerado como insignificante, como un *catarrico*, como suelen decirnos las madres en la consulta pública, ó bien que se han dejado guiar en la curación por la especulación y el mercantilismo personificados en las llamadas curanderas, que disponen de tanta ciencia como el más supino ignorante, y que hacen uso de medios terapéuticos ridículos en extremo, empleando sustancias no sólo no reconocidas por la ciencia médica, sino perjudiciales en muchísimas ocasiones. Razón por la que debemos hacer ver á los pacientes el error en que se hallan al dejarse guiar por seres tan poco humanitarios y que tanto perjuicio hacen á la sociedad en general. Pero no son sólo estas personas las únicas responsables ó cómplices del mal, si que también nos hemos de referir á las comadronas que se olvidan de ciertas prácticas profilácticas, en la asistencia que prestan á un parto, ya que deben tener como precepto fijo que la vagina es un órgano especialmente dispuesto, por su anatomía y fisiología, para albergar multitud de gérmenes infecciosos sobre todo en aquellas mujeres que padecen flujo blanco, y que contaminan de hecho por diversos procedimientos al que nace. A este fin, es conveniente recordarles la anti-sepsia más perfecta del conducto genital, y aún muchas veces esto no es suficiente para asegurar la asepsia del recién nacido, ya que sabemos, que no son sólo las causas maternas las que deciden la infección del niño sino que también las hay fetales. Entre las primeras ó maternas tenemos, no sólo la leucorrea y gonococia, que son las más fundamentales, sino que también las distocias que prolongan la duración del parto favorecen la infección, admitiéndose además por algunos autores una virulencia especial

de la vagina, no atribuible á la leucorrea y gonococia, sino exacerbada por una secreción virulenta poli-microbiana; entre las causas fetales que favorecen esta infección, tenemos las posiciones viciosas que retardan también el parto, las afecciones rino-faríngeas con un tejido linfoide é hipertrofiado y cavidad nasal mal conformada, y el ozena del recién nacido, circunstancias todas muy dignas de tener en cuenta. Es, pues, de necesaria é imprescindible necesidad, entre otras varias, la práctica del reconocimiento y antisepsia, lo más perfecta posible del aparato de la visión, ya que por unas ú otras causas el niño, principalmente en su descenso por el conducto vaginal, puede arrastrar consigo gérmenes que se vean favorecidos para anidar, además de por las causas anteriormente citadas, por ser la cabeza en la mayoría de los casos la encargada de barrer, digámoslo así, el trayecto vaginal. Estos gérmenes, que de hecho anidan en los repliegues, fondos de saco y ángulos de la conjuntiva ocular, desenvuelven allí su campo de operaciones favorecida su acción de un lado, por la oclusión palpebral que el niño tiene durante la mayor parte del día en sus primeros de vida, y de otro por haber pasado los gérmenes de un organismo de mayor resistencia, cual es la madre, á otro de menores energías y defensas; todo lo cual contribuye á la formación purulenta.

Esta profilaxis que debe de seguirse en todos los casos, aún cuando parezca que la infección no ha de presentarse, consistirá en el empleo de los diversos medios que luego indicaré.

En la consulta pública que se celebra en esta Facultad de Medicina, á la que asisten por término medio unos cuarenta enfermos cada día y que con resultados tan positivos y éxitos completos dirige nuestro sabio catedrático y mi querido maestro el Doctor Ríos, he observado los siguientes casos de Oftalmía purulenta según me demuestra la estadística:

En el curso de 1902 á 1903.	{ Del recién nacido.	14
	{ De adulto	4
En el curso de 1903 á 1904.	{ Del recién nacido.	16
	{ De adulto.	3
En el curso de 1904 á 1905,	Del recién nacido.	5
hasta la fecha.	De adulto.	1

Hacen un total de cuarenta y tres casos, y teniendo en cuenta que en los tres cursos mencionados hasta la fecha, han asistido mil veintisiete enfermos, viene á darnos la oftalmía purulenta una proporción de 4,18 por 100.

La mayor parte de ellos han sido casos muy curiosos, habiendo obtenido el Dr. Ríos preparaciones del pús de los principales, las cuales nos han demostrado que figura á la cabeza el pneumo-

coco, el gonococo después, y el estroptococo finalmente. Entre las de recién nacido citaré, como caso curioso demostrativo de la gravedad de la infección, el de una niña que ha asistido á la consulta del presente curso, de un año de edad, y que se nos presentó con una intensísima infección de ambos ojos, que tenía de fecha, casi tanto como la niña; la madre nos dijo, que enfermó primero de un ojo y que creyendo que sería enfermedad de poca importancia no la puso en tratamiento, que más tarde la infección pasó al otro ojo, hasta que observando que aquello iba en aumento considerable determinó venir á la consulta, observando en nuestro primer reconocimiento, que la infección había interesado considerablemente ambas córneas, hallándolas fundidas y que por lo tanto la visión estaba perdida; todo ello resultado del descuido y abandono sin límites de los padres: procuramos atajar la infección que campaba por sus respetos, lo cual conseguimos pronto, sin que pudiéramos hacer más por nuestra parte, ya que la madre al verse desengañada no volvió á la consulta. Otro caso observamos en un niño de cuatro años, que se presentó con oftalmía doble, contagiado de la madre con la que dormía y que padecía de flujo blanco; merced á nuestra intervención evitamos que en un ojo la infección progresara ya que empezaba á interesarse la córnea; el otro ojo lo hallamos fundido. Estos dos casos, son bastante demostrativos para comprender la actividad con que se debe intervenir en estas oftalmías, pues bien sabemos la facilidad con que se interesa el globo del ojo: estas complicaciones se presentan entre el octavo y vigésimo día de infección, por regla general.

Entre las de adultos, recordaré un caso de gran enseñanza observado en el curso de 1903 á 1904, en un joven de 18 años, que llegó á la consulta al tercer día de padecer una oftalmía de gran intensidad en el ojo derecho, y que coincidió con una blenorragia que padecía el sujeto al mismo tiempo; fácilmente deducimos que, al presentarse la infección en el ojo derecho y padecer la blenorragia, él mismo se había producido la infección al llevarse la mano del mismo lado al ojo; lo cual confirma el hecho de presentarse las oftalmías de origen blenorragico con más frecuencia en el ojo derecho, que en el izquierdo en los sujetos diestros. Comprendimos que se trataba de una oftalmía blenorragica, pero para mayor seguridad en nuestro diagnóstico, recogimos un poco de pus, y el Dr. Ríos obtuvo una preparación demostrando la existencia de gran cantidad de gonococos de Neisser. Tal era la intensidad de la infección, que con sólo tres días ya presentaba abceso de la córnea.

También en una enferma, se presentó interesada la córnea aunque en pequeño grado al cuarto día de padecer una infección,

que fué cuando la observamos, por primera vez, siendo en este caso la infección de pneumococos, según nos demostró la preparación. Otros casos pudiera citar, que nos demostrarían, como los citados, los peligros que llevan consigo estas infecciones.

Los medios aconsejados para combatir estas afecciones, los hemos de dividir en profilácticos y curativos; y tanto unos como otros, están basados en el empleo de diversas sustancias antisépticas.

Se recomiendan como medios profilácticos en el recién nacido, el empleo del nitrato de plata, al 2 por 100, en instilación después de nacer (método de Credé); también el zumo de limón ó ácido cítrico, al 5 por 100, (método de Pinard); también el empleo del yodoformo finamente pulverizado ó procedimiento de Valude, quien aconseja lavados con solución de sublimado corrosivo al 1 por 1000, soluciones fenicadas, etc.

No en todos los casos hemos de emplear indistintamente unos y otros, ya que creo tienen su indicación especial: ante todo he de desterrar en absoluto el empleo del nitrato de plata al 2 por 100, ya que hemos de tener muy en cuenta que es un arma de dos filos, que lleva el peligro inminente, no sólo de poder determinar una supuración parecida á la de la oftalmía purulenta, sino por su peligro inminente de interesar la córnea con gran facilidad, de claro que yo no lo emplearé, en tal proporción, no sólo profilácticamente, sino como medio curativo, ya que en proporción al 1 por 100 he visto ceder infecciones intensas. El procedimiento de Valude es recomendable, pero mejor que el yodoformo, emplearemos el xeroformo por su mayor pureza. En cuanto al empleo del sublimado corrosivo, al 1 por 1000, también he de rechazarlo en esta proporción, ya que tuve ocasión de observar una quemadura de la conjuntiva acompañada de dolores intensos en un individuo que se practicó él mismo un lavado antiséptico con el sublimado en esta proporción; á lo sumo, si se emplea, debe de ser al 0'25 por 100, pero siempre es preferible á éste, el empleo del cianuro de mercurio en solución al 1 por 2000. El método de Pinard ó sea el empleo del zumo de limón ó ácido cítrico al 5 por 100, es poco practicado, y sus efectos no son todo lo seguros que fueran de desear. En mi concepto, el mejor procedimiento profiláctico del recién nacido, consiste primeramente en lavarle los ojos con una solución de cianuro de mercurio, al 1 por 2000, previamente templado y después, mejor que emplear el xeroformo, que puede no alcanzar bien los repliegues y fondos de saco de la conjuntiva, se debe instilar tres ó cuatro gotas en cada ojo de una solución de protargol, al 5 por 100, que se distribuye con más

uniformidad por toda la conjuntiva, y por éste medio se evita con toda seguridad que la infección se presente.

Al igual que en la profilaxis, en la curación se han aconsejado diversos procedimientos, basados también en la aplicación de diversos antisépticos, que sería enojoso que yo los enumerase, ya que el procedimiento que elijo de todos ellos, por los resultados tan satisfactorios que he observado, es el seguido por nosotros en nuestra consulta pública, que recomiendo mucho y que consiste, primero en lavados abundantísimos, hasta arrastrar la totalidad del pús con la solución de cianuro de mercurio antes indicada y previamente templada; luego si la infección es de alguna intensidad: se instilan dos gotas de nitrato de plata en solución al 1 por 100, con lo cual la infección cede mucho; llegado este caso, se reemplaza el nitrato, por una solución de protargol al 15 por 100; si se han determinado lesiones corneales, entonces debe emplearse como tratamiento final, el xeroformo finamente pulverizado: claro es que precedido esto, todos los días, de los lavados con el cianuro de mercurio.

Con este procedimiento, he observado la curación rápida y completa de todos los casos habidos en nuestra consulta de Oftalmología.

Eduardo Muros,

Alumno interno de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Concepto de la Clínica.

No voy á escribir un artículo, porque para ocuparse de este asunto no son bastante los estrechos límites de un artículo, voy sólo á trazar cuatro líneas que sean á manera de índice ó á modo de boceto, del grandioso cuadro que desde Hipócrates hasta nuestros días ha representado lo que se llama Clínica; y bueno es decir algunas palabras acerca de este asunto porque en la época actual la nueva generación médica abrumada sin duda por la exuberancia de conocimientos que adquiere, carece algo de clínica y hasta que con el tiempo analice y discurra acerca de la armonía entre la

práctica y la teoría, resulta poco práctica y acaso algo enorgullecida por el raudal de ciencia que se ha infiltrado en su cerebro.

¿Qué es la Clínica? Es la síntesis de todos los conocimientos médicos; tiene como bases indispensables la Anatomía, la Fisiología y la Patología general; como edificio la realidad del enfermo y como coronamiento la parte artística de la medicina, que es la aplicación razonada, pero al mismo tiempo iluminada por algo de lo que se llama inspiración á la cabeza del enfermo, de los medios de curar.

Los fundamentos de la clínica, sus bases, son indispensables; sin saber Anatomía no podremos conocer la situación de los órganos, su textura, los diversos elementos que concurren á su formación, los unos activos, los otros pasivos, pero todo de una importancia enorme en Patología; quien desconozca que el hígado tiene una cápsula envolvente que se divide y subdivide en tabiques infinitos; que tiene células de forma especial á las que llegan ramificaciones de la vena porta, capilares de la arteria hepática y que de allí parten los conductos vasculares que han de constituir las venas supra-hepáticas; que de estas células parten canalículos que reuniéndose unos con otros forman el conducto hepático, que este con el conducto cístico constituyen el conducto colédoco, quien ignore esto ó no lo conozca bien ¿cómo podrá formarse idea clara de las diversas enfermedades del hígado?

Si no sabemos Anatomía no sabremos Fisiología y el que desconozca la Anatomía del corazón mal podrá formarse idea de los ruidos normales de este órgano, y el que no conozca estos ruidos normales y el admirable funcionamiento del centro circulatorio no podrá formarse la menor idea del mecanismo de la produc-

ción de los ruidos patológicos, ni podrá tampoco explicarse el por qué del desdoblamiento de los tonos cardiacos, el por qué en una insuficiencia mitral hay un soplo sistólico más ó menos rudo y en una insuficiencia aórtica un soplo diastólico con un pulso vibrante, duro y lleno; tampoco sabrá por qué la tricúspide se hace insuficiente en los que padecen bronquitis crónica y porque en las lesiones mitrales se presentan hemoptisis y en las tricuspides cianosis y edemas y en las insuficiencias aórticas hipertensión arterial y en las estrecheces aórticas hipotensión arterial.

Con estos conocimientos fundamentales puede entrarse en la Clínica, no á estudiar al enfermo todavía, que aun es muy pronto, sino á estudiar los síntomas de las enfermedades, y aquí la Patología general, para conocer los síntomas de las enfermedades aisladamente, interpretarlos y adquirir la práctica indispensable de aprender á explorar á los enfermos.

La exploración es la base de un diagnóstico; un interrogatorio mal hecho á un enfermo aleja del diagnóstico; una exploración ligera y sin la preparación necesaria conduce siempre al error.

Pero lo que se llama Patología general á la moderna no tiene como límite sólo la exploración del enfermo y la interpretación de los síntomas si no que comprende muchos más elementos indispensables y necesarios, el concepto de lo que se llaman procesos generales que afectan lo mismo á unos órganos que á otros ó que difunden su acción por todo el organismo, y el conocimiento de aquellos medios hoy sobradamente abundantes con que el Laboratorio nos auxilia para descubrir en las secreciones y excreciones, principalmente en estas últimas, trastornos y alteraciones

que cuando no son por sí mismas la clave de un juicio clínico le confirman y le fortalecen.

Estas son las bases indispensables de la clínica, sin ellas el edificio estará siempre inseguro y ruinoso apuntalado con falacias y conveniencias que resultarán siempre de poco provecho para el enfermo y de poco prestigio para el Médico.

Con esta preparación que aún cuando parezca suficiente no lo es del todo, hay necesidad de estudiar ya las enfermedades en concreto con su fisonomía particular y propia, con sus variedades, con sus aberraciones, con todas esas variantes que luego hemos de ver á la cabecera del enfermo y que si no las conocemos teóricamente, mal podremos distinguir las ni mal podremos clasificarlas, ni mal podremos tampoco diferenciarlas.

Con este gran bagaje indispensable para entrar en la clínica podremos penetrar en ella donde no vamos á ver enfermedades si no que vamos á ver enfermos; donde no vamos á teorizar si no que vamos á aplicar, á poner en práctica todo lo que antes hemos aprendido; donde vamos á encontrarnos con hombres que expliquen con claridad lo que sienten y con otros que nada dicen; donde vamos á encontrar una histérica, por ejemplo, que habla sin cesar y se queja de todos sus órganos; donde vamos á ver un niño que no sabe expresarse y un viejo que no coordina bien sus ideas y un hombre que tiene convulsiones epileptiformes porque está urémico y que no nos da noticia alguna de lo que le ha ocurrido antes de aquel momento y otro que está comatoso y que tampoco nos suministra ningún dato y un alcohólico que delira furiosamente y tiene fiebre alta y un tifoideo en segundo septenario que está estuporoso y tantos otros en los que el interrogatorio es inútil.

En esa clínica tenemos que reconstituir una historia y que armonizar un conjunto de hechos que á veces parecen inarmónicos y que sintetizar el análisis que hemos hecho de cada una de las impresiones que hemos recibido y que reasumir en breve tiempo hechos que parecen á veces desilvanados y sin relación unos con otros y que hacer como consecuencia de este resumen y de esta síntesis lo que se llama el diagnóstico, del que ha de depender nuestra conducta al lado del enfermo, del que se ha de derivar el tratamiento que es la finalidad que perseguimos.

¿Y cómo si vamos á la Clínica sin bases, vamos á poder cumplir con nuestros deberes al lado del enfermo? Cada diagnóstico resultará un trabajo insuperable al fin del cual no se habrá podido llegar á la realización del propósito, á la consumación del fin que nos proponemos.

No basta ver muchos enfermos, porque la repetición de hechos podrán llegar á producir una especie de hábito del qué es producto un empirismo sin razonamiento alguno al que suelen llegar los viejos enfermeros de Hospital; es preciso ver bien, es preciso habituarse á explorar bien, es necesario mirar con los ojos de la inteligencia no con los de la cara y de esta manera se adquiere eso que se llama el ojo práctico, eso que se dice la penetración del clínico que no es ningún privilegio divino si no tan solo la resultante del estudio y de la observación.

Y viene por último la cúpula de este edificio que es lo que podemos llamar el arte del Médico, la aplicación á cada caso de todos los medios y los remedios con que nos brinda la Higiene y la Terapéutica.

El Médico en este momento tiene mucho de artista porque la inspiración fundada no en el azar ni en el acaso si no en los conocimientos fundamentales de

que antes nos hemos ocupado, es el origen y la fuente de una buena terapéutica.

Sin un diagnóstico no hay tratamiento serio y el Médico que no hace un diagnóstico y no tiene el valor de confesarlo emplea una terapéutica inútil, sintomática y perjudicial muchas veces.

El que en presencia de una mujer joven, que se ha puesto pálida, desnutrida, amenorreica y juzgando solo por estos síntomas dice que está anémica y la manda hierro sin explorarla el pecho, sin observar su temperatura por la mañana y por la tarde; el que después de una angina con fiebre más ó menos alta, ve que la cara está un poco vulptuosa y pálida y no examina la orina; el que observa un sujeto que se cansa al andar, que tiene epístasis y vértigos y no examina el foco aórtico mal podrá establecer un tratamiento conveniente.

¿Necesitamos ver si hay bacilos de Koch en un esputo para diagnosticar de tuberculoso á un sujeto que tiene fiebre vespertina, desnutrición, cansancio, inapetencia y crepitaciones en los vértices? ¿Es preciso examinar el esputo herumbroso en una pneumonía para convencerse por la presencia de pneumococos de que se trata de esta enfermedad? No, la clínica establece el diagnóstico, tiene muchos auxiliares que confirman este diagnóstico, que lo esclarecen en los casos dudosos, pero la clínica tal y como es, permite diagnosticar seguramente en noventa y ocho por ciento de las enfermedades.

No es preciso como algunas corrientes de ahora tienden á establecer, la clínica de detalles: la clínica es una síntesis como hemos dicho antes y los que al lado del enfermo hacen un estudio de detallé sin resumen, hacen una observación de síntomas sin síntesis tendrán que hecharse en brazos de una terapéutica

incierta, erizada de vacilaciones y de temores, completamente escéptica y perfectamente inútil, más que inútil perjudicial para el enfermo, porque será una terapéutica espectante ó una terapéutica sintomática y poli-fármaca que perturbará la marcha de la enfermedad y será nociva para el enfermo.

Tal es como á mi juicio debe entenderse la Clínica; el diagnóstico, la síntesis de todos los conocimientos á que podemos llamar ciencia, la terapéutica la aplicación artística inspirada por el saber y por la observación de todo aquello que puede concurrir á curar al enfermo aplicado racionalmente con método y prudencia.

Dr. Juan M. Mariñi,

Decano del Hospital de la Princesa de Madrid.

Observaciones Clínicas

Un caso de esclerosis pulmonar.

J. D. B., natural de Zuera, de 28 años y soltero. Sus antecedentes hereditarios no acusan nada importante; padres y hermanos gozan de perfecta salud.

Sus antecedentes personales son los siguientes; no precisa lo que padeció de niño; á los 21 años fué á Cuba, donde prestó servicio en nuestro ejército de operaciones; á los tres meses de su llegada sufrió lo que él llama *una pulmonía* con dolor del costado izquierdo, poca tos y mucha fatiga respiratoria, durándole todo esto más de un mes y quedando una vez curado con la misma fatiga é inhabilitado para el trabajo. A los 24 años regresó á la Península sufriendo dos fuertes accesos de fiebre palúdica que le fueron combatidos por la quinina, no volviendo á tener ya ningún otro; con alguna frecuencia era acometido de crisis de ictericia bastante intensas sin que él notara otro afecto ni dolor durante las mismas. El año pasado, una mañana al levantarse, notó la

pérdida de la palabra con imposibilidad de mover todo el lado derecho del cuerpo; fué una *afasia motriz con hemiplegia derecha de origen embólico*, sin que hasta la fecha se haya curado del todo, pues aun anda con bastante dificultad y la pronunciación de las palabras lingüales la realiza con dificultad.

No ha padecido sífilis, si una blenorragia que se le curó pronto; no ha tenido nunca hábitos alcohólicos y su vida es arreglada.

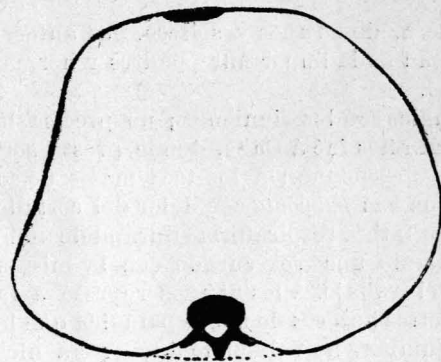
Enfermedad actual.—Lo que le movió á ingresar en la clínica fué, según dice el enfermo, el curarse del pecho, pues no podía andar de prisa ni subir escaleras por la disnea que le ocasionaba, además sudaba mucho, sobre todo por la noche. En la primera visita que le hicimos nos dijo el enfermo le habían indicado que tenía una pleuresia con derrame, pero ni la punción hecha con trócares finos ni la coexistencia de signos que luego diremos, demostró la presencia de esa afección.

El aspecto general del enfermo es desnutrido, bastante pálido; su aparato digestivo no acusa trastorno alguno; el renal tampoco únicamente la orina es bilirubínica (Reacciones de Gmelin y Pentenköfer); el sistema nervioso y locomotor sólo denuncia los trastornos antedichos.

Lo que domina son los síntomas del aparato respiratorio; en cuanto á signos funcionales, la disnea es penosa, acentuándose por la marcha hasta más de 40 inspiraciones por minuto, siendo en reposo unas 35; la temperatura nunca pasa de 37°, las pulsaciones van en armonía con la misma, la tos, poco frecuente, no es molesta ni quintosa, y la expectoración escasa siendo los esputos mucoides, formados de células epiteliales, leucocitos y algunas fibrillas elásticas sin ningún germen microbiano dominante; no hay escalofríos ni dolor de costado, siendo digno de notarse la hiperhidrosis continua en que se encuentra el enfermo, sobre todo por la noche.

Signos físicos.—Los que dominan son los de aparato respiratorio; á la inspección se nota inmovilidad bastante marcada en

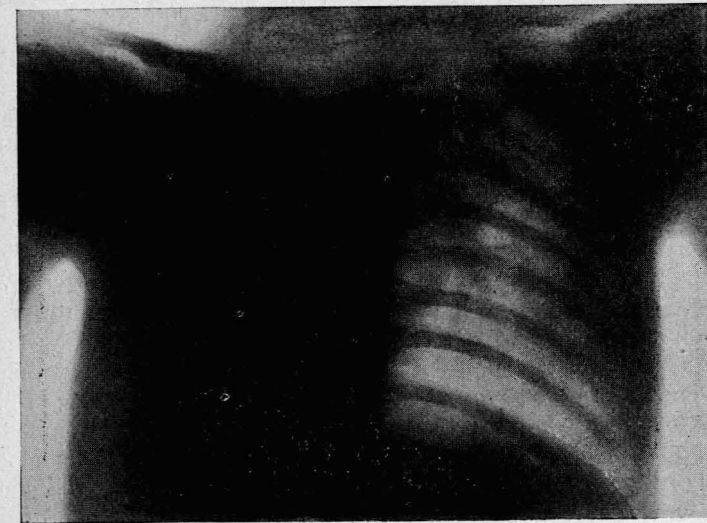
el lado izquierdo del tórax durante la respiración, acompañada de una depresión que abarca el 4.º, 5.º y 6.º espacios intercostales del mismo lado; la mensuración revela disminución del perímetro torácico izquierdo y el trazado hecho con el cintómetro de Wollez acusa (como puede verse en el grabado) una deforma-



ción torácica bastante marcada, encontrándose el esternón desviado ligeramente hacia el lado izquierdo; la palpación hecha con am-

bas manos, demuestra la deformación y haciendo contar al enfermo en voz baja, las vibraciones vocales no se propagan al lado izquierdo sobre todo á nivel de la línea axilar en que están abolidas. La percusión ofrece interés; todo lo que tiene de timpánico el pulmón derecho, lo tiene el izquierdo de macizo, no hay resonancia skódica y el sonido del espacio de Traube acusa mayor extensión del mismo; la auscultación del lado derecho presenta algunos roncus y estertores burbujosos finos reveladores de la ligera congestión existente en ese lado; en el izquierdo hay un silencio absoluto, únicamente se percibe algo de soplo bronquial en el canal vertebral del mismo lado; no se oyen estertores, ni soplos, ni egofonia, broncoegofonia, broncofonia ni pectoriloquia afona; en el corazón no hay ruidos anormales, es de notar la rudeza del sístole indicadora de la enérgica contracción cardíaca por el obstáculo que encuentra la circulación sanguínea; el ruido de la arteria pulmonar se aprecia á tres centímetros fuera del esternón en el segundo espacio intercostal izquierdo.

Por creerlo de gran interés, se encargó al Dr. Paraíso que obtuviera una radiografía del tórax y hecha con la maestría



que le caracteriza, se puede apreciar en ella lo siguiente; (véase el fotograbado); obscuridad del lado izquierdo, claridad del derecho con algunas manchas congestivas; caída de las costillas izquierdas y disminución de los espacios intercostales; pequeñez del hemitorax izquierdo y aumento del derecho; claridad aparente de la zona cordial y decimos aparente, porque la radiografía está tomada de espaldas y además es clara con relación al pulmón izquierdo, pero es oscura comparándola con el lado derecho; el raquis presenta una escoliosis convexa del lado iz-

quierdo y cóncava del derecho con dos curvaturas de compensación una encima y otra debajo.

El análisis de la sangre hecho por el interno Sr. Dosset, acusa normalidad en el número de glóbulos rojos (5.380,000), aumento de los blancos (12.400 por metro cúbico) y existencia de pigmento melánico.

Ahora vamos á ver si con todos estos datos podemos sentar el diagnóstico.

Desde luego comprendemos que el pulmón izquierdo es el enfermo y el derecho el sano, pero ¿qué es lo que tiene aquél? No es una *pleuresia* por ser su proceso agudo y en nuestro enfermo presentarse crónico, aparte de que los síntomas no son de pleuresia seca ni con derrame; ¿podría ser un *quist* del pulmón?, tampoco, pues lo mismo si era hidatídico, como no, habría sólo maciez en un lado rodeada de sonido normal y toda la lesión estaría localizada en un punto, aparte de las hemoptisis de defensa que hubiera habido y que nuestro enfermo no ha sufrido y la expectoración más ó menos purulenta que algún día hubiera experimentado; un *tumor* tampoco puede ser, pues si fuera benigno (fibroma) aparte de su rareza daría síntomas semejantes al anterior y si maligno (carcinoma, sarcoma) no hubiera durado lo que el padecimiento, siete años, y habría abultamiento, dolor, éxtasis sanguíneo, etc., etc.; una enfermedad que tiene bastante parecido con la que estamos tratando es la llamada por Grancher *espleno-pneumonia*, pero ésta es un proceso agudo febril con tos fuerte, etc., siendo una de las formas de congestión pulmonar; un *foco tuberculoso enquistado* ¿podría ser? tampoco, pues habría otros vestigios de tuberculosis, cavernas, gorgoteo, expectoración con bacilos de Koch, que no hay en nuestro enfermo; *actinomicosis* tampoco es, pues aparte de su rareza se hubiera visto el hongo en los esputos; ¿podría ser una *paquipleuritis*? tampoco, pues aunque se hubiera organizado ya el coágulo, las hemorragias de la pleura ó son sintomáticas de algunas enfermedades cardíacas hepáticas ú otras, ó son cancerosas ó tuberculosas y ninguna de estas tres cosas se han presentado en nuestro enfermo; una *bronco-pneumonia crónica* [tampoco puede ser pues habría fiebre, expectoración purulenta, hectidez, soplos, gorgoteo, etc.; lo mismo podemos decir de la *pulmonia crónica* en que habría síntomas parecidos á la anterior, confundiéndose con ella muchas veces.

Es indudable, que todos los síntomas que hay en el pulmón izquierdo, demuestran que este ha desaparecido funcionalmente, hay una *esclerosis pulmonar con atelectasia*, pero ¿á qué ha sido debido?

Remontándonos al origen del padecimiento, nos encontramos que el enfermo dice «que tuvo una pulmonía que le duró más de un mes;» al decir pulmonía quiere indicar que padeció del pecho y como no hay pulmonía que dure ese tiempo y broncopneumonia tampoco pudo ser, pues no ha dejado síntomas de ello, sospe-

cho que tuvo una pleuresía izquierda con derrame y que no siendo éste evacuado, se reabsorbió dejando adherencias pleuro-parietales y determinando una esclerosis pulmonar por hallarse interesados los linfáticos que de la pleura atraviesan el pulmón produciéndose por último la retracción del mismo y depresión del tórax, determinando la existencia de los síntomas que señala Netter para las adherencias pleuroparietales y esclerosis concomitante: sonido vocal—, vibraciones torácicas—, respiración— y deformación del tórax.

Con esto podríamos explicarnos todos los síntomas y las lesiones que aparecen en la radiografía; aumento de la capacidad pulmonar derecha por hipertrofia compensadora; depresión costal y pulmonar izquierda por la esclerosis con atelectasia; escoliosis convexa del lado enfermo, porque los músculos supracostales izquierdos dejaron de funcionar, tirando sus antagonistas y produciendo la concavidad derecha; disnea y tos, dependiendo la primera de que el pulmón derecho no se basta para la hematosis y la segunda del estado congestivo del mismo por mayor acúmulo de sangre (la que debiera ir por el pulmón izquierdo que está fibroso); es causa también de la tos el emfisema existente que sostiene la congestión, así como ésta sostiene aquél; hipersistolia cardíaca, por el mayor trabajo que tiene que desarrollar el corazón para enviar la sangre por un espacio más reducido; hasta los sudores que envuelven al enfermo se pueden explicar por la irritación de los filetes torácicos del vago y simpático que obran sobre los centros sudorales del bulbo y médula.

A pesar de todo lo dicho, los antecedentes pleuríticos del enfermo no son muy seguros, pues no dice éste que le hicieran punción alguna ni otro tratamiento adecuado, bien es verdad que como estaba en campaña y mal asistido, bien podría ser esa la causa; pero de todos modos, llama mucho la atención el hecho de que, aunque hay aplastamiento torácico, los espacios intercostales no estén deprimidos como si hubiera adherencias que de ellos tirasen, lo que prueba que esas adherencias pleurales no existen.

Algo podemos encontrar que nos explique la fisiología patológica de la afección, nos referimos al *paludismo*; no hay que olvidar que el enfermo es de Zuera, comarca en donde abunda aquél; aunque ni sus padres ni él han tenido paludismo antes de ahora; hay que tener muy en cuenta que el enfermo estuvo en Cuba y repatriado á la Península, tuvo dos accesos de fiebre palúdica nada más llegar, luego trajo el germen palustre de la isla; es de observar la leucocitemia y desnutrición profunda que presenta, que si no llega á la caquexia palúdica, no se encuentra muy lejos de ella y si á esto añadimos la existencia de la melánina que muy bien pudo producir la embolia cerebral á que al principio hicimos referencia (toda vez que no hay signos que demuestren la existencia de endocarditis), vendremos en conoci-

miento de que la esclerosis pulmonar también puede ser producida por el paludismo.

El como se ha producido, se puede explicar recordando que la malaria produce lesiones esclerosas en muchos órganos (en el hígado también la presenta nuestro enfermo, pues recordaremos la orina bilirubínica) y algunas veces hay transformaciones fibrosas en el pulmón, formas que ha descrito Grasset en su tesis de Montpellier (1873). Al quedar el pulmón invadido y atrofiado también lo fué el corazón, lo que explicaría la rudeza del sístole, se produjo la hipertrofia compensadora del pulmón derecho que empujó poco á poco la columna vertebral dándole la forma que tiene y ocasionando la disminución torácica con deformación izquierda.

¿Pero si la esclerosis es palúdica, porque sólo se ha verificado en el pulmón izquierdo y no en los dos, no habiendo hipertrofia del bazo que pudiera explicar la lesión por contigüidad?

En resumen; sea por paludismo ó por pleuresía, ó lo que es más probable, por las dos cosas, el diagnóstico es el mismo; hay *esclerosis pulmonar con atelectasia izquierda*.

El pronóstico, es serio, pues hay que considerar que el enfermo no tiene más que un pulmón y éste se encuentra congestionado y enfisematoso; además el corazón tiene hipersistolía que puede convertirse en hipertrofia (si es que ya no la hay) y luego insuficiencia tricúspide y en el momento que ésta se produzca, como es la llave que abre la puerta de la asistolia, se presentará ésta, si es que no tiene el pulmón sano (?) una complicación intercurrente; la bronquitis más simple, puede ser gravísima.

Tratamiento.— Ha de ocupar lugar muy preferente el tratamiento higiénico; aires puros, nada de tabaco ni alcohol; si nuestro enfermo fuera persona pudiente, lo mandaríamos á un clima templado (Canarias, Levante de España), pero no siendo así habrá de procurar librarse de todo enfriamiento; sería bueno que practicase gimnasia torácica, sobre todo del lado izquierdo pues esa parte está atrofiada por falta de funcionalismo.

En el pulmón enfermo haremos revulsión con termocauterío y en el sano fluidificaremos las secreciones bronquiales y aumentaremos la amplitud de los movimientos torácicos para disminuir el cansancio.

El corazón habrá de ser objeto de nuestros cuidados, pues aunque es un órgano valiente, hay que ayudarle y para eso nada mejor que la digital que es tónico-cardíaco sin estenuar el corazón y es diurético sin lesionar el riñón.

La farmacología á que el enfermo se somete es la siguiente: como medicamento general el ioduro de potasio, que además es revulsivo local, tonicardíaco y diurético; la digital, modificador de la disnea; el quebracho, balsámico y fluidificante; la creosota

y la poción gomosa, todo lo cual se halla asociado en la siguiente fórmula:

Ioduro potásico	10 gramos.
Tintura de digital	0'50 »
Tintura de quebracho.	1 »
Creosota pura de haya	2 »
Poción gomosa	20 »
Elixir de Ganes	200 »

Para tomar tres cucharadas al día.

Como estimulantes y tónicos generales del organismo el arseniato de sosa que además es respiratorio (habitantes de Estivia y Tirol), el vanadato de sosa y los glicerofosfatos, lo que esta unido en la fórmula siguiente:

Arseniato de sosa	} a. a. 0,05 gramos.
Vanadato de sosa	
Glicerofosfato de sosa.	10 »
Elixir de Ganes	200 »

Para tomar tres cucharadas al día.

Como el enfermo es palúdico se le dará también la quina, 1 gramo diario en cuatro sellos de 0,25 gramos.

¿Puede hacer algo la intervención quirúrgica? No, pues la operación de Delorme, aconsejada para liberar las adherencias pleurales y provocar la reexpulsión del pulmón, no tiene razón de ser en el caso actual donde este ha perdido su elasticidad .

¿Podría hacerse la intubación bronquial izquierda seguida de inhalación de aire comprimido con el aparato de Waldenbourg? (Dr. Royo). Sería cosa de intentarlo por más que la maniobra es difícil y costaría mucho trabajo recuperar la elasticidad pulmonar del órgano afecto.

Réstame por último hacer presente mi agradecimiento á los señores que me han ayudado en la tarea, á mi querido Catedrático Dr. Royo, al Dr. Paraíso por su radiografía y al doctor Pastor y alumno Sr. Dosset por sus trabajos de laboratorio.

Julio Laguna Azorín,

Alumno de 6.º grupo, é Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Cloro-*Brightismo.*

M. V. A. de 27 años de edad, casada, natural de Madrid, ingresó como enferma en la Clínica médica el día 16 de Octubre próximo pasado, ocupando la cama número 7.

Circunstancias individuales y conmemorativo patológico.— Los antecedentes hereditarios en nada se relacionan con su actual padecimiento: su padre murió de una enfermedad de hígado, que

no puede precisar la enferma, y su madre falleció á consecuencia de una pulmonía.

Con respecto á la interesada, no recuerda haber sufrido enfermedad alguna durante la niñez; llegada á la pubertad, ésta se señala por un desequilibrio en las funciones sexuales que se caracteriza por desarreglos menstruales: amenorrea, dismenorrea. En su relato la M. V. manifiesta que por aquel entonces, experimentaba cansancio, palpitations cardiacas, gastralgias, inapetencia, etc., en una palabra, la enferma padecía una clorosis muy acentuada que persistió durante algunos años hasta que el matrimonio regularizó en parte tales desarreglos propios de la discrasia clorótica.

Durante su matrimonio ha tenido dos embarazos, que si bien llegaron á feliz término, ya durante el primero empezó por experimentar ahogos, edemas en las extremidades inferiores y párpados, volviendo á reaparecer nuevamente las palpitations cardiacas, síntomas que desaparecieron al dar á luz para repetirse en el segundo embarazo, quedando obscurecido dicho síndrome en el interregno del primero al segundo embarazo.

Llegado á término éste último, continuó en la enferma igual estado de cosas, acentuándose los edemas, con accesos de sofocación, palpitations, etc., lo cual le obligó á ingresar en esta Clínica.

Estado actual.—Por la simple inspección, aparece la enferma de constitución débil, de color pálido amarillo verdoso, no muy robusta y con apariencias de una clorótica. La cara se presenta abotargada, con edemas en los párpados, pues conservan la huela del dedo que hace presión y al plegarse forman arrugas bastante pronunciadas; labios y conjuntivas pálidas y exangües, color de la piel, verdoso y negruzco; miembros inferiores edematosos especialmente á nivel de los maléolos sobre todo del izquierdo.

Interrogatorio.—Por éste sabemos que la enferma ha tenido y tiene cefalalgias violentas de sensación gravativa y quedando como atontada cuando desaparecen; muchas veces ha sentido y tiene frío intenso, como si tuviese «metido en el cuerpo el frío» según su misma frase; ha notado asimismo que á veces uno ó varios dedos y algunas toda la mano, se le queda fría, blanca y adormecida como carne de gallina, es decir, la sensación de dedo muerto; por las noches se despierta á veces con calambres dolorosos en las piernas y pies que le duran cinco ó diez minutos; se queja con frecuencia de zumbidos de oídos, quedando casi sorda y también de debilidad visual como si tuviese telillas delante de los ojos y de vértigos y vahidos.

Tiene sudores profundos de olor fuerte y ácido que desaparecen de pronto, sintiendo entonces frío y otras veces picor y comezones en toda la piel que le obligan á rascarse fuertemente.

Sufre accesos de sofocación y disnea intensos; parece que se ahoga, según dice ella misma y siente una opresión en el pecho

y á la vez palpitations cardiacas dolorosas é intensas; sin embargo en estos accesos no pierde el conocimiento y duran de 15 á 20 minutos.

El pulso es fuerte, duro y tenso, indicando una hipertensión arterial muy acentuada.

Digiere bien, aunque acusa inapetencia y depone regularmente y normal; no tiene ahora gastralgias como anteriormente.

Orina poco, á veces en las 24 horas una sola vez y la cantidad media de orina viene á ser de 400 á 500 gramos en las 24 horas; el color de ellas es pálido y amarillento y suelen dejar sedimentos; por el examen de las mismas se ha encontrado albúmina, pero en pequeña cantidad de 0,1 á 0,2 por 100.

Su flujo menstrual es irregular, pasando á veces 2 y 3 meses sin presentarse ó si lo hace en pequeña cantidad.

Percusión.—Por este medio nada anormal se encuentra en sus pulmones pero no así en el corazón, que se halla hipertrofiado, sobre todo en su ventrículo izquierdo que sobrepasa en un través de dedo la línea que va de la extremidad interna del 4.º espacio intercostal á la punta del corazón, que corresponde al borde izquierdo del corazón normal; la punta del corazón late muy cerca del 7.º espacio intercostal y más á la izquierda que la normal.

Auscultación.—Ningún síntoma anormal en pulmón ni pleuras. En la región precordial se nota un desdoblamiento del primer ruido cardiaco, es decir, un 3.º ruido que precede al 1.º y que se halla separado de él por un pequeñísimo silencio; en fin, el ruido de galope de Potaín; el máximo de intensidad de este ruido se encuentra en el 5.º espacio intercostal y á la izquierda del mamelón, es decir, en la zona ventricular izquierda.

Curso.—Hoy la enferma se encuentra en el mismo estado que cuando ingresó en la Clínica, orina algo más sí, pero los accesos de disnea son muy intensos simulando verdaderos síncope; los demás síntomas persisten y las cefalalgias son muy violentas cediendo sólo un poco á los sellos de Fenacetina y Exalgina 25 centigramos y Citrato de cafeína 10 centigramos, que se le administran. Durante su estancia en la Clínica ha tenido una estomatitis y ptialismo siendo la saliva de sabor ácido, según nos dijo; se le dió un colutorio de clorato potásico y el de hojas de llanten; se halla sometida á dieta láctea absoluta, tres litros diarios.

Diagnóstico y Patogenia.—La enferma á que hace referencia esta historia clínica, nos resulta evidentemente, desde que entró en la pubertad, una clorótica cuya discrasia persistió tenazmente hasta después de haber contraído matrimonio. Es indudable que tal estado morboso preparó un nuevo patologismo en relación con la vida uterina á que le obligó su nuevo estado social. El cuadro clínico que relata de su primer embarazo lo vemos ajustarse exactamente al que corresponde á la discrasia clorótica, pero tal síndrome encaja perfectamente en el correspon-

diente al brightismo de las embarazadas y nada más lógico que calificar desde aquel momento á la enferma como una *cloro-brightica*. Trátase, pues, en la enferma, de esa forma especial del mal de Bright á que Dieulafoy muy prácticamente ha dado el nombre de *Cloro-brightismo*. La patogenia de este proceso no puede ser más sencilla y evidente; la discrasia clorótica con su continua eliminación de toxinas, prepara y sostiene al órgano renal en un estado de inminencia morbosa que en el caso actual la preñez determina bajo la forma de una nefritis crónica.

La M. V. eliminaba ya mal antes de su embarazo al ser discrásica; vino éste y tras de producir mayor cantidad de toxinas por su estado grávido eliminó menos; el riñón se cansaba ya de *filtrar*, se principiaba á cerrar y el segundo embarazo acabó ya de determinar la lesión renal.

No es clorótica sólo, pues aunque su cuadro sintomatológico presenta grandes semejanzas con el de la clorosis pura existen una porción de síntomas, como los pequeños accidentes del Brightismo, y sobre todo la hipertensión arterial y el ruido de galope, que sólo estos dos pueden fundamentar nuestro diagnóstico de *cloro-brightismo*.

Pronóstico.—Grave en cuanto á la curación se refiere, pues ya se sabe los pocos casos de curación de nefritis crónicas que se cuentan; podrá sí, máxime siendo joven aliviarse y vivir con su nefritis varios años. Además dá cuidado nuestra enferma porque orina poco y lo que á la orina no pasa, queda en la sangre, su coeficiente suero-tóxico aumenta á expensas del uro-tóxico que es el que se ha de procurar que aumente; los pequeños accidentes del Brightismo nos indican ya que la enferma tiene la pequeña uremia, hay que procurar pues que no llegue la gran uremia, evitar que lleguen los grandes accidentes y la intoxicación general y completa del organismo.

Tratamiento.—Aumentar las eliminaciones por todos los medios posibles; tal es la indicación fundamental que debe llenarse aquí y para esto nada mejor que el *régimen lácteo* lo más absoluto posible; la dieta láctea, pues constituirá la base del tratamiento, la enferma debe tomar tres ó cuatro litros de leche al día y como guste fría ó caliente, cruda ó cocida, de cabra ó de vaca, el caso es que en las 24 horas tome tres ó cuatro litros de leche.

Después como auxiliar poderoso y en concepto de diurético se usará la Lactosa 15 á 20 gramos en las 24 horas disueltos en medio litro de agua.

Como coadyuvante la Theobromina á la dosis de dos gramos en las 24 horas en obleas; podría usarse también el nuevo preparado de Dieulafoy que llama Nefrina. Las preparaciones ferruginosas solubles al interior ó en inyecciones hipodérmicas satisfarán con su administración una indicación fundamental; combatir la discrasia clorótica; la Hemoglobina como anticlorótico y á la vez diurético. Luego, la medicación sintomática que cada uno de ellos requiera; fenacetina, exalgina, antipirina, etc.,

para las cefalalgias, y si estas fuesen muy intensas y no cedieran colocar algunas sanguijuelas detrás de las orejas, y por último eliminar de la alimentación toda clase de carnes y dar solamente si la dieta láctea absoluta es mal tolerada, alternando con la leche, huevos, purés feculentos, rom., etc.

Francisco Perez Andres,

Alumno de 5.º grupo
de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Un caso de úlcera de estómago.

C. M. L. de

38 años natural de Cartagena casada y dedicada á las faenas propias de su sexo. Ingresó en nuestra clínica el día 30 del pasado Octubre ocupando la cama núm. 6.

No da antecedentes morbosos de familia que tengan relación con su enfermedad actual.

Anamnesia individual.—La enferma, dice, no ha padecido otras enfermedades anteriores á la que le obliga su ingreso en la Clínica y únicamente cuenta que en cierta ocasión (hace muchos años) le lavaron el estómago no recordando el motivo.

Enfermedad actual.—En Marzo de 1904, comenzó á sentir un ligero dolor que ella señala en el epigastrio, intermitente y sin fijeza de horas para hacer su aparición. A fines de Junio del mismo año, el dolor aumentó en intensidad, de intermitente se hizo continuo, aunque con sus correspondientes exacerbaciones, después de la ingestión de alimentos y sus remisiones, pero sin desaparecer, en los períodos de reposo del estómago.

En esta última fecha aparecieron los vómitos por primera vez siendo unas veces oscuros y otras más ó menos verdes. Las fuerzas físicas de la enferma comenzaron á quebrantarse hondamente hasta el punto de tener que guardar cama en Octubre.

En nuestra Clínica ingresó en el estado siguiente:

Su aspecto general es el de una enferma desnutrida, profunda demacración, lividez de mucosas y la piel con el característico color pagizo; tanto de día como de noche está sentada en la cama los muslos flexionados sobre la pelvis y las piernas sobre los muslos. Se queja de un dolor en la boca del estómago (epigastrio) que se hace lacinante inmediatamente después de la ingestión de alimentos. Tiene vómitos frecuentes de color obscuro y poco abundantes; regurgitaciones ácidas que según expresión de la enferma son causadas por la leche avinagrada en su estómago; constipación habitual interrumpida de vez en cuando por ataques de diarrea también de color obscuro; lengua algo saburrosa y pulso débil.

Inspeccionando el vientre se adivina una tumoración que levanta visiblemente la pared abdominal correspondiente al epi-

gastro y un poco más hacia la izquierda, confirmándolo la palpación que es dolorosa en alto grado. Hay ausencia completa de infartos ganglionares, cuidadosamente explorados sobre todo los supra-claviculares, inguinales, etc.

He aquí planteado el problema; ¿nos encontramos ante una enferma de úlcera de estómago ó ante un carcinoma de la citada viscera? Los tres grandes síntomas dolor, vómitos y gastrorragia, en sus diversas y variadas modalidades clínicas hay que reconocer son comunes á ambas lesiones; luego para establecer nuestro diagnóstico tenemos necesidad de descender al estudio de los pequeños síntomas que no por serlo tienen menos importancia clínica. El sexo, edad de la enferma, tiempo de duración, las regurgitaciones ácidas y la ausencia de infartos ganglionares nos inclinan á pensar en una úlcera del estómago; más su estado general casi caquéctico y sobre todo la existencia del tumor nos sugieren casi inevitablemente la existencia de un cáncer.

Reconocidas nuestras dudas por nuestro querido maestro el Dr. Lozano, piensa pudiera tratarse de un carcinoma cuya generalización no ha tenido lugar todavía y por consiguiente de una oportunidad quirúrgica admirable.

En la primera visita se le prescriben lavados de estómago con agua alcalinizada, dos veces al día, dieta láctea é inyecciones diarias de suero artificial. Muy pronto se hacen ostensibles los beneficios de esta terapéutica paliativa, los vómitos cesan, los dolores disminuyen notablemente, su actitud cambia, ya no está sentada en la cama, duerme por la noche y las fuerzas físicas de la enferma se reponen algún tanto. Habían trascurrido unos diez días de este positivo alivio y decidida por nuestro profesor la intervención quirúrgica, cuando en el tiempo que media de la visita de la mañana á la de la tarde, la enferma empeora súbitamente y la encontramos en un estado general tan grave que nos hace temer por su vida; el pulso filiforme casi imperceptible en la radial, mortal lividez, hipotermia y extraordinario decaimiento de energías. Inmediatamente se le administraron por vía hipodérmica 400 cc de suero artificial y un enema de thé con anis cada dos horas; continuando este tratamiento por espacio de ocho días durante, los cuales se restablece la enferma.

Después de lo expuesto, en una de las visitas observamos que el tumor había disminuido en volumen y lo interpretamos por una dislocación de la neoplasia.

En estas condiciones el Dr. Lozano señaló nuevamente día para la intervención y ésta tuvo lugar felizmente el 6 de Diciembre.

Como la debilidad de la enferma, hacía temer la anestesia clorofórmica, etérea ó por raquí-cocainización, nuestro profesor estimó conveniente el empleo de un nuevo procedimiento de anestesia general, que aunque en la fecha carece de estadística, está llamado á prestar señalados servicios, me refiero á las inyecciones de Bromhidrato de Scopolamina y cloruro mórfico.

Previos los requisitos que no son de este lugar, nuestro maestro practica la laparotomía que pudieramos llamar exploradora (pues el diagnóstico fijo no existía) y pronto nos muestra extensas adherencias inscriptas en una zona redondeada de la pared anterior del estómago con la cara posterior de la pared abdominal; esta zona está limitada por un rodete calloso con induración superior á la del cáncer; el píloro está permeable y los ganglios de la curvatura mayor del estómago están infartados del tamaño de una habichuela grande; no hay infartos ganglionares en el epiploon ni en lugares próximos.

Ante estas lesiones anatomo-patológicas el Dr. Lozano desechó la gastrectomía, porque las adherencias eran fuertes constituyendo un seguro peligro de hemorragia su desbridamiento, aparte de que su extensión aumentaba la gravedad de la intervención, decidiéndose por realizar una gastro-enterostomía á lo Roux.

Veamos de interpretar las lesiones y con ellas reconstituir la historia y juicio clínicos.

Indudablemente la enferma padecía una úlcera latente en su estómago, en cuya etiología y patogenia no hemos de entrar por ser asunto muy controvertible y la mayor parte de las veces dudoso; úlcera que ha pasado desapercibida hasta para la misma paciente durante mucho tiempo, que hizo notar su presencia cuando establecidas las adherencias, perturbaron estas la dinámica del estómago y por consecuencia sus funciones haciendo entonces su aparición los vómitos y los dolores; por lo que á las gastrorragias se reflere pudieron y debieron seguramente existir antes y así se explica el estado anémico de la enferma agotada por frecuentes pérdidas de sangre á que se hallaba sometido.

Varias particularidades presenta este caso clínico. En primer lugar el sitio de asiento de la úlcera, pues según los autores solo el 5 por 100 de los casos se presenta en la pared anterior; tener tumoración constituida por adherencias como en seis de los diez y seis casos de úlcera con tumor que ha observado Beinhard; haber infartos de los ganglios de la curvatura mayor del estómago, debidos indudablemente á infección transmitida desde la úlcera; cambios de volumen apreciables de la tumoración explicados fácilmente admitiendo reacciones inflamatorias precursoras de las gastrorragias; la agravación que sufrió la enferma durante su estancia en la clínica antes de la operación, causada sin duda alguna por una abundante hemorragia.

Varias son las ventajas que tiene en este caso la gastro-enterostomía realizada una vez expuestas las causas que contraindicaron la gastrectomía. Facilita el vaciamiento del contenido estomacal economizando al estómago energías que había de desplegar para vaciarse á través del píloro; procurando reposo al estómago es inmediata la desaparición de los dolores y ponemos á la úlcera en condiciones de una posible cicatrización; cicatrizada la úlcera anuladas las gastrorragias: aún hay más, si desgraciadamente

para la enferma en la úlcera se desarrolla el cáncer complicación cuya frecuencia también han estudiado Dittrich, Lebert Hoberlin y Rosenheim y cuya etiología y patogenia Hausser ha encontrado en la intimidad de los tegidos; también en ese caso es beneficiosa la intervención llevada á cabo puesto que ella es la indicación en los carcinomas de esas condiciones.

El resultado post-operatorio no puede ser más satisfactorio. En las primeras veinticuatro horas que siguieron á la operación se le administraron enemas de thé con anís cada dos horas y 500 c. c. de suero Hayem. Al segundo día por la vía bucal thé con leche suspendiendo los enemas y continuando tres días con el suero artificial; llegado el cuarto día se suspendió el suero y continuó hasta la fecha con la alimentación láctea.

Han desaparecido por completo los dolores y los vómitos y la enferma está restablecida en el día de la fecha habiendo ganado mucho su estado general. En la actualidad se ayuda al organismo en su labor reparadora administrándole los reconstituyentes Glicerofosfatos de cal.

Tomás Lerga Luna,

Alumno de 5.º grupo é Interno de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

*N*ovedades Médicas.

Tratamiento de las ósteo-artritis tuberculosas por el método esclerógeno de inyecciones intra-extra articulares de Lannelongue.—Por este método se hace penetrar á los agentes medicamentosos modificadores, alrededor de las fungosidades sinoviales, no en los focos tuberculosos mismos. Se comienza por hacer una inyección intra-articular antiséptica con unos 30 gramos de la siguiente fórmula:

Aceite	90
Eter	40
Iodoformo.	10
Créosota	2

Al cabo de tres ó cuatro días, se inyecta en los tejidos periarticulares la solución esclerosante de cloruro de zinc al $\frac{1}{10}$, haciendo 8 ó 10 picaduras y depositando en cada una de ellas 4 ó 5 gotas; después se inmoviliza la pierna durante 4 ó 6 meses. Para atenuar los dolores se puede inyectar al sujeto, un milígramo de morfina por año de edad, y para combatir la atrofia muscular masaje y electrización.

Sobre el anquilostoma duodenalis.—Recientes experiencias han demostrado una nueva vía de penetración en el organismo, para las larvas de *ankilostoma*. Looss y Schaudinn han demostrado en perros y monos que el *ankilostoma* puede penetrar á través de la piel sana ganando mediante los linfáticos ó venas superficiales el corazón izquierdo y el pulmón, desde donde emigra por los bronquios y tráquea al exófago y más tarde al duodeno como de ordinario.

Seroterapia de la fiebre tifoidea.—El Dr. Chantemesse en el último Congreso de Medicina de París, presentó una estadística de enfermos tifoideos, cuyas solas cifras parecen convencer de la importancia de su nuevo suero. Mientras en los enfermos tratados solamente por los baños fríos, la mortalidad media es de 18 por 100, en aquellos en los cuales utilizó simultáneamente los baños fríos y las inyecciones de suero anti-tifoideo, la mortalidad no pasa de 4 por 100. La diferencia de las cifras incita á repetir y comprobar estos trabajos.

Tratamiento de las varices.—M. Marchais, en uno de los últimos números de la *Gazette des Hôpitaux*, después de criticar los procedimientos clásicos para el tratamiento de las varices, detalla su proceder, que tiende á volver la contractilidad á las venas dilatadas, por medio de la hidroterapia fría, el masaje y la marcha graduada.

Los rayos Roentgen en la leucemia.—Parece que los rayos Roentgen poseen una nueva acción terapéutica. Grawitz ha comunicado recientemente á la Sociedad Berlinesa que había obtenido al cabo de 23 sesiones de rayos X, notable alivio en un enfermo de 54 años atacado de leucemia.

Tratamiento de la estomatitis mercurial.

Colutorio: Clorato de potasa	4 gramos.
Miel rosada	10 »
Glicerina neutra	20 »

En los casos rebeldes:

Tintura de yodo	10 gramos.
Glicerina neutra	20 »

La levadura de cerveza en Ginecología.—M. Audebet en el IV Congreso Internacional de Ginecología y Pediatría, celebrado en Rouen el pasado año, presentó unas comunicaciones sobre el valor antiséptico de la *levadura de cerveza*.

Ya preconizada en el tratamiento de las vaginitis blenorragicas, encuentra en ella una acción casi específica contra la leucorrea de las mujeres embarazadas, cualquiera que sea su origen, comprobada esta acción por 26 curaciones y tres alivios en 29 casos, empleando levadura de cerveza con exclusión de todos los

demás antisépticos; los puerperios fueron perfectamente fisiológicos.

Siendo la desinfección de la vagina la mejor garantía contra la infección puerperal, si las observaciones bacteriológicas confirman los datos clínicos, la *levadura de cerveza* sería un medio cómodo y no tóxico ni perjudicial para desinfectar el conducto genital en el parto y en las intervenciones ginecológicas; espere-mos pues conocer estos resultados.

Alcance de la medicina en la tuberculosis.—En el último número de *La Clínica Moderna*, el Dr. Calleja (Camilo) publicó un hermoso trabajo con el epígrafe que encabeza estas líneas.

De él se deducen algunos hechos importantísimos, sobre todo para los médicos jóvenes de escasa práctica. La tuberculosis, dice, es de difícil diagnóstico por la falta de medios en la mayoría de los casos; de incierto pronóstico; sólo mortal (tisis) en un 10 % de los casos; y tiene por último escasa influencia terapéutica. Aunque la mortalidad parece escasa, por su difusión resulta la enfermedad más mortífera, y ésta sólo puede reducirse con la *limpieza*, (recurso supremo), y la disminución del alcoholismo, asterismo, prostitución, etc.

Más aplicaciones de los rayos X.—El diagnóstico de las presentaciones y posiciones del feto durante el embarazo, tiende á simplificarse todavía más que por la palpación. Los rayos Roentgen se han aplicado á este objeto con felices resultados y los Doctores Albers y Schamberg, autores del procedimiento se proponen ampliarlo y mejorarlo.

Bibliografía: Archives de Médecine des Enfants.—Deutsche Medizinische Wochenschrift.—Siglo Médico.—Gazette des Hôpitaux.—Revue de Thérapeutique Médico, etc.—Bulletin Général de Thérapeutique.—Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale.—La Clínica Moderna.—Zentralblatt für Gynakologie.

Formulario.

Embarazo gástrico.

(Adultos)	Agua	300 gramos.
	Sulfato de sosa	30 »
	Bicarbonato de sosa	2 »
	Jarabe de ruibarbo	30 »

d. y m. s. a.

Para tomar en dos veces con intervalo de media hora.

(Niño)	Maná ó manito	30 gramos.
	Agua á 70 grados.	100 »
	Jarabe de cidra	20 »

h. s. a.

Tomése en tres veces con intervalos de 15 minutos.

Sr. Riva,

Alumno de 6.º grupo
de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Ateneo Médico-Escolar de Zaragoza

Sexto certamen anual de trabajos médicos

TEMAS Y PREMIOS

TEMA I. *Naturaleza de la pleuresía primitiva.*—Premio del Excelentísimo Sr. Gobernador civil de esta provincia.

TEMA II. *Historia del Manicomio provincial de Zaragoza. Frenopatías más frecuentes de los alienados aragoneses.*—Premio de la Excelentísima Diputación provincial de Zaragoza.

TEMA III. *¿A qué principios higiénicos deben obedecer las Ordenanzas municipales de Zaragoza?*—Premio del Excmo. Ayuntamiento de esta ciudad.

TEMA IV. *Acción fisiológica y terapéutica de los fomentos de procedencia vegetal.*—Premio del Excmo. Ayuntamiento de Valencia.

TEMA V. *Etiología general de las enfermedades del sistema vascular.*—Premio del Excmo. Sr. D. Manuel Castellón, senador por esta provincia.

TEMA VI. *Relaciones patogenésicas entre las rinitis en general y las dacriocistitis recidivadas.*—Premio del Ilmo. Sr. D. Vicente Forés, Vice-Rector de esta Universidad.

TEMA VII. *Se concederá un premio al autor de la mejor colección de preparaciones histológicas de la piel humana, acompañada de la exposición de los procedimientos empleados y de la interpretación de las imágenes microscópicas que se observen en cada preparación.*—Premio del distinguido Oculista Dr. Barraquer.

TEMA VIII. *Indicaciones médicas del parto provocado y medios preferibles para realizarlo.*—Premio del distinguido Ginecólogo doctor D. Eugenio Gutiérrez.

TEMA IX. *Estado actual de la terapéutica quirúrgica aplicada en las enfermedades del hígado.*—Premio del Sr. D. Cecilio Gasca.

TEMA X. *Estudio anatómo-fisiológico del oído interno.*—Premio del Dr. D. Angel Abós, Profesor Auxiliar de esta Facultad y primer Presidente del Ateneo.

TEMA XI. *Estudio clínico de la dislogia, la disfagia y la disartria.*—

Premio del Dr. Víctor Marín, Ex-presidente de este Ateneo.

TEMA XII. *Juicio crítico de los diversos tratamientos de la luxación congénita de la cadera.*—Premio del Sr. D. Julio Ariño, Ex-presidente de este Ateneo.

TEMA XIII. *Localidades españolas en que no hubo cólera en el año 1885 y motivos de su excepción.*—Premio de D. Ricardo Martín, ortopédico.

Por juzgar de gran transcendencia este tema, el Presidente honorario del Ateneo D. Ricardo Royo, dará 100 pesetas al autor del trabajo que por su mérito sea digno de tal distinción.

TEMA XIV. *Qué es y para qué sirve el apéndice ileo-cecal.* Premio del Ateneo Médico-Escolar.

A los premios de los temas X y XIV sólo podrán optar los señores Ateneístas.

Los trabajos, en las condiciones ordinarias, serán remitidos al Secretario D. José Aznar, en la Facultad de Medicina, antes de las doce de la mañana del día 28 de Febrero próximo.

Seguramente los escolares españoles acudirán á este torneo científico que sus compañeros de Zaragoza han organizado, y el resultado del mismo superará en número y brillantez de los trabajos, al conseguido en años anteriores.



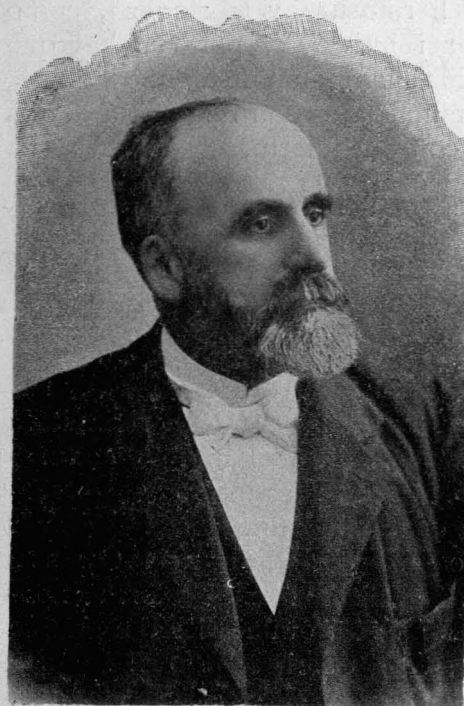
M. Escar, Tip. - Zaragoza

Clinica

y

Laboratorio

Revista escolar de Ciencias Médicas



Dr. Francisco Arpal

Reputación
profesional
moderna

Dicen que todo ha progresado en nuestros tiempos. Al parecer las últimas generaciones vienen al mundo con más capacidad intelectual y rápidamente se ilustran, hallándose dispuestas para difundir los conocimientos, para progresar, y para ejercer sin vacilaciones las profesiones más difíciles,

que antes, decían necesitaban tiempo y experiencia. Siendo esto cierto, nada debe extrañar la fama,

la reputación adquirida por los que ayer eran estudiantes bulliciosos y medianamente aplicados.

Refiriéndonos á las ciencias de curar, brotan en nuestros días las reputaciones por verdadera generación espontánea. El público, á veces ilustrado, hace coro y sanciona esa clase de reputaciones. Las publicaciones periodísticas, contribuyen con su amabilidad, á la iniciación y acrecimiento de las reputaciones profesionales.

No negamos, que por escepción y en todas las épocas, aparecen hombres de superior inteligencia capaces de fácil y rápida instrucción. Pero todo necesita tiempo. Y la ilustración que algunos aparentan poseer, á poco de cortado el cordón umbilical que los unió á las Escuelas, es muy discutible. Bien es verdad, que la ilustración, la hermosura y la riqueza, como tantas otras cosas, es relativa. Y, por eso hay que sospechar, que la rápida ilustración de algunos, que la fama espontánea de muchos, es con relación á lo que le rodea; resultando con ello cierto, el dicho vulgar, que «*en tierra de ciegos el tuerto es rey*».

Hay algunos tan despiertos, concedores de la época actual, que ponen en circulación fantasías que hacen pasar por ciencia de buena ley. Entresacando de libros, folletos y publicaciones periodísticas, forman discursos, artículos y hasta libros, condimentados con frases altisonantes, desahogos y desplantes, que sirven al público como si fueran verdades originales é indiscutibles. Se presentan ante el mundo con sin igual soltura, sin respeto á los pasados, á los presentes, y á los futuros, y en público dicen, con el mayor descaro, ser únicos poseedores de la ciencia. Otros se lanzan á realizar actos, que antes exigían larga experiencia, con una decisión que asombra. Es tan grande el progreso en nuestros días, que hasta sin título profesional, ha habido quién ha practicado laparotomías, autorizado por el concurso de un médico. Antes, los que nos instruimos hace más de treinta años, admirábamos á los maestros, que encanecidos no se decidían á practicar operaciones importantes, sin anterior y larga preparación. Con fe trabajábamos, para llegar á

adquirir, en tiempo oportuno, la seguridad admirada en los maestros. Hoy, al día siguiente, sino antes, de adquirir el título profesional, hay muchos que se lanzan á practicar, conceptuándose superiores á sus maestros. Y, es tan grande la capacidad intelectual de la actual generación, que ofrece al público servicios eminentemente prácticos, que aprendió tan sólo en los libros de primera instrucción.

Decían nuestros maestros; las ciencias médicas son prácticas, y por ello es preciso mucho tiempo, para formar exacto conocimiento de las mismas, y decisión ejecutiva provechosa. Error grande, en el que nosotros incurrimos, porque los hechos actuales dicen lo contrario. La trompeta de la fama anuncia reputación á los que ni han salido de la tutela paterna. El público veleta acepta sin tamizar lo que repetidamente le anuncian, y como bola de nieve se acrecienta la fama iniciada por un reclamo.

Ante esto, que es la realidad, desmaya el ánimo, el entusiasmo por aprender se enfría, y se aceptan los recursos para ir viviendo.

Los que son creyentes, los que no son ofuscados por la soberbia y la vanagloria, recuerdan siempre que son dos los fines de la profesión médica; la ciencia y la humanidad. Y, al practicarla, rechazan los medios aportados por el charlatanismo para ofuscar á las gentes, y cumplen con sus deberes, ejerciendo la profesión humanitaria, no la comercial.

Los llamados á entrar en el ejercicio profesional, deben recordar siempre los deberes que tienen con sus semejantes, con la ciencia y con sus compañeros, y si cumplen con ellos desaparecerán las famas espontáneas, que tanto daño hacen al crédito profesional y á la humanidad.

El laboratorio y la clínica cimentan y afirman la verdadera reputación.

Dr. F. Arpal y Daina,

Catedrático de Operaciones [en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Algunas consideraciones sobre las manifestaciones carbuncosas en el hombre

En mi propósito de contribuir con mis insignificantes fuerzas á la vida de esta revista, que honra sobremanera á la clase médica escolar de Zaragoza, á la cual me complazco muy mucho en pertenecer, voy á someter á vuestra consideración unos cuantos puntos sobre el tema que encabeza estas líneas.

Desde hace algún tiempo, ha venido llamándome notablemente la atención el hecho de haber observado algunos ejemplares de «Pústula maligna». La comarca donde mi querido padre viene ejerciendo hace años la profesión médica, y á cuyo nombre he podido yo ver y observar los casos clínicos á que luego haré referencia, es país en donde por su vida agrícola, íntimamente relacionada con los animales que sirven no sólo de ayuda para el trabajo, sino de remuneraciones más ó menos pingües, al mismo tiempo que por el desconocimiento más absoluto de toda regla profiláctica, se da con inusitada frecuencia la manifestación cutánea del carbunco.

La «bacera» esa carbuncosis del ganado lanar, que tantos perjuicios ocasiona en los rebaños, se presenta con poca frecuencia, de tal modo que no guarda relación, con el número relativamente considerable, que de pústulas malignas, venimos tratando en el transcurso del año. En cambio existe con carácter endémico y á lo más esporádico, una manifestación carbuncosa que sufren de preferencia los individuos de la especie asnal y bovina, y que por las manifestaciones clínicas que en ellos da (fiebre alta, con todo el cortejo de síntomas propios de esta, y la oposición de una enorme tumoración, cuyo punto de partida suele ser el tejido subcutáneo y que recibe diferentes nombres según la región en que asienta) creo se trate del Carbunco Bacterico cuyo agente específico, ha sido tan bien descrito por Arloing, Cornevu y Thomás: de esta manifestación carbuncosa es de donde he visto el contagio del hombre en la mayoría de los casos.

Observación 1.^a — Hacia primeros del mes de Septiembre de 1904, tuve ocasión de estudiar unos cuantos casos, cuya fuente de contagio parece ser la siguiente: En una aldea distante algunos kilómetros de mi pueblo, muere una res de ganado vacuno á consecuencia de carbuncosis; su parte muscular es aprovechada sin precaución ninguna y distribuída entre los amigos; sus vísceras son lanzadas al aire libre y á poca distancia de un camino; á los pocos días aparecen en otra aldea, no muy distante de la primera

dos asnos atacados de lo que á mí me parece debe ser carbunco sintomático; casi al mismo tiempo y en esta aldea, aparece un muchacho con una pústula maligna típica en el lado izquierdo del maxilar inferior; por descuido de la familia no se nos avisa hasta que el muchacho presenta calofríos intensos, vómitos, fiebre de 39°, grande abatimiento é irregularidades de pulso; se procede inmediatamente á la escisión y cauterización profunda, y el enfermo á los dos días se encuentra fuera de peligro, pero con la particularidad de habersele presentado dos nuevas pústulas en el lado derecho, las cuales fueron tratadas sin que dieran lugar á fenómenos generales. ¿Qué os parece de estas segundas pústulas?; lo más acertado creo es el pensar que dado el carácter indómito del muchacho, el cual se arrancó por dos ó tres veces el apósito, me parece que debe tratarse de lo que podemos llamar una auto-infección, que con sus uñas se produjo. Interrogada la familia acerca de la fuente de contagio me refieren lo que antecede, diciéndome además que los asnos primeramente invadidos, habían pasado pocos días antes por el camino á la orilla del cual se hallaban los despojos del buey primeramente afecto; á las moscas considero como vectoras de la bacteria en este caso; la infección del muchacho se explica claramente si se tiene en cuenta que asistió á las curas que el Sr. Veterinario practicó en los asnos. Pero no termina aquí el número de infecciones. Pasan algunos días y se presenta en mi pueblo el propietario del buey muerto, con el objeto de someter á inspección facultativa un mulo, compañero de cuadra del rumiante; durante la intervención sufre este individuo dos ligeras lipotimias que atribuye á falta de valor para presenciarse; le veo yo por este motivo y me dice que tiene un grano, que no le duele; paréceme que con el antecedente de las lipotimias y la zona gangrenosa que ya se marca, es lo suficiente para que se cauterice sin pérdida de tiempo y así se hace, sin que sobrevenga nada más de particular. También supe por este individuo que dos de las mujeres que habían intervenido en la repartición del festín, habían sido tratadas por un practicante de «granos de mala índole». Ved una serie de casos que ponen de manifiesto no sólo la rapidez y difusión del contagio, sino la virulencia exagerada de la bacteria.

Observación 2.^a — Se presenta en mi casa una mujer de un pueblecito vecino y nos enseña las dos manos con una porción de vaxículas, (en la derecha pude contar 18 y 7 en la izquierda) las cuales están llenas de un líquido seroso, transparente y altamente instante, ya que algunas de ellas que espontáneamente se habían abierto, producían un eritema bastante molesto; preguntada por el origen de aquella infección, nos refiere que hacía 12 días, el señor

Veterinario trató en su casa un asno de «malas» (nombre vulgar con que en este país designan la manifestación carbuncosa local) que ella había recogido los paños que en la cura se emplearon y que apercibido por dicho señor del peligro de contagio, se lavó para evitarlo con una mezcla de sal y vinagre fuerte, habiéndole aparecido á los dos días la manifestación por lo que viene á consultarnos; la enferma tiene algún ligero calofrío é inapetencia, se le prescribe una solución de ácido fénico al 5 % para baños cada dos horas y no volví á ver la paciente. Me parece que no es aventurado suponer, que esta infección es de origen carbuncoso y que á la acción del vinagre se debió la atenuación de la bacteria, así como los cristales de cloruro de sodio debieron obrar á manera de lanceta, determinando una serie de siembras.

Podría referiros algunos casos más, pero creo que para mi objeto con estos bastan y voy á plantear, no más que á plantear, ya que ni ciencia, ni autoridad, ni medios, tengo para resolver los siguientes problemas.

1.º ¿Esa manifestación carbuncosa de forma tumoral, que de preferencia ataca á la especie asnal, de la cual parece contagiarse el hombre, es producida por la bacteridia de Davaine y Nayer y por consiguiente no es más que una manifestación local del «Bacillus antracis», ó por el contrario se debe á la bacteria de Arloing, Cornevu y Thomas, siendo por consiguiente el carbunco sintomático?

2.º Dado caso que sean de origen bacterico y que de ellas se contamine el hombre, ¿hay que admitir que siendo dos especies microbianas distintas, produzcan en éste una manifestación idéntica, al menos clínicamente y explicable por transformaciones ó disminución de resistencia del germen?

Respecto al primero de estos puntos, he de decir; la escasa frecuencia con que se presenta en este país la «Bacera» peculiar del ganado lanar que suele ser la especie que primeramente se infecta, y por condiciones especiales de receptibilidad; el carácter endémico peculiar que he observado y la relativa benignidad de la afección, al menos para el hombre, me inducen á creer su origen Bacterico, no Bacteridiano.

El segundo de los puntos, me parece más difícil de resolver: Bourguet en la Sociedad de Cirujía de París (1882) hacía parecidas observaciones, que ignoro si se han resuelto. El análisis microscópico y los cultivos «in-vitro» habían de terminar la cuestión.

Voy á decir ahora cuatro palabras sobre el tratamiento. Confiar en la curación espontánea de la pústula, aunque posible, es una tontería; todos seguramente calificaríamos de criminal al médico que siguiese un criterio expectante en esta afección. Mejor

que yo conoceis seguramente cuantos procedimientos y agentes terapéuticos se han empleado para conseguir la curación de la pústula; desde los emeto-catárticos, hasta los modernos intentos de vacunación y seroterapia, puede decirse que ha desfilado todo el arsenal terapéutico. Me limitaré á referiros lo que yo he hecho, lo que hace mi querido padre y la mayoría de los médicos: el termo-cauterio no lo he empleado más que una vez, en que podía disponer de él, no obstante creo que es el medio por excelencia y con el que se consigue, rapidez y seguridad en el obrar y que no tiene los inconvenientes de muchos caústicos potenciales; en segundo lugar, doy la preferencia al sublimado corrosivo el cual he empleado en siete casos y en la forma siguiente; previa incisión crucial, y cohibida la hemorragia ⁽¹⁾ colocar un grano, (mejor que polvo) de sublimado de tamaño proporcionado á la extensión que alcance la escara; de esta manera me ha ido bien en todos los casos si bien he de hacer notar, que formado el círculo de eliminación, la escara tarda muchos días en desprenderse, por lo cual considero de poca necesidad el guardar en las curas sucesivas una rigurosa antisepsia (ya que la asepsia es imposible); es más, me parece que aunque esto no sea muy científico resulta bastante práctico, ya que la supuración en más ó en menos es imposible de evitar y si no favoreciéndola por lo menos *consintiéndola*, creo se adelanta seis ú ocho días el desprendimiento de la escara y después de todo es una supuración con poco aliento, que no tiene grandes peligros; ignoro si este inconveniente lo tienen los demás caústicos, porque no los he empleado, pero de todos modos creo que siempre es preferible el sublimado, pues algunos de los otros tienen inconvenientes mayores.

En un caso en que por tratarse de una joven temía una cicatriz, poco estética, empleé las inyecciones de ácido fénico al 4 por 100, practiqué seis pinchazos alrededor de la pústula inyectando en cada uno, media jeringuilla de la solución; es más difícil de lo que á primera vista parece (al menos á mi así me sucedió), la práctica de estas inyecciones, pues hay que tener en cuenta que la zona en que se practican está inflamada y muy indurada; á las treinta y seis horas volví á ver la enferma y aunque la pústula no había aumentado, ni habían aparecido tampoco fenómenos generales, el círculo de eliminación no se marcaba; quise repetir las inyecciones á lo cual la paciente se opuso, en vista de lo dolorosas que le habían resultado el día anterior y prefiriendo, no obstante

(1) Llamo la atención acerca de la conveniencia de cohibir la hemorragia antes de colocar el caústico, porque es fácil que la sangre arrastre partículas de sublimado produciendo una dermatitis que no tiene consecuencias, pero es molesta; á mi me ha sucedido.

dejar averiada su hermosura, el que se le cauterizase con el sublimado.

Para terminar diré dos palabras acerca de la sangría en la pústula maligna: antiguamente se empleó, y me parece que en aquellos casos en que la intensidad de la infección ha hecho ya tales estragos, que la vida del enfermo esté comprometida, puede emplearse, siempre que no existan las contraindicaciones generales, yendo precedida de inyecciones de cafeína y acompañada de grandes inyecciones de suero. Después de todo se trata de una infección en que la gravedad viene después de un período relativamente corto, por lo tanto el organismo no está muy depauperado en sus energías vitales y si restamos materialmente una cantidad más ó menos considerable de toxinas, sin que la tensión vascular sufra gran perjuicio, creo podremos dar un compás de espera y confiar en la naturaleza; de todos modos, esto en los casos desesperados, que por otra parte han de verse muy pocas veces.

Santiago Facerías Baldoza,

Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tratamiento de los magullamientos de los dedos.....

.....y siempre de la Práctica.

Al tomar la pluma para complacer á la solicitud, para mí tan imperiosa como simpática, de los jóvenes todos que principiáis á andar el espinoso camino del ejercicio profesional, siento una inmensa satisfacción al ver que os imponéis el sacrificio de vuestro egoísmo y pasáis decididos y valerosos á militar en las filas de los que realizan el principio «todo por el desvalido.»

Alguien verá en ello no ya una manifestación de *Vigor de vida* que caracteriza y caracterizará eternamente á los que cual vosotros por el trabajo sienten vocación, si no un deseo, por qué no decirlo, de exhibición exenta por tanto de gloria y de mérito. ¡Ade-

lante! Despreciad esos espíritus, no déis oídos al graznido de gansos pacatos, y haceros dignos de una nación vivida ya, que, como muy bien ha dicho el Magistrado americano, son *Naciones moribundas, aquellas cuyos hombres no trabajan y cuyas mujeres temen la maternidad.*

Mas advierto que voy escribiendo, de lo que interesa menos á vuestra finalidad, mas de lo que debo proponerme en la ocasión presente y paso al verdadero objeto.

Simple y sencillo parecerá á más de uno el asunto que me va á ocupar, y sin embargo, no debe ser así, á juzgar por lo que á diario la práctica me dice.

¡Curar un magullamiento de los dedos! ¡Vaya un arco de Iglesia que hace el que lo consigue! Y á pesar de que no existe, no ya médico, si no aficionado curandero, criado y vecino que ignore lo que debe aplicarse á un niño, obrero ó burgués que haya sido víctima de semejante accidente, puedo aseguraros, que en general, aun siendo médicos, muy pocos son los que tratan dicho proceso morboso, con arreglo al precepto de *cito et jucunde* que debe cumplimentar el cirujano, siempre.

¿Y qué entiendo yo por magullamiento? «La afeción local provocada lenta ó instantáneamente sobre un punto de la superficie ó del interior de las cavidades naturales del cuerpo humano por un agente ó cuerpo mecánico de superficie más ó menos obtusa, llamándolo foco del mismo á la porción de tejidos atacados por la violencia.

Haciendo, pues, aplicación de este concepto á lo que tiene lugar en los dedos, vemos que en éstos el magullamiento ó magullamientos, da lugar ó á lesiones intersticiales ó cerradas, ó á lesiones externas ó abiertas; hallándose situadas unas y otras siempre en el foco de presión, y llamándose por tal motivo, directas.

Evidentísimo es, que antes de hacer la aplicación de los medios que el modo común de ver sugiere, hay que tener cuenta, en unas y otras;

1.º El agente causal.

2.º La acción del mismo expresada ó calculada en intensidad y extensión.

3.º El medio dónde se ha producido.

4.º El estado local.

5.º Las condiciones del lesionado; edad; estado de salud; morbosidad.

6.º Momento ó fase de la lesión. Como se ve, es necesario antes de poner manos en obra, establecer ó fijar la *Indicación*.

No es esto lo que comunmente se hace, y aunque sea bochornoso el decirlo, preside de ordinario en el tratamiento de las lesiones que me ocupan, una verdadera rutina, que á fuer de científicos es preciso desterrar, si queremos cumplir con nuestra sacerdotal misión, y conseguir justamente un buen nombre profesional.

Ved lo que habitualmente se hace. Es llamado un médico á prestar asistencia á un magullado de dedos, y, como la vista no le revele estar en presencia de una lesión abierta (hemorragia, masa ó papilla carnosa), ó grave (Shok ó estupor, conmoción) unas afusiones de líquidos más ó menos fríos y más ó menos resolutivos ó astringentes, son el fruto del criterio, condición personal y valía científica del médico tratante. Y ocurre con frecuencia, que durante el día es llamado y requerido nuevamente, para que busquéis y deis el medio de evitar ó calmar los agudos dolores que el lesionado siente en la parte magullada. Ello por no haber cumplido como debíais, es decir: como médicos y no como aficionados ó intrusos.

No es vulgar ó nimio el profesor que en presencia de hecho tal, procura tener en cuenta las circunstancias anteriormente consignadas, nó. Es, procediendo de ese modo, como se evitará alguna vez, el bochorno consiguiente, al ver aparecer un punto ó zona negra en la extremidad ó á mitad del dedo ó dedos, ya en la cara palmar ya en la dorsal, en una fecha en la que creería ya poder tener curado á su paciente totalmente; zona ó mancha que inaugura una nueva fase ó era de sufrimientos, impedimentos, inquietud, y acaso de peligros.

Es verdad que se necesita que el momento ó fase del magullamiento sea inmediato á la primera inspección, para que los cinco indicantes enunciados, sean ó exijan atención preferente, por igual; porque si aquel ó aquella corresponden á una fecha ya algo apartada de su producción, el estado local y el general del lesionado, por si solos, deben ser, y seguramente son, los necesarios y únicos datos para una buena y justa intervención médica.

Y ahora vamos con los medicamentos. Oid mi opinión. Todos los medicamentos preconizados hasta el día para tratar los magullamientos son buenos, á condición de que se usen en forma pulverulenta, líquida ó en disolución, debiendo preferirse siempre los segundos á los primeros á partir del instante ó momento inicial de la lesión, aplicándose como es natural, después que se haya antiseptizado toda la zona sospechosa de haber sufrido ó experimentado la acción traumatizante.

Admito tres clases ó variedades á la finalidad terapéutica. Primero ó de pequeña intensidad. Mediano ó segundo y tercero ó de grande atricción, según comprenda el magullamiento, la superior, la mitad ó totalmente el espesor del dedo ó dedos. La extensión no tiene, mejor dicho no le concedo, importancia para ello, puesto que es para mi regla de conducta comprender en la cura una zona mayor en un doble por lo menos que tiene la traumatizada ó lesionada.

Mi método curativo el siguiente:

En el primer caso y con lesión cerrada. Limpieza general rigurosa de todo el dedo, dedos y mano, con éter y alcohol absoluto y cura húmeda permanente, renovada cada 12 horas, comprendiendo el dedo cuando es su extremidad y la mano cuando en totalidad.

Con lesión abierta, erosión. Limpieza general igual que en el caso anterior; antiseptia, limpieza particular del foco; si hay lugar, hemostasia y cura en igual forma que el anterior.

A menos de presentarse fenómenos generales, Fiebre, Linfangitis, . . . empleo el mismo tratamiento

por espacio de siete días, si antes no se obtuviera la curación completa.

El líquido de que me sirvo para impregnar las almohadillas de gasa que rodean toda la zona es:

Solución acuosa de acetato de alúmina al 1 % un litro.
Alcohol alcanforado. 20 gramos.
M. s. a.

También suelo emplear la solución de cloruro amónico al 2 por 100, adicionada ó no con la anterior de tintura de árnica 60 gramos por 1000. No hecho en olvido el estado del lesionado y vigilo.

En el caso segundo. Si el magullamiento no ha dado lugar á herida, ó lo que es lo mismo, si el traumatismo es cerrado, después de practicar los lavados y antisepsia de rigor absoluto y no diferibles, practico igual curación, teniendo sumo cuidado de que conserve una temperatura constante de unos 40 á 44 grados, cosa fácil de obtener por medio de la impermeabilización del apósito todo, impregnado con soluciones calientes antes de ser envuelto.

Cuando se hubiere producido herida, y después de las preliminares prácticas enumeradas, no existe medio mejor que la irrigación continua con alguna de las soluciones expresadas más adelante, inmovilizando la extremidad y colocándola en una posición alta, ó sea á la altura de la horquilla esternal si está de pie ó sentado el paciente y á la de la cabeza, si echado. Muchas veces en este caso se suelen presentar indicaciones generales, así; el dolor exige el empleo de anestésicos locales, *cocaina, morfina, halocaina, orthoformo y stovaina*, que siempre dan buen resultado y la fiebre, que por la conmoción general se declara en los sujetos débiles ó neurósicos, obliga á régimen dietético y de evacuación ventral, de excelente efecto.

El tercer caso ó grado, es el que más me ocupará y es el que debe llamar más la atención del práctico; ya por que en él, y aún el anterior se interviene operatoriamente casi siempre de urgencia, produciendo mutilaciones, defectos é inutilidades que en muchas ocasiones un buen tratamiento manifestará no estaban indicadas. Excepción hecha de la trituration

completa de uno ó más dedos no comprendo la amputación de los mismos y aún en ese caso no tengo inconveniente en aguardar en condiciones apropiadas; pues positivamente la eliminación ó secuestro siempre es menor, cuando se hace ó lleva á cabo alguno ó algunos días después de haberse producido el trauma. Las condiciones apropiadas en que coloco la parte, son:

Hemiasia; desinfección cuidadosa con cualquiera de las soluciones, de permanganato potásico al 1 por 1000, fenolada al 2 por 100, lisolada al 1 por 100, eliminando toda porción ó partícula ósea ó cartilaginosa que se encuentra muy suelta del resto, inyección ó insuflación con alcohol alcanforado ó agua oxigenada á 10 volúmenes ó también gas oxígeno en todas las anfractuosidades y rincones que se vean, y envoltura á la gasa de óxido ó peróxido de zinc mejor, é irrigación continua caliente de toda la mano ó pié hasta eliminación completa de toda porción mortificada. Llegado este momento que es lo que constituye la segunda fase ó época del tratamiento, practico las enucleaciones ó amputaciones perfectamente entonces limitadas y nunca antes indicadas, y cambio el procedimiento curativo, empleando la cura seca simple, ó adicionada de Airol, Xeroformo, etc., hasta llegar á la tercera fase de epidermización ó cutificación, para lo cual el agente químico Aristol llena completa y satisfactoriamente el cometido. La inmovilidad y la actitud del miembro ó extremidad anteriormente descritas, son factores indispensables é inolvidables en este caso, mucho más que en el anterior.

Los trastornos generales son raros procediendo de ese modo, y las curaciones se obtienen por modo asombroso muchas veces, limitándose el uso de las intervenciones quirúrgicas en número y extensión.

Deséchense por tanto éstas para aplicar las de urgencia y úsense en tiempo y medida oportuna, si el médico quiere ser científico y humano.

Dr. Juan Lite,

del Hospital Provincial de Zaragoza.

Sobre la ataxia de Friedreich.

F. G. G. de 14 años, ingresó en la clínica el día . del último Noviembre ocupando la cama número 18.

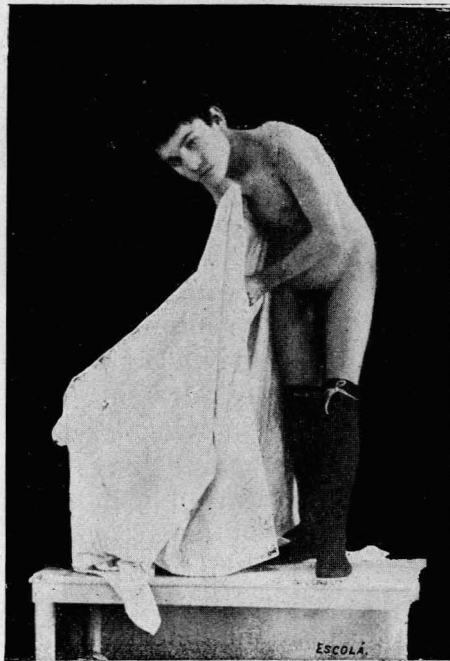
Antecedentes hereditarios no menciona alguno digno de tenerse en cuenta; respecto de los suyos propios dice no haber padecido más enfermedad que el sarampión, lo padeció hace ocho años y desde entonces encuentra dificultad para moverse cada vez más acentuada; pues lo que comenzó según refiere el enfermo por una debilidad á las piernas que le hacía tropezar y caer fácilmente hoy

ha alcanzado hasta la pronunciación.

Si le examinamos encontraremos: en la columna vertebral cifoescoliosis dorsal, en las extremidades inferiores atrofia muscular, con el pie cóncavo, los dedos en extensión y como consecuencia de esta concavidad acortamiento del pie; el color de su cara es pálido y por su aspecto general le juzgaremos imbécil; sin embargo no lo es, recuerda hechos de su vida pasada, entiende cuanto se le dice y por su voluntad realizaría con

precisión todos los movimientos si la ataxia no se lo impidiese.

También podemos observar: abolición de reflejos tendinosos, trastornos en la sensibilidad, movimientos involuntarios, ataxia estática, nistagmus en las posiciones extremas laterales y su mar-



cha que para realizarla necesita de dos personas en las cuales se apoya es igual á la descrita por Charcot con el nombre de marcha tabeto-cerebelosa.

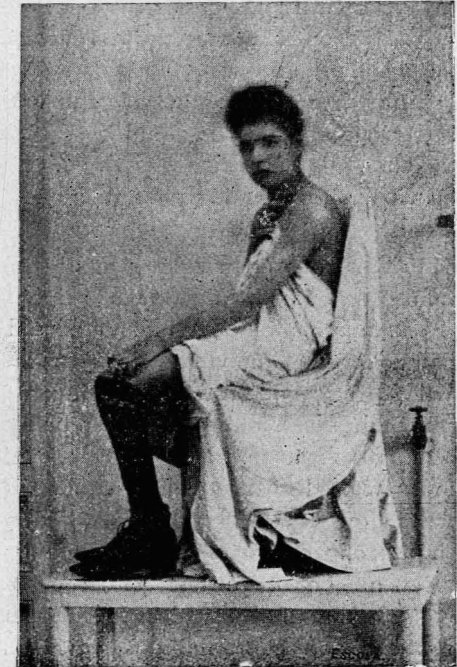
A. G. G. de 16 años ingresó en la clínica el 30 de Octubre de 1904, ocupa la cama número 5, es hermana del anterior, manifiesta un considerable retraso en la aparición de las reglas, en la cara conserva señales de haber padecido la viruela; hace un año padeció el sarampión en c a convalecencia comenzó á observar los mismos síntomas que su hermano y como él cada vez más marcados.

Aunque con tanta intensidad se dan en esta enferma exactamente los mismos síntomas que su hermano; podría pues repetir aquí idénticas observaciones á las cuales añadiría amenorrea desde hace tres meses.

Sobresaliendo entre todos los síntomas de estos enfermos está la ataxia; pero esta coordinación defectuosa de los movimientos lo mismo puede ser efecto de

irregularidades en la trasmisión de las impresiones que en la recepción de las mismas lo cual nos indica no es bastante esto para establecer diagnóstico; más teniendo en cuenta las enfermedades que presentan este síntoma nos servirá de auxiliar poderoso para fijar cuál es la enfermedad que ataca á estos dos hermanos.

Hay ataxia en la tabes laberíntica, en algunas enfermedades cerebrales como son los neoplasmas particularmente los que ocupan la zona motora, en intoxicaciones agudas en especial las producidas por el alcohol, la quina, en el histerismo, en la neurastenia y la llamada ataxia cerebelosa; pero de todas estas enfer-



medades la mayoría probablemente, no tendrán otro punto de contacto con los casos actuales que el síntoma que nos ocupa y aún en éste, observando detenidamente, hallaríamos diferencias.

La enfermedad en la cual se presenta con más frecuencia la ataxia es la tabes dorsal pero no debe ser esta la que ataca á estos enfermos; así al menos se desprende de su edad, la falta de antecedentes sifilíticos, el curso seguido en la aparición de los síntomas, la ausencia de dolores lancinantes y la presencia de deformaciones en el pie acompañadas de trastornos de lenguaje.

Ataxia manifiestan los enfermos de pseudotabes periférica y en algunas ocasiones los de esclerosis en placas; más en la sintonología de los primeros está el dolor y el curso de la enfermedad que es muy característico pues alcanza pronto su mayor desarrollo para retrogradar después; en los segundos se observa temblor intencional, manifestaciones paralíticas, espasmos pronunciados y perturbaciones visuales; pues bien nada de esto tienen nuestros enfermos.

Hay tres enfermedades que pudieramos llamar familiares en las cuales se dá como uno de los principales síntomas la ataxia ya sea acompañada de exaltación de reflejos, haciéndose la incoordinación de los movimientos marcadamente cerebelar, atrofia del nervio óptico y de trastornos psíquicos conociéndose entonces con el nombre de heredo-ataxia cerebelosa, ya venga seguida de nistagmus, deformación de pie, desviación de la columna vertebral, signo de Argill-Robertson, hipertrofia de los troncos nerviosos y dolores fulgurantes, en cuyo caso la llamaríamos neuritis intersticial hipertrófica, ó bien se sumen á una ataxia exagerada más cerebelar que en esta última, pero menos que la primera, todos aquellos síntomas observados en nuestros enfermos y que á mi juicio se hallan comprendidos en el cuadro descrito en las obras de Patología médica con el nombre de *Enfermedades de Friedreich*.

El pronóstico para estos desgraciados no puede ser más pesimista; irán recorriendo hospitales y clínicas toda su vida porque mientras ésta dure, durará su enfermedad, cuya evolución para terminar con la muerte, puede prolongarse hasta más de veinte años si otra enfermedad intercurrente no viene á acortar su existencia, que verán transcurrir la mayor parte sumidos en el lecho.

Amasamiento, suspensión, hidroterapia, nitrato de plata, cloruros de oro y de potasio, en una palabra, cuantos tratamientos se han empleado en esta afección han obtenido otros tantos fracasos; el único procedimiento de relativa utilidad es el de la llamada terapéutica compensadora ó de reeducación de los movimientos empleado por Frenkel; haciendo al mismo tiempo tomar

al enfermo arsénico y glicerofosfatos y aplicarle las corrientes continuas.

Para evitar el desarrollo de las lesiones en las familias predispuestas, se aconseja á la madre no dé de mamar á sus hijos y los someta durante la infancia y pubertad á toda clase de cuidados higiénicos muy particularmente los que tiendan á favorecer el desarrollo de los sistemas nervioso y muscular, como son el amasamiento la hidroterapia y la gimnasia.

José Aznar Esteruelas,

Alumno de 5.º grupo é Interno de Clínica Médica
en la Facultad de Zaragoza.

Un quiste mucoide del ovario.

J. B. de 31 años
ocupa la cama número 1 de nuestra Clínica Quirúrgica.

Nos refiere que hace cuatro años y á raíz de su último parto, tuvo el sarampión, desde cuya fecha se sintió constantemente indispuesta. Dos partos ha tenido y los dos completamente normales: la menstruación ha sido siempre regular. Ningún antecedente hereditario podemos aportar, para el razonamiento de su diagnóstico.

Como decíamos, hace cuatro años empezó á notar las primeras molestias. Y aquí la enferma nos da datos de excepcional importancia.

Empezó J. B. notando unos dolores que según ella refiere, partían de la matriz y se extendían hacia el lado derecho. Siguió en este estado hasta hace unos ocho meses, en que advirtió un pequeño abultamiento en la fosa iliaca derecha y dolores bastante intensos en la región lumbar. Este pequeño tumor fué creciendo según ella misma notó perfectamente, de abajo arriba, dato de gran valor para el diagnóstico, como veremos más adelante.

Reconocida la enferma, sin ninguna reserva pudimos diagnosticar un tumor de vientre, cuyo tamaño excedía al de un embarazo de término. Pero el diagnosticar á nuestra enferma de un tumor abdominal, es no decir nada ó poco menos; siendo así que son tantos los órganos alojados en la cavidad abdominal, en los cuales los tumores pueden asentar (hígado, bazo, mesenterio, ovarios, útero, etc.)

Palpado el tumor deducimos que era redondeado y movable. La enferma nos da un dato que nos conduce al conocimiento

casi seguro del órgano en que el tumor asentaba; pues creciendo de abajo arriba, es lógico no pensar en que el hígado, bazo y estómago fueran los órganos en que el tumor se implantase, pues dada la topografía de los mismos, no era posible que al crecer lo hubiera hecho en el sentido que manifiesta la enferma.

Nos quedamos, pues, solamente en que el origen del tumor sea del útero, ovario y mesenterio. Desde luego rechazamos la posibilidad de haberse desarrollado á expensas de este último, porque el tumor llenaba toda la cavidad pelviana, circunstancia que excluye también su implantación en el mesenterio. De todas suertes, no hay que olvidar las grandes dificultades que ofrece el diagnóstico de los tumores del ovario y mesenterio.

Ya sabemos, pues, que se trata de un tumor intra pelviano, pero nos falta saber si asienta en el ovario ó en el útero. Las metrorragias, la histerometría y la exploración bimanual, nos hubieran acusado alteraciones del órgano uterino, pues ya sabemos que aquellas acompañan á todo proceso tumoral de dicho órgano, y aun en el caso de que hubiera sido alguna variedad de fibroma quística ó pediculada en los cuales suelen faltar las metrorragias, la histerometría nos hubiere acusado un cambio en las dimensiones del órgano. Y por último, la exploración bimanual combinada, demuestra que, los movimientos imprimidos al tumor, no se transmiten al útero.

Queda pues, demostrado, que estamos frente de una enferma con un tumor del ovario. ¿Pero qué clase de tumor es? ¿Cuál es su naturaleza?

No podemos pensar en ningún neoplasma, porque ellos no adquieren generalmente el desarrollo del que nos ocupa, además establecen adherencias apenas empiezan á crecer y sobre todo, la mayoría tienen gran resonancia sobre el estado general del enfermo; de donde se deduce, que no se trata de ningún tumor sólido, por idénticas razones debemos descartar la existencia de un tumor vegetante; de todo lo cual claramente se infiere que se trata de un tumor quístico del ovario.

Pero este quiste puede ser de naturaleza hidatídica, mucoide, dermoide y mixto de estas dos últimas variedades.

Los quistes hidatídicos del ovario, son sumamente raros; además en nuestro caso faltan todos los síntomas propios á esta clase de tumores. Más difícil resulta el determinar si es mucoide ó dermoide, siendo á veces de todo punto imposible. Los dermoides excepcionalmente adquieren un volumen mayor al de la cabeza de un feto de término, y por otra parte, son muy lentos en su desarrollo. Nuestra enferma si bien notó dolores hace cuatro años, el tumor no se ha hecho ostensible hasta hace ocho meses, siendo

muy importante que desde esta fecha haya adquirido de un modo rápido todo su volumen; pero nos falta añadir que dichos quistes dermoides tienen una consistencia más dura que los mucoides, por el grosor de la cápsula que los envuelve y por los diversos órganos tales como, dientes, pelo, trozos de huesos, etc., que encierran en su interior, todo lo cual hace que sea mayor su consistencia; siendo pastoso el de nuestra enferma de ahí que nuestro juicio diagnóstico había de ser el de un quiste mucoide.

Resumiendo diremos que se trata de un quiste mucoide del ovario derecho; redondeado, voluminoso tanto que daba al vientre el aspecto de una mujer en el término del embarazo; ocupando el hipocondrio derecho y extendiéndose hacia el centro del abdomen; pediculado y sin adherencias, puesto que era movable; de una consistencia pastosa é igual en todo su volumen, porque así lo demostraba la palpación, y por esto mismo unilocular, si bien el examen directo nos demostró, hallarse formado por varias cavidades que contenían líquido mucoide.

La etiología y patogenia de estos tumores es muy oscura. Ya sabemos que estos quistes del ovario son debidos unas veces á inclusiones germinativas y otras del epitelio del folículo. El proceso de estas dos inclusiones hasta llegar á la completa formación del tumor, es explicada de diferente manera según los autores que de tan difícil problema se ocupan.

El presentar una patogenia que explique la formación del tumor en nuestra enferma, es empresa superior á mis fuerzas, y por lo mismo desechada.

¿No podría tener su influencia etiológica en la formación de este tumor al reanudar el ovario sus actividades después del último parto? Abonando esta suposición, el que nuestra enferma aquejase dolores precisamente después del término de su último embarazo.

El tratamiento llevado á cabo, fué la ablación del tumor que es el que se impone en todos los casos de tumor quístico del ovario; evitándose de esta suerte las serias complicaciones que originan abandonados á sí mismos. Por lo cual nuestro maestro el Doctor Lozano decidió la operación, que fué practicada el día 3 de Noviembre. Previa laparotomía exploradora, el tumor fué puesto al descubierto, se puncionó con el trócar, dando salida á un líquido de consistencia espesa y de un color amarillo verdoso; la extirpación del quiste se llevó á cabo con feliz éxito. El resultado no ha podido ser más satisfactorio, la enferma salió de nuestra clínica, curada por completo, el día 30 de Noviembre de 1904.

El quiste pesaba unos cuatro kilos, y practicada la abertura

del mismo, vimos estaba formado por muchas cavidades, los cuales se determinaban en su superficie por unas zonas fibrosas, que lo deprimían ligeramente. Por circunstancias especiales no se pudo hacer el examen histológico.

Luis Ruiz Mosso,

Alumno del 5.º grupo é Interno de Clínica Quirúrgica,
en la Facultad de Zaragoza.

Un caso de osteomielitis aguda del peroné.

Por considerar de alguna importancia práctica y por que no es la regla general en los casos de osteomielitis, el que éstas se den en el peroné, voy á exponer á los lectores de CLÍNICA Y LABORATORIO un caso de osteomielitis aguda del peroné curado por la secuestrotomía.

En la Clínica de niños de esta Facultad, á cargo del Dr. Borobio, se presentó el día 1.º de Noviembre del presente curso una niña de 11 años de edad, María N. en busca de la curación de una dolencia que aquejaba en su pierna derecha. Consistía ésta, en una tumefacción en la región peronea, con alguna deformidad de dicho hueso y la existencia de tres fistulas al nivel de la porción media de la parte externa de la pierna; por ellas salía un líquido purulento muy fluido, de color amarillo verdoso y que á la exploración por el estilete, indicaba claramente su procedencia ósea. Esto unido á la consistencia dura de la tumefacción que parecía un engrosamiento del peroné, edemas de las partes contiguas de los tejidos blandos, con el color rojo de la piel de la región y ligero tinte azulado que daba la red venosa dilatada, nos hizo pensar en una osteomielitis del peroné de naturaleza estafilocócica. En confirmación de este diagnóstico, ved los antecedentes que daba la enfermita.

Se hallaba un día jugando con otras niñas de su edad, cuando de pronto sintió un fuerte escalofrío que le obligó á abandonar el juego marchándose á su casa. Este escalofrío iba acompañado de un dolor intenso en la pierna derecha. Con estos síntomas continuó en cama, la tumefacción se inició en la pierna y siguió aumentando en días sucesivos acompañada de fiebre alta.

El médico se decidió por el tratamiento expectante y la inflamación de la pierna llegó á la supuración, que hizo aparecer las fistulas para salir al exterior; la fiebre continuaba y por los orificios de supuración salía un pus verdoso y fluido. Cuenta la madre de

la niña que en días sucesivos echó trocitos de hueso por las fistulas. El médico la trataba con inyecciones de un líquido que no sabe nuestra enferma en qué consistía, pero el caso es que como no encontraba alivio en su pueblo decidieron venir á nuestra Clínica.

Se presentó en el estado que he dicho antes y se indicó la operación. Esta consistió en una incisión vertical al nivel de la parte media de la región externa de la pierna; seccionados los tejidos blandos, apareció un tejido óseo de nueva formación en gran cantidad, era un peroné muy engrosado; se abrió linealmente, con escoplo, el hueso en una extensión de 6 á 8 centímetros; en un lecho de pus yacía un secuestro típico; era el residuo de la diafisis primitiva del peroné; con un golpe de pinzas salió íntegro, era de ver su aspecto corroído; laminillas óseas en sentido longitudinal entrelazadas, dejando oquedades rellenas de granulaciones con pus estafilocócico, se veían claramente; sus extremos, eran puntas afiladas.

Una vez extraído, la cura consistió en limpieza de la cavidad por medio de la cucharilla, cauterización, taponamiento con gasa yodofórmica y vendage. Al cuarto día se curó segunda vez, ofrecía buen aspecto. Desde entonces, ha venido cicatrizando por segunda intención y hoy día sólo resta cubrirse una superficie epidérmica insignificante.

Es este un caso típico de caries estafilocócica del peroné. Las osteomielitis que Bruns marca para el peroné en un 3 por 100 en orden de frecuencia con respecto á todas las osteomielitis del organismo, presentan los mismos síntomas que en la tibia y aquí como en los demás asuntos ya médicos ya quirúrgicos, lo más importante es la terapéutica. No hablo ya de la confusión con la fiebre tifoidea como se ha dicho, puesto que ni la tifoidea comienza tan bruscamente como la osteomielitis, ni el curso de la fiebre puede compararse en los dos casos. El escalofrío, el dolor local, la mayor sensibilidad en ese punto comprobados por un examen minucioso de la totalidad del cuerpo y una falta casi completa del funcionalismo y aun ausencia absoluta de movimientos del miembro enfermo, nos indican claramente la naturaleza de la enfermedad. Además se trata siempre de sujetos ó de niños que están creciendo, en cuyo periodo hay condiciones abonadas para la infección primero y luego para el prendimiento y desarrollo del estafilococo en tejidos debilitados como son los cartilagos dia-epifisarios; de aquí el nombre de osteitis de crecimiento. Para la infección basta una amigdalitis simple, una faringitis, un antrax, hidroadenitis, etc. etc. Nuestra enferma no recuerda bien este punto de la etiología, pero ello es, que siempre

á esas lesiones es debido el que el estafilococo penetre en el interior del organismo. Pero vayamos á la terapéutica. Que los síntomas no son muy elevados, que no hay gran fiebre, se trata de una forma perióstica; recomendaremos el reposo y la administración al interior de fosfato de cal. Que la fiebre es alta, que son bastante acentuados los síntomas locales, haya ó no fístulas, abriremos hasta encontrar el foco de caries, extirpación de secuestro y limpieza absoluta. En el primer caso basta en muchas ocasiones el fosfato de cal para que venga la curación. Hay un tercer caso en que la postración es grande, es que la infección ha invadido todo el hueso y aún se presentan después complicaciones en las articulaciones; entonces dieta de caldo y leche con incisión amplia del hueso. En el peroné no tiene tanta importancia la generalización de la infección como en la tibia, allí puede estirparse toda la diáfisis; en la tibia por el contrario si toda la diáfisis es el secuestro y éste no recobra su vitalidad hay que amputar el miembro.

En nuestro caso, la noviformación ósea periférica, denominada estuche del secuestro, permitió reconocer marcadamente los límites de la lesión: la infección debió comenzar en el cartílago diaepifisario superior, pues este pertenecía más bien á la parte superior que á la inferior; además la niña dice que la inflamación primeramente comprendía la porción superior de la pierna y la corba solamente. En otros casos, cuando el estado general permite esperar, la fiebre es poca y la supuración moderada, se difiere la extracción del secuestro hasta que esté completamente desprendido para dejar que el periostio tenga tiempo é irritación necesaria para formar el estuche del secuestro suficientemente sólido. Pero, en general, hoy se hacen aberturas amplias, y ya no se emplea el método de König.

De los métodos de Esmarch, de Niebr, de Schede, etc., de Lülve y de Bier, no entro en detalles, porque su aplicación reviste más importancia cuando se trata de las ostiomielitis de la tibia. Aquí, en este caso, como he dicho antes, solamente se ha empleado el taponamiento con gasa yodofórmica y la curación ha sido perfecta.

Marcelino M. Serrano,

Alumno del 5.º grupo é Interno de la Clínica de niños de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Formulario.

Cloroanemia.

Arseniato sódico	10 centigramos.
Tartrato férrico potásico	8 gramos.
Elixir de Garús.	60 »
Agua hervida	400 »
d. s. a.	

Una copita de las de licor antes de cada comida.

Neurastenia, debilidad general, inapetencia, etc.

Vino de nuez de kola.	500 gramos.
Lacto fosfato de cal	10 »
Extracto fluido de quina	5 »
Tintura nuez vómica.	1 »
d. s. a. y filtrese	

Una copa de las de vino después de cada comida.

Juan Riba,

Alumno de 6.º grupo de la Facu'tad de Medicina de Zaragoza.

Novedades Médicas.

La diazoreación en las enfermedades de la infancia.—El doctor E. Fischer, basado en una porción de observaciones realizadas en el hospital de Enfants-Malades al servicio de M. Comby, aporta algunas conclusiones dignas de tenerse en cuenta. Primeramente la diazoreación de Ehrlich se obtiene de la manera siguiente. Se preparan dos soluciones:

<i>A</i> Agua destilada.	200 gramos.
Acido clorhídrico	10 »
Acido sulfoanílico.	1 »
<i>B</i> Agua destilada.	100 gramos.
Nitrito de sosa	0'50 »

Se toman 5 c.c. de orina en un tubo de ensayo; se mezcla con partes iguales de la solución *A* y se añaden algunas gotas de la solución *B*, después se vierte gota á gota, amoniaco líquido. Si la reacción es *positiva* se produce una coloración rojo-cereza; si es *negativa* ó *dudosa*, el color es anaranjado ó ambarino.

Ahora bien, en el niño sano la reacción es negativa. En la fiebre tifoidea, granulia, roseola, escarlatina, angina aguda, etcétera, la diazoreacción puede tener gran valor diagnóstico por ser *positiva* y podrá diferenciar por completo estas enfermedades de la gripe, apendicitis, nefritis aguda y reumatismo en que dicha reacción es *negativa*.

Tiene gran valor pronóstico sobre todo en la tuberculosis; cuando ésta es crónica, localizada, poco febril, la diazoreacción es *negativa*; si la tuberculosis sigue una marcha rápida y progresiva, cuando se hace invasora ó se generaliza (granulia, meningitis, etc.), la diazoreacción es *positiva*.

Todos pues, debemos familiarizarnos con estas maniobras que tan útiles pueden ser al médico y al enfermo.

Tratamiento quirúrgico de la gota.—En dos enfermos de gota, el profesor Riedel de Jena, abrió libremente la articulación, la desembarazó de sus uratos y extirpó la sinovial. Cicatrizada la herida en los dos casos, los enfermos vieron con placer que no volvió á presentárseles ningún otro acceso de gota. El profesor Riedel no pretende que esta enfermedad pase en absoluto al dominio de la Cirujía, pero considerando la fluxión articular como una artritis aséptica, estima que la extirpación de la cápsula pone al enfermo al abrigo de las recidivas, de esta afección tan dolorosa y tan tenaz.

Tratamiento de la forunculosis (Gaucher).—Durante una semana brea líquida (una cucharada de café en medio vaso de agua de Vichy). En la segunda semana se prescribirá la siguiente fórmula:

Acido bórico químicamente puro 30 gramos.

Agua destilada. 1000 »

Para tomar una cucharada de las de sopa en cada comida.

En la tercera semana adminístrese arseniato de sosa y al terminar ésta vuélvase á empezar el mismo ciclo.

Bibliografía: Archives de Médecine des Enfants.—Deutsche Medicinische Wocheuschrift.—Bulletin générale de Thérapeutique medical, etc.

Clinica

y

Laboratorio

Revista escolar de Ciencias Médicas



Dr. Hipólito Fairén

APASIONADO del laboratorio y ferviente admirador de la clínica, si las conquistas de aquél logradas con los poderosos medios de investigación con que cuenta, me atraen, las adquiridas con aquella disciplina filosófica que caracterizó á los maestros en la observación, declaro que me fascinan.

De más fácil educación los sentidos que la razón, aunque meritorias las adquisiciones que aquéllos y ésta logran, el ambiente de pura intelectualidad en que se ejercitaban aquellos pensadores que viendo, ob-

servando y meditando se anticiparon á la demostración objetiva del producto de su sana reflexión, fué más provechoso para los enfermos, que la actual fiebre de producir y generalizar, cuya única disculpa es el afán de llegar, siquiera por desgracia, á tan justa aspiración, pocas veces se asocia la fortuna.

Tan irreflexiva tendencia, las demasías y los desahogos, han llegado á la procacidad en Terapéutica. Olvidados los principios que la informan y desdeñadas y en desuso sus tradicionales enseñanzas, entristece pensar que en tanto muchos fármacos sintéticos de dudoso provecho, inundan el mercado, viven en olvido las medicaciones seculares y se han alejado de la clínica prácticas consuetudinarias y con ellas medicamentos de indiscutible utilidad.

Tal sucede con la indicación de la *Ipecacuana* á dosis eméticas, en las broncorragias copiosas ó persistentes ni febriles ni cardiacas.

Intolerables preocupaciones reveladoras de incultura terapéutica, pretenden espantar á los catecúmenos profesionales esbozando con arte exquisito cuadros arrancados á la realidad, empero desprovistos de ambiente científico; y de la angustia del broncorragico, del terror de cuantos le rodean y del esfuerzo y cansancio que supone todo vómito, hacen armas que sin quererlo ni saberlo esgrimen contra el propio enfermo que desean aliviar, al obstinarse en no rebajar la tensión vascular y deprimir la irritabilidad nerviosa, sin cuyo concurso, difícilmente se formará ni persistirá el providencial coágulo que ha de ocluir el punto seccionado.

Si un síncope prepara la curación de las heridas penetrantes cardiacas, la acción de la rubiácea del Brasil «previo estado nauseoso y vómito» al transformar en potencia la energía viva del eretismo y del estímulo; engendrar la hipercrinia irritativa con isquemia pulmonar; congestión visceral abdominal; sudación y tendencias lipotímicas, por disminuir la masa total sanguínea y su presión sin que la sangre tenga que salir de la red en que se aloja, consiente su

silencioso deslizar á modo de babeo y favorece la formación de la ligadura que el coágulo significa.

Desde que Baglivio estudió la raíz que Pisón introdujo en la terapéutica y Legras en Francia y cuya acción y efectos en la disentería y hemorragias, la estimó punto menos que infalible, no ha habido prestigio ni eminencia clínica que no se haya servido de ella para tratar los hemoptóicos.

Stoll «el policólico» *prescindiendo del concepto patológico de sus hemorragias biliosas*, la preconiza y ensalza; Simón de Semur generaliza y recomienda para tales casos el emético. Legroux y Monneret, recurren con éxito á tan olvidada raíz; y Trousseau, irradiando destellos de sabiduría desde su trono clínico del Hotel Dieu, con su inimitable decir y con los hechos persuade á Moissenet, Dieulafoy y Peter, últimos engendros profesionales del grandilocuente dictador, y siguiendo la senda que trazara aquel maestro, prueban que con ella consiguieron lo que con otros fármacos les era imposible ó muy difícil de lograr.

¡Que ha pasado después para que los escritores contemporáneos apenas la mencionen! Que la impresión ejercida por los arroyos de sangre que á borbotones salen por la boca y las aberturas anteriores de las fosas nasales, han ofuscado al poco pensador: que otras soldaduras imaginarias han preterido á la del estaño del contra-estímulo: que apenas quedan vestigios Rasorianos; y que su medicación hipostenizante está á punto de ser una curiosidad arqueológica, á cuyo fin trabajan de una manera tan empírica como despiadada los Israelitas de la retorta y del matraz, que invocando á Berthelot, con su tráfico, escarnecen á su nombre. Y como éstas verdades hay que exhumarlas de las polvorientas terapéuticas y es más cómodo dejarse ilusionar por el señuelo que ejercitar á la razón, ante la inundación farmacológica que nos desquicia, corre peligro de zozobrar la obra redentora del progreso.

No siendo argucia, sutileza, ni sofisma el mecanismo del hecho coercitivo, para hacerlo más eficaz, rápido y duradero, se impone moderar los grandes des-

equilibrios de la tensión pulmonar que la tos produce, cuya misión se confía á la morfina, y con objeto que la sedación persista un tiempo prudencial, es preciso servirse de ella en polvo, en suspensión en una infusión caliente, á pequeñas y continuadas dosis vomitivas, y dejando entre una y otra diez minutos de espacio intercalar.

Ante el fracaso de los demás antihemoptóicos y con antelación á los signos y síntomas que preceden al estado exangüe del broncorrágico, todo clínico debe ensayar la Ipecacuana.

Dr. X. Fairén,

*Catedrático de Higiene y de Oto-rino-laringología
de la Facultad de Medicina de Zaragoza.*

Sobre Tuberculosis

El bacilo de Koch es un micro-organismo piógeno en cualquiera de sus localizaciones; la marcha natural del proceso anatomo-patológico que determina conduce á la caseificación ó necrosis caseosa, que al menos clínicamente es una supuración. Claro está que no siempre la terminación existe, no siempre el tubérculo reblanecido vierte la sustancia caseosa. Si en todas las infecciones factor de tanta ó más importancia que el microbio, es el terreno, en la tuberculosis, aún es mayor. Los microbios piógenos, agentes de la supuración germinan en cualquier organismo, con vida más ó menos próspera, según las condiciones de aquél, pero al fin viven, siquiera arrastren una vida lánguida; el bacilo tuberculoso no puede fructificar en terreno de mucha energía vital, con grandes resistencias orgánicas.

Los casos de tuberculosis fibrosas, de tuberculosis curada y de lupus están en contradicción, con la terminación caseosa del tubérculo, pero esta contradicción no es más que aparente. Antes de demostrarlo descartaré manifestaciones tuberculosas como la meningitis y la tuberculosis miliar aguda en las que si no se completa la evolución del tubérculo es porque el organismo sucumbe con la primera por la extraordinaria susceptibilidad del órgano

donde asienta el bacilo, que da fenómenos generales de gravedad suma, casi siempre mortales y en la segunda por la gran extensión del proceso.

Hechas estas salvedades volvamos á nuestro asunto. Así como colecciones purulentas son por virtud de las defensas de los organismos encerradas en celdas de paredes resistentes, quedando enquistadas, así el bacilo de Koch no puede terminar el ciclo anatomo-patológico porque se le opone resistencias que antes no existían (tuberculosis curadas) ó porque el organismo siendo refractario, en una época determinada ofrece una menor resistencia que aprovecha el bacilo para fructificar, aunque con poca exuberancia porque poco después, apercibido aquel, restablece su modo de ser normal y se defiende de aquella acometida insidiosa (tísis fibrosa). La misma explicación puede darse al lupus añadiendo en este caso la poquísima virulencia de que goza el bacilo en las superficies expuestas á la luz solar.

Por todo esto, para que el contagio se realice en éste más que en ninguna infección es necesario que la predisposición exista, de no ser así, sin esa preponderancia del terreno no sería posible la inmunidad existiendo la causa determinante, bacilo, tan profusamente esparcida y sufriendo con tanta frecuencia la ocasional, enfriamiento, traumatismo.

Por lo mismo creo que los casos de infección tuberculosa por heridas, soluciones de continuidad, sólo pueden darse en sujetos predispuestos, de hábito tísico, escrofulosos que según los modernos teóricos son ya tuberculosos ó están en los confines de la tubercu'osis. Fuera de estos casos el contagio no puede darse.

Una observación recogida en algunos casos de tuberculosis quirúrgica, se refiere á la extraordinaria tolerancia del organismo para con los depósitos ó colecciones de pus caseoso.

En casos de abscesos osifuentes, de mal de Pott, el enfermo ha podido tolerar cantidades muy considerables de pus sin que el estado general se haya resentido, sin fenómenos generales de gravedad, cosa bien distinta á lo que ocurre en las afecciones estafilocócicas y estreptocócicas. En estas basta que se fragüe una pequeñísima cantidad de pus en el tejido celular subcutáneo, en algún hueco ó articulación, como ocurre en los flemones que se convierten en abscesos en las osteitis epifisarias de crecimiento ó en las artritis, para que dé lugar á síntomas de tanta importancia como escalofríos, fiebre y hasta delirio.

Nada de esto ó al menos en tal grado ocurre en los procesos

tuberculosos, únicamente dolores locales y molestias causadas por la compresión y distensión de tejidos. Sin embargo en la práctica se encuentran afecciones tuberculosas con aquellos síntomas, pero en estos casos nada raros no es el bacilo de Koch el responsable de tales fenómenos; si se analizase el pus seguramente el microscopio revelaría asociaciones microbianas, causa de aquellos síntomas.

Un tuberculoso cuyo organismo sea un manantial inagotable de pus no sucumbirá por septicemia, morirá por depauperación por caquexia.

De la preponderancia del terreno en esta infección y de la tolerancia para las lesiones, se deducen algunas consecuencias para el tratamiento de las tuberculosis locales.

Estas son: 1.^a siempre que sea posible debe procurarse un tratamiento conservador. 2.^a el tratamiento principal debe dirigirse á reparar y conservar las fuerzas, debiendo intervenir cuando las energías no se hayan perdido ó estén en parte restauradas, porque los tejidos han de poseer vitalidad suficiente para producir la cicatrización.

La clínica corrobora estos preceptos y ofrece prueba bien palpable con la multitud de artritis tuberculosas curadas á beneficio de revulsiones é inmovilización de la articulación afecta, como tratamiento local y aceite de hígado de bacalao, glicerofosfatos y demás analépticos, unidos á las mejores condiciones higiénicas posibles, como tratamiento general. Intervenir precozmente faltando en los tejidos el tono suficiente es exponerse á que las heridas permanezcan indefinidamente sin tendencia á la cicatrización, con peligros de infecciones secundarias.

Para terminar, después de una intervención indicada por lo avanzado de la lesión ante la ineficacia del tratamiento conservado y por reunir el enfermo aptitudes bastantes para la reparación, debe observarse un precepto importantísimo, la asepsia en las curas ulteriores, tanto si las heridas son asépticas, como si supura por haberse abierto simplemente un foco para establecer drenaje operación perfectamente indicada también, pues aunque no corre peligro la vida del enfermo por la tolerancia de que antes he hablado, se le evitan dolores y molestias.

Es frecuente en procesos supurados de cualquier índole prescindir de la asepsia y esto que es justificable en parte en el período de granulación franca, ya que entonces no existe gran receptividad para los microbios, no lo está nunca en la tuberculosis, en

la que existiendo esa receptividad, hay que ser escrupulosos en extremo para evitar esas asociaciones más funestas aquí, porque la proliferación es segura en terreno tan débil y con ella una pérdida de energías gastadas en la combustión de las toxinas, en la supuración tan rica en elementos grasos y protéicos que es precisamente lo más opuesto al tratamiento racional de la tuberculosis que almacena energías por medio de los llamados medicamentos de ahorro.

Tomás Rallo Colandrea,

Alumno de 5.^o grupo é Interno de Operaciones
en la F. de M. de Zaragoza.

U n consejo

Nada experto en trabajos literarios pero con grandes deseos de coadyuvar al mejor éxito de la profesión médica para que esta pueda ser siempre útil al enfermo, voy á distraer breves momentos la atención de los dignos é ilustrados alumnos de la Facultad de Medicina de Zaragoza, quienes con su nueva publicación CLÍNICA Y LABORATORIO, dan palmaria prueba de sus entusiasmos científicos, haciendo honor á los maestros que han sabido inculcarles la idea de la labor continuada; para que de este modo nuestra Facultad de Medicina, y digo nuestra Facultad por que, además de ser aragonés, tengo el alto honor de haber sido uno de sus alumnos, continúe aumentando esa pléyade de médicos ilustres que tanto honran á la medicina patria y son el orgullo de la Facultad de Zaragoza.

Mi consejo se refiere, á que jamás procedáis á introducir una cánula en la cavidad pleurítica á través de una piel que haya sido revulsionada recientemente por una sustancia vexicante.

Esta advertencia no sería necesaria si todo médico

estuviera convencido no solamente de lo inútil sino de lo perjudicial que en muchas ocasiones es la acción de los vexicantes en las pleuresías; pero como el asunto está todavía en litigio, bueno será advertiros que si alguno de vosotros sois partidario del uso de los vexicantes, os abstengais de aplicarlos en el punto en donde más ó menos tarde, os habéis de ver obligados á hacer una punción: y cuando tengáis que intervenir en enfermos pleuríticos que han sido revulsionados y os veais precisados á hacer una punción exploradora ó evacuatriz, no olvidéis que corréis el riesgo de hacer una siembra microbiana en el líquido pleural, que cambiará rápidamente la naturaleza del exudado hasta el punto de poder ocasionar la muerte del enfermo.

En casos de esta índole no os limiteis á la antisepsia de la piel, aún cuando la practiquéis con todo rigor, cosa no muy fácil si la vexicación es reciente; por cuanto los medios mecánicos de cepillamiento y y frotos con cuerpos rudos y asépticos son excesivamente molestos para el enfermo, sino que además es preciso incindir la piel en todo su espesor hasta poner al descubierto el músculo intercostal, y hacer la punción á través de dicho tejido previamente desinfectado.

Obrando así cumpliréis con vuestro deber científico evitando la posibilidad de introducir en la cavidad pleural algún germen patógeno que hubiera podido escapar á la acción destructora ó esterilizante ejercida por los medios empleados en la desinfección de de la piel.

El que tiene el honor de daros este consejo habla por propia experiencia y aún cuando los casos no abundan, basta uno solo para dar la voz de alerta; así cuando la sociedad confíe á vuestros cuidados y

solicitudes la salud de sus individuos, no tendréis que lamentar fracasos de esta especie, que dejan honda pena en el ánimo del que, como el médico, debe poner todas sus energías y todos sus cuidados al servicio del desvalido.

Y como cuando principiéis á ejercer la profesión, vuestro principal caudal de conocimientos tiene que ser necesariamente teórico y la teoría no es más que la práctica de los demás, únicamente á este título he distraído vuestra atención, permitiéndome daros un consejo acerca de un asunto muy trivial, pero no exento de poder reportar alguna utilidad.

Dr. Manuel Ferrer.

Pamplona y Enero 1905.

Radiología en campaña

Conocidos de todos los medios que se necesitan para ejecutar las exploraciones radiológicas. Una fuente de electricidad de alta tensión, un tubo de Crookes y una pantalla fluoroscópica; hágase que la electricidad actúe sobre el tubo y colóquese sucesivamente delante y con alguna separación, primero el sujeto explorado, después la pantalla fluoroscópica; procurése la mayor obscuridad en esta operación y estamos en condiciones generales para practicar la Radiología. Sustituyendo la pantalla por una placa fotográfica, tendremos la Radiografía. Hay que tener en cuenta cual ha de ser la fuente de electricidad (máquinas de electricidad estática, pila Bunsen ó de bicromato, los acumuladores ó el fluído eléctrico de la población), porque según el procedimiento nos será preciso transformar la co-

riente por medio de la bobina Ruhmkorff capaz de dar de 25 á 30 centímetros de chispa, provista de su condensador, su interruptor y conmutador.

Dejando á un lado los detalles concernientes á Radiografía y radioscopia, y fijándonos única y exclusivamente, en la importancia de estos medios para su aplicación á través del prisma de la Cirujía de guerra, enumeraremos los casos en que estos medios nos simplificarán notablemente el diagnóstico quirúrgico. En primer término, la cirujía ósea es la que sale más beneficiada con este nuevo método, por la determinación más precisa de las direcciones de las fracturas, de su sitio, de su longitud y hasta de su número. Demostraremos la existencia de una grieta ó fisura, difícil de diagnosticar sin este precioso auxiliar diagnóstico; la presencia de cuerpos extraños, y en particular los pequeños proyectiles de fusil ó revolver, alojados en los diferentes tejidos.

Se ha dicho por muchos Cirujanos que este medio diagnóstico encierra dificultades, que es de técnica difícil, que es un medio de laboratorio y por tanto no aplicable en campaña. Todo esto no es verdad: 1.º Porque los perfeccionamientos han simplificado de un modo notable el manejo de estos aparatos, y bien puede asegurarse, que todo Médico, tras breve aprendizaje, está en condiciones de hacer el análisis ligero, que interese á sus determinaciones prácticas. 2.º Porque el examen Radioscópico, se hace con material sencillo y fácilmente transportable. (Los más generalizados son el de Clemente y Gilmer y el de Seguy).

En campaña se dá preferencia á la Radioscopia, porque la Radiografía exige material más numeroso y fácilmente estropeable, como son placas y reactivos fotográficos, y sobre todo, tiempo sobrante, del que

no se dispone siempre en campaña. Los Médicos Militares Kuttner Abbot y Botersby, que han empleado ambos medios en varias campañas, abogan por la Radioscopia, por ser medio más rápido y sencillo.

El ejército italiano ya usó las radiaciones Röntgen, como consecuencia de la campaña de Abisinia, pero como sólo fué en los hospitales fijos no hace al caso citar sus experiencias. En la campaña turco-griega, se organizaron por primera vez, los servicios radiológicos, por las ambulancias alemanas, inglesas y francesas, que corrieron bajo las órdenes de eminentes Cirujanos. El alemán Kuttner, en el Hospital de Yildiz, practicó múltiples experiencias, con una bobina Hirsohmahn, cuya chispa era de 40 centímetros y cuya fuerza eléctrica estaba constituida por pilas Bunsen. En esta misma campaña el Cirujano Abbot empleó las radiaciones Röntgen en la ambulancia. Daile-Chronicle, utilizando la energía de acumuladores. Esta es la fuente de electricidad más utilizada por los radiólogos militares en campaña, pues las pilas se desecharán por inutilizarse con facilidad, y la máquina estática (considerada como la mejor fuente de electricidad, para estos fines) resulta de difícil aplicación por su peso y volumen.

El acumulador cerrado, de tipo Diniu ó de tipo Jullien, con base de celuloide ó de ebonita, es el preferido; de capacidad eléctrica reducida, pero de fácil transporte. Para acumular la energía de estos aparatos, se recurre á las fábricas de electricidad, á los proyectores eléctricos de campaña y también á los dinamos pequeños á los que se da velocidad de rotación, ó á brazo, ó por medio de bicicletas, ó por el petróleo, y en suma, por cualquiera de los medios que la mecánica industrial pone á nuestra disposición.

El material de radiología se puede transportar en

tres cajas, una para el dinamo, otra para los acumuladores y la tercera destinada al transformador con sus accesorios, tubos Crokes, pantalla, etc.

Las ambulancias y los hospitales de campaña de casi todos los ejércitos, están dotados de este medio de exploración, y en las campañas con base de evacuación marítima, se deben instalar, los aparatos radiológicos en los barcos hospitales.

La campaña anglo-boer, proporcionó enseñanzas numerosas, para este género de estudio; pero á no dudar la actual campaña Ruso-japonesa será muy fecunda en enseñanzas, pues la Sanidad Militar de los países beligerantes utiliza las aplicaciones radiológicas.

La Sanidad Militar española, emplea este medio de diagnóstico y le concede toda la importancia que se merece, como lo prueba el magnífico Gabinete de Radiografía y Radioscopia del Hospital Madrid-Carabanchel, en donde los alumnos de la Academia Médico-Militar hacen prácticas de Radiología.

Julián Minguillón,

Médico 2.º de Sanidad Militar.

Observaciones Clínicas

Un caso de esclerosis-lateral-amiotrófica.

Habiéndome encomendado mi dignísimo é ilustrado maestro Dr. Royo el estudio de la enferma que ocupó la cama número 20 de nuestra Clínica Médica, voy á hacerla objeto de algunas consideraciones ya que creo ver en ella una forma especial, rara y poco frecuente de manifestarse la enfermedad con cuyo nombre encabezo estas líneas. Seguiré el mismo orden que necesité

para llegar al diagnóstico, si es que lo conseguí, prefiriendo exponer las cosas tal y como yo las comprendo, como crea haber observado, con toda sinceridad, por considerarlo más práctico ya que mi única pretensión y el único fin que persigo sea el aprender, contribuyendo aunque en muy poco á la obra de mis queridos compañeros.

Esto tiene muchos inconvenientes, siendo el principal la probabilidad, mejor dicho la certeza de haber incurrido en más de un error al pretender interpretar los fenómenos sintomáticos que la enferma presentaba; esto no creo os extrañará desde el momento que recordéis la escasez y pobreza de medios tanto intelectuales como científicos de que dispongo. Aunque esta sea una contraindicación de mucho peso, no desisto de mi propósito en la seguridad de que subsanareis mis errores y os servirá de aviso para no tropezar donde yo caí; para justificar más mi atrevimiento os recordaré que el fin autoriza los medios.

Ahora voy á entrar en materia suplicándoos que con un pequeño esfuerzo de imaginación os trasladéis á nuestra Clínica y oigáis conmigo lo que al interrogarla dice la enferma. Se llama E. P. A., natural de Cosuenda, provincia de Zaragoza, tiene 43 años, ingresó el 4 de Enero de 1905. Sus padres gozaron de buena salud muriendo en edad avanzada, ella no recuerda haber padecido ninguna enfermedad, tuvo tres hijos de los cuales le viven dos, muriendo el otro de una estomatitis gangrenosa á la edad de 5 años; no podemos encontrar ningún síntoma denunciador de haber padecido sífilis, ni intoxicación alguna viviendo durante muchos años en una casa sumamente húmeda y dedicándose por sus condiciones de fortuna á lavar ropa.

En los últimos días del mes de Octubre empezó á notar una torpeza cada vez más graduada en los movimientos del miembro superior izquierdo con disminución considerable de energía; los objetos de uso corriente se le caían de las manos, necesitando mayor atención y esfuerzo para mantenerlos en condiciones apropiadas acentuándose de un modo progresivo este trastorno, invadiendo más tarde el miembro inferior del mismo lado.

Hoy nos presenta la actitud siguiente: el brazo unido al tórax, el antebrazo flexionado sobre el brazo y la mano con semi-flexión de las falanges de los cuatro últimos dedos comprendiendo en su concavidad al pulgar. El miembro inferior del mismo lado rígido.

La realización de los movimientos activos antagónicos de las posiciones enunciadas están sumamente dificultadas, son casi nulos, sobre todo los que se refieren á la extensión de los dedos.

Al pretender imprimir movimientos pasivos nos encontramos con que hay que vencer una resistencia bastante grande, lo cual

nos demuestra la existencia de contractura espasmódica, volviendo pronto y en virtud de ella á adoptar la posición anteriormente descrita.

El examen de los reflejos sobre todo el rotuliano y el del triiceps braquial nos demuestra la existencia de su exaltación así como también la trepidación epileptoide del pie.

Otro síntoma que nos presenta es una atrofia muscular muy acentuada en la mano, antebrazo y brazo sin que en su comienzo y evolución haya habido predominio de un grupo muscular determinado sobre los demás; es una verdadera atrofia en masa; en cambio en el miembro inferior no existe.

La sensibilidad general está íntegra, percibe perfectamente los pinchazos con alfileres (sensibilidad al dolor), la del contacto de varios objetos romos (táctil) y la distinta temperatura del agua contenida en tubos de ensayo calentados en distintos grados (térmica); no existen dolores espontáneos, ni desórdenes de sensibilidad especial; no hay trastornos tróficos ni de esfínteres. El estado de las restantes funciones orgánicas las conceptúo normales.

Todo esto nos indica que se trata de una enfermedad del sistema nervioso; el primer problema que hay que resolver consiste en indagar el punto preciso de este aparato donde la lesión radica, cuestión que pretenderemos abordar interpretando los síntomas. Empezaremos por la hemiplegia.

Sabemos que ésta es un síntoma común á muchas enfermedades de este sistema, si bien siempre obedece á una lesión de las vías motoras (haces piramidales), pero este haz tiene una longitud considerable, nace en la corteza cerebral, en la zona rolándica correspondiendo á las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes (1) no siendo otra cosa que reunión de cilindros axiales de sus células piramidales, para después atravesando el centro oval, la cápsula interna, el pedúnculo cerebral, la protuberancia y el bulbo venir á terminar en las grandes células de las astas anteriores de la substancia gris medular.

Ahora bien, en una trayectoria tan larga puede existir una lesión á distintas alturas dando lugar al síntoma hemiplegia; pero con particularidades, según cual sea el punto preciso donde radica. Si fuera de la corteza cerebral como sucede en el reblandecimiento, por trombus, embolia, tumor, goma sifilítico, engrosamiento meníngeo ó compresión por una esquirola ósea esto nos presentaría la sintomatología propia de la corticalidad cerebral, de esa zona de tan alta gerarquía orgánica que no consiente ni

(1) Prescindiremos de recordar por no creerlo oportuno, las modernísimas observaciones de nuestro sabio maestro Dr. P. Ramón y Cajal sobre el distinto origen de los haces piramidales directo y cruzado.

el menor insulto patológico sin manifestar sus protestas con un cortejo de síntomas complejísimo y en este caso tendríamos unida á la hemiplegia una afasia más ó menos graduada; pero se nos podría objetar el que en esta enferma los trastornos motores serían debidos á una lesión del hemisferio cerebral derecho; esto serviría para explicar la falta de afasia, en cambio ¿cómo nos explicaríamos la no existencia de trastornos del facial, del hipogloso, la integridad intelectual y la ausencia de convulsiones?

Creo que no es necesario esforzarse para demostrar que tampoco corresponde á la cápsula interna por no existir en los antecedentes de esta enferma ningún dato que nos haga sospechar en un ataque con su ictus apoplético característico y todos los demás síntomas propios de la hemorragia cerebral.

Las lesiones del pedúnculo cerebral presentan hemiplegia con participacón del motor ocular común del otro lado (síndrome de Weber ó de Gendrin); para explicarla nos bastará recordar las fibras del motor ocular común al atravesar el pedúnculo cerebral.

Si fuera de la protuberancia, nos presentaría la hemiplegia con participación del facial del otro lado (parálisis alterna de Millard-Gublez) explicable por el entrecruzamiento del haz genicular en la parte inferior de la protuberancia. No diremos nada respecto al bulbo por no presentarse síntomas de parálisis glosolabio-laríngea.

De todo lo anteriormente expuesto nos resulta que el único sitio donde creo se puede localizar la lesión es en la médula y de ella en los haces piramidales del lado izquierdo. Por lo que diremos al hablar del diagnóstico se encontrará justificado el que nos haya entretenido la diferenciación somera de las distintas hemiplegias.

Dejemos esto y pasemos á otro síntoma; ¿qué lesión medular corresponde á esa atrofia en masa? Se dice que los centros tróficos de la musculatura se encuentran en las astas anteriores de la médula, por lo que al existir una atrofia tan pronunciada es lógico pensar que estos centros estarán lesionados. Encontramos contracturas que las consideramos espasmódicas ó activas; las observaciones de los anatomo-patólogos demuestran la relación existente entre este síntoma y las lesiones de las vías piramidales de los cordones laterales; esta conexión no puede, por ahora, decirse en que consiste, admitiendo Mann el que se debe á la destrucción de las fibras frenadoras de músculos antagonistas, correspondiendo á los músculos flexores en las extremidades torácicas y á los extensores en las abdominales; á esta serie de lesiones corresponden la exageración de los reflejos tendinosos trepidación epileptoide del pie, etc.

La falta de trastornos de sensibilidad tróficos, sentido muscular, etc., nos demuestra que las vías de transmisión sensitiva (haz de Goll, Burdach, Gowers, cerebeloso directo de Flechsig) se encuentran en perfecta integridad, por lo tanto sintetizando las lesiones quedan reducidas por hoy á el haz piramidal y cuerno anterior del lado izquierdo. Veamos si con estos datos establecemos el diagnóstico.

Nos encontramos con una porción de enfermedades que interesan estos departamentos medulares bien porque su lesión se encuentre en ellos, bien porque hallándose más ó menos distante no está tanto que no los invada, sin embargo haremos el diagnóstico diferencial.

En la siringomielia los trastornos de atrofia muscular si existen son secundarios, lo principal se refiere á los tróficos y de sensibilidad (disociación siringomielia) por lo tanto podremos excluirla.

¿Se tratará de una esclerosis en placas? Se le parece por la relativa integridad de la sensibilidad, por la exageración de los reflejos, trepidación epileptoide del pie, pero se diferencia en que esta rigidez se limita á los miembros inferiores, en que el temblor intencional con ocasión de los movimientos, el instagmus, trastornos en la palabra y fonación, vértigos, etc., que caracterizan á la esclerosis en placas no se presentan en nuestra enferma.

De la atrofia muscular progresiva tipo Aran Duchenne la distingue la exageración de los reflejos y la contractura de las extremidades inferiores, además en aquella la atrofia empieza generalmente la eminencia Aenar. De la tabes dorsal espasmódica la diferencia, el que ésta comienza generalmente por los miembros inferiores y no existe en ella atrofia. La mielitis transversa empieza también por los miembros inferiores existiendo trastornos de esfínteres. En la polineuritis los reflejos están abolidos, no existen fenómenos espasmódicos, en cambio sensoriales sí. Las miopatías primitivas comienzan en la infancia, son familiares, no invaden los miembros, no existen síntomas de excitación piramidal.

Se podría pensar en una afección vertebral ó en un goma sífilítico que por compresión produjere una hemiplegia pero es muy difícil admitir que no vaya acompañada de trastornos de sensibilidad porque antes que á las vías motoras atacaría á las sensitivas que son más periféricas.

Seguramente se trata de una esclerosis lateral amiotrófica que tanto por su anatomía patológica como por sintomatología, explica perfectamente todo el cuadro que la enferma nos ofrece á la observación; sin embargo presenta la particularidad de adoptar una forma hemipléjica que es rara y poco frecuente en esta

enfermedad, pues si bien es cierto que algunas veces empieza en un miembro antes que en el otro, cuando lleva varios meses de evolución y sobre todo antes de iniciarse los trastornos en el miembro abdominal se presenta en el torácico del lado opuesto. Además no es un absurdo pensar así, pues no hay razón para negar la posibilidad de fijación de la esclerosis en el cordón de un lado quedando indemne por algún tiempo el otro. El Dr. Oppenheim de la Universidad de Berlín admite un tipo francamente hemipléjico.

De tratarse de la forma corriente de esclerosis lateral amiotrófica tendríamos que diferenciarla también de la poliomielitis anterior crónica; en esta están abolidos los reflejos y no hay fenómenos espasmódicos.

Es de suponer se tratará única y exclusivamente de una modalidad clínica especial en la manera de empezar el padecimiento para que á medida que evolucione se acerque más al tipo clásico hasta llegar á identificarse con él. Si nos falta algún síntoma de los que generalmente acompañan á esta lesión como el temblor fibrilar, etc., se debe á lo que hemos oído decir más de una vez á nuestros maestros, que en la clínica se estudian enfermos y en los libros enfermedades y estas son en último resultado la síntesis de lo que distintos observadores han recogido en multitud de casos, no en uno sólo; de aquí que no los encontremos completos.

Suponemos que la evolución será hacia la terminación fatal por desórdenes bulbares en un plazo de tres años próximamente; sin embargo recordaremos la gravedad que las enfermedades intercurrentes, sobre todo las de aparato respiratorio, tienen en estos enfermos. El pronóstico es mortal en ese plazo.

Tratamiento.—Esta es la parte más ingrata de nuestro asunto; no es oportuno el extendernos acerca de la ineficacia de los medios terapéuticos empleados; nos limitaremos á recordar que las indicaciones tenderán: 1.º á combatir la esclerosis; 2.º atenuar los fenómenos paréticos y espasmódicos; 3.º luchar contra la atrofia muscular.

Para cumplir estas indicaciones se ha recurrido aunque con poco resultado: por una parte, á las soluciones de yoduro potásico, bromo-iodurada, fosfuro de zinc, nitrato ó cloruro de plata; por otra, al sulfato de estrignina, cornezuelo de centeno, extracto de nuez vómica, cloral, belladona, etc., todo esto ayudado con revulsión por puntos de fuego, hidroterapia, electricidad en forma de corrientes continuas y el masaje.

Félix Landin,

Alumno interno pensionado del 6.º grupo
de la F. de M. de Zaragoza.

Un caso de epiteloma del clitoris

A. O. P. natural de Ateca, provincia de Zaragoza, de 72 años de edad, estado viuda, de temperamento nervioso y constitución débil.

Antecedentes morbosos.—Dado el temperamento de esta mujer que no se prestaba á un interrogatorio detenido, no nos fué posible adquirir ningún antecedente digno de mención con relación al padecimiento actual, lo mismo de su familia que de la interesada pues los únicos datos que nos fué posible obtener fueron que los periodos menstruales comenzaron á la edad de 14 años, presentándose los periodos con regularidad; contrajo matrimonio á los 17 años, de cuya unión tuvo 12 hijos, de los que solamente le viven dos, siendo todos los partos normales. La menopausia se le declaró á los 44 años, á partir de cuya edad se le presentó un prurito vulvar tan exagerado que le obligaba á rascarse frecuentemente y á consecuencia de lo cual se producía heridas que sangraban; este prurito si bien al principio no era constante se fué haciendo después más continuo, al poco tiempo se le formaron costras en los puntos que sangraban al rascarse, cuyas costras una vez desprendidas volvían otra vez á reaparecer, presentándosele últimamente cierta tumoración, para cuya curación ingresó en la clínica de Ginecología de esta Facultad el día 27 de Octubre de 1904.

Estado actual.—Explorando la enferma pudimos observar por la inspección que había en el clitoris una acumulación de vegetaciones afectando la forma de masa de coliflor, cuyas vegetaciones se extendían á los grandes y pequeños labios dejando otras partes de vulva sana; estas vegetaciones daban lugar á una secreción sero-sanguinolenta de olor fétido; se observa además que esta tumoración tenía su asiento en el clitoris por una base común; á la palpación era bastante consistente esta tumoración.

Se le podía apreciar también, eritemas en las regiones circunvecinas consecutivas al flujo sero-sanguinolento, las que le producen ciertas molestias al verificar la micción por efecto del estado de irritación de las partes afectas y finalmente se presentaron ulceraciones que daban lugar á la aparición de flujos sanioso y á presentarse ciertos dolores.

Diagnóstico.—En vista de la manera de comenzar la lesión, la marcha seguida por ella y los caracteres macroscópicos de la tumoración, pudo diagnosticarse de epiteloma, cuyo asiento era el clitoris en las cicatrices que quedaron á consecuencia del traumatismo producido á causa de rascarse por efecto del prurito inicial de la lesión.

Diagnóstico diferencial.—Podría confundirse la tumoración indicada con el papiloma, pero aquí no cabía esta confusión entre otras razones por la edad, pues á esta edad de la enferma de la cual nos ocupamos, no suele darse la infección vulvar, además el papiloma tiene su implantación por bases aisladas y aquí todas las tumoraciones se implantaban en una base común.

Curso y tratamiento.—La evolución del tumor se verificó de un modo benigno para la mujer, pues como decimos únicamente se ulceró; esta evolución benigna parece que marcha paralelamente en relación con el mayor volumen del estroma.

En vista de la evolución del tumor unida á no haberse presentado infartos ganglionares (dato este muy importantísimo) nuestro distinguido maestro el Dr. Muñoz indicó la operación, la cual fué llevada á cabo el día 3 de Noviembre de 1904, verificándose la extirpación del tumor por medio de las tijeras, siendo acompañada de insignificante hemorragia y reuniendo después los bordes de la herida mediante sutura, cuyos puntos se soltaron el día 6 del mismo mes, verificándose todo ello con feliz resultado, pues al día siguiente de la operación pudo comer y seguir perfectamente bien hasta su salida de la Clínica en completa curación.

Justo Rabinal,

Alumno del 5.º grupo en la F. de M. de Zaragoza.

Formulario

Anemia

Protoxalato hierro 0'10 gramos.
Extracto nuez kola 0'05 »
Cuasina amorfa 0'01 »

(p. 1 pildora h. 20 iguales)

Una en cada comida.

Debilidad general

Glicerofosfato cal 0'20 gramos.
Panercatina 0'10 »
Glicerofosfato hierro 0'05 »
Polvo nuez vómica 0'01 »

(p. 1 sello h. 20 iguales)

Una en cada comida.

P. Gardeta,

Alumno de 6.º grupo en la F. de M. de Zaragoza.

De mis apuntes

Por la mañana, estas frías y heladas mañanas que nos trajeron Enero entre las de primera hora se explica la clase de Medicina Legal, en el viejo San Carlos. Aquí, donde tan cuesta arriba se hace el madrugar ¿? cualquiera la supondrá poco menos que desierta, y máxime si conoce la soberana tolerancia del profesor que no pasa lista á pesar de lo ordenado (claro está que esto último no es una acusación, y lo cuento en secreto); sin embargo yo observo que cada día se ve más concurrida la clase, y además de los alumnos van viniendo nuevos oyentes, que sin duda, tampoco les duele el madrugar.

Naturalmente, el atractivo particular de esta clase lo constituye, además de la materia el profesor: cada día va destacando más y más la vigorosa intelectualidad del joven catedrático por oposición D. Tomás Maestre, y no necesito encomiarla, porque por ahí corre ya suficientemente encomiada, en la prensa, en el informe, en el libro.

Hombre de cultura extraordinaria y ameno, posee la rara habilidad de exponer hasta los pasajes más áridos de la asignatura, de manera que al fin resultan interesantes y agradables ¡rara avis! Figúrense lo que será en los capítulos de suyo interesantísimos y trascendentales de la Medicina Legal moderna. En cuanto á pensamientos en movimiento no creo que nadie pueda ponerlos más en una hora de explicación: tanto que la clase además resulta ser una constante gimnasia intelectual y una gimnasia de lo más nuevo y simpático.

Al reanudar después de estas vacaciones el curso, ha entrado de lleno en la Patología mental, abriendo el capítulo de la criminalología, con el estudio de la Psiquis; sobre la que no tardará en aparecer un libro escrito por el notable maestro, que será un acontecimiento científico literario.

Yo no voy á exponer aquí, realmente, las lecciones del maestro C. por B. ni trato de referir el programa: De todo esto tendré que dar estrecha cuenta ¡Dios me la depare buena! allá por Junio y para entonces me reservo. Sólo trato de hacer una huida hacia campos no menos interesantes que los de la criminalología, partiendo por fortuna del mismo punto.

La Psicología experimental, la única que está expresamente reservada á los médicos como la Fisiología, procediendo con método incontestable, ha llegado á conclusiones de las cuales no po-

demo volver atrás. Por muy dolorosa y fría que nos sea la consideración al fin resulta que cada uno de nosotros no es más que un eslabón en la larga serie de la especie. Y si somos, no somos por nosotros mismos, no es nuestro el talento, el carácter, ni aun la estatura y los músculos, somos por la especie, como esta lo es, por el medio ambiente. Ya Aristóteles había presentado dentro de sí mismo estas verdades, cuando opina que nada hay en nuestro entendimiento que no haya pasado por los sentidos; y cuando como en uno de sus opúsculos de controversia el gran Estagirita exclamaba: «Que lo que él no pudiera aprender, nadie se lo podría enseñar».

Por lo demás, todo el mundo aparenta saber como cada cual nos parecemos á nuestros antepasados, sin que por eso á nadie realmente le preocupe esta fatalidad. A nadie se le ocurre preguntar al hablar á un hombre ¿quién será este hombre? que trae en sí mismo, cual es por decirlo así, su caudal filogénico, su caudal de vida, de hombría de bien, de talento, de nobleza.

No, esas preguntas se economizan hasta para actos tan trascendentales como el mismo matrimonio; vale indudablemente más preguntar ¡qué dinero tiene! aunque luego resulte la progenie que resulta. ¡Ridículos engendros! Hasta por egoísmo, ya que vivimos en medio de una sociedad egoísta, eminentemente egoísta y sibarita, debía obrarse de otra manera.

Realmente, apenas si se comprende la enorme indiferencia que en el mundo pesa, para el tremendo problema de la herencia biológica. Y es de fijarse un poco en ese mundo de degenerados, viciosos, histéricos, epilépticos, idiotas, tuberculosos, artríticos, cancerosos, que por él se arrastra, procrea y sigue su evolución maldita. Hay que visitar los hospitales, las cárceles, las inclusas, sobre todo las inclusas, nuestras consultas públicas, nuestros manicomios. Y véanse esos tremendos dramas de la vida, el histérico procrea al epiléptico, este, al idiota, al loco moral, como el alcohólico procrea al tuberculoso, etc., etc., la terrible maldición de que habla la Biblia. ¿Y qué se hace por evitarlo? ¿Qué se hace por la reconstrucción de la raza y del individuo? No parece sino que esto no importa á nadie.

¡He ahí á toda esa literatura histérica, contorsiva, enclenque, cebándose eternamente en los mismos amores de pacotilla, en las mismas obscenidades, los mismos adulterios, los mismos incestos, las mismas porquerías, llenando libros y libros, el teatro, la prensa, como si en esas miserias nos fuera la vida! ¡Cuánto más sano, más noble, no sería, que en vez de esos eternos temas se rompieran moldes y se escribiera con la misma galanura, se pensase con la misma gallardía en problemas de suyo tan interesantes como

el de la regeneración de la raza y del individuo, el gran tema de la salud y de la alegría sana de la vida.

Sin embargo una cosa es que los profanos sigan obsesionados con sus quimeras y otra, que la literatura médica se reduzca á escribir sólo historias clínicas que á nadie (comparando), importan, ó tomos como p. e. los innumerables que se habrán escrito sobre la tuberculosis, para que al fin, vengamos á los datos terribles que las estadísticas de hoy nos dan. Búsquense, búsquense esas terapéuticas más atrás, tómense las cosas en el principio sino por grado, por fuerza, y váyase á evitar con sabias leyes los estragos del amor criminal en la especie, á evitar esos matrimonios ineficaces para el mejoramiento de la raza y á educar en el individuo el sentido de la especie, indudablemente, en nosotros dormido.

«Los hijos, cuyos padres comieron agraz, padecerán dentera,» dice la Sagrada Escritura, en su lenguaje simbólico, siempre tan significativo, y en otro pasaje «la maldición de los padres, caerá hasta la cuarta generación.» Coto, pues, á todos estos verdaderos desmanes: los que no se encuentren en condiciones de procrear hijos sanos, que se abstengan. Se debe promulgar la ley, pero antes debe hacerse opinión. ¡He ahí un gran problema como á nadie á nosotros encomendado, la novela, el teatro, el periódico!

Un asunto científicamente práctico, me pedís vosotros, mis queridos amigos de redacción, y yo os mando un boceto sacado á punta de pluma del gran problema social; para que el que tenga ojos y voluntad lo vea y se enamore; que en el arte, como en la naturaleza, después de los amores, vienen los ópimos frutos.

El tema es inagotable, y conviene dejarlo siempre abierto. Abierto queda, pues.

Guillermo Balda y Olaverri,

Interno por oposición de la Facultad Central.

Madrid y Enero 1905.

*N*ovedades Médicas

Nuevo tratamiento del tétanos.—Los dos tratamientos del tétanos actualmente más empleados, el cloral á altas dosis y el suero antitetánico de Vosillard y Roux, dan resultados inconstantes. El Dr. V. S. Hodsom, antiguo médico residente en el hospital Kasr-el-Aini del Cairo, ha tenido la idea de combatir esta afección por inyecciones de solución fisiológica de cloruro de sodio; practica primero una sangría por la que extrae medio litro

próximamente de sangre é inmediatamente, inyecta dos litros de dicha solución fisiológica de cloruro de sodio, adicionada de 75 gramos de aguardiente (*eau-de-vie.*)

En los tres casos en que utilizó este procedimiento, el Dr. Hodsom ha observado una sedación rápida de los fenómenos espasmódicos, una transpiración abundante y una mejoría notable del estado general.

Aunque la acción de estas inyecciones masivas sea problemática, parece ser, que puede emplearse este medio en todos los casos, pues bien practicado es inofensivo y parece haber rendido buenos servicios.

El suero antidiftérico en la tuberculosis.—El Dr. Risquez catedrático de Caracas (Venezuela), publica en la Revista de especialidades médicas que en Madrid dirige el Dr. Forn, una nota sobre el punto arriba enunciado.

Se trata de varios casos de tuberculosis, curados por las inyecciones de suero de Behring. Su aplicación parece deberse á la casualidad. (?) El Dr. D. Manuel Bianchi como medida preventiva contra la difteria, administró á su esposa, tuberculosa declarada con grandes estigmas hereditarios, 1.000 unidades de suero Behring; á contar desde aquel día, los síntomas comenzaron á mejorar, el peso aumentó (23 kilogramos), el bacilo de Koch desapareció de los esputos, y en una palabra, el Dr. Bianchi consideró á su esposa completamente buena.

Publicado este éxito por el referido Doctor, varios médicos han comenzado á practicar nuevas investigaciones y ya en la nota del Dr. Risquez se citan tres casos más con el mismo resultado.

Todas las esperanzas parecen ya fundarse en el resultado que la observación detenida y metódica deduzca de este nuevo remedio y con impaciencia espérase ya su sanción.

Bibliografía: La Semaine Médicale.—Revista de Especialidades médicas.

*C*entros Médicos

Academia Médico Escolar de Salamanca

Sesión del día 20 de Enero de 1905

Abierta la sesión por el decano de la Facultad Sr. Segovia, le es concedida la palabra al alumno interno Sr. Santa María Sanz que diserta sobre «La patogenia y tratamiento de la osteomielitis.»

Empieza el Sr. Santa María diciendo que el principal impulso que ha tenido para ocuparse de esta enfermedad, es la falta de explicación, de porqué en las salas de los hospitales se presentan tantos moalvetes con destrozos óseos tan considerables, consecutivos á inflamaciones agudas de los huesos, haciendo responsable de estos secuestros y supuraciones á los médicos, no por ignorancia ni mala fé, sino por falta de valor, para vencer las preocupaciones del vulgo, instituyendo desde el principio el único tratamiento racional: la intervención quirúrgica.

Ocupase detenidamente de la patogenia, citando experimentos de Kocher, Chescerilli, Pasteur, Garre, etc. etc., para demostrar no sólo su naturaleza microbiana sino la excesiva preponderancia del *stafilococo piógeno amarillo*, y terminó afirmando que en presencia de un caso de osteomielitis, el médico no debe vacilar, sino dominar la situación y practicar previa incisión de las partes blandas, la trepanación cuando menos doble, hacer la antisepsia con abundantes lavados, rellenar la sutura con gasa y colocar un vendaje compresivo. Consiguiéndose de esta manera que la secuestrotomía pase á la historia y que el Hospital no sea un *cementerio* de cadáveres óseos.

Los Sres. Manzano, Rovado, Herrera, y Díez, hicieron algunas oportunas observaciones referentes á la patogenia, diagnóstico y tratamiento, que fueron admirablemente resueltas por el disertante.

El ilustrado catedrático de Clínica Quirúrgica, Dr. Jaramillo, hizo el resumen de la discusión ahondando en las doctrinas expuestas por el Sr. Santa María.

Julio Sánchez Salcedo.

Alumno de la F. de M. de Salamanca.

Academia de San Luis (Zaragoza)

En la sección de Medicina disertó el lunes 30 nuestro distinguido amigo y compañero D. Félix Landín, sobre la enferma objeto de la observación clínica que insertamos en el presente número; su hermoso trabajo, le valió sinceros aplausos y entusiastas felicitaciones. Una á ellas la nuestra que desde aquí hacemos pública.

Clinica

y

Laboratorio

Revista escolar de Ciencias Médicas



Dr. Patricio Borobio

Clinica del niño

La edad es causa de diferencias biológicas en todos los organismos; y de esta ley no se exceptua el hombre. ¿Quién puede dudar que el recién nacido, el niño de pecho, el adolescente, el adulto y el viejo, si tienen mucho de común, no menos tienen de diferencial entre sí? Y si bien entre época y época de la vida hay períodos de insensible y gradual transición, los términos extremos, niño y adulto, están sobradamente diferenciados.

Entre el niño y el adulto hay *igualdad* pero no *identidad*; son iguales porque son individuos de una misma especie, porque son seres humanos; pero no son idénticos porque sus caracteres no se confunden. El niño sano es diferente del adulto sano: el niño enfermo no es el adulto enfermo: la patología infantil es una *especialidad* dentro de la patología del adulto.

Este es el fundamento filosófico de la existencia de la patología infantil, con vida propia é *independiente* del cuerpo general de toda la patología, constituyendo *la menos especial de todas las especialidades*. Y digo la menos especial, porque patología infantil y patología adulta son la misma en esencia; se diferencian por accidentes, (grado, intensidad, evolución, formas, reacciones, terapéutica, examen clínico, etc). En cambio de esta menor especialización, y como para compensarse de ella, la patología infantil es la especialidad más racional, más filosófica, porque es natural y no artificiosa, porque se basa en el modo de ser de las cosas, y no en motivos contingentes. Por eso será la especialidad que más perdure, á través de las evoluciones que pueda sufrir la ciencia.

Veamos el fundamento de lo dicho, si lo dicho es cierto: Veamos cuales son las particularidades que diferencian al niño del adulto, las *notas* que integran la *característica clínica* del niño.

Llamo yo característica clínica á la resultante de todas las circunstancias que se dan en ó fuera del niño enfermo, ó en el niño sano, con aplicación á su estado de enfermedad, y que pueden considerarse como otras tantas *variables* que complican y diversifican el problema patológico en cada uno de sus componentes: etiología, patogenia, patocronia, lesión, diagnóstico, pronóstico y terapéutica.

I. *Herencia*.—Lo hereditario se manifiesta, más que en otra alguna, en la edad infantil. Herencia anatómica: formas, talla, rasgos fisonómicos. Herencia fisiológica: temperamento, aptitudes, carácter. Herencia patológica: sífilis, tuberculosis, neuro-artrismo. Si buscamos la herencia como antecedente en

el adulto enfermo, la encontramos siempre en su niñez.

II. *Todo lo congénito*.—Lo congénito es propio del niño, aunque puede seguirle en las edades sucesivas. Congenitismo embrionario ó morfológico: espina bífida, hernias, labio leporino, dedos supernumerarios, pies deformes, ectopias viscerales, monstruosidades. Congenitismo fetal ó patológico: hidrocefalia, lesiones cardiacas, sífilis actual, afecciones del sistema nervioso.

III. *La nutrición*.—Función activísima en el niño, de cuya importancia no puede darse cuenta quien no tiene costumbre de observar niños enfermos. La respiración y la circulación, la digestión, las secreciones son más rápidas que en el adulto. El niño asimila, en proporción á su peso, más materia, consume más ázoe y carbono, y produce mucho más calor que el adulto. En todas edades la nutrición es la vida; en la infancia es además la salud y el desarrollo; no hay niños poco nutridos que no estén enfermos y desmedrados. Así se comprende que el defecto de nutrición produzca en el niño esa lesión honda de todo su organismo que se llama *atrepsia*, que no tiene igual ni siquiera análogo en el adulto, verdadera enfermedad de la nutrición, sólo comparable á las caquexias morbosas; es una caquexia sin enfermedad.

IV. *El crecimiento*.—Fenómeno maravilloso en el que no paramos mientes, á puro de verlo. Aumento de materia y de dimensiones, pero aumento ordenado, progresivo, proporcionado, siguiendo leyes fijas, dentro de un tipo preestablecido. El adulto se estaciona el niño varía á cada momento; el adulto se sostiene, el niño crece; el adulto está en equilibrio, el niño está constantemente desequilibrado.

Podemos decir que el crecimiento lo es todo para el niño, ó que el niño no vive más que para el crecimiento. Fontanelas sin cerrar, huesos sin osificar, epifisis sin soldar. Dientes que salen y se caen para ser reemplazados por otros. Organos fetales que se

atrofian; órganos atrofiados que se desarrollan. Funciones nuevas que aparecen: el lenguaje, los movimientos exteriores, lo afectivo, lo intelectual. Anomalías del crecimiento; crecimiento precoz, tardío, desproporcionado. Enfermedades del crecimiento; cefalalgia, anemia, hipertrofia cardíaca, fiebre, osteitis epifisaria. ¿Hay algo que tenga ni siquiera un remoto parecido con todo esto en el adulto?

V. *Falta de historia patológica.*—El niño es un organismo virgen: sobre él no ha pasado nada. No ha tenido infecciones: no ha padecido intoxicaciones: no tiene hábitos viciosos: no está gastado por el trabajo: no ha sufrido afecciones morales. Las páginas del libro de su patología están en blanco. El problema clínico es por esto mucho más sencillo que en el adulto.

VI. *La infección y la miseria orgánica, dos modos de enfermar el niño.*—La infección viene de fuera: la miseria orgánica mina por dentro: la una mata atacando, la otra no defendiendo. La miseria orgánica trabaja lenta y silenciosamente para disminuir las resistencias fisiológicas: es ante todo depauperación nutritiva, y ya sabemos cuanto vale la nutrición en el niño. La infección está en las miríadas de gérmenes patógenos, destructores de la vida, que acechan la ocasión de hacer su presa. Una y otra se completan, aunque cada una de por sí tiene poder bastante para hacer enfermar al niño sano.

VII. *Gran intensidad de los síntomas iniciales.*—La invasión de la enfermedad es muy aparatosa, muy ruidosa en el niño: no corresponde la intensidad en el comienzo con la gravedad ó benignidad en la evolución ulterior. No es posible juzgar por lo presente, de lo que vendrá después. Los síntomas iniciales son múltiples y confusos: no dan aún buena cuenta del órgano que padece. Grandes tempestades morbosas se disipan como por encanto. Un niño enferma de pronto con fiebre alta, vómitos, cefalalgia, delirio, quizá convulsiones. Se le da un purgante, y en veinticuatro horas está bueno: era una indigestión.

VIII. *Todo agudo.*—La cronicidad apenas existe en el niño. La diátesis, causa de lo crónico en el adulto, no ha hecho aún su aparición. Las infecciones crónicas, la tuberculosis, tienen en el niño una marcha aguda ó sub-aguda la mayor parte de las veces. Lo mismo agudo se convierte en sobre-agudo, en casi repentino: díganlo muchas pulmonías, meningitis y difterias que evolucionan hasta la muerte en breves días, y aún en pocas horas.

IX. *Mayor resonancia general de la enfermedad.*—En el niño lesiones pequeñas de órgano determinan grandes reacciones generales del organismo: hay desproporción entre la cantidad de lesión y la cantidad de síntomas: poca lesión, mucha enfermedad: poca anatomía, mucha clínica. Lo cual prueba, dicho sea de paso, que la lesión no es la enfermedad. Esta resonancia que en el niño tienen enfermedades de lesión insignificante, demuestra la integridad del *consensus*, el predominio del *unitarismo* orgánico, en contra del *federalismo* del viejo. En éste, lesiones extensas y enormes apenas conmueven el estado general. Ejemplo: pneumonía del niño: foco pequeñísimo, superficial, curable; fiebre alta, delirio, convulsiones, gran disnea, dolor, tos. Pneumonía del viejo: todo un pulmón hepatizado, fiebre escasa, no hay disnea ni dolor, ni tos. El viejo se muere: el niño se cura.

X. *Tolerancia para la fiebre.*—Es extraordinaria. El niño soporta temperaturas altas y sostenidas, mucho mejor que el adulto, sin delirio, sin adinamia, sin miocarditis. Con 40° muchos niños están jugando como si nada tuvieran: con 39° están levantados: con 38° van al colegio. No puede presumirse la resistencia del niño á los procesos febriles largos: la tifoidea, la tuberculosis. Organismo joven, sin lesiones anteriores, se defiende y lucha bien contra el desgaste de la fiebre: parece pequeño, pero es grande: parece debil, pero es fuerte.

XI. *Poco subjetivo y mucho objetivo.*—No hay que esperar del niño referencias que faciliten el diagnóstico: no puede auxiliar al médico que quiere curarle,

porque su sensorio, su inteligencia y su palabra se hallan aún en período elemental. Hay que prescindir de lo subjetivo: la esfinge no habla, pero la enfermedad se exterioriza, se objetiva: hay que conocer lo objetivo. La clínica infantil, falta del elemento subjetivo, tiene que ser, casi únicamente, objetiva: en ella tiene mayor importancia el estudio y la interpretación de los síntomas objetivos, que se ofrecen al clínico no modificados por el sujeto enfermo. De aquí la necesidad de una *semeiótica* infantil muy delicada: el examen del hábito exterior, fisonomía, actitud, pulso, respiración, grito, llanto, etc. debe ser familiar al médico de niños.

XII. *Falta de problema moral.*—Si en lo somático es difícil la clínica del niño, en cambio en el orden moral nada más sencillo: no hay problema moral. El niño no piensa en su enfermedad, no se preocupa de ella, no es aprensivo. Sufre mientras le duele: olvida en cuanto le deja de doler: no tiene amargura: carece de abatimiento de ánimo. No hay que engañarle: no hay que desfigurarle la verdad. Lo moral, como no influye sobre lo físico, no modifica la evolución material de la enfermedad.

XIII. *Defensas orgánicas débiles.*—El recién nacido y el niño pequeño tienen una gran susceptibilidad para la infección por los microbios patógenos. La fagocitosis, principal medio de defensa, no alcanza jamás en el niño la intensidad que en el adulto: lo cual se explica bien por el incompleto desarrollo de los órganos en donde se forman los fagocitos: (ganglios linfáticos, médula ósea, bazo.) Los epitelios, especie de blindaje para la invasión microbiana, son ténues, delicados, se rasgan con facilidad, se descaiman activamente en la piel y en las mucosas: la capa córnea de la piel está aún en vías de desarrollo. El poder bactericida de la sangre es menor, como lo prueba el hecho de que se exagera la virulencia de los estreptococos cultivándolos en sangre placentaria. Esta poca resistencia del niño a las infecciones, se manifiesta en la clínica por la ausencia frecuente de

tumefacción del bazo y de los ganglios, y por la moderada, y á veces nula, reacción febril.

XIV. *Período de transición.*—Entre los doce ó trece años y los quince ó diez y seis el niño sufre profundas transformaciones morfológicas, fisiológicas y morales que lo aproximan cada vez más al tipo adulto y lo alejan del tipo infantil. Cambio de formas que diferencia los sexos; mórbidas, redondeadas en la mujer; angulosas, enérgicas en el hombre. Rápido crecimiento del esqueleto: desarrollo de los órganos genitales y aparición de sus funciones: rasgos fisonómicos, sistema piloso, cambio de voz, cambios en la respiración y circulación, cambios en el carácter, mayor intelectualidad. Consecuencias clínicas: cefalea, hipertrofia cardíaca, fiebre, epifisitis, clorosis, predisposición tuberculosa, anemias, estados nerviosos, histerismo, desaplicación, fatiga por los estudios y los internados, *surmenage*.

Las dichas son las notas clínicas más importantes que especializan el organismo del niño y su patología; las diferencias con el adulto saltan á la vista, son suficientes para justificar la especialidad. La clínica infantil es la clínica del adulto, *mas* algunas cosas y *menos* otras.

Vosotros, futuros médicos, no olvidéis, al visitar niños enfermos, las particularidades que caracterizan la edad infantil.

Dr. Patricio Borobio,

Catedrático de Paidopatía en la Facultad de Medicina de Zaragoza

Breves consideraciones acerca del carcinoma

¿Qué es el cáncer?

No hay para qué repetir su definición, de sobra conocida y por demás oscura. Por que, esa neoplasia ¿á qué es debida? ¿Cuál es su etiología y cuál su patogenia? De este asunto voy á tratar ligeramente, no para

decir nada nuevo, ni siquiera nada bueno, (lejos de mí tan vanidosa pretensión) sino para contribuir de alguna manera á la vida de nuestra Revista CLÍNICA Y LABORATORIO.

Exagerado poder de reproducción y vitalidad desordenada de los elementos celulares; he aquí el único hecho incontestable que en todas las neoplasias y en el cáncer por lo tanto se observa. ¿Pero, no es de esa misma manera como el organismo se defiende cuando se ve asediado por los microbios patógenos? Se asigna como caracter diferencial á todas las neoplasias, la tendencia que ofrecen á crecer, ó á persistir cuando menos; sin embargo, vemos que el cáncer (éste tan solo nos interesa en este caso) puede sufrir, entre otras, la transformación calcárea, la gránulo-grasosa y hasta la caseosa. ¿No hallamos en esto un nuevo punto de contacto entre el carcinoma y algunos procesos infectivos? Además, el predominio del tejido fibroso, en el cáncer escirro de forma atrófica, predominio que se verifica con detrimento de las células nobles, digámoslo así, víctimas de la degeneración gránulo-grasosa ¿no nos recuerda uno de los medios de curación que en el nódulo tuberculoso por ejemplo observamos?

¿Será pues una temeridad sospechar la naturaleza parasitaria, infecciosa del cáncer? Veamos de hallar datos que inclinen nuestro ánimo en tal sentido.

Como causas etiológicas del cáncer se citan la herencia, los traumatismos, las irritaciones prolongadas, inflamaciones anteriores, ectopias de los órganos y hasta los pesares y pasiones tristes. No es lógico admitir que esas causas sean por sí solas capaces de producir el cáncer y más bien parece que sean secundarias, que obren disminuyendo energías, debilitando el terreno; ahora bien, esas mismas causas, son las que como predisponentes concurren en las infecciones.

Nada diré de las diátesis, sea parcial, (Broca y Vassilieff) ya general artrítica, (Bazin) ó cancerosa, (Verneuil) citadas como causas del carcinoma, por que los fundamentos sobre que descansan, no parecen resistir los embates de una razonada crítica.

Pasemos á la patogenia. Nada preciso, absoluto, matemático encontramos en la patogenia; son varias las teorías expuestas y de entre las más razonables, las siguientes.

1.^a *Teoría nerviosa.* (Schroeder) supone que todas las neoplasias y el cáncer por consiguiente, se desarrollan merced á influencias del sistema nervioso. Sirve de base á esta teoría el experimento siguiente; seccionó los nervios del muslo de un conejo y luego fracturó el fémur del mismo lado pudiendo apreciar en el punto mismo de la fractura, y transcurrido algún tiempo, una masa voluminosa, que consideró como de naturaleza neoplásica, afirma-

ción aventurada, por que no habiendo hecho el examen microscópico, lo que más lógicamente pensando era un callo exuberante, tomó él, por una neoplasia.

2.^o *Teoría irritativa* (Virchow). Las células entrarían en proliferación bajo la influencia de variadas causas irritativas, por ejemplo, contusiones repetidas, inflamaciones crónicas. Son las mismas causas que he citado en la etiología y allí queda expuesto el concepto que merecen.

3.^o *Teoría de los gérmenes embrionarios* (Cohnheim). Afirma que las células adultas no tienen vitalidad suficiente para producir una neoplasia y que sólo las embrionarias tienen el poder evolutivo necesario para originar esas formaciones, cuando influencias aún no definidas las sacan del adormecimiento en que yacen; las neoplasias que se desarrollan en el adulto, se deben á que entre los tejidos de éste han quedado abandonadas algunas de esas células embrionarias. Léopol Masse y Kaufmann trataron de demostrar experimentalmente esta teoría pero nunca consiguieron obtener verdaderos tumores. Démosla sin embargo por cierta y aún así queda un punto por resolver, por que ¿bajo que influencias entran en proliferación esas células? Cohnheim quiso aclarar un punto obscuro, la etiología y abrió un nuevo abismo, el de la patogenia.

4.^o *Teoría parasitaria.* Sirven de apoyo á esta teoría los tres hechos siguientes; contagio, inoculaciones experimentales y comprobación de parásitos.

No son ciertamente muy decisivas las pruebas aducidas para demostrar el contagio. Pequeñas epidemias de cáncer observadas en algunas casas, y 23 maridos con cáncer del pene consecutivo á cáncer del útero de sus respectivas mujeres (Gueillot); esto es todo y es tan poco que no puede servir de base sólida para sentar una afirmación. Sin embargo, son datos no despreciables, é investigando más y no desechando la idea de que el cáncer sea de naturaleza parasitaria ¡quién sabe si este contagio hoy incierto llegará á confirmarse!

Las inoculaciones experimentales se han practicado en especies animales distintas y entre animales de la misma especie. Peyrilhe, Dupuytren, Valentín, Lebert, etc. etc. inocularon jugo canceroso á distintos animales y en diversos puntos; los resultados fueron negativos. En cambio Langenbeck, Follín, Klencke, etc. etcétera experimentando también en animales distintos consiguieron la trasmisión del cáncer, pero estos éxitos no fueron comprobados histológicamente. Cuando se ha cumplido este requisito las tentativas han sido infructuosas y esto sirvió á Cazín, para negar el contagio directo de una á otra especie animal. ¿Será cierta esta

afirmación? Puede ocurrir aquí lo mismo que en la sífilis; creíase esta enfermedad como exclusiva á la especie humana precisamente por que todas las tentativas hechas para transmitirla á los animales habrán fracasado y sin embargo en el V Congreso de Dermatología celebrado en Berlín, Neussér y Queny han demostrado que la sífilis, puede transmitirse al orangutan, chimpancé, gibón, caballo y cerdo.

Alibert, practicó en sí mismo y en cuatro amigos suyos, inoculaciones de cáncer, que por fortuna no dieron resultado.

Jeannel, Leblanc, Bert, Hanan, Moureau, etc. etc. experimentando en animales de la misma especie, unas veces han fracasado en sus tentativas y en otras han logrado resultados positivos. Pero á decir verdad, aunque esto último suceda, únicamente nos dice que se ha conseguido un ingerto; la naturaleza parasitaria queda aún sin resolver.

Muchos son los microorganismos descritos como específicos del cáncer; Rappin, Schemlen, Domnigos Freire, Sanarelli, entre otros han descrito micrococcos ó bacilos que respectivamente consideran como específicos. Freire fué más lejos creyendo poder conferir la inmunidad contra el cáncer merced al empleo de un virus atenuado previo paso á través del organismo de los pájaros; los experimentos de comprobación han demostrado la inexactitud de tales afirmaciones, y del propio modo que tampoco son las coccídeas, como pretende la teoría psorospérmica las causas específicas del cáncer. Este, según afirmó Doyen en el último Congreso internacional de Medicina, celebrado en Madrid, es producido por el *micrococcus neoformans*.

Elías Metchnikoff ha obtenido cultivos puros de este *micrococcus* y ha practicado una serie de inoculaciones experimentales cuyos resultados quizás no tarden mucho en ser conocidos.

¡Quién sabe si la victoria de la teoría parasitaria está ya muy próxima! Nada por otra parte más lógico que esta teoría para explicar la etiología y patogenia del cáncer, por que, que una célula epitelial metatípica, hállese donde quiera y aunque se multiplique hasta lo infinito pueda de por sí ser causa de todos los trastornos que el cáncer produce y sea bastante para acarrear la muerte del pobre enfermo canceroso, no parece una explicación satisfactoria.

Joaquín M.^a Soria,

Alumno del 6.º grupo de la F. de M. de Zaragoza.

Gastropatías crónicas *y Tuberculosis pulmonar*

Mucho antes de que la buena alimentación y hasta la sobrealimentación discretamente practicada, se erigiese en método de tratamiento de la tuberculosis pulmonar, constituyendo uno de sus puntales más firmes, había ya Peter escrito aquellas memorables palabras recomendando «rodear de piadosos cuidados el estómago del tuberculoso».

Y tan penetrados estamos los médicos de que hay que hacerlo así, que ningún fisiólogo puede dispensarse de afligir el diagnóstico de las dispepsias tuberculosas y de manejar los variadísimos recursos que la terapéutica tiene hoy á su alcance para este fin. La mejoría, rayana en curación, que más de un especialista en las vías respiratorias no ha podido conseguir en un enfermo de pneumofimia, á pesar de todos los tónicos inyectables ó no, balsámicos, antibacilares y revulsivos, la obtiene á veces un especialista de estómago con sólo regimentar la alimentación de aquel enfermo. Si la dispepsia resulta intratable crece la anorexia, la capacidad digestiva merma y el tuberculoso va de prisa hacia el desastre. No hay nada, después de la fiebre que influya tanto sobre el pronóstico de la tuberculosis pulmonar, como el funcionalismo del tubo digestivo.

Pero nuestro punto de vista en este artículo, es otro. Dejemos de lado el estómago del tuberculoso, casi nunca indemne, casi siempre afectado de hipoclorhidria, de dilatación ó de lesiones catarrales y

algo más, resultantes de la fiebre, de la medicación, de la deglución de los esputos ó de la impregnación toxínica que alcanza á todos los órganos. Por cualquiera de estos caminos, ó por todos á la vez, la tuberculosis pulmonar lleva al enfermo á trastornar su estómago. Son los hechos inversos los que vamos á presentar y analizar aquí, con observaciones clínicas propias, encaminadas á probar una vez más el papel etiológico que tienen las gastropatías crónicas en la aparición de la tuberculosis pulmonar. Es decir, que al grupo de los tuberculosos que se hacen gastrópatas, puede oponerse el de los gastrópatas que se hacen tuberculosos. Los primeros, van de la tuberculosis al estado morbozo gástrico; los segundos, recorren el camino al revés: su gastropatía los conduce á la tuberculosis. Son estos últimos los que van á ocupar aquí nuestra atención.

El enfermo, objeto de esta primera observación, M. R... era un comerciante, de 42 años, sin antecedentes hereditarios fímicos. Enviado por sus padres á la isla de Cuba, en su mocedad, trabajó mucho durante los primeros años; comía deprisa casi siempre, porque así lo requerían sus quehaceres; fumador impenitente, trasnochador incorregible, se fué dando también á la buena mesa á medida que su posición mejoraba, y todo ello fué parte para que ya allí tuviese que recurrir á los cuidados médicos con objeto de tratar una dispepsia que le proporcionaba algunos malos ratos. Tras 24 años de trabajo y casi tantos de excesos, regresó á España, trayéndose á la vez que un buen capital una gastritis crónica con dilatación.

Al hacernos cargo de este enfermo, cuya tez era pálida, pero que conservaba un regular estado de carnes, pudimos saber por sus referencias que tenía escaso apetito, siendo sus digestiones largas y acompañadas de distensión abdominal, eructos, regurgitaciones ácidas y episodios de hiperemia facial ó llama-

radas de calor á la cara, si empleamos las palabras mismas que usaba el enfermo. La sed le atormentaba mucho entre comidas. Tal cual indigestión, muy de tarde en tarde acababa por vómitos. Al despertar por la mañana, con sabor amargo de boca, se le llenaba ésta de saliva y á veces tenía un vómito acuoso, ó si se quiere, pituitoso. Alternaban irregulamente el estreñimiento y la diarrea. Como fenómenos nerviosos de resonancia ó reflejos eran de notar las hemicráneas y los vértigos, repitiéndose éstos con la bastante frecuencia para acobardar al enfermo obligándole algunos días á no salir á la calle.

El examen pleximétrico del estómago, hecho tras la ingestión de las consabidas soluciones acuosas de ácido tártrico y bicarbonato de sosa, permitía comprobar una dilatación bien marcada; la corvadura mayor descendía por debajo del ombligo. El lavado gástrico, hecho antes del desayuno daba salida á un líquido mucoso con restos de alimentos: el enfermo era, pues, retencionista. Determinada cuantitativamente la riqueza de su jugo gástrico en ácido clorhídrico, por el procedimiento de Hayem y Winter, una hora después de haberle dado el desayuno de Ewald, resultó no llegar al 1 por 1000; en números redondos tenía 0'86.

Los demás aparatos orgánicos, explorados con toda detención, no acusaban nada anormal, salvo un ligero grado de hipertensión arterial que podía estimarse como verdadero reflejo de origen gástrico.

Un régimen apropiado, de purés, huevos, carnes, pescado hervido, cremas; un racionamiento de restricción en las bebidas que se limitaron al uso del agua pura y de agua de Vals mezclada con una corta cantidad de vino blanco; los preparados de nuez vómica, el tanato de orexina, el ácido clorhídrico (1¹/₂ gramos al día), las laxantes (sal de frutas) cuando predominaba el estreñimiento y algún que otro lavado del estómago hecho con agua de Vichy tibia constituyeron la base del tratamiento, amén de las lociones generales frescas (á 24°) practicadas por la mañana con la esponja.

Cuatro meses después de emplear este plan, el enfermo se hallaba visiblemente mejorado: había ganado 2 kilogramos y medio. Concibió entonces la idea de ir á disfrutar la tranquilidad de un pueblo del litoral y marchó á Caldetas; algunas semanas después de su llegada contrajo una bronquitis aguda que le obligó á hacer cama, y aún no bien repuesto de ella se acatarró de nuevo y, según me escribía, había renacido la inapetencia.

Cuando, cinco meses después de su marcha, regresó á Barcelona aún acatarrado, quedé sorprendido: había perdido carnes, se cansaba un poco al andar, tosía algo y bajo ambas clavículas se percibía por la palpación un aumento de las vibraciones vocales, la percusión era molesta, casi dolorosa; se oían crugidos secos al auscultar en el lado izquierdo, bastante disseminados, y esto mismo en menor grado en el lado derecho pero con notable apagamiento del murmullo vesicular; el termómetro marcaba 38° por la tarde si el enfermo había paseado; en los esputos, mucosos, no había bacilos. Pero esto último no me tranquilizó. Comunicqué mis temores á la familia. Ordené el reposo absoluto para ahorrar fuerzas; imposible pensar en alimentación abundante, ni en grasas, nada de aceite de hígado de bacalao; no había capacidad digestiva y hubiera sido llevar al enfermo á la indigestión; hubo que limitarse á huevos, leche, polvo de carne, peptonas. Y como también hubiera sido temerario hacer medicación *antituberculosa*, valga la frase, por vía gástrica, recurrí sucesivamente á las inyecciones subcutáneas de fosfato de sosa arsenical, á los enemas de fosfotal al 1/5, á las inyecciones subcutáneas de arrhénal y practiqué la revulsión con el termo-cauterio repetidamente.

Ganó un tanto el estado general, aumentó el peso y desapareció todo rastro de fiebre; pero los fenómenos estetoscópicos no se modificaban. Parecía indicada una cura de altitud: Leysin, Durtol, el Canigon ó cualquiera estación análoga eran una positiva esperanza; pero el enfermo, temeroso del frío, como tantos otros enfermos de estos, no se resolvió. Vino á poco

una agudización de la bronquitis, que fué el botafuego para el avance y diseminación de las lesiones tuberculosas, determinó la reaparición de la fiebre, esto acentuó la anorexia, la tos trajo el vómito, los esputos mostraban algunos islotes purulentos en los que se halló el bacilo de Koch y la auscultación indicaba que había comenzado el reblandecimiento. Este episodio bronquítico agudo fué largo, casi duró un mes: ¡Y qué de dificultades para tratarlo! Porque no sólo había que prestar atención á sus bronquios, sino también á sus vías digestivas maltrechas, á su fiebre, y lo que era peor, al carácter del enfermo que siempre voluntarioso é impaciente, se había hecho receloso y arisco, como casi todos los tuberculosos al ver que su mal se contaba ya por meses, sin verdadera solución de continuidad, desde la bronquitis contraída medio año atrás en Caldetas. Hubo, pues de guardar cama, se redujo la alimentación á poco más que la leche (3 litros) y caldo con somatose, se le administró los primeros días un poco de sulfato de quinina, y se consiguió calmar la tos con el beleño y el acónito, huyendo de los opiáceos que hubieran dado al traste con el poco apetito que restaba.

Dominada esta agudización de la bronquitis tuberculosa, el enfermo, que culpaba de todo al frío, arreció en sus miedos á éste y resolvió marcharse á residir en Canarias. Sólo en parte pude aprobar esa decisión, temiendo que en aquella latitud y en el litoral, perdiese el apetito que empezaba á recobrar y cayese anticipadamente en la languidez y el spleen, en los sudores y en la hectiquez.

Realizó el enfermo su viaje. La novedad y atractivos de su nueva residencia, un cierto grado de animación y de esperanza, y los múltiples cuidados de que se rodeó, produjeron cierto alivio en las primeras semanas, según me comunicaba en sus correspondencias. Pero todo esto no fué más que una tregua; las agravaciones no tardaron, aparecieron los fenómenos cavitarios, de los que me dió noticia el médico que allí le asistía, y á través de mil peripecias se constituyó en pleno período de consunción, falleciendo á los diez

meses de su llegada á Canarias. En junto, su tuberculosis había durado año y medio escaso. No hubo ninguna hemoptisis.

Dr. Eusebio Oliver,

*Catedrático de Medicina de la Universidad
de Barcelona.*

(Concluirá)

Observaciones **C**línicas

Un caso de tétanos

J. G. natural de Valladolid, de 56 años, casado y empleado de la fábrica azucarera Santa Victoria, de esta capital. Ingresó en nuestra Clínica Quirúrgica el 18 de Noviembre del pasado año.

El día 17 de Noviembre, en ocasión en que se proponía atravesar la vía existente en la fábrica anteriormente citada, con una cubeta de agua, fué alcanzado por una vagoneta cargada de remolacha, pasándole por encima del pié derecho y produciéndole un gran magullamiento con desgarramiento de tegidos y desprendimiento de algunos dedos del pié citado, dejándole los restantes casi pendientes de la piel y parte de los músculos; en este estado fué recogido por sus compañeros y trasladado á la casa de Socorro, donde se le practicó la primera cura, y de allí fué trasladado á nuestra Clínica. Aquí los internos, fundándose en hechos que no son del caso mencionar, soltaron los 10 puntos de sutura que le habían sido dados en la casa de Socorro.

El enfermo sentía dolores en el miembro traumatizado. En el resto del organismo no se notó nada anormal.

Del 18 al 28 de Noviembre, 10 días de enfermedad y observación, se practicaron curas antisépticas en el pié traumatizado, separando de éste, los dedos que quedaban sujetos ó pendientes por verdaderas piltrafas de tejidos, respetando el resto del pié por ser de obligación el respetar en todo traumatismo, todo lo que se pueda conservar hasta último extremo.

Día 28.—Se notan en el enfermo síntomas especiales, que nos ponen de manifiesto nos encontramos frente á una terrible infección, complicación gravísima, que pone en peligro la vida de nuestro enfermo.

Estos síntomas son los siguientes: trismus ó contractura de los músculos inervados por el trigémino, sensación de malestar, abatimiento, tristeza, irradiaciones dolorosas y ascendentes desde la herida ó aura tetánica. La herida presenta buen aspecto.

Día 29.—Aumenta el trismus, es decir, se hace completo y doloroso; durante la noche anterior ha tenido delirio. Presenta contractura de los músculos de la nuca ó tigidites, y de los del vientre, tiene convulsiones y calambres en las extremidades inferiores; pulso frecuente é irregular; temperatura 37° y 37° y $\frac{1}{2}$; estreñimiento. El pié traumatizado sigue mejorando.

Día 30.—El trismus ha disminuido. Los calambres en las extremidades inferiores se suceden con intervalos de un minuto y se exacerban ó aumentan al menor ruido ó contacto con la cama.

En este día se aísla el enfermo trasladándole á otra habitación. Continúa el estreñimiento y suda bastante. Temperatura 37° .

Día 1 de Diciembre.—No se notan más contracturas que la de los músculos del vientre. El trismus sigue lo mismo; temperatura 37° por la mañana y $38^{\circ},7$ por la noche. Siguen el estreñimiento, los calambres en las extremidades inferiores y los sudores copiosos.

Día 2.—Han desaparecido los calambres y el trismus sigue lo mismo que el día anterior. Se consigue haga una cámara valiéndonos de lavativas y un purgante de las sustancias que indicará en el tratamiento. El pulso es frecuente é irregular. La temperatura 37° y $\frac{1}{2}$ y $33^{\circ},2$. Suda abundantemente como los días anteriores. El pié traumatizado sigue su mejoría.

Día 3.—El trismus sigue lo mismo de disminuido que los días anteriores. Vuelven las convulsiones y los calambres. Se queja el enfermo de dolores en el estómago y en el pecho. No existe más contractura que la de los músculos del vientre. En este día vuelve el estreñimiento, la respiración se hace difícilmente. La temperatura 38° y $\frac{1}{2}$ y 39° . El pulso frecuente.

Día 4.—Continúan los dolores del estómago y pecho; ha pasado la noche en un estado de excitación grande y con convulsiones; por lo cual se le ponen inyecciones de las sustancias que se indicarán en el tratamiento. Temperatura $39^{\circ},2$ y 39° y $\frac{1}{2}$. No quiere tomar alimento. Está postrado y habla de manera ininteligible; pulso frecuente, sigue el estreñimiento. El pié traumatizado sigue mejorando.

Día 5.—La noche anterior la ha pasado más excitado que la del día 3 y con delirio, ha tomado algo de alimento, respira difícilmente, se notan estertores, no habla, ni oye; tiene 142 pulsaciones por minuto y temperatura 40° á las ocho de la mañana. Continúa el estreñimiento.

A la una de la tarde sucumbe nuestro enfermo, víctima de la gravísima complicación y su manera de terminar lo es por parálisis respiratoria.

El diagnóstico casi con lo dicho es suficiente para reconocerlo: «Traumatismo del pie derecho y tétanos como complicación sobreenvenida al décimo día del traumatismo.»

El pronóstico por lo que respecta al traumatismo no era grave, pues aunque quedara como reliquia la falta de los dedos, esto no hubiera impedido á nuestro enfermo dedica se á su trabajo.

Por la complicación que se nos presentó era gravísimo, casi mortal, pues se han dado muy pocos casos de curación. Su duración ha sido en nuestro enfermo de siete días y medio.

Respecto á tratamiento me limitaré á consignar el empleado en nuestro enfermo, pues aunque por desgracia no haya dado resultado satisfactorio, no deje de reconocer sus buenas aplicaciones, aunque sus efectos, como sucede en la mayoría de los casos no sean lo suficientemente enérgicos para vencer á los venenos químicos que engendra el bacilo causante de la infección y que repartido por el organismo sin pasar por la sangre, la toxo-albúmina que segrega produce contracciones musculares, incitando las extremidades de los nervios sensitivos.

En este sentido paso á exponer el tratamiento empleado y con el cual repito me muestro conforme.

Lo primero que se ha hecho en nuestro enfermo han sido curas y lavados antisépticos enérgicos de la herida.

En el momento en que se presentó la complicación gravísima de la infección tetánica se procedió al aislamiento del enfermo, colocándole en una habitación que aunque no reunía todas las condiciones exigibles en estos casos, llenaba la mayoría de ellas como tranquilidad, poca luz, etc. La alimentación desde este momento se redujo á leche y caldos que se le daban con un pistero por el trismus que le impedía abrir la boca.

Como medios farmacológicos, se emplearon inyecciones de 10 c. c. de suero antitetánico, 4 de suero desecado. Las inyecciones se pusieron los días 29, 30, 1, 2, 3 y 4.

También se administró el cloral en la siguiente forma:

Hidrato de cloral	5 grs.
Jarabe simple.	} aa . . 50 »
Agua	

Para tomar una cucharada de las sopa cada cuatro horas.

En los días sucesivos al 28, se aumentó la cantidad de hidrato de cloral llegando hasta 8 y 10 gramos en disolución; una cucharada cada cuatro horas.

Con objeto de lavar la boca del enfermo se le recetó una disolución de:

Resorcina	12 grs.
Agua.	300 »

Como una de las cosas permanentes en nuestro enfermo era el estreñimiento se le administró un purgante compuesto de:

Aceite ricino.	} a. a. 25 grs.
Glicerina	
Esencia de menta.	II gotas.

Y como quiera que no moviera el vientre, el día 2 de Noviembre se le administró otro purgante compuesto de:

Aceite ricino	25 grs.
Aceite cróton	I gota.

Además enemas de agua jabonosa con lo cual se consiguió una deposición aunque no muy abundante.

Para calmar á nuestro enfermo y tranquilizarle en lo posible se le ponían dos inyecciones diarias de una disolución de morfina atropina y agua, con lo cual conseguíamos el objeto para que se aplicaban.

Para dar por terminada la historia clínica del caso que nos ocupa será necesario hacer algunas reflexiones.

Por la forma rara de presentarse en nuestro enfermo la infección tetánica y por los síntomas y marcha, se ve es un caso raro de tétanos, pues se ha presentado á los 10 días del traumatismo, si bien es verdad sucede y se han dado casos de desarrollarse á los 30. El sintoma contracción muscular no ha sido persistente, pues estuvo dos días, desapareció, volviendo á aparecer, y por último se limitó á los músculos del vientre, pero muy fácilmente podía ser debido este último al estancamiento de las materias estercoráceas por el estreñimiento persistente.

La duración de la infección se ha prolongado en nuestro enfermo á siete días y medio, siendo así que su duración en la mayoría de los casos es de 48 á 50 horas. Pero esto es dependiente como muy bien decía el Dr. López García, mi querido maestro. hablando de las inoculaciones subcutáneas en el cobayo que se producían contracturas á las 48 horas sobreviniendo la muerte de los cuatro á los diez días, dependiendo de la virulencia y la dosis de cultivo inyectado.

Por la rareza de los síntomas ¿podemos haber confundido el tétanos de nuestro enfermo con otra enfermedad? Todos sabemos que el bacilo tetánico tiene ó segrega varias toxinas; la tetanina, la tetanotoxina, espasmotoxina, toxina clorhídrica, etc., que pueden producir la infección tetánica. Quizá dependa de esto;

mis humildes conocimientos no pueden ó no los considero suficientes para descender á analizar estos asuntos.

¿Es posible pensar en la confusión del tétanos con el chok traumático en este caso? De ninguna manera. El traumatizado no presenta en el chok, trismus, el estar opistótono, no conserva la inteligencia como nuestro enfermo por desgracia la conservaba.

Tampoco se puede pensar en la confusión, bien de la corea verdadera ó de la corea eléctrica, pues aunque presentan convulsiones éstas van acompañadas á supuraciones abundantes y en nuestro enfermo era nula; el pié traumatizado tenía buen aspecto, y de no haber sobrevenido la terrible infección tetánica se hubiera conservado, si bien es necesario que haga constar que las curas eran practicadas con esmero por el interno de Clínica Quirúrgica mi querido compañero Miguel García Canal.

Tampoco nos es posible haber confundido la infección que nos ocupa con la neurastenia traumática, pues el temblor en ésta es aparente, sobre todo en las extremidades superiores. Es un temblor vibratorio semejante al descrito por Marié en la enfermedad de Basedow.

Como dato importante en la historia y para terminar hemos encontrado que la vagoneta causante del traumatismo y quizás de la infección era cargada de remolacha cocida, pero toda la importancia que esto entrañaba, desaparece en el momento en que averiguamos que como cosa de nuestro país, esa misma vagoneta servía para llevar la relamolacha con tierra.

También puede ser el causante de la infección (involuntariamente) algún compañero de los que acudieron en su auxilio y que estuviera empleado en caballerizas y tocara el pié traumatizado.

¿Hubiéramos salvado al enfermo con la amputación? Creo que no, pues debilitado por la pérdida de sangre, con la operación se hubieran agotado más las fuerzas del organismo de nuestro desgraciado enfermo.

Mariano Fernández-Corredor y Chicote,

Alumno del 5.º grupo de la F. de M. de Valladolid.

Pie valgus adquirido por doble fractura de la tibia y del peroné

El 24 de Octubre del año próximo pasado ingresó en la Clínica Quirúrgica (1.º) G. V., de 14 años, natural de Codo y dedicado á las faenas del campo. Sin antecedentes hereditarios de importancia; los individuales se reducen á

haber sufrido un tumor en el cuello que tardó á curarse más de dos meses y del cual queda como resto una cicatriz deforme y bastante extensa.

El 14 de Agosto de 1904 fué atropellado por un carro, pasando una de las ruedas por encima de la pierna derecha á nivel del tercio inferior, ocasionándole la fractura de la tibia y peroné. Fué tratada esta fractura en las condiciones que puede hacerse en la práctica rural, y los huesos quedaron en actitud viciosa, originando una deformidad por la que ingresó en la Clínica.

El pié derecho aparece desviado en tal forma que constituye un *pie valgus* con algo de *equinismo*. Esta deformidad es motivada por la actitud viciosa en que consolidaron los fragmentos óseos. En efecto, á la exploración se comprueba que el peroné consolidó en ángulo, resultando el trozo inferior desviado hacia afuera y atrás y su cara articular mirando adentro y abajo; el maléolo de la tibia presenta un desarrollo extraordinario y la cara articular se encuentra á un nivel inferior al normal. En resumen: la extremidad inferior de la pierna se encuentra desviada hacia afuera y atrás y en su desviación ha arrastrado el pié; por eso éste resulta en *valgus* con tendencia al *equinismo*.

La clase de fractura que los huesos de la pierna sufrieron, puede deducirse de la actitud en que quedaron al formarse los callos óseos y por la manera de actuar el traumatismo. Es lógico suponer que aquella fué directa, simple y á distinto nivel en ambos huesos. pues en el peroné se efectuó próximamente en la unión del tercio medio con el inferior y en la tibia, cerca de la epífisis ó tal vez en el mismo cartilago epifisario. Esto último es lo más probable, en cuyo caso se trataría de una divulsión de la epífisis, opinión apoyada en la edad del sujeto y en el volumen considerable del maléolo que indica hubo un trabajo muy activo de osteogenesis. En igual tiempo se soldaron los fragmentos de la tibia y del peroné.

La prueba definitiva la adquiriríamos con el tiempo, viendo si la tibia crecía normalmente ó por el contrario, su crecimiento estaba disminuído, pues sabemos que la divulsión de la epífisis acarrea la pérdida del cartilago epifisario y por tanto del crecimiento en el extremo correspondiente. La disminución de longitud resultante sería sin embargo muy pequeña porque la soldadura definitiva de la epífisis inferior de la tibia, tiene lugar entre los 15 y los 16 años de edad y el sujeto de que hablamos cuenta próximos los 15.

El tratamiento fundado en la causa de la deformidad, se redujo á la resección de fragmento en forma de cuña, de la tibia, y otra circular del peroné, operación que fué llevada á cabo el 12

de Noviembre de 1904 por el profesor de esta Facultad Dr. García Burriel.

A los seis días de la operación le fué colocado el miembro afecto en una gotiera de madera ideada por dicho catedrático. La lesión siguió un curso regular hasta que en el mes de Enero y durante las vacaciones de Navidad, cicatrizó completamente y fué dado de alta el enfermo, curado de su deformidad.

Por noticias posteriores que he adquirido, tengo conocimiento de que el muchacho anda sin claudicar y ha vuelto á sus tareas de labrador sin resentirse en nada su pierna.

Miguel J. Alcrudo,

Alumno del 4.º grupo
de la F. de M. de Zaragoza.

Formulario

Quemaduras recientes

Bálsamo tranquilo }
Bálsamo de copaiba } a. a. 10 gramos
Aceite de linaza }

Tópicamente sobre la quemadura.

Reuma articular crónico

Alcanfor 30 gramos
Cloroformo 120 »
Esencia de espliego 10 »
Bálsamo tranquilo 380 »

Fricciones repetidas.

Orencio Pellicer,

Alumno de 6.º grupo de la F. de M. de Zaragoza

Novedades Médicas

Las sales de plata en el tratamiento de la gonorrea.—El nitrato de plata y en general las sales argénticas han sido y deben ser (como Neisser ha demostrado) los agentes empleados en el tratamiento de la gonorrea. El sulfato de zinc, tanino, acetato, de plomo, etc., que han querido reemplazar á las sales de plata, no han dado más que resultados aparentes y de corta duración. Así lo indica el Dr. Juliusber, pues en 30 casos tratados con el sulfato de zinc, no pudo obtener ninguna curación completa.

Dicho Doctor recomienda el protargol en inyecciones al $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$

por 100 (mezclados con 5 por 100 de antipirina) tres ó cuatro veces al día, reteniendo la inyección hasta treinta minutos si es posible. Aumentando la concentración al 3 por 100 puede emplearse una sola inyección al día, reteniéndola todo el tiempo posible entre diez y treinta minutos. Las soluciones de protargol deben estar frías y recién preparadas; cada inyección debe contener 15 c. c. por lo menos y el enfermo debe aprender á hacerse la aplicación.

Toxicidad del Naftol alcanforado.—El Dr. Guinard presentó á la Sociedad de Cirujía de París una estadística en que reuna 6 casos de muerte y 14 de accidentes graves debidos al empleo del naftol alcanforado. Después de formada esta estadística aún ha podido recoger 6 casos nuevos de muerte, por lo que, á pesar del trabajo publicado por el Dr. Calof en que considera dicho medicamento como superior á las demás sustancias medicinales empleadas en tales casos, el Dr. Guinard cree que el naftol alcanforado es una sustancia peligrosa, cuyos peligros superan á sus ventajas.

Acción nociva de los rayos X.—No nos es desconocido el peligro que dichas radiaciones luminosas ofrecen para el aparato de la visión y recientemente se ha suscitado sobre ello una gran discusión en la *American Electro-Therapeutics Association*, pues en algunos casos ha llegado á producirse la ceguera casi completa. Como el peligro es todavía mayor para el médico que para el enfermo, los operadores se han decidido á usar anteojos protectores con vidrios de silicato de plomo *flint*, de gran extensión.

Pero no es solamente la vision, la que padece por las acciones fluorescentes, pues las observaciones de Albersschenberg, demuestran, que los rayos X llevan consigo otro peligro más, para el enfermo, que se determina sobre la potencia genital.

Y aún se esperan nuevos peligros, en el manejo de los rayos Röntgen.

Empleo del Tiocol en la Tuberculosis.—Parece ser según lo experimentado por el Dr. Katchkateff, que el tratamiento de la tuberculosis por este agente es tan solo sintomático; aunque algunas veces no produce efecto alguno, en la mayoría de los casos, detiene y aún hace desaparecer la tos, proporciona descanso á los enfermos, les permite dormir, aumenta su apetito, detiene la supuración intrapulmonal y hace desaparecer la fiebre. El autor administra tres veces al día 0.50 gramos del tiocol.

Bibliografía: Munchener Medizinische Wochenschrift.—Siglo Médico.—Revista de Medicina y Cirujía Prácticas.—Revista de Ciencias Médicas.—Rev. de Thér. Méd. Chir.

Libros nuevos

Diagnóstico especial de las enfermedades internas. Tratado escrito para médicos y estudiantes, según las lecciones del Dr. *Guillermo V. Leube*, profesor de Clínica Médica y Director del hospital «Julius», en Würzburg. Segunda edición española traducida de la sexta alemana y anotada por los doctores F. de la Riva y M. González Tánago. Dos tomos en cuarto con numerosas figuras: 20 pesetas en rústica y 23 en tela. Bailly-Bailliére é Hijos, Madrid 1905.

No voy á hacer una crítica de este hermoso libro, porque sería en mí una pretensión demasiado exagerada, atreverme á juzgar y criticar la obra de un sabio; pero algo debo decir ya que á ello estamos obligados.

Las seis ediciones alemanas, demuestran la gran aceptación que esta obra ha obtenido; el agotarse la primera edición española indica el éxito extraordinario que entre nosotros alcanzó.

Y en verdad que bien merece todos nuestros elogios: he leído algunos capítulos, (enfermedades de la sangre, del cerebelo, del peritoneo, etc.) y encuentro su lectura eminentemente práctica y de utilidad inmediata. Parece responder á las exigencias de la Clínica y se cree estar mientras se estudia á la cabecera del enfermo.

De dos tomos voluminosos é ilustrados consta la obra. El primero trata especialmente del diagnóstico de las enfermedades del corazón, de las del aparato respiratorio, del mediastino, de la pleura, de los órganos abdominales, del tubo digestivo, del aparato urinario, y de las enfermedades de las cápsulas supra-renales, haciendo de todas ellas un concienzudo estudio.

El tomo segundo empieza con un amplio estudio sobre el diagnóstico de las enfermedades del sistema nervioso, con la exposición de sus correspondientes cuadros clínicos; continúa con el de las enfermedades de la médula, cerebelo, cerebro, músculos, nutrición, constitucionales é infecciosas, etc., haciendo un estudio sobre la sangre, al que acompañan unas notables láminas en color.

Claro es que si las tiene, yo no puedo marcar sus deficiencias; pero creo y refuerzan mi creencia los juicios emitidos por distinguidos profesores, que siempre será para nosotros, un libro de utilidad grandísima, que nos marca con precisión, el camino que en todo caso clínico debe seguirse para establecer el diagnóstico.—R. H. y A.

Advertencia. Por falta de espacio, nos es imposible publicar la Crónica quincenal, que desde Madrid nos remite nuestro corresponsal D. Eugenio Gimeno, y por la misma razón nos vemos obligados á suprimir la sección de *Centros Médicos*.

M. Escar, Tip.-Zaragoza

Clínica

y

Laboratorio

Revista escolar de Ciencias Médicas



Dr. J. E. Franzo

vezes, que han sostenido los clínicos y los sabios de laboratorio, acerca de la importancia y trascendencia

FELIZ fué la idea del alumno que bautizó esta Revista escolar, con la denominación de CLÍNICA Y LABORATORIO; una y otro en perfecta armonía, completándose, amándose como madre é hijo, son capaces de resolver todos los problemas médicos susceptibles de ser resueltos. Por esto no hemos comprendido nunca, ni hemos querido comprender, aquellas discusiones, bizantinas á

de unos ú otros estudios para el progreso científico y provechoso de la humanidad. Hoy estas discusiones serían no sólo inoportunas, si es que estarían fuera de la realidad; pensamos que no habrá hombre de laboratorio, que considere á éste como el iniciador y árbitro de los problemas médicos, ni clínico que crea que «toda la medicina está en la pura observación» y en su mejor ó peor juicio médico.

La Clínica, siendo como es y lo que es, resuelve y dicta, determina y comprueba; autócrata en sus resoluciones, á ella va todo y todo de ella emana; síntesis de todos nuestros trabajos y labores, á ella concurren y en ella tienen aplicación todos nuestros conocimientos en las ciencias llamadas auxiliares; en las que son fundamentales de la Medicina, como las anatómicas y fisiológicas; en las esenciales que son las que entregan el objeto y fin médicos como las patológicas; en la elevación de sus juicios ó en la aplicación de sus leyes, se ve necesitada también de las ciencias filosóficas y de las morales y políticas; de todas las orientaciones, en fin, de su espíritu científico, porque esto exige el altísimo concepto que siempre se ha tenido y se tiene hoy de la Medicina y al tenerlo de la Medicina, se tiene de la Clínica, porque ésta es la Medicina entera; así, la Clínica, resume, condensa y aprovecha esta multitud de conocimientos, que hacen del médico un verdadero enciclopedista.

Este concepto de la Medicina no es de hoy, por más que haya médicos que tienen la pobre idea de que no hay más Medicina que la que se ha escrito desde el año noventa del siglo XIX hasta nuestros días; hay en la Medicina y en la Clínica una parte fundamental incommovible, tradicional, cierta siempre é invariable; y otra, susceptible del progreso constante é indefinido; que investiga, que inicia, que evoluciona ó que ocasiona aparentemente una revolución en las ideas reinantes; ejemplo los sistemas filosóficos y su influencia en toda la historia de la Medicina. No hay temor, que si por un instante pareció la Clínica desviada de su positivo y único camino de ver-

dadero progreso, pronto rectificó estos pequeños desvíos y volvió á ser, lo que siempre fué. Tomó para sus provechos lo que debió tomar, y eliminó el bagaje que le molestaba por falaz y por perjudicial.

Podrán estas ideas parecer arcáicas ó inoportunas de puro sabidas, mas la verdad siempre es una y siempre bueno el recordarla, si es que nuestra existencia como hombres científicos, no queremos que sea una constante rectificación.

Pensar ahora en la importancia del Laboratorio y su influencia en la Medicina, por las íntimas relaciones que tiene con los estudios clínicos, es arribar á la *característica* de la llamada Clínica moderna; mejor dicho á la Clínica de los actuales momentos, ya que la Clínica no es antigua ni medio-eval, ni moderna; puesto que en todas las épocas de la Medicina, reflejó bien todos los progresos, no solamente los propios, sino los de todas las ciencias que con ella tenían comercio constante; pues bien, el Laboratorio es el auxiliar más poderoso, es el complemento de la Clínica, y tan es así, que no habrá clínico de conciencia que no solicite constantemente sus auxilios para resolver ya problemas etiológicos y patogénicos, ya el transcendental del diagnóstico ó los del pronóstico y de la terapéutica; conocemos la fijeza con que resuelve sus problemas, sabemos cómo revela y demuestra sus verdades; creemos en él y de él esperamos siempre, como fuente rica de nuestros conocimientos clínicos.

No hay que extrañar que para significar la importancia del Laboratorio, se haya dicho que la Medicina puede dividirse en dos grandes épocas, una anterior á Pasteur y otra posterior á Pasteur y aunque nuestra manera de pensar acerca de la Medicina y de su historia, dista grandemente de este juicio, lo aceptamos; porque es el mayor elogio que puede hacerse de un hombre, siquiera sea tan ilustre como Pasteur.

No caben en nosotros recelos ni resquemores: seguramente que los hombres de Laboratorio no han de

tratar de sustituir con éste á la Clínica; porque saben las diferencias que existen entre el tubo de ensayo, los reactivos y los líquidos de cultivo, con el organismo humano que juzga, determina y resuelve los conflictos en lo morbozo con sus leyes todas, con su manera de ser, de pensar y de querer.

Conocen bien los hombres de Laboratorio, las enfermedades experimentales y los peligros que de aquí pudieran emanar para la Clínica y en fin, saben que al tomar la iniciativa en asuntos clínicos y considerar al Laboratorio como precursor de cosas que sólo la Clínica puede permitirse, es un mal punto de partida y seguramente de una llegada ruinosa.

Sinceramente creemos que estas convicciones nuestras, son las de todos los hombres de Laboratorio; mas si nosotros sufriésemos una equivocación y el Laboratorio aspirara á más, la Clínica seguramente rectificará aquellos avances que pueden ser un peligro.

Sintiendo así la Clínica, ¿qué de excepcionales condiciones no deberá tener el clínico? Especiales aptitudes físicas, intelectuales y morales; resistencias orgánicas, sentidos fieles y afinados, instrucción médica vastísima; gran cultura intelectual; educación esmerada para poder adaptarse á todas las condiciones de los hombres y á todas las clases sociales; y todas estas cualidades cultivadas y perfeccionadas de día en día, é informadas por un gran espíritu de amor y de caridad para el enfermo.

Este debe ser el clínico; sacerdote y hombre de ciencia, bueno hasta el sacrificio, modesto, prudente.

Dr. J. E. Irazo,

*Catedrático de Clínica Médica
en la Facultad de Medicina de Zaragoza.*

Algo sobre tratamiento de los cálculos vexicales en el niño

El haber observado

durante el tiempo que llevo de estancia en la clínica al lado de mi querido maestro Dr. Borobio algunos niños afectados de cálculo vexical es la causa que me impulsa á escribir estas líneas. No esperéis nada original; únicamente veréis en ellas reflejada mi humilde opinión en lo que se refiere á las intervenciones quirúrgicas fundado en lo poco que yo he visto.

Teniendo en cuenta que la evolución clínica de los cálculos vexicales es regularmente progresiva en su marcha y no pudiendo soñar hoy día como lo hicieron los antiguos en disociar los cálculos por medio de ciertos medicamentos, hay que considerar que la extracción es el único medio de curar á un calculoso.

La litotricia y la talla son las dos operaciones que se ponen frente á frente para conseguir dicha extracción.

La litotricia rápida, concebida hace tiempo y propuesta por algunos cirujanos franceses en particular por el profesor Courty de Montpellier, ha adquirido en manos de Bigelow el mayor grado de perfeccionamiento; tanto que bajo la nueva forma y con sus nuevos medios ha reemplazado en todas partes el antes clásico método de litotricia lenta.

Así como en el adulto la litotricia constituye el método más general del tratamiento de la piedra, el método de elección, en el niño, ocurre lo contrario, que es la talla lo preferido. Por eso no me detengo en la descripción del método operatorio y sí en el por qué de esta afirmación. En primer lugar como dice Thomson es un hecho bien notorio que antes de la pubertad la talla es una operación relativamente sin peligro y que escasamente da el 1 por 16 de defunciones; en cambio en el adulto siempre hay peligro. Lo que crea la gran diferencia entre el adulto y el niño es 1.º que en éste los órganos sexuales son todavía rudimentarios y que no existen esas simpatías estrechas de todo el organismo con el sistema génito-urinario, simpatía tan poderosa en el adulto, como que se traduce por síntomas morbosos en algunas ocasiones graves, y que se designan con el nombre genérico de fiebre uretral, y que á no ser por excepción nunca se observa en el niño. 2.º La vejiga del niño es de una sensibilidad y de una contractilidad extremas y se presta mal á las sesiones prolongadas y á veces

repetidas de la litotricia. 3.º El canal de la uretra en el niño no es bastante dilatado para admitir rompedoras demasiado gruesos y los que pueden introducirse tienen probabilidades en razón de su flexibilidad de romperse al menor esfuerzo.

Por último los niños por su indocilidad difícilmente permanecen acostados de lado, como se les recomienda después de la operación, para facilitar la emisión de los restos del cálculo detenidos en la vejiga. Al lado de estos inconvenientes ¿cuáles son las ventajas que ofrece la litotricia? Pocas; la posibilidad de encontrar un cálculo pequeño bastante friable para ser reducido á polvo en una ó dos sesiones, y el ser una operación no cruenta.

Y vamos ahora á la talla que como he dicho es el método operatorio de elección en el niño.

La talla es la abertura de la vejiga, es la cistotomía. Se llama perineal ó hipogástrica según se la practique por el periné ó por el abdomen.

Dos incisiones son comunes á todas las tallas perineales; una incisión perineal superficial y otra incisión profunda que obra sobre la uretra posterior, sobre la próstata y sobre el cuello de la vejiga.

El asiento y la forma de la primera incisión y la disección y el número de las incisiones profundas origina varios procedimientos de talla perineal que no describiré y sí solamente apuntaré los principales.

Talla central.—Fué preconizada primero por Marechal y Vacca y más recientemente por Bouisson; se asemeja mucho al procedimiento ideado por Jean de Romais. En esta forma de talla todo es central, tanto la incisión de las partes superficiales como las profundas. Esto es lo que constituye su mayor dificultad, pues la incisión única tiene que ser muy amplia para que cumpla su cometido.

Talla lateralizada.—A pesar de las modificaciones que se han introducido no es otro este procedimiento de talla que el que preconizó y practicó ya Fray Cosme en 1748. Este procedimiento tiene la ventaja de que secciona la próstata en la muy oblícua dirección de la herida superficial, siguiendo el diámetro oblícuo inferior que es el preferible.

Talla prerrectal con secciones bilaterales.—Este procedimiento es una combinación de otros varios. A Nelaton corresponde la incisión prerrectal y el despegamiento de la pared anterior del

recto hasta la extremidad de la próstata; á Dupuytren se debe la doble incisión profunda de la próstata, incisión que es ventajosa.

En la niña se practica por vía perineal la talla vaginal, pues la talla uretral y la vestibular de Lisfrac se han abandonado.

Y basta ya de tallas perineales, pues cualquiera de los variantes que acabo de exponer es buena siempre que se aplique convenientemente.

Pero bien ¿es alguno de estas la de elección en el niño? Creo que no por razones que en breve indicaré.

La talla improvisada por Pedro Franco, la talla hipogástrica, ha ganado terreno merced al método antiséptico y gracias á los progresos de la técnica operatoria.

De entre los procedimientos de acceso á la vejiga por esta vía sólo señalaré la talla longitudinal por la que más generalmente se emplea.

Talla longitudinal.—Lavada la región, anestesiado el enfermo y colocada en posición conveniente la mesa de operaciones se procede á la operación.

Hay quien coloca en el recto el saco de Petersen, más no resulta necesario pues la vejiga del niño es fácilmente accesible y basta y sobra con inyectar en la vejiga merced á una sonda una cantidad de líquido. Quítase enseguida la sonda y se coloca en la base del pene una ligadura para impedir su expulsión. La técnica muy metódica se divide en tres tiempos. 1.º Incisión de la pared. 2.º Desprendimiento de la cara anterior de la vejiga y rechazo hacia arriba del fondo de saco peritoneal. 3.º Punción de la vejiga y colocación de los hilos suspensores. Extraído el cálculo de la vejiga puede llevarse á cabo la reparación de dos modos según que se desee drenar la vejiga con el tubo sifón de Guyón-Perier ó se prefiera efectuar la sutura total de la misma.

Una vez enumeradas las principales variedades de talla viene como anillo al dedo el por qué la talla hipogástrica es la de elección.

Pienso que la talla hipogástrica tiene las ventajas de la perineal y no tiene sus inconvenientes. En el niño es tan accesible la vejiga por la vía hipogástrica como por la perineal. La cara inferior no existe porque en esta época de la vida la vejiga es periforme, recuerda, por decirlo así la dilatación media de la vesícula alantoides que le dió origen. Con la edad aparece la cara inferior, al propio tiempo que aumenta de volumen la prostata.

El desagüe se establece lo mismo en la una como en la otra por la razón anatómica que acabo de alegar.

La infiltración urinaria es tan difícil de realizarse en la hipogástrica como en la perineal.

Al lado de este paralelo tiene la perineal los siguientes inconvenientes. 1.º Herida de las vexículas seminales ó mejor de sus conductos. 2.º Establecer una fístula en el recto que prolongue la curación y que á menudo reclama otra intervención quirúrgica. 3.º Exponer á hemorragia. 4.º No operar á campo abierto sino á ciegas como quien dice. 5.º Ser preciso algunas veces para cálculos de algún volumen triturarlos con la tenaza. 6.º Encontrarse enfrente de cálculos enquistados ó diverticulares que no puedan ser extraídos por la vía perineal y 7.º Ser más difícil su técnica operatoria al lado de la hipogástrica que es sencilla.

Ahora bien: decididos á practicar la talla hipogástrica por considerarla en el niño como electiva, dadas las razones anteriormente expuestas ¿debemos drenar la vejiga ó por el contrario nos decidimos á realizar la sutura total? Al decir de algunos autores y según ciertas estadísticas la sutura total de la vejiga ha adquirido grandes vuelos. Sería pues ridículo ir en contra de esta corriente científica negando en un concepto absolutista los resultados operatorios de este procedimiento. Yo me limitaré á decir que en los dos casos que he visto practicar la sutura en los dos ha fracasado; en ambos llegó á término la curación por el drenaje vexical, por haberse desunido los labios de la herida: además en uno de los niños se presentó un accidente que algunas veces complica la sutura vexical, es la infiltración urinaria.

Sin que quiera hacer pasar por ciertas mis palabras, creo que la sutura de la vejiga es una maniobra de difícil ejecución y que fracasa algunas veces y vale más por lo tanto abstenerse de practicarla y seguir la conducta de Guyon tan prudente como sencilla.

José Teresa Bedera,

Interno de la Clínica de niños de la F. de M. de Zaragoza

Neuritis del plexo braquial en los tuberculosos

Aunque los tratadistas más modernos de la tuberculosis, hablan de dolores torácicos y del hombro y aún del brazo en los tuberculosos del pulmón y hasta llegan algunos á señalar su verdadera génesis, creo que no se ha insistido bastante sobre este molestísimo fenómeno patológico, y otros dependientes de la misma causa y que á veces le acompañan como son, anestias, parálisis y atrofas en el miembro superior; así como tampoco acerca de su significación en sus relaciones con la enfermedad que los origina.

Por esta razón y sin pretender por ahora, hacer un estudio clínico completo de dicho asunto, me voy á permitir esbozarlo, con el fin tan sólo de fijar la atención de los observadores sobre este particular que á mi me parece interesante.

* * *

Prescindiendo de los dolores torácicos de que hablan la mayor parte de los tratadistas clásicos, y fijándome tan sólo, en lo que ocurre con el plexo braquial en la tuberculosis, diré que he observado desde la neuralgia que llamo latente, porque necesita de una causa traumática que la haga aparecer, hasta la atrofia muscular, pasando por la neuralgia espontánea, actual y frecuente y por la anestesia, parexia y parálisis.

Obsérvase lo que pudiéramos llamar *neuralgia braquial latente* en determinados casos de tuberculosis del vértice pulmonar curada y con retracción y adherencias á la bóveda pleural. Aparecen con ocasión de movimientos bruscos del brazo (lanzar una piedra) ó

del torax, cual ocurre en los accesos quintosos de tos y más particularmente en el estornudo.

Conozco un antiguo tuberculoso completamente curado, desde hace más de diez años, que cada vez que estornuda *fuertemente*, experimenta un dolor fulgurante en el brazo izquierdo, que se propaga á lo largo del mismo, haciéndose más intenso y duradero en la parte interna de la mano (territorio del cubital y de la primera raíz dorsal).

La *neuralgia braquial permanente*, se presenta en enfermos con tuberculosis del vértice en plena evolución y también abarca el territorio de la anterior. A veces suele dar nacimiento ulterior á las anestias, parálisis y atrofia.

La *anestesia* la he encontrado juntamente con la *parálisis* y la *atrofia*, de todo lo que es bellísimo ejemplo el caso siguiente que se ha dado este año en mi clínica:

Joven de 23 años, que desde Septiembre de 1903, empezó á tener inapetencia, cansancio, tos y fatiga, con cuyas molestias poco más ó menos, continuó hasta Junio de 1904, en que se le presentó un absceso perianal, que fué operado en Agosto siguiente. Aumentó después de la operación mucho la tos, hízose muy abundante la expectoración y empeoró el estado general en tales términos que se vió obligado á entrar en mi clínica oficial.

Cuando entró, no podía guardar el decúbito izquierdo, porque además de fatiga, experimentaba dolores en el hombro y brazo izquierdos, existiendo en el vértice de dicho lado del dolor los signos indicadores de proceso cavernular.

Ya en dicha época, á principios de Septiembre, era manifiesta la hipoestesia de ciertos territorios del miembro inferior izquierdo, así como la parexia de

determinados músculos del mismo, principalmente de los flexores y estensores de los dedos. Al mismo tiempo, se iniciaba la mano gafa, que fué acentuándose poco á poco, al compás de la atrofia muscular, que apareció en los músculos de la mano. Cuando ya se había consumado la atrofia muscular y el gafismo de la mano, falleció á consecuencia de tuberculosis cerebro-meníngea, á mediados de Noviembre.

* * *

Estas neuritis se producen no por infección, ni por intoxicación del plexo ó sus raíces directa por la sangre, sino por propagación del proceso tuberculoso subyacente, Las pruebas son las siguientes:

En primer lugar, así las neuralgias y anestias, como las parálisis y atrofas, se presentan en el mismo lado, que las lesiones pulmonares y cuando éstas lesiones radican en el vértice.

Así en el último caso citado, era de notar no sólo lo acentuado de los signos físicos del vértice, indicadores del proceso tuberculoso, sino también lo profundo de la escavación de la fosa supra-clavicular izquierda, que indicaba que el proceso se había propagado á los tejidos, que se encuentran encima de la cúpula pleural izquierda.

En segundo lugar, así los dolores y anestias, como las parálisis y atrofas porque se manifiestan estas neuritis, adoptan una distribución radicular, cosa que no suele ocurrir en las polineuritis infecciosas y tóxicas. En el caso citado de neuralgia braquial por estornudo, el dolor corre á lo largo de los nervios, en cuya constitución entra el primer dorsal; y se estaciona durante dos ó tres minutos, sólo en el territorio de lo sensibilizado, por dicho primer ramo dorsal. Por lo que respecta á las anestias sucede lo mismo. Y

en lo tocante á las atrofas, suelen ser de distribución radicular y adoptar el tipo Klumpke, que es bajo el que se presentaba en el enfermo de que se ha hecho mención.

* * *

La explicación de estos hechos, es muy sencilla, si se recuerdan las relaciones anatómicas estrechas, existentes entre la cúpula pleural y las raíces del plexo bronquial. El octavo nervio cervical y el primero dorsal, tienen relaciones estrechas con dicha cúpula, con el ligamento costo-pleural y con las expansiones de las fibras tendinosas del músculo transversal pleural, como puede verse en Poirier⁽¹⁾. Teniendo además en cuenta que uno y otro nervio sensibilizan la parte interna del antebrazo y de la mano, por lo que respecta al primer dorsal, y la parte media, por lo que hace al octavo cervical, y que los mismos presiden, el cervical á la flexión de los dedos de la mano, incluso el pulgar y á la de la muñeca, y que el dorsal rige también la de los dedos y la abducción del pulgar, ya se comprende que cuando el proceso flogístico de la cúpula pleural se extienda al tejido conjuntivo supra-yacente y al primer dorsal, podrán sobrevenir neuralgias y anestias en el territorio correspondiente (parte interna del antebrazo y mano) y parálisis y atrofas en los músculos flexores de los dedos de la mano y abductores del pulgar. Cuando el proceso comprende además el octavo cervical, el cuadro se amplia, ora con dolores y anestias en la parte media del antebrazo y de la mano, ora con parálisis y atrofas en los músculos flexores de los dedos incluso el pulgar y en los de la muñeca y pronadores y supinadores de la misma.

* * *

(1) Poirier.—Traite d' Anatomie Humaine.—Splanologie—Figs. 250, 251 y 252.

Desde el punto de vista de la significación de estas neuritis, no puedo decir más sino que las neuralgias más ó menos continuas, acompañan á las tuberculosis que están en pleno desarrollo, y en cuyo proceso toma parte activa el tejido conjuntivo supra-cupular: que las neuralgias provocadas por los esfuerzos de estiramiento del brazo, tos ó estornudo, indican adherencias de algún nervio del plexo, bien á la cúpula pleural, bien á alguno de los ligamentos dichos que se insertan en la misma, y que las anestias, parálisis y atrofas indican la invasión de la inflamación á las raíces inferiores del plexo braquial.

Dr. Antonio Simonena,

*Catedrático de Patología y Clínica Médicas
en la Facultad de Medicina de Valladolid*

Una advertencia

Cuando como recompensa á vuestros desvelos escolares el tribunal os haya dado patente de aptitud para el ejercicio profesional y deis comienzo á la práctica de vuestra honrosa misión, tropezaréis sin duda alguna, con varios obstáculos que os dificultarán el poder llegar al conocimiento causal de las perturbaciones que experimenta el organismo enfermo, y estos obstáculos ó signos engañosos se presentan á veces con tal aspecto seductor que si os dejais alucinar por su aparecencia caeréis en los más crasos errores.

Si mis ocupaciones me lo permiten y mis advertencias son de vuestro agrado tendré una complacencia en citaros en números sucesivos multitud de casos de esos que producen desagradables sorpresas, cuan-

do el médico se deja llevar de lo aparente y engañoso ó satisfacción gratísima cuando en virtud de prudente y atenta observación llega al conocimiento de lo real y verdadero.

Verdad es que hay procesos ante los cuales el médico no debe de perder el tiempo en investigaciones ni tratamientos causales sino atacar al síntoma y con ello cumple con su deber en ese momento histórico, puesto que al paciente le proporciona desde luego alivio: ejemplo, una neuralgia, un cólico nefrítico, etc., pero hay otros varios procesos, ante los cuales no cuenta el médico con medios para atacar al síntoma y únicamente reconociendo la causa podrá instituir un tratamiento racional y eficaz; me refiero entre otras al estado vertiginoso.

El vértigo es siempre determinado por lesiones ó trastornos funcionales y si no conoceis la causa de dichos trastornos tened seguridad que no podréis curar ni siquiera aliviar al enfermo, ya que no hay agente farmacológico capaz ni aun de atenuar tan molesto síntoma; pero averigüad la causa y veréis cómo con un tratamiento adecuado triunfaréis en vuestra empresa.

Mas sed cautos en eso de hacer investigaciones para llegar al conocimiento de la causa; y cuando se os presente un enfermo con estado vertiginoso en demanda de vuestros auxilios no porque en él apreciéis trastornos digestivos ó estigmas de neurastenia ó perturbaciones acústicas prejuzgueis un vértigo estomacal ó nervioso ó laberíntico (de Menier), por cuanto estos prejuicios os podrían conducir á los más lamentables errores y se daría el caso de que ni una dietética severa ni un plan antineurasténico ni las sales de quinina ni el salicilato de sosa ni la pilocarpina imprimieran modificación alguna favorable al enfermo

vertiginoso; pero si tenéis en cuenta que gran número de veces el estado vertiginoso así como la sordera y los vahidos son determinados por la presencia de un tapón de cerumen ó de algún otro cuerpo extraño en el conducto auditivo externo comprendereis que lo primero que hay que hacer ante un enfermo de esta especie es reconocer mediante el otoscopio, el conducto auditivo y tened seguridad que si no olvidais esta advertencia vuestro triunfo será completo é inmediato á la desobstrucción del conducto siempre que dicha causa mecánica sea la originaria del mal.

Dr. Manuel Ferrer.

Pamplona, Marzo 1905.

Observaciones Clínicas

Esclerosis lateral amiotrófica

ó enfermedad de Charcot

Tiempo es ya, de que cumpla con vosotros la promesa que os hice, escribiendo algo para la Revista, y sólo me justifica de esta tardanza, la reflexión que constantemente me hacía y me hago, de que mis fuerzas son demasiado pequeñas para escribir un artículo, que pueda figurar, siquiera sea humildemente, al lado de los muy notables de los compañeros que me han precedido; pero habiendo de cumplir lo que sin pensarlo bien ofrecí, aprovecho la ocasión que se me presenta, para hablar á los lectores de CLÍNICA y LABORATORIO, de un caso muy interesante, que al presente se encuentra en las Clínicas del Colegio de San Carlos. Sólo esta circunstancia justifica mi atrevimiento y hace interesante la lectura, por ser una enfermedad de no común frecuencia por fortuna en la cual se ha llegado á precisar de una manera exacta su sintomatología, pero nos encontramos respecto al tratamiento á la misma altura que en el año 65, cuando Charcot la dió á la cono-

cer, así en su aspecto clínico, como en su lesión anatómo-patológica.

El enfermo de que se trata, es un hombre de 44 años, natural de Pastrana (Guadalajara), casado, sin hijos, dedicado á las faenas del campo, sin antecedente alguno de neuropatía en su familia y falto igualmente de antecedentes patológicos personales, no habiendo padecido enfermedad alguna anterior á la actual. Esta, comenzó hace un año, si bien hasta la entrada del invierno no guardó cama, pero desde esa época ya no ha vuelto á levantarse; lo primero que sintió fueron dolores en ambos hombros, sobre todo en el derecho, notando que se le adelgazaban los brazos y las manos, sintiendo como si le anduvieran hormigas por dentro de las carnes (no puede haber hormigueo más típico, que el así expresado). Después de lo anterior, le entró una debilidad grande en las piernas, la cual acentuándose le obligó á acostarse, en la fecha ya indicada; hoy está tan acentuada, que no puede moverse de la cama. Coincidiendo con lo de los miembros abdominales, han ocurrido trastornos en la masticación y deglución, igualmente que en la emisión de la palabra, la cual por lo gongosa apenas se comprende.

Esto es todo cuanto nos cuenta, tan característico y tan expresivo como lo que vemos por exploración. Conviene que refresquemos la idea, de que se trata, de una enfermedad que tiene lesión en el *manejo antero-lateral*, principalmente de los *piramidales* y además en los *cuernos grises anteriores*, cuyas células *ganglionares*, están notablemente disminuidas, como se advierte fácilmente por la coloración por la hematoxilina de *Weigert*; con este recuerdo se comprende claramente la sintomatología, que tal lesión nos dará. Antes de entrar en la exploración, debemos indicar que su estado actual, por lo que se refiere á sus aparatos *digestivo, respiratorio, renal y circulatorio* no ofrece nada anormal.

Al mirársele; se ve una cara triste, angustiada, contrastando la movilidad de sus ojos, con lo inexpresivo de su cara, á pesar de no ser en ella donde más trastorno ha producido la enfermedad hasta el presente, pero de todas suertes, su cara retrata la tristeza del que se da cabal cuenta de lo fatalmente funesto de su enfermedad. Con ello coincide una delgadez notable, más acentuada en unas regiones que en otras. Se advierten contracciones fibrilares por todas partes, excepción de la cara, donde son rarísimas.

El adelgazamiento es notable en los miembros torácicos, el deltoides ha desaparecido, no hay restos del coráco-braquial é igualmente ocurre con el resto de músculos de hombro, brazo, antebrazo y mano percibiendosen perfectamente los huesos, á los cuales puede decirse que no sostienen más que la piel. ¡¡Tal es su aspecto esquelético!!

A consecuencia de esta atrofia, el antebrazo se encuentra en semiflexión y en pronación, pues sabido es, que por la disposición especial de la articulación del codo, es esta la actitud que no necesita de la función de músculo alguno.

La mano es muy característica, tiene la forma de *parrilla*, por el relieve de los metatarsianos, consiguiente á la atrofia de los interóseos; las eminencias tenar é hipotenar han desaparecido, presentando la palma aplanada; á su vez las falanges primeras y segundas están en *flexión* y las terceras en extensión, dando á la mano la forma de *garra*. Las contracciones fibrilares de los dedos tienen un carácter especial debido á que como en estos queda muy poco músculo sano, al contraerse siquiera sean pocas fibras, arrastran consigo al dedo, falto como está de la acción antagonista, lo cual hace que la contracción tome este otro carácter, diferente al clásico palpar de un músculo.

En el pecho, se observa igualmente la falta de relieve muscular, sin la exageración que en lo anterior; hay disminución de pectorales y de los intercostales, siendo estos últimos muy perezosos en su función, sobre todo los correspondientes á las costillas primeras, no viéndoseles apenas contraerse, aún en las inspiraciones profundas.

Los miembros inferiores, que tienen tendencia á la rigidez y á la rotación externa, presentan cierto grado de atrofia (tibial anterior, extensor común de los dedos etc. ...), pero no en el grado que los brazos, ni aún que el pecho, tanto es así que el muslo derecho recuerda algo á lo normal; domina en ellos lo de *parexia*.

Los reflejos están asegurados, así el de la *muñeca*, como el *rotuliano* y el *cremasteriano*; hay *clonus* del pié, cuyo heeho nos explica lo que nos dijo la esposa del paciente, esto es, que al principio de la enfermedad daba saltitos al andar, lo cual se debe, al clonus que se determina con los esfuerzos de la progresión. Existe el signo de *Babinski*.

Aunque de carácter negativo debemos consignar que no hay trastornos de la sensibilidad en sus diferentes formas (dolor, calor, etc.); cosa que se adapta, como todo lo demás que tiene, á la enfermedad con que encabezamos esta historia clínica. Aun cuando los tuviera, no por ello abandonaríamos el diagnóstico, puesto que *Oppenheim* cita un caso de esta clase con hiperestesia de la región izquierda del torax y anestesia para la temperatura y dolor en la pierna y pie derechos. No hay que olvidar que en esta enfermedad el haz de Goll, aun cuando no tiene la granulación que el *manejo antero lateral*, tampoco goza de integridad completa (*Weigert*).

Los trastornos ya indicados, de no poder tragar, de su voz

gangosa, imposibilidad de silbar, etc., son debidos á la *parexia* del velo del paladar. La fatiga de que se queja obedece á la atrofia correspondiente de los músculos todos que contribuyen á la función respiratoria (intercostales, diafragma, etc...) los cuales no escapan al proceso común de atrofia; esto sin contar la parte que puede corresponder al *bulbo*, el cual en la última etapa, ocasiona estos ahogos y aun la muerte súbita.

Reasumiendo lo que llevamos dicho de síntomas, nos encontramos con un cuadro de extraordinaria sencillez: *amiotrofia con contracturas fibrilares, parexia y aumento de reflejos*, suma como se ve de la sintomatología de dos enfermedades distintas, la *amiotrofia* y la *tabes anterior* y la enfermedad no es otra que la *esclerosis lateral amiotrófica ó enfermedad de Charcot*.

No es necesario que se hable mucho para diferenciarla de otras enfermedades con las que pudiera confundirse, pues es tan típico el caso descrito que obvia el diagnóstico diferencial.

La *amiotrofia de las poli-neuritis*, tiene, aparte de otras diferencias la disminución de reflejos; la *siringomielia*, los trastornos de sensibilidad tan característicos y el no menos significativo del *panadizo analgésico*; la *mielitis transversa* tiene trastornos de sensibilidad y dolor y el alcanzar la perturbación á solo lo situado por debajo de la lesión; la *parálisis bulbar aguda*, se diferencia por la brusquedad de sus accidentes y la *crónica* no es tan progresiva y ataca de un modo más simétrico; con la *tabes*, etc... las diferencias todavía son mayores.

Asusta el pensar, que siendo una enfermedad que también se la diagnostica, haya necesidad de sentar un pronóstico tan grave y tan fatalmente funesto, pues su gravedad la exagera todavía, por si lo anterior no fuera bastante el hecho de que como dice el Dr. Alonso Sañudo, los cordones antero-laterales parece que obran como *carriles* para propagar la lesión rápidamente al bulbo y ser causa de una *poliomielitis bulbar*, que mata por parálisis glosolabio-laríngea, en el breve tiempo de un año ó año y medio desde que se inició la primera manifestación de la enfermedad. Nada más triste, continua diciendo, que estos enfermos, los cuales sin lesión alguna de sus aparatos y dándose plena cuenta el enfermo, ve como se le va aproximando la muerte por impotencia muscular para las funciones más esenciales de la vida, como la circulación. Esto en el caso, afortunado para el enfermo, de que una enfermedad intercurrente, frecuentemente la *neumonía de deglución*, no acorte su triste calvario.

Mayor pena produce todavía el pensar en lo precario é ineficaz de la terapéutica para estos desgraciados, reduciéndose su medicación á tónicos, de *arsénico*, *inyecciones de fosfato de sosa*, etc...

aplicaciones de *termocauterio* á los músculos y *revulsión* con yodo á lo largo de la columna vertebral.

Esto es lo que se hace con el enfermo que motiva esta historia, cuyo curso funesto es imposible atajar, con los medios de que dispone la medicina hoy.

Babil Coiduras Maza,

Alumno del 5.º grupo en la F. de M. de Madrid.

C rónica escolar

Hipnosis.....

¿Quién no se ha asomado alguna vez—bien por mera casualidad bien seria y formalmente á ese maravilloso mundo de la hipnosis—y de lo sugestivo? Las primeras noticias producen asombro; luego dudas, sospechas, ¿no será aquello un rato de raro humor de cualquier espíritu fuerte?

Sin embargo, se lee en todos los libros; la historia de lo maravilloso, de lo sugestivo, la hipnosis, es vieja como la humanidad misma. Ya en la India, cuna de nuestras razas indo-europeas, lo maravilloso es la base de la religión y de la terapéutica primitiva de este pueblo. El fakir, en efecto, es un encantador, es decir, un sugestionador, y desarrolla en los individuos que le rodean fenómenos de magnetismo y sonambulismo. Las fiestas sangrientas, en que se ve al indostano destrozado por las ruedas del carro, del dios que venera, pertenecen al grupo de la sugestión.

La Historia Sagrada, al hablarnos del Egipto, refiere los milagros que los magos de Faraón realizaron ante Moisés. En Grecia, basta leer, el contenido de las Sagradas tablas que colgaban en las paredes de los templos, dedicados á Esculapio, para advertir, que los Sacerdotes que servían estos templos, sólo practicaban la sugestión. Más tarde en la Edad Media, todos lo saben, los taumaturgos, los hechiceros, los demoniacos, los exorcistas, junto con los aquelarres, y las misas negras, ocupan un largo espacio, en la historia mística de aquellas gentes degeneradas y tremendas.

Todo este mundo, pues, es viejo; pero lo más notable del caso es, que los procedimientos sugestivos, las prácticas hipnoticas, son las mismas, que luego han empleado con tanto éxito, ya en el terreno científico Charcot, Bernheim Luys. Lo único que ha variado es la interpretación del fenómeno, que saliendo del dominio de lo sobrenatural y demoniaco, ha entrado en el terreno científico de las explicaciones sencillas y francas.

Al bocetar en mis adentros estas cuartillas lo hice con el único objeto de presentar mi historia clínica, de la cual veo que no hago otra cosa, hasta ahora, que alejarme; como no ha sido ese mi propósito, á los buenos me atengo historiando el caso en perfecta independencia.

Mi enferma, es una joven muchacha de 21 años, lozana y fuerte. Nadie, al través de sus gracias morenas frescas y sanas, sospecharía un *estado de mal* histero epiléptico. El peso de la herencia biológica aparece en este caso con toda su inexorable fatalidad imponiendo la ley y burlándose como siempre de las apariencias á la ligera. La madre es histérica, el padre un tarado, y la hija responde á su filiación con furiosos ataques de histero-epilepsia. No podía suceder de otra manera; en otro número de esta Revista he tenido la satisfacción de apuntar algo, sobre este interesante y trascendental problema del caudal filogénico y de la herencia biológica; no tengo pues para que repetirme; que los casos á estudiar, andan por ahí, en todas partes.

Realmente esta muchacha tiene dos fases distintas aún en los momentos de vigilia, fuera del ataque, perfectamente diferenciables. En general en su estado habitual es histérica; cariñosa, atenta, haciéndose ó procurando hacerse interesante, con amplificación de carácter, amplificación de la susceptibilidad; zonas ligeramente anestésicas, otras hiperestésicas, anestesia faríngea muy marcada, etc., etc.

En cambio, horas antes del ataque y en toda la primera fase del ataque es epiléptica. Uraña, fría, tremen la, con los ojos brillantes, aislada en el rincón de la Clínica donde tiene su cama, hay que verla, á veces, esperar el ataque.

—Hoy me da me dice algunas mañanas al acercarme á su cama en mi visita de interno. Se siente invadida de una tristeza especial, tiene dolores, malestar y como ella misma dice tiene ganas de destrozarse, desgarrar.

El ataque se anuncia por una comezón irresistible y ardorosa que á modo de aura le abrasa el pecho, las piernas y los brazos; entonces sale de su ensimismamiento silencioso lanzándose furiosa, como loca, por la sala, quejándose á gritos. Tras este período que se hace insostenible por momentos, cae en tierra privada de conocimiento, presa de una primera fase de ataque evidentemente epiléptico. Al verla, tras una preparación tan aparatosa, caer en el mayor silencio revolviéndose toda ella, sin duda por analogía de sensaciones, no puedo menos de recordar la sinonimia significativa y vaga, que trae esta enfermedad á través de la historia: *Morbus sacer*, *morbus divus*, (enfermedad sagrada, enfermedad enviada por los dioses), *morbus sortiens* (mal funesto) *herculeus*, (mal de Hércules) porque se dice que este héroe le había padecido; *morbus comicialis*, que hacía suspender en Roma los comicios, cuando durante estas asambleas, caía un individuo atacado del mal; es el *morbus demoniacus*, de cuando se miraba como poseidos del demonio á los atacados de esta enfermedad; e

gran mal, *mal de corazón*, *alto mal*, nombres todos ellos sugestivos y vagos, en los que parece latir un misterioso temor, algo supersticioso.

Tras el período epileptoideo que dura unos minutos, todo lo demás es histerismo puro.

Hay primero una fase de contorsiones de grandes movimientos, de *clownismo* (Charcot) la enferma se apoya sobre la cabeza y los pies, formando un puente con su cuerpo, ó se incorpora de pronto, y ejecuta movimientos rítmicos como si estuviera soplando fuego.

No tiene lo que se ha llamado fase pasional. Viene por último el período terminal, en esta enferma, el de las aluciones, con visiones pavorosas, que le arrancan gritos de terror y le hacen tirarse de la cama, tratando de huir.

Realmente estas crisis, siempre son imponentes y pavorosas. A juzgar por lo que en ellas se oye y se ve, no parece sino, que ese cuerpo, atormentado, convulso, lanzando gritos de terror, no ha sido visitado por una deidad misteriosa, tremenda, *morbus sacer*, *morbus divus*; tenían razón los antiguos.

Pero la ciencia no se detiene en consideraciones de orden afectivo, más propias de imaginaciones poetas y progresando en la verdad ha llegado á otros términos en un orden muy distinto. A la doctrina de la neurosis, ha sucedido la de las psicosis, y hoy si tienen importancia capital estas afecciones en la literatura médica, es, porque constituyen los peldaños de una forma de degeneración, bien estudiada, y altamente significativa en la talla moral de los pueblos y de las razas.

Charcot enfrente de la Escuela Nancy, ha sostenido que sólo los histéricos son susceptibles del sueño hipnótico y de la sugestión, tanto que viene á ser por decirlo así el reactivo del mismo, y han sido utilizados con rara fortuna en el tratamiento de las distintas neurópatas ó psicopatías de fondo histérico. Con amplia facultad del profesor clínico que me encomienda el tratamiento de la enferma, (por ser recomendada mía) y viendo la ineficacia del tratamiento farmacológico para corregir los trastornos que tiene, me decido por el empleo del tratamiento psíquico, entrando en ese mundo, con el mismo sobresalto y temor con que se suele entrar, por vez primera, á hacer una operación en la carne palpitante.

He creído comprenderlo así; el secreto de todo procedimiento hipnótico, está en fijar y sobrefijar la atención de un sólo sentido cualquiera. Por eso los procedimientos son los mismos que emplearon los antiguos. No hay más que leer los pasajes de las obras de Paracelso y Van Helmont, para ver la gran analogía que guardan con los de Bernheim y Charcot. Siempre el sugestionador es el que impone su voluntad bien por toques, bien por la palabra, bien por la mirada.

Sin embargo, actualmente, los procedimientos para obtener la hipnosis ó el estado hipnótico son muy variados y encontraréis

su descripción en el libro de Bernheim (*Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*). Tenemos en primer lugar los pases, tan recomendados en otros tiempos por los magnetizadores, y hasta por los magnetizadores del Indostán: (fijación del sentido del tacto).

Braid sustituyó los pases de los magnetizadores, por la fijación de la mirada sobre un objeto que fuera brillante ó simplemente sobre el dedo del operador.

En la escuela de la Salpetiere se emplea todo lo que pueda excitar uno de los sentidos, el del oído ó el de la vista: el ruido de un *gong* determina el estado hipnótico con el mismo motivo que le produce una luz viva, un olor intenso.

Muy distinto es el procedimiento de hipnosis per sugestión. El abate Faria fué el primero que rechazó la idea de un fluido magnético y afirmó que por la sugestión ó por la voluntad se procuraba el sueño en los hipnotizados. «Se hacen fijar (dice) los ojos al individuo, se le manda no pensar más que en dormir y en curar, se le anuncian los fenómenos iniciales del sueño, entorpecimiento del cuerpo, necesidad de dormir, pesadez de los párpados, insensibilidad. Cuando se nota que los párpados se van cerrando, que el ojo toma un aspecto asustado, que la pupila oscila ó se dilata se pronuncia la palabra sacramental ¡Dormid!

Por mi parte he de hacer costar que la observación resulta exacta, si se tiene cierto imperio y energía para imponerse por la palabra.

Hago sentar cómodamente á la enferma en un sillón: la dejó recogerse unos momentos; diciéndole que le voy á dormir muy fácilmente con sueño dulce y tranquilo para conjurar del todo sus males; ella esperanzada y confiada se presta con toda su alma á todo; me ve acercarme y marchar algo emocionada é intranquila; me aproximo, le cojo cruzados los dos brazos por las muñecas, le invito á que fije su mirada en la mía, empiezo á hablarle del sueño, del gran sueño; el sueño viene y cuando notó un estrabismo convergente de sus ojos, uno ó dos minutos, añado: «Dejése hacer, el sueño viene. ¡Dormid!

Durante el sueño la hablo, ella me escucha y obedece á todo lo que la digo siempre que la hablo con voz imperiosa. Permanece tranquila generalmente y si no, basta que le diga ¡Duerma más, mejor, tranquila! para que quede completamente dormida. Le participo que durante aquel día no va á tener el ataque; y al cabo de diez minutos de sueño hipnótico, le digo que despierte levantando la voz en tono de mando.

La enferma despierta encontrándose mucho mejor, más tranquila, como quien acaba de salir de un sueño benéfico; no recuerda nada de lo que ha sucedido, y al cabo de algunos minutos todavía se siente con sueño.

El estado de esta enferma ha mejorado indudablemente. Los primeros días desaparecieron los vómitos y la irresistible comezón, sin que hayan vuelto á presentarse.

Sin embargo los ataques no han desaparecido, aunque ni son

tan intensos ni tan frecuentes. Tratada unos días por el bromuro ha vuelto á presentársele con más frecuencia aunque no tanta como al ingresar en la Clínica, y en vista de esto hemos empezado una nueva serie de sesiones hipnóticas, también con buena fortuna.

Este es, sencillamente expuesto, el procedimiento que á mi en esta enferma me da mejores resultados y que sin embargo he visto que no es utilizable en todos los casos. Hay otras dos histéricas con mil alifafes nerviosos en la misma Clínica, (Médica 3.º, número 3 y número 5) á quienes es imposible hacerles tener fija la mirada, porque si entenen los ojos un cansancio incontrastable. A estas enfermas las hago sentar cómodamente, con el respaldo de la silla tocante á la mesa, donde vibra un pequeño aparato eléctrico de pila seca, y consigo que á los pocos momentos empiecen á sentirse sobreexcitadas por el ruido que ellas dicen les perfora los oídos poco á poco como una barrena hasta que caen de pronto en el sueño hipnótico. También este sueño puramente hipnótico produce en ellas un efecto sedante nervioso.

Yo no voy á escribir aquí ahora de la naturaleza íntima de todo este mundo hipnótico, que en la clínica se puede estudiar y en las distintas obras encontrar la explicación que más le satisfaga á cada uno; pero no quiero cerrar estas cuartillas sin citar aunque sólo sea de paso á un malogrado maestro el Dr. Sánchez Herrero, de tan clara visión en estas cuestiones. «Claro es (dice el maestro), que con las actuales ideas sobre la constitución de los seres vivos, y sus mecanismos vitales y sus energías físico químicas inseparables de la materia ponderable, quedaría para su *æternum* de todo punto ignorado el porque una palabra de consuelo transmitida al oído por el aire, y provocando en el órgano la poquedad de vibración necesaria á la percepción, sin agregar al organismo ni un átomo de substancia es capaz de curar una parálisis de años; el porque la visión de una palabra escrita es capaz de suprimir un dolor, de alegrar la vida. Se admite aunque sin reparo—porque se ve todos los días—que una pena pueda enflaquecer y hasta matar á un sujeto, y se rechaza que una alegría pueda engordar, rejuvenecer y prolongar la vida, y una voz animosa y autorizada modificar convenientemente á un pobre enfermo nervioso».

Después de todo aunque no dormidos á posta ¿cuántas hipnosis, cuántas sugestiones, las más beneficiosas, otras perjudiciales, alegres, tristes, etc., no experimentamos á diario en este pasar nuestro al través de la vida? ¿y cuántas pesaron impresas ya, en nuestro caracter particular, sin que podamos darnos cuenta, pero que la raza ha recogido en su largo vivir, sufriendo hoy su poderoso influjo?

Guillermo Balda y Olaverri,

Interno por oposición de la Facultad Central.

Novedades Médicas

El suero anticanceroso.—Parece ser que empieza á inclinarse la opinión en favor de este suero.

Recientemente el Dr. Doyen á presentado á la sociedad de Cirujía el resultado de las experiencias realizadas por Metchnikoff en el instituto Pasteur y las conclusiones de la comisión médica que con Metchnikoff ha estudiado los enfermos en tratamiento por el suero.

El Dr. Metchnikoff ha obtenido micrococcus neoformans procedentes de cánceres no ulcerados; en algún caso los tubos han quedado estériles.

Respecto á la especificidad del microbio cree que se necesita más estudio para considerarla como resuelta y aplicar para distinguir la especie bacteriana métodos más perfeccionados tales como la facilidad de la aglutinación de los microbios por los sueros.

Afirma por último en sus conclusiones que ha recibido la impresión de que varios enfermos atacados de cánceres muy graves han obtenido mejoría con las inyecciones de M. Doged.

La comisión de médicos por su parte también ha encontrado el micrococcus neoformans en los cánceres asépticos de diversas procedencias y afirma que el tratamiento por el suero determina, en dos ó tres semanas, modificaciones favorables en los cánceres, capaces de reducir su volumen, movilizarlos y hacer operables cánceres que no lo eran al comenzar el tratamiento.

Evidentemente la cuestión de la curación del cáncer no está definitivamente resuelta y probablemente, como sucede con otras enfermedades, habrá siempre casos de cánceres graves incurables por cualquier procedimiento.—L. U. G.

Fracturas y desprendimientos epifisarios del cuello del femur en sus relaciones con la coxa-vara.—En una tésis el Dr. Kirmison estudia 34 observaciones de casos de desprendimientos epifisarios relacionados con la coxa-vara.

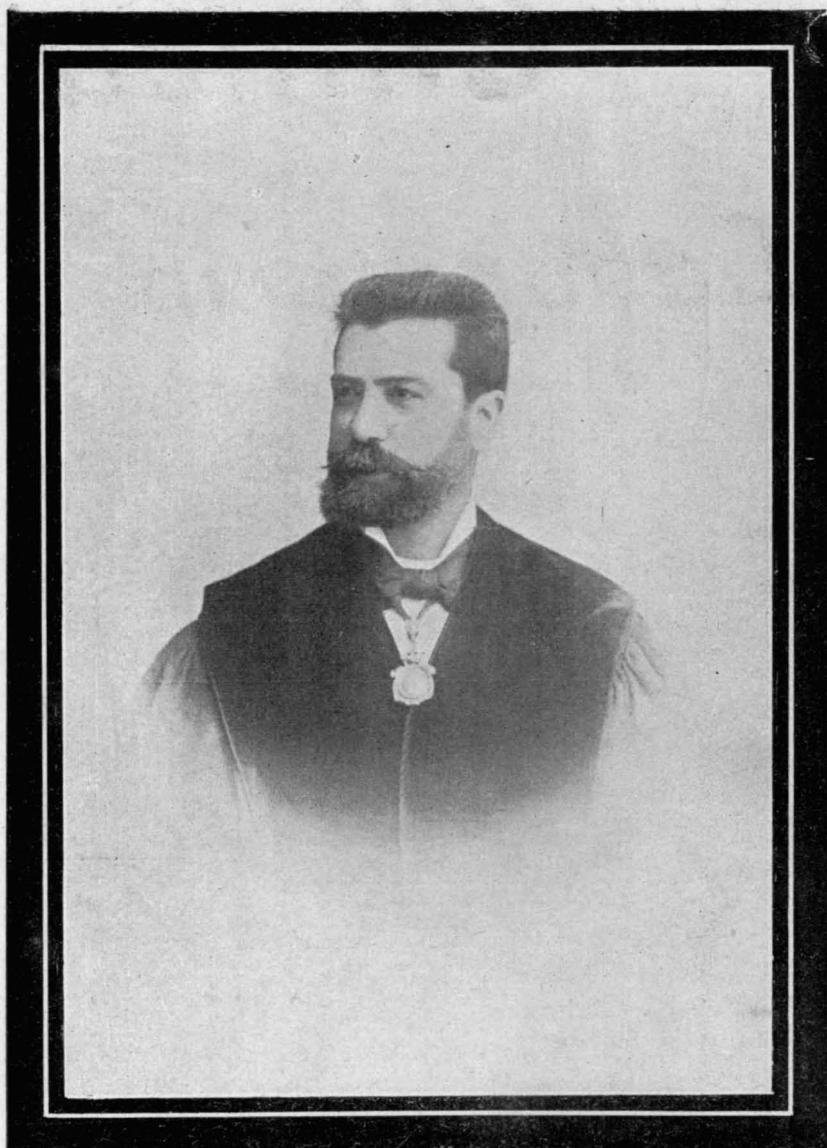
La patogenia de esta última no puede estar reducida á un tipo único. Dice que los desprendimientos epifisarios y fracturas del cuello femoral son menos raras en los niños que lo que se había creído. La coxa-vara puede sobrevenir á estas lesiones ignoradas frecuentemente; entonces aparece como una complicación de traumatismos que ella viene á agravar. La extensión continúa en el aparato de Enegúm es necesaria en las fracturas recientes. Más tarde y si da lugar á ello se practicará la oteotomía *subtrocanteriana oblicua*.—A. F. L.

Bibliografía: Le mis therapeutique.—Archives de Medicine des enfants.

Clinica y Laboratorio

Año I.-Núms. 7-8

Zaragoza, 1-15 Abril de 1906



Manuel J. Pastor

Clinica

y

Laboratorio

Revista escolar de Ciencias Médicas

*Lugar que debe ocupar la Terapéutica en
un nuevo plan de conocimientos médicos⁽¹⁾*

Tres rectas que concurrieran en un punto servirían de sencilla representación gráfica de lo que es la Terapéutica en los extensos dominios de la Medicina, de los conocimientos que exige su estudio, de sus relaciones con las demás ciencias y del fundamento de la primera y más trascendental reforma que su actual estado científico sugiere.

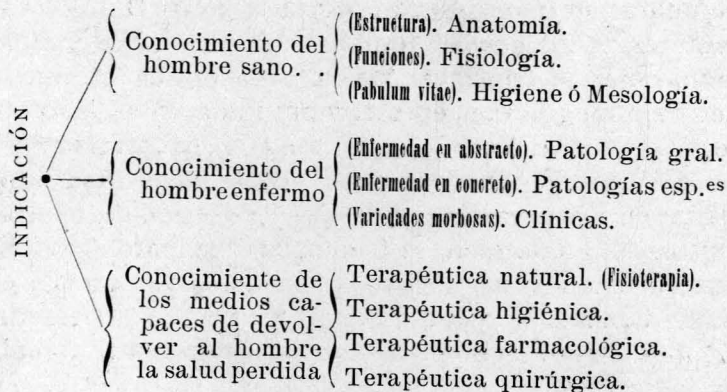
En efecto (véase el cuadro) la indicación «juicio ó relación que el médico establece entre la enfermedad y el enfermo por una parte y los medios apropiados para la curación, por otra», exige el conocimiento del hombre sano, del hombre enfermo y de los medios capaces de devolverle la salud perdida.

En el estudio del hombre en estado de salud y de

(1) En el curso que fui discípulo del Dr. Pastor tomé unos apuntes de sus explicaciones, apuntes que corregidos por él, publiqué más tarde. Entre aquellas cuartillas, se destacan por su originalidad las que marca este epigrafe y que en honor á su memoria publicamos.

Sobre este mismo tema versó el discurso leído por el Dr. Pastor en el solemne acto de apertura del curso académico de 1902-1903, en la Universidad de Zaragoza.

los agentes que sostienen su actividad funcional (primera recta de las que imaginamos convergentes en el punto llamado indicación) compréndese necesariamente el de su estructura ó disposición de las partes del ser vivo (Anatomía), de sus funciones (Fisiología) y el de los medios que sostienen su actividad funcional *pábulum vitæ* (Higiene ó Mesología).



El conocimiento del enfermo (2.^a recta) reclama, el de las leyes generales del proceso morbozo, de la enfermedad en abstracto (Patología General), el de las especies morbosas (Patologías especiales), y en fin el de las modificaciones que á las mismas imprimen las condiciones variadísimas del sujeto y del medio en que la enfermedad se desarrolla, (clínicas especiales).

La perfecta inteligencia de los medios capaces de devolver al hombre la salud perdida (3.^a recta) y de los procedimientos de su aplicación ó administración, presupone el estudio de la Fisiología curativa natural ó Fisioterapia y el de los instrumentos de la indicación, en que se ocupan la Terapéutica higiénica, farmacológica y quirúrgica.

Nada más, á nuestro juicio, se necesita para demostrar con evidencia que la Terapéutica es el resumen final del estudio médico en conjunto, la cúspide de su edificio, y que en la actual organización de los estudios médicos, ocupa un lugar que no le corresponde por su objeto, ni por la finalidad de sus enseñanzas, ni por el fondo de sus doctrinas.

Representa la indicación, la síntesis, la suma de los conocimientos del hombre sano, del hombre enfermo y de los medios capaces de devolverle la salud perdida y mal podremos realizar esta suma si nos falta alguno de los sumandos y nosotros al llegar al estudio de la Terapéutica desconocemos dos de ellos, el enfermo y el remedio.

No es posible juzgar sin comparar y no es posible comparar sin conocer con rigurosa exactitud los caracteres de los hechos comparables. Luego la indicación, objetivo constante de la Terapéutica, no puede ser bajo ningún concepto comprendida en el instante legal en que al alumno se le obliga á estudiarla.

El rigor lógico exige pues, que la enseñanza de la Terapéutica vaya precedida de la posesión de los tres juicios, el anatómico, el fisiológico y el patológico en sus variedades diagnóstico y pronóstico; precisa, en suma conocer el enfermo, la enfermedad y el remedio trípode en que hemos visto se asienta necesariamente la indicación.

Al Doctor Pastor

Son tantas y tan hermosas las flores que la gratitud, la admiración y el cariño, han colocado sobre la tumba del que fué nuestro Maestro, que las mías, como tímidas violetas quedarán ocultas; pero si su aroma se percibe, os traerá un inolvidable recuerdo ¡D. Manuel!

Se separó de nosotros, huyó de nuestro lado, ya no volveremos á oír su palabra elocuente.... y sin embargo, con nosotros vive, á nuestro lado se encuentra, su voz se oye todavía. Sus enseñanzas, sus consejos, sus obras, no pueden ya separarse de nosotros,

porque forman parte integrante de nuestro ser: por esto, aún muerto, vive para nosotros.

No es al Dr. Pastor á quien menos gratitud debe esta modesta obra escolar; amante de su *hijo de papel* miraba con extremado cariño á sus *hermanos* y en múltiples ocasiones, sus advertencias, observaciones y consejos, dirigieron nuestros primeros pasos.

«Nunca hubiera consentido, me dijo un día, que mi retrato se publicase viviendo yo, pero Vds. consi- guen de mí cuanto quieren, no tengo voluntad para negarles nada».

Ha muerto pensando en nosotros. Pocos días antes, en los primeros de su enfermedad, estuve á visitarle. «¡Cuánto me acuerdo de Vds!, me decía, ya tengo tema para mi artículo: «*Como deben visitarse los enfermos pobres*». La desgracia nos ha privado de conservar este último trabajo que ya bosquejado, pre- paraba para nosotros: ¡quien hubiera creído que no íbamos á ver realizado nuestro deseo!

No es necesario hacer su biografía porque todos conocemos lo que fué. Su talento, sus bondades, su caridad siempre inagotables, hicieron de D. Manuel un maestro perfecto, un amigo cariñoso y un padre; por ello todos sentimos su muerte y lloramos su ausencia.

No necesita su memoria elogio ninguno, basta su recuerdo y su nombre. Y como último tributo, colo- quemos unas flores en su tumba y recemos un Padre- Nuestro por su alma.

Ricardo Horno Alcorta.



Dr. Félix Cerrada

Catedrático

de

Patología general

en la

F. de M. de Zaragoza

La solidaridad patológica..... (fragmento)

La unidad del organismo constituido se sostiene por esa mutua dependencia que existe entre nuestros órganos, por esa necesaria conexión que guarda entre sí las distintas funciones cuya armónica y proporci- onada actividad integran con su peculiar intervención el total funcionamiento del conjunto orgánico.

Estos vínculos de solidaridad se hallan natural- mente establecidos por las relaciones de continuidad, contigüidad, consensus anatómico y funcional, rela- ciones circulatorias, sanguíneas y nerviosas y á ellas puede ya añadirse la impregnación material que re- sulta realizada en nuestra economía por el depósito y difusión de esas sustancias que de todos los órganos se desprenden y que conducen á los más escondidos

y lejanos territorios de nuestro organismo, la influencia, todavía no bien conocida, que sobre todo él ejerce cada una de sus partes constituyentes.

Estos vínculos que en la vida normal cumplen su admirable finalidad realizando esa proporcional y adecuada intervención en el funcionamiento orgánico, subsisten en la enfermedad todavía más vivos y solícitos, como obedeciendo á más apremiantes estímulos y se ofrecen á la consideración bajo formas las más variadas é interesantes.

Desde luego, los actos de solidaridad que el estado morbo suscita entre los órganos, no tienen semejanza con esa ciega y fatal sugestión que padecen las muchedumbres conducidas como autómatas, obedientes á extraño y singular impulso, guiadas por una superior y férrea iniciativa que anula la voluntad individual y convierte en esfuerzo informe y acaso inconsciente de todos, lo que debió ser común consentimiento fraguado en la conciencia y realizado por la libre voluntad de cada uno. Los órganos no permanecen extraños al sufrimiento cuando éste se inicia y desenvuelve en una porción cualquiera del territorio orgánico, pero conservan su individualidad fisiológica y realizan su intervención en el estado morbo con arreglo á un determinismo que si sujeto á leyes inmutables es, no obstante, extraordinariamente variado por sus formas, por sus caracteres, por sus funciones y por sus resultados.

En todos los casos, al contemplar la enfermedad constituida, se puede apreciar, cómo unos órganos se someten mansamente ante la brutal invasión de que ha sido víctima el vecino, haciendo mayor el daño; otros menos pusilánimes oponen obstáculos á la extensión del mal; quien, desarrolla una actividad inusitada con la que trata de suplir y hacer más llevadera para el organismo la deficiencia ó falta el órgano primitivamente atacado, y cual otro lanza agudos gritos ante la general conflagración, llamando así la atención y desviándola tal vez, de aquel lugar en que está la fuente y origen de la enfermedad; la sangre, repartiendo por todas partes el veneno que en territorio or-

gánico deposita en su corriente; los elementos anatómicos, dejándose impregnar y abatir unos, tratando de transformar y consumir otros, aquí un órgano procurando eliminar el veneno, otro depositándolo y restándolo del todo... y de este modo va transcurriendo la tremenda sacudida que consume todos los resortes de la vida hasta que cesa la lucha por acorralamiento, destrucción y eliminación del agente productor ó por agotamiento de las energías orgánicas.

Estos distintos aspectos de las relaciones orgánicas, plantean el siguiente interesante problema: Dada una enfermedad ¿qué papel juegan los distintos órganos en su constitución, evolución y terminación? Y éste problema, que es de orden eminentemente clínico, encierra en términos generales la clave del diagnóstico del pronóstico y aún del tratamiento. De lo primero por que el diagnóstico clínico, no solo comprende la determinación y enjuiciamiento de la naturaleza y sitio de la enfermedad, sino el del interés que en su constitución hayan tomado los órganos todos de la economía, así como el de la forma como éstos órganos realicen su reacción propia en vista de un primer trastorno.

Del pronóstico, por que este juicio clínico, el más difícil, sugestivo y cauteloso, ha de formarse en vista de la ecuación de resistencias que para el todo orgánico realicen las variadas intervenciones del órgano ú órganos enfermos inicialmente y de todos los demás que con multiplicidad de aspectos reactivos integran la individualidad enferma.

Por último, el orden terapéutico todavía realiza su provechosa acción, exaltando las cualidades defensivas de éste órgano, dotando á aquél de mayor resistencia, vigorizando éstas ó las otras actividades funcionales para destruir lo que envenena, para eliminar lo que es extraño y dañoso, para sostener lo que compensa y suple, etc.

Termino, jóvenes lectores, este mal perjeñado bosquejo, en que ya que no otra cosa, se ofrecen copiosos y espléndidos horizontes á vuestro estudio, que los que no sabemos hacer más, cumplimos también

una misión provechosa agijoneando el espíritu de la juventud, para que realice el progreso de la Ciencia que á su labor y á su iniciativa está principalmente encomendado.

Dr. F. Cerrada.

Medicación salicílica en aplicaciones externas

Siempre han sido bien recibidos los medicamentos usados como tópicos. Las fricciones mercuriales, los baños sulfurosos, las aplicaciones cutáneas de soluciones alcohólicas de quinina, el cloroformo gelatinizado, y tantos otros medicamentos aplicados sobre la piel, son mejor recibidos en todo caso, que los mismos agentes suministrados por las vías gástrica, rectal ó hipodérmica.

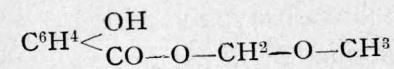
En realidad hay motivos para tal preferencia por lo que atañe al vulgo, siquiera no los encontremos justificados por parte del médico; pero siempre que de un método no resulten inconvenientes, es conveniente dar gusto á nuestros clientes para obtener el beneficio simultáneo y no despreciable de los agentes farmacológicos y de los efectos sugestivos.

El *dolor* ha sido en toda ocasión uno de los síntomas que con más tenacidad debemos combatir. Y como gran número de neuralgias se deben al *reumatismo*, seremos frecuentemente llamados á combatir dolores reumáticos perfectamente localizados y fijos.

Desde que el ácido salicílico y sus sales fueron introducidos en la terapéutica, trataron de confeccionarse pomadas saliciladas, que en verdad dieron poquísimo resultado.

Apareció después el éter metil-salicílico, con el nombre de *aceite de gualtheria*, pero su olor penetrante le hizo poco simpático á los enfermos.

Ultimamente Bayer nos ha presentado un nuevo éter metil-oxi-metílico salicilado al que ha dado el nombre de *mesotan* y que puede formularse así:



Este preparado carece de olor penetrante y es un líquido amarillento, miscible con el aceite de olivas y que contiene un 71 por 100 de ácido salicílico utilizable.

Posselt recomienda usarlo mezclado á partes iguales con aceite de olivas y procurando variar los puntos de aplicación, para evitar fenómenos irritativos. Nosotros lo hemos empleado puro en gran número de casos y, en verdad, nunca hemos visto irritación de ningún género, á pesar de haber menudeado las fricciones en el punto afecto de dolor.

Lo que podemos asegurar es que siempre que la neuralgia sea de origen reumático, el mesotan calma infaliblemente los dolores.

Conviene practicar el masaje, siempre que lo consienta el estado de las partes. Así se facilita la absorción de tal forma que á los diez minutos el percloruro de hierro descubre en las orinas el ácido salicílico que se elimina bajo la forma de ácido salicílico.

La especialidad del mesotan es el reumatismo muscular, sin que por eso deje de ser útil en el articular agudo y en las formas crónicas tan diversas como frecuentes.

En las poli-artritis reumáticas de forma aguda hemos usado otro medicamento conocido con el nom-

bre de *glicosal*. Zeigan recomienda la fórmula siguiente:

Glicosal.	20	gramos.
Espíritu de vino . . .	100	»
Glicerina	2	»

La glicerina tiene por objeto evitar la cristalización del producto.

De los muchos ensayos verificados con el glicosal nos resulta que puede competir con cierta ventaja con el mesotan en las poli-artritis reumáticas, pero que es muy inferior en las miosalgias de origen reumático.

El mesotan es un verdadero reactivo del dolor, de origen reumático. Obra favoreciendo la expulsión del ácido úrico por el riñón bajo la forma de ácido salicílico, que debemos buscar en la orina por medio del percloruro de hierro que nos dará un color violeta oscuro.

Cuando, comprobada esta reacción que es fiel reflejo de la absorción del mesotan, el dolor persiste después de cuatro ó seis fricciones, podemos asegurar que hemos equivocado el diagnóstico. En los dolores debidos á la astenia simple, á la sífilis, al traumatismo, etc., la acción del mesotan es absolutamente nula.

Ocupémonos de las maneras de ayudar las acciones tópicas del mesotan y el glicosal.

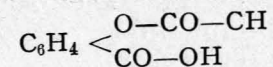
Si el dolor se calma y reaparece ó bien se calma sin quitarse por completo, es necesario acudir en ayuda de los remedios tópicos con la medicación interna.

Si predominan los síntomas febriles usaremos con ventaja el salicilato de sosa unido á la antipirina, obligando al enfermo á permanecer en cama y sostener la diaforesis por todos los medios.

Si la neuralgia es apirética nos prestarán excelentes ayudas las duchas calientes, seguidas de baño general templado y de masaje tan activo como sea po-

sible, practicado con ayuda de la mezcla de mesotan y aceite de olivas.

En todo caso nos servirá de auxiliar poderoso la *aspirina*, éter acético del ácido salicílico cuya fórmula es la siguiente:



Conviene particularmente la aspirina en las formas febriles y dolorosas, pues es poderosamente antitérmica y notablemente analgésica.

Otros dos medicamentos que ayudarán, administrados con oportunidad, la acción del mesotan y el glicosal son, el cólchico ó su-alcaloide, la colchicina y el antiguo y nunca bien ponderado, ioduro potásico.

El cólchico se preferirá en el reumatismo gotoso y el ioduro en el reumatismo crónico deformante.

No terminaremos estos breves apuntes sin hacer constar que aplicando tópicamente el mesotan ó el glicosal y aun las mismas pomadas salicílicas y practicando simultaneamente la *cataforesis* con una batería Chardín de 16 elementos al bisulfato de mercurio, los efectos han resultado más rápidos, más intensos y mucho más eficaces.

De una y otra forma los salicilados en combinación orgánica, usados tópicamente, son susceptibles de curar violentas poli-artritis y miosalgias pertinaces; y si á su benéfica acción unimos el régimen vegetariano, la gimnástica, el masaje, la climatoterapia y la hidroterapia, evitaremos la administración al interior de salicilatos, aspirina, colchicina y demás drogas, que en medio de sus positivas ventajas, no dejan de presentar verdaderos y graves inconvenientes.

Arturo Núñez,

Catedrático de la F. de M. de Salamanca.

Salamanca 1.º de Abril de 1905.

Algo práctico de Oftalmología

Todo lo que procede de la Facultad de Medicina de Zaragoza, me es muy simpático *á priori*; en algo se ha de conocer que soy discípulo de esa escuela, y que soy discípulo agradecido. Por eso me atrevo á decir que consideré como cosa propia la Revista que sus alumnos han fundado, y por eso también, acepto la atenta invitación que me dirige el Sr. Horno para que colabore en ella.

Entiendo que para contribuir á los fines de una Revista de esta índole, es mucho mejor tratar de asuntos prácticos, es decir, de cosas que se nos presentan á menudo en el ejercicio profesional, que de meras investigaciones doctrinales, para las cuales siempre hay tiempo, y aunque mi práctica no es muy dilatada, es sin embargo la suficiente para poder aquilatar el valor de un sin fin de teorías y de investigaciones de que tenemos la cabeza llena cuando salimos de las aulas, y aún más, para apreciar los múltiples lunares que minan por su base el magnífico edificio de la Medicina actual, y que me hacen sentir un cambio radical de orientaciones en un porvenir tal vez muy lejano. Cuando mis observaciones sean más completas y mis juicios más definitivos, me ocuparé de esto que, muy bien pudiéramos incluir en lo que llaman algunos Filosofía de la Medicina; pero ahora, vamos á lo que interesa más directamente á los escolares.

Ejercicio la medicina, como sabéis, dedicándome única y exclusivamente á las enfermedades de los ojos, en una populosa y simpática ciudad de Cataluña, centro de comarca agrícola importantísima que acude á ella para sus transacciones comerciales. Debido á esto mi clientela esta formada, en su mayoría, por indivi-

duos de los pueblos de esta comarca, que vienen á mí en su mayor parte, recomendados por los señores médicos que me honran con su confianza ó demandando oportunamente mis consejos. Como comprenderéis, esto me da ocasión para apreciar algunos de los defectos de la enseñanza oficial de la medicina, que tan descuidada ha estado hasta ahora en lo referente á especialidades, pues los errores diagnósticos son frecuentes, el desconocimiento de la patología del ojo muy grande y los resultados terapéuticos nulos cuando no son contraproducentes.

Ningún sitio tan apropiado como éste para hablar de tales desaciertos, y como son tantos, me limitaré á señalar algunos de los que pueden evitarse si al hacer un diagnóstico y formular el tratamiento subsiguiente, se tiene presente solo uno de los varios factores que intervienen en la patología ocular, y por cierto, de examen bien sencillo; me refiero á la *tensión* del ojo.

Apretando el globo ocular á través de los párpados con las yemas de los dedos índices de ambas manos, se nota que tiene cierta dureza, muy poco variable en los diversos individuos de ojos normales. La presión á que están sometidos los medios líquidos en su interior, mantiene esta dureza ó tensión; y tiene su apoyo en la esclerótica que, como sabéis, es una membrana sin elasticidad é inextensible, y su explicación en la necesidad de que sea constante la forma geométrica del ojo para los efectos de la refracción de la luz.

Varias causas contribuyen á la constancia de la presión en el ojo normal, pero la principal de ellas es la corriente nutritiva de retorno que, partiendo del humor vítreo, atraviesa la cámara posterior, la pupila, la cámara anterior y sale por los llamados espacios de

Fontana, desembocando en el conducto de Schlemm y en las venas, cuya corriente es la que renueva constantemente el *humor acuoso*. Las desviaciones del tipo normal de esta corriente nutritiva, deben, pues, influir notablemente sobre la tensión ocular.

El aumento de tal tensión es de efectos desastrosos, porque siendo la esclerótica y la córnea membranas inextensibles, cualquier aumento de la presión á que están sometidos los medios líquidos intraoculares, se traduce por una compresión violenta de la coroides, retina y procesos ciliares, contra ellos, quedando por lo tanto, comprometida la nutrición y la funcionalidad de las partes más importantes del ojo y amenazando como resultado final, el peligro inminente de la pérdida definitiva de la visión, pues las compresiones violentas ó continuadas, desorganizan muy pronto la delicadísima trama del tejido de la retina. No otra cosa sucede con los *glaucomas*, algunas de cuyas múltiples variedades tiene derecho á ser considerada como la más terrible de las enfermedades oculares. Consecuencia también del exceso de tensión ocular, es el resquebrajamiento del epitelio corneal, la alteración de la nutrición de esta parte y la presentación de accidentes graves que, á la larga, pueden terminar en la perforación.

El descenso de la presión intraocular también tiene consecuencias, aunque no tan graves como el aumento, tales como el desprendimiento retiniano y las extravasaciones sanguíneas, que si bien pueden comprometer la nutrición del ojo, contemporizan fácilmente con un tratamiento bien dirigido. Pero solo me propongo llamar la atención de los lectores sobre los efectos del aumento.

Para comprender la influencia que puede tener la midriasis provocada con medicamentos sobre la ten-

sión ocular, y máxime si dichos medicamentos son de acción enérgica, es necesario tener presente la anatomía del llamado *ángulo de filtración*, importantísima región ocular formada por la confluencia en ángulo agudo del iris y la córnea. He tenido ocasión de comprobar en multitud de preparaciones histológicas hechas por el ilustrado oculista de Barcelona, doctor Barraquer, que los datos anatómicos de esta región no están bien expuestos en la Anatomía de Testut; más como el presente artículo no está escrito para demostrar mi erudición, doy por buena dicha descripción y á ella remito á mis lectores. La dilatación pupilar enérgica, en efecto, opone un serio obstáculo á la corriente nutritiva de retorno, pues al contraerse el iris cierra el ángulo de filtración y los líquidos han de vencer una gran resistencia para desembocar en el conducto de Schlemm; por consiguiente, el equilibrio que mantenía constante la tensión ocular, corre peligro de romperse.

Si esto puede ocurrir en ojos normales, mucho más factible será en los predispuestos de antemano á sufrir aumentos de tensión, como en los escleróticos, y más aún en los atacados de glaucoma primitivo ó consecutivo. El uso de los midriáticos, sobre todo de la atropina que es el más enérgico, no está, pues, exento de peligros, y para prevenir á los simpáticos lectores de esta Revista de semejantes peligros, me he decidido á escribir este artículo.

A menudo vienen á mi consulta enfermos de afecciones sencillas en estado algo alarmante; niños con úlceras flictenulares que van de mal en peor; mayores con lesiones de iris ó de fondo de ojo, que están mucho peor desde que les administran unas gotas para dilatarles la pupila; alguno que ha padecido de grandes dolores ciliares tras la dilatación premonita de un

exámen oftalmoscópico. Al principio, estos casos me ponían en cuidado, y principalmente cuando se trata de úlceras flictenulares y otras afecciones agudas corneales y aún iridianas que yo hubiera tratado también con la midriasis; pero muy pronto me convencí de que no es la mala la misma midriasis, sino el modo de manejarla. Es, en efecto, un medio terapéutico preciso; pero es también un arma de dos filos que es necesario saber manejar, y yo me atrevo á recomendaros que no la useis nunca sin conocimiento completo de sus indicaciones.

Los efectos de la dilatación pupilar son magníficos en toda clase de lesiones agudas de córnea, iris y aún procesos ciliares, siempre y cuando la tensión ocular permita su uso ó no se halle comprometida, porque descongiona el iris y evita el desarrollo de nuevas vascularizaciones, vigorizando al mismo tiempo la nutrición de todo el segmento anterior del ojo. Los medicamentos, á mi entender, mejores para obtenerla, son la atropina, la escopolamina y en casos muy limitados, la cocaína. La primera es de acción muy enérgica: su efecto dura muchos días; la segunda no es tan activa y tiene la ventaja de no provocar irritaciones conjuntivales por acción local, como la primera, por lo que, y no siendo con frecuencia necesario dilatar con gran energía la pupila, es el agente que más empleo; en cuanto á la cocaína, su uso como midriático debe limitarse á cuando se ha de hacer un exámen oftalmoscópico ó sea necesario paralizar por poco tiempo la acomodación.

Los médicos suelen abusar de estos medicamentos hasta el punto de ser lo primero que administran en cualquier enfermedad ocular aguda. Y sin embargo, los casos de mi consulta son la condenación más elocuente de semejante modo de proceder.

Antes de administrar un midriático, sea cualquiera la indicación que con él se quiera cumplir, debe apreciarse con los dedos la tensión del ojo; por comparación con la de un ojo normal, sabréis si está aumentada. Por pequeño que el aumento sea, la midriasis está formalmente contraindicada.

Es más; si la naturaleza de la tensión ó el sitio donde radica, hacen temer sobrevenga un aumento de tensión ó accidentes graves si por desgracia se presentara este caso, el médico no debe dilatar la pupila del enfermo á menos que tenga confianza absoluta en sí mismo. Para que comprendáis esto, os citaré algún ejemplo.

Ya sabéis que las iritis, como procesos flegmáticos del iris, requieren el uso de los midriáticos; pero existe una variedad de ellas, que es la *iritis serosa*, en la que los exudados provocan la llamada por los antiguos *acuo-capsulitis*, por intercarse en la enfermedad la lámina de Descemet y epitelio posterior de la córnea; estos exudados pueden obstruir el ángulo de filtración y por lo tanto ocasionar violentos ataques glaucomatosos que, comprometen como siempre la visión. Esta consideración excluye casi por completo el uso de los midriáticos en las iritis serosas, tanto que el especialista bien informado, no se decidirá á emplearlos más que en casos muy limitados y presto siempre á intervenir con esclerotomias ú otros medios por el estilo que no están al alcance del médico policlínico. Para evitar futuras contingencias, no vacilo en recomendaros que os abstengáis de prescribir estos medicamentos cuando vaciléis en el diagnóstico y digo esto, porque sé prácticamente que para el principiante tiene no pocas dificultades el distinguir una queratitis intersticial, alguna flictenular y el herpes corneal, por ejemplo, de una iritis serosa.

Suponed ahora el caso de un absceso corneal, con úlcera profunda consecutiva; si está emplazado en el centro de la córnea, punto el menos resistente de esta, podría suceder que tras un aumento pasajero de la presión intraocular, se perforara la córnea á su nivel por falta de resistencia, sobreviniendo entonces hernias del iris; leucomas adherentes ó queratoceles, todo ello de pronóstico muy sombrío para la visión y á veces para el ojo. Pues bien: para acudir en este caso á la midriasis provocada, se necesita una gran moderación usando la escopolamina y vigilando constantemente. Si, por el contrario, el absceso es muy periférico, el uso de estos medicamentos puede determinar el desarrollo de sinequias anteriores. En ambos casos me he tenido que decidir muchas veces por los mióticos (constrictores de la pupila: eserina, pilocarpina). Véase, pues, como el sitio donde radica una lesión ocular puede influir hasta el punto de exigir una misma enfermedad tratamientos diametralmente opuestos.

Cuando en un enfermo de granulaciones se inicia el *pannus corneal*, me han dado excelentes resultados la atropina ó escopolamina, que han detenido su desarrollo. No obstante, tengo registrados dos enfermos en que me ví obligado á emplear la miosis, porque había tal exceso de tensión que parecía iba á estallar el ojo de un momento á otro.

Para hacer un examen oftalmoscópico, jamás debe dilatarse la pupila sin apreciar antes la tensión del ojo que se ha de examinar, y aun así empleando solamente la cocaina ó la eufatmina que es menos enérgica todavía; se han visto casos de accidentes glaucomatosos subsiguientes á esta, al parecer, inocente medida para facilitar el examen; desconfiad, sobre todo de los ojos de sujetos viejos y escleróticos.

Resulta de cuanto llevo dicho que si bien los mi-

driáticos tienen efectos preciosos, sobre todo, en determinadas enfermedades oculares, tienen también inconvenientes serios que no son compensados por las ventajas, cosa que no sucede con los mióticos, y que obliga á ser muy precavidos en su administración.

Tened siempre esto muy presente, y cuando ante un enfermo de ojos se os ocurra prescribir un midriático, afianzaos en el diagnóstico y daos cuenta exacta del estado de la tensión ocular, que es para el médico lo que el manómetro para el que gobierna una máquina de vapor.

Eduardo Zello.

Reus, Marzo 1905

El premio Helmholtz ..

Concedido al eminente sabio Dr. Cajal

Con motivo de la celebración del 70.º año de edad del ilustre físico alemán H. Helmholtz, los profesores, amigos y admiradores del célebre sabio, recaudaron, en todas las naciones del mundo un capital de 48.000 marcos, destinados á fundar un premio ó medalla de oro llamada de Helmholtz, que, además de honrar y conservar la memoria del genial sabio alemán, sirviera de galardón al investigador que en cada bienio hubiera realizado trabajos científicos más importantes.

La Real Academia de Ciencias de Berlín quedó encargada del capital transformado en consolidado prusiano al 3 por 100, y de adjudicar por votación cada dos años el premio. Según el Reglamento á que la Academia se atiene, la medalla es doble: una de oro de peso de 620 gramos y otra de cobre.

El premio se puede otorgar á un sabio, sea del país que fuere y cualquiera que sea también la ciencia en que haya realizado descubrimientos.

La votación se hace por dicha Real Academia en la sesión conmemorativa de su fundación, debida á Federico el Grande. Hasta ahora se ha otorgado dos veces la medalla Helmholtz, una en 1901 al Dr. Donders (de Londres) y otra en 1905 á nuestro eminente sabio Dr. D. Santiago Ramón y Cajal, quien ha reci-

bido las dos medallas de oro y cobre en dos elegantes estuches.

Con este motivo, la Universidad de Zaragoza ha enviado al insigne maestro el siguiente mensaje, redactado por el doctor Royo Villanova y firmado por todo el personal docente.

«Excelentísimo Señor
D. Santiago Ramón y Cajal

Paso á paso seguimos vuestra gloriosa marcha por el camino de la ciencia, desde aquellos tiempos, no muy lejanos, en que abandonasteis nuestras aulas, donde fuisteis maestro mientras asistiais á ellas como alumno.



El Dr. Cajal

EN SU LABORATORIO

Vuestra labor gigantesca ha sido, al mismo tiempo que nuestra gloria más cara, nuestro estímulo más eficaz para el trabajo.

La Medicina española ha conseguido, por vuestro esfuerzo, para nuestra querida patria, el respeto y consideración de las naciones cultas. Muchas pruebas os tienen dadas de esto las sociedades científicas más prestigiosas y los gobiernos más poderosos del mundo.

Ultimamente es la Real Academia de Ciencias de Berlín la que, al concederos la medalla Helmholtz, despierta á un mismo tiempo, en vuestros compañeros y discípulos de la entrañable Universidad Zaragozana, sentimientos de gratitud hacia la más

ilustre de las corporaciones científicas de Alemania, y deseos vivísimos de patentizar, de un modo solemne y colectivo, la admiración devotísima que sentimos por vuestra ilustre personalidad, la más saliente sobre todas las que constituyen el cuerpo docente universitario, donde han brillado siempre y brillan ahora, excepción de los firmantes, los que figuran entre los primeros sabios y mayores prestigios de la nación.

La humanidad agradece vuestro esfuerzo. La Ciencia enaltece vuestra labor. La patria se regocija con vuestro triunfo.

Aquellos honores que la Medicina y la Universidad española reciben en vuestra persona, con júbilo y gratitud extraordinarios, llenan por completo el alma de la Universidad y de la Medicina aragonesa y de todos sus miembros que, orgullosos de vuestro

apellido, repiten con regocijo al terminar este mensaje, *que fuisteis maestro en nuestras aulas mientras asistiais á ellas como alumno.*»

Los escolares aragoneses, adhiriéndose á sus maestros, acudieron solícitos á poner sus nombres al pie del anterior mensaje. CLÍNICA Y LABORATORIO envía también su modesto tributo al Dr. Cajal, gloria de su patria y de nuestra Universidad.



D. Manuel García

Otro español á quien la Medicina debe uno de sus descubrimientos valiosísimos, y á quien el mundo entero ha rendido en estos días justo homenaje.

El día 17 de Marzo último celebróse en Londres el centésimo aniversario del inventor del laringoscopio: Inglaterra, Alemania, Rusia, etc., y España, diéronse la mano para juntos honrar al ilustre madrileño, que á pesar de las tentativas que se han hecho para naturalizarle en otros países, sigue siendo leal hijo de España.



1854



1905

Comenzó su carrera como cantante de ópera, pero en 1830 abandonó el canto para dedicarse á la enseñanza, primero en París y después en Londres. En la primera de estas capitales en 1854 empezó á preocuparle el estudio de los órganos vocales en acción y aquí ocurriósele la idea del laringoscopio. En efecto habiendo hecho multitud de disecciones de la laringe en cadáveres de los inválidos de París y deseando saber en que consistían algunos defectos de la voz y cuales eran los obstáculos que se oponían á su clara emisión, pensó en la necesidad de exa-

minar la laringe en los vivos. Creyó primero que la idea sería irrealizable por la profundidad y obscuridad del órgano, pero hallándose un día en el *Palais Royal* en ocasión de encontrarse entre dos espejos, corrió á casa de un constructor de aparatos quirúrgicos, compró por seis francos un espejito de dentista, rechazado por inútil en la Exposición de 1851, y con éste y un espejo de mano, hizo los primeros experimentos: dirigió á su garganta los rayos solares que reflejados en el espejillo (véase el grabado) iluminaban



la laringe; entonces en el espejo grande, donde él se miraba, vió perfectamente la imagen de la glotis. Repetidos sus experimentos, perfeccionó su aparato, cuyas incontestables ventajas todos conocemos, y por el cual merece eterna gratitud del género humano.

Ligeras ideas acerca de la anatomía y fisiología de la vellosidad corial

La estructura de la vellosidad corial está representada por los siguientes elementos: Un capilar de delicado endotelio de células romboidales con núcleo alargado en sentido de la diagonal mayor y unidos unos elementos celulares á otros por irregulares bordes mediante escasa cantidad de cemento; este capilar se halla envuelto por una atmósfera de tejido conectivo laxo provisto de hacecillos y de células de distinta morfología, entre las que se encuentran la variedad emigrante, la de granulaciones y los corpúsculos fijos con prolongaciones, algunas de las que son comunes á dos ó más células.

En este tejido conectivo existe un plasma líquido por el que navegan las células conectivas emigrantes y algunos que otros leucocitos de núcleo giboso. Sirviendo de envoltura á este tejido conectivo se halla una cubierta continua, formada por células grandes, poliédricas, de abundante protoplasma sembrado de brillantes granulaciones y provistas de un núcleo grueso, de recios filamentos cromáticos y que descansa en la mitad concéntrica del cuerpo celular.

Estas células pueden ser sorprendidas en movimientos mitóticos de su núcleo y constituyen el estratum, llamado capa celular de Langhans. Finalmente revistiendo á esta capa de células se halla una cubierta protoplasmática continua también, que se denomina syncidio ó plasmodio y que juega un capitalísimo papel en la fisiología de la vellosidad. El syncidio, á la manera de espeso barniz de la capa celular de Langhans está constituido por un protoplasma general en el que no ha podido descubrirse el menor vestigio de cortornos celulares, hallándose sembrado de voluminosos núcleos de retículo poco abundante y provistos cada uno de dos ó tres nucleolos. Los núcleos plasmodiales no han sido hallados en división karioquinética, pero esto no quiere decir que no se reproduzcan por este procedimiento.

Ciertos reactivos como el ácido ósmico cromado, demuestran en el plasmodio algunas diferencias entre su parte profunda y la superficial, mostrándose éste menos refringente y más perezosa á los méritos de tinción.

La vellosidad así constituida se la encuentra con claridad en los senos maternos, en los que se baña, después de haberlos perforado desempeñando en ellos el objetivo de su fisiologismo.

Yo veo clara la génesis de todas éstas formaciones vellosas y no me explico cómo por dificultades de interpretación microscó-

pica han podido, los que han estudiado estos asuntos, determinar la caótica confusión que reina en éste punto no tan problemático como parece. Respecto al syncidio, Kossman, Langhans, Stural, Selenka, Šfameni, etc. han emitido la idea de que procediera del epitelio uterino, lo que en los actuales momentos de la Embriología, no debe ni pensarse dados los trabajos que sobre el mecanismo del ingerto ovular han hecho Spee, Petter, Matías Duval, etcétera. Considerar con Waldeyer y Plannestiel que el syncidio es el endotelio de los senos maternos invaginado por el resto de la vellosidad, no creo que deba aceptarse ya que se ha demostrado que las vellosidades poseen su envoltura plasmodial antes de ingresar en los mencionados senos, además de que el syncidio es totalmente distinto del endotelio romboidal que forma el límite continente de la sangre materna, excepto alrededor de la vellosidad. Tampoco debemos ser partícipes en la idea de que el plasmodio sea tejido conjuntivo uterino modificado, puesto que á ello nos autoriza el encontrarlo en muchos parages contorneado netamente del citado tejido.

Ayudados, creo yo, por la lógica razonativa y ante la observación atenta de los sucedidos embriológicos, se me figura que el problema puede resolverse fácilmente teniendo en cuenta las formaciones blastodérmicas que constituyen la placenta fetal. El ectodermo extraembrionario forma la envoltura más excéntrica del huevo y á ella por su cara interna se une una hoja mesodérmica, producto de la división de la hoja media que parte de los lados de la línea primitiva y que prontamente se hiende en una externa que uniéndose á las formaciones ectodérmicas constituye la somatopleura y otra interna que juntándose al endodermo dá lugar á la esplacnopleura, limitando entre ambas, las cavidades celómicas intra y extraembrionarias. La somatopleura extraembrionaria constituye el córion y el amnios, pero éste segundo para nada interviene en las formaciones placentarias *del espesor*, no entrando á formar más que el revestimiento del cordón y de la cara fetal de la placenta. El córion, por el contrario, no desapareciendo, sino inversamente, manifestándose con gran frondosidad en el sitio del ingerto ovular, constituye la formación placentaria más excéntrica. Además de ésto tenemos que el alantoides, que es de stirpe esplacnopléurica, entra á formar también parte estructural placentaria, siendo la más concéntrica y portadora de vasos. Tenemos, pues, en resumen, constituida la placenta fetal por las cuatro formaciones blastodérmicas que existen y que contando de la más excéntrica á la más interior, son: ectodermo, mesodermo somatopléurico, mesodermo esplacnopléurico y endodermo, es decir, somatopleura y esplacnopleura, la primera formando el córion y la segunda el alantoides. Debemos ahora enu-

merar lo que cada una de estas hojas dará á nivel de la inserción frondosa del córion. La hoja endodérmica del alantoides nos dará el endotelio vascular de las vellosidades, el mesodermo alantoides prestará á los vasos sus envolturas media y adventicia y en la vellosidad será el progenitor del tejido conectivo laxo pericapilar que representará la capa periendoelítica de los vasos de mayor calibre. Ahora, por añadidura, antes de llegar á la sangre materna, nos encontramos con la somatopleura extraembrionaria, que constituye el córion frondoso, de la que podemos hacer derivar la capa de Langhans y el syncidio. De esta somatopleura la capa más profunda es la concéntrica, la mesodérmica que bien puede ser la regeneradora de la capa de Langhans y la más excéntrica ó superficial sería el ectodermo, progenitor de la capa plasmodial. El ser mesodérmicas la atmósfera conjuntiva pericapilar y la capa de Langhans, es decir, ambas del mismo origen y por lo tanto ambas parecidas, explica, á mi juicio, la opinión de los que pretenden que las dos formaciones era una misma diferenciada y aún cuando originariamente lo sean á ambos lados de la línea primitiva, á nivel de la placenta, imaginativamente hemos de verlas separadas por la idea de la existencia de la caridad virtual del celoma externo.

La arquitectura de la vellosidad corial, de grandes semejanzas morfológicas con la intestinal, parece responder en primer término á un funcionalismo de absorción y sin duda alguna esta absorción se verifica en la vellosidad placentaria con una intensidad manifiesta. El mecanismo absorbente ha de ser complicado, teniendo lugar por el procedimiento que podemos llamar físico ó simple y por el digestivo ó compuesto. El primero se ejerce en virtud de las leyes de las tensiones desiguales de los solutos puestos en contacto ó separados por membranas orgánicas y que rigen el mecanismo de la difusión por ósmosis y el segundo ó absorción digestiva placentaria tiene lugar mediante la previa transformación de materiales que de no ser digeridos no podrían absorberse.

Los albuminoides maternos que para ser absorbidos por el intestino tuvieron que ser transformados momentáneamente en peptonas y que una vez en la sangre, de nuevo volvieron á su forma albuminosa, para pasar á la sangre fetal á través de las cubiertas de la vellosidad corial han de sufrir idénticas transformaciones que sufrieron antes, puesto que sabemos que la absorción directa de los albuminoides queda aún en las tinieblas de una hipótesis en la que el único fundamento más ó menos serio está representado por la observación de Brücke.

Las grasas también han de transformarse para absorberse y el mecanismo que parece más lógico es un desdoblamiento en

ácidos grasos y glicerina y que una vez tras la barrera de absorción se sintetizan de nuevo en su forma primitiva.

Estas modificaciones metabólicas, es necesario pensar que han de verificarse en la placenta y esta idea empieza á ser autorizada por los trabajos recientes de Raineri, Merletti, Marroco, Santi, etc., sobre el poder digestivo de la placenta y que principalmente Raineri y Acconci han experimentado con la glucosa.

La indudable diferencia entre la composición de la sangre materna y fetal (Raineri), hace pensar en el papel transformador selectivo de la placenta.

Otra función que la vellosidad corial tiene á su cargo es la de invadir los tejidos maternos, debiéndose en primer lugar á la facultad histolítica del syncidio. El plasmodio parece tener un poder de penetración en las tramas maternas, verificándose la invasión por una especie de digestión ó corrosión de los tejidos. La estructura y modo de evolucionar de las vexículas de la mola hidatiforme y la manera de crecer las vellosidades nos hacen pensar que únicamente el syncidio es la parte de la vellosidad á la que está encargada la función invasora. La vellosidad crece por la formación de una pseudo-vellosidad que es primero simplemente syncitial y más tarde es cuando sufriendo el centro del mamelón plasmodial una licuación especial, es ensartada por los vasos que el alantoides proporciona y que arrastra en su periferia el cortejo celular conjuntivo que va á formar la envoltura nueva vascular de las vellosidades.

Por esta función histolítica llegan las vellosidades hasta los senos maternos á través de los tejidos deciduales, en los que se internan por una suerte de corrosión en la que juega el papel principal la acción citotóxica, celulo-degenerativa de la envoltura excéntrica de la vellosidad, acción que han comenzado á estudiar Scholten y J. Veit y que han dado á conocer en sus trabajos, («Syncytiolisis y hemolisis» *Zeitsch. f. Gd u. Gin.*, Bd 59. Hft. 2. página 210). Estos autores opinan, fundándose en los resultados obtenidos por sus experimentos hechos por los métodos hemolíticos de Ehzheh, que existe una acción recíproca entre el epitelio corial y los glóbulos rojos y blancos de la sangre en particular y con todos los elementos celulares de la madre en general, relación que se halla representada por la formación de sustancias contrarias unas á otras; es decir, que el epitelio de la vellosidad produciría un cuerpo bio-químico que tendría poder lesionante para con los elementos celulares maternos, de cuya acción resultaría la solución de la hemoglobina de los eritrocitos en el plasma (hemolisis) y otras series de alteraciones que serían las causas de la hemoglobinemia y hemoglobinuria consiguiente y albuminuria puerperales. Este cuerpo producido por el syncidio

daría por resultado obrando como estimulina, la producción por parte de la federación celular materna de un anticuerpo que obraría sobre el syncidio alterándole sus propiedades bio-químicas hasta reducirla á un elemento en un todo degenerado.

De esta suerte habría entablada una lucha entre la vellosidad y las células maternas durante la gestación, produciendo el feto por intermedio del plasmidio ó syncitio á guisa de parásito infectivo una toxina de la que trataría de librarse el organismo de la madre con la producción de un anticuerpo antitóxico que se opondría á la acción envenenadora fetal.

La victoria podrá decidirse á favor de uno ú otro combatiente si es la triunfante la madre el anticuerpo obraría sobre el syncidio hasta reducirle á un cuerpo degenerado y en estas condiciones, que es como se le halla al terminar la gestación, obrando como un cuerpo extraño determinaría la contracción uterina por irritación directa y se presentaría el parto. Pero si es el organismo invasor del nuevo ser el que vence, en este caso marcharía todo de un modo muy diferente: ó bien vencería por su poder tóxico y entonces al verterse en la sangre materna la substancia nociva elaborada por el syncidio se verificaría el autoenvenenamiento de la embarazada, manifestándose la intoxicación grávida con todos sus síntomas y lesiones ó en su forma sigilosa y constante ó en su exhibición violenta y convulsiva constituyendo la eclampsia. Claro está que esta derrota de la madre será más marcada al estar averiados los órganos de defensa, tales como el hígado, riñón, tiroides, cápsulas suprarenales, etc., puesto que entonces al tener algunos de ellos que servir de puerta de salida de los venenos fabricados se perturbarían más y más hasta terminar en todas las degeneraciones lesionales que se han estudiado en la auto intoxicación grávida y que han hecho concebir al efecto como causa (hepatotoxemia de Pinard).

Pero no es solamente por las toxinas como puede el neo-organismo vencer al de la madre, sino que puede vencer también por su poder destructor invasivo llegando entonces á ingerir las vellosidades en el organismo materno con un carácter maligno constituyendo las molas hidatiformes y los corio-epiteliomas que lo más común es que se manifiesten en el útero pero que por ser lanzada una vellosidad en el torrente circulatorio de la madre puede ser transportada como un émbolo á lugares bien lejanos y raros como es el caso citado por Busse (Vichow. Archi. 1903) en el que la neoplasia de origen fetal se hallaba instalada primitivamente en el *corazón izquierdo*, y los menos raros de localizaciones primitivas hepáticas, renales, del bazo, etc., observaciones recogidas en número de seis por Zagorjanski-Kissel (Annals de Gynec. Obst. de Pinard-Busse).

Quizá además la placenta tenga un poder antitóxico-microbiano como parece probarlo la serie de experiencias llevadas á cabo por Mirto (de Milán) el que ha estudiado la acción de los productos placentarios sobre las toxinas diftéricas, las que ha podido neutralizar poniéndolas en contacto de la placenta humana (Sul potese autitossico della placenta. Archi di Obstetricia é Ginecologia dal Proff- Morisani. Ottobre 1904). Estos estudios del profesor Mirto han sido refrendados por Pestalozza (Firenze) y Bentivegna (de Palermo).

Las esférulas y bolas secretorias que Letulle y Natton-Larriere han visto desprenderse de la superficie del syncidio y como disolverse en la sangre de los senos maternos, es muy probable que representen la expresión morfológica de alguna de las funciones placentarias.

Todos éstos estudios, junto con el de la permeabilidad placentaria para con los microbios, constituye en la actualidad, tema de animada discusión en el mundo científico de la Medicina y sin duda alguna luego que quede quieta la agitación pasional, cristalizará una magnífica serie de adquisiciones de conocimientos deslumbradores para la moderna Obstetricia.

Ricardo Becerro de Bengoa,

Interno de la Maternidad de la Facultad Central.

Madrid 1.º Abril 1903.

Tuberculosis hereditaria

Las cuestiones de terreno en materia de patología, especialmente de patología infecciosa, adquieren cada día una importancia que va creciendo, en particular con respecto á la tuberculosis, terrible enfermedad, que arroja en las estadísticas hoy día el mayor número de mortalidad. Se admite generalmente que la herencia directa, el paso de los bacilos de uno á otro individuo, es cosa rara y se atribuyen más bien á las modificaciones del organismo relacionadas con la nutrición, que á las enfermedades de los ascendientes.

Conviene estudiar en qué consisten esencialmente estas modificaciones casi completamente ignoradas en muchos conceptos; tales modificaciones corresponden á lo que se designa bajo el nombre de *condiciones de terreno*, palabras que reasumen nuestra ignorancia tratando de disimularla.

Charrín y Riche han podido observar muchos recién nacidos, procedentes de madres tuberculosas y tres de ellas les han ofrecido particularidades interesantes.

El primero, nacido á término, pesaba al nacer 2'020 kilogramos, á los tres meses su peso era de 3'032 kilogramos, correspondiendo su aumento diario á 11 gramos. Basta con inyectar hacia el fin de este tercer mes 61 c. c. de su orina para matar un kilogramo de conejo.

El segundo pesaba entre los siete y ocho meses 2'900 kilogramos; después del nacimiento su peso ha aumentado en 550 gramos ó sea á razón de tres por día.

Una serie de experiencias realizadas durante un mes, ha puesto en evidencia la toxicidad de las orinas.

Por término medio bastaba con inyectar 50 ó 60 c. c. por kilogramo para producir la muerte, cuando esta misma secreción tomada de los recién nacidos sanos alimentados por la misma leche, ha podido ser inyectada impunemente á la dosis de 80'90 y más. Por otra parte, mientras que los conejos que han recibido esta última orina de niños sanos, aun en gran cantidad, han sobrevivido, los que han recibido volúmenes inferiores á los que provocan una muerte inmediata, 20 ó 40 por 1000, han sucumbido cuando esta orina provenía de niños enfermos ó procedentes de madres tuberculosas. Alguna vez cuando la resistencia persiste durante algunos días, se pueden descubrir lesiones hepáticas, por más que éstas sean ligeras. Parece, según estos datos que la orina en tales condiciones posee propiedades especiales. ¿Pero estas propiedades son debidas á una asimilación ó á una desasimilación anormales? La cosa parece posible. En estos sujetos, hijos de tuberculosos, el movimiento de desnutrición, á igualdad de alimentación, es más activo, como lo indica el análisis, las proporciones de urea, etc.

Sin embargo, es igualmente posible que en éste fenómeno concurren hechos particulares.

El tercer niño nacido á término, pesa 2'720 kilogramos y su peso descendió á 2'400 kilogramos, muriendo á la edad de tres semanas; durante los tres ó cinco últimos días, la temperatura rectal tomada por medio de un termómetro comprobado, osciló entre 22°,4 y 35°,3, después en la autopsia se encontraron todos los órganos en estado normal y particularmente el corazón, sólo el hígado era voluminoso y de una coloración violácea, en su parénquima se notaban múltiples hemorragias y sus células algún tanto

granulosas. Este detalle no carece de interés, sabiendo que según Claudio Bernard, el tejido más caliente en estado normal, y en el patológico, según Arsonval y Charrín, es el tejido hepático, especialmente la sangre de las venas suprahepáticas. La glándula biliar, según se ha demostrado varias veces, es uno de los principales centros de calorificación.

En presencia de estos desarrollos incompletos, de estos pesos inferiores á lo normal, es igualmente interesante recordar los hechos relatados por Grey y Charrín, los cuales han obtenido conejos que crecían lentamente atrofiados, que pesaban 900 gramos á una edad en que sus congéneres sanos llegaban á 1,800 kilogramos, sometiendo á los padres y á las madres á inyecciones prolongadas de toxinas, como la toxina diftérica, piociánica y tuberculosa; precisamente dichos niños, han podido recibir á través de la placenta (que no retiene los cuerpos solubles) la tuberculina procedente de las madres.

Se sabe también por la experimentación que estas toxinas modifican la nutrición y que estas modificaciones se realizan en la mayor parte de los procesos infecciosos, porque en este caso no se encuentra especificidad alguna procedente de la tuberculosis. No hay que decir que estos datos no pueden aplicarse á todo niño nacido de madre tuberculosa; existen muchos entre los descendientes de éstas que pueden escapar de la herencia. Sucede lo mismo en la historia de la sífilis y de las infecciones, igualmente los experimentos invocados; en un solo parto se observan animales desarrollados al lado de otros enfermizos. Sea como quiera y ateniéndose á los hechos, es permitido decir que alguna vez se comprueba en los recién nacidos de madres tuberculosas, que el organismo presenta anomalías, bajo el punto de vista del peso, del crecimiento, de la nutrición y de la calidad de las orinas. La toxicidad de estas orinas, indica á igualdad de permeabilidad renal, una toxicidad humoral aumentada y por consiguiente es una condición que favorece la infección, el que el veneno sea de origen externo, microbiano ó interno. En realidad se puede adelantar que el terreno en este caso, se distingue del estado fisiológico por condiciones físicas y químicas y en tal concepto parece que pueden admitirse ciertas nociones positivas destinadas á hacer comprender, lo que son estas condiciones, estas variaciones de terreno.

Pedro Gago Lázaro,

Alumno de 4.º grupo en la F. de M. de Valladolid.



El Dr. D. Carlos Maria Cortezo

actual ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes

En situación verdaderamente crítica para el Gobierno y para la clase escolar, principalmente médica, fué llamado al poder el Dr. Cortezo. Su primera firma como ministro solucionó el conflicto. Los estudiantes todos felicitaron con entusiasmo á quien por sus méritos indiscutibles, vino á ocupar el lugar que de derecho corresponde á hombres ilustres que ejercen nuestra profesión. Nosotros al publicar su retrato, tan sólo pretendemos, exteriorizar la satisfacción que su nuevo triunfo nos proporciona.

Bacteriología del canal genital en la mujer embarazada y en la parida

A manera de prólogo

Al comenzar este estudio tan discutido en nuestros días y de tanta importancia para el tocólogo, no he tenido la pretensión de hacer nada nuevo; pensarlo tan sólo me hubiera parecido una osadía.

Me he limitado (ya que mi humilde inteligencia no puede abarcar empresas mayores) á condensar con la mayor claridad y brevedad posible, el concepto por mi formado con las explicaciones de mis maestros y las ideas acumuladas en los libros que han estado á mi alcance.

Con cuantos medios me ha sido posible, he procurado comprobar la parte teórica del trabajo: si de algo han servido mis esfuerzos, se verá satisfecho mi deseo.

I

BOSQUEJO ANATOMO-FISIOLÓGICO DEL CANAL GENITAL DE LA MUJER

El aparato genital de la mujer se compone de dos partes esenciales: 1.^a el óvulo, órgano secretor (?) del óvulo; 2.^a un largo conducto (producto de diferenciación del conducto de Müller) formado por tres segmentos, vagina, útero y oviductos.

Estos tres segmentos que constituyen el canal genital de la mujer, son completamente distintos bajo el doble punto de vista anatómo-fisiológico.

Las *trompas de Falopio*, *trompas uterinas* ú *oviductos*, son simples conductos excretores del ovario; en él recojen el óvulo para conducirlo al útero. Su túnica interna ó mucosa carece de papilas y glándulas, pero se halla recubierta de un epitelio con pestañas vibrátiles cuyos movimientos se dirigen hacia el útero.

El *útero*, vulgarmente conocido con el nombre de *matriz*, es el órgano de la gestación. Parecido á una pequeña

calabaza, de paredes gruesas y contráctiles, retiene el óvulo fecundado, le proporciona los elementos necesarios á su evolución y cuando ésta es completa, lo expulsa al exterior. Su mucosa presenta una infinidad de glándulas que segregan un moco espeso, viscoso, casi gelatiniforme y ya abundante en la vida fetal.

La *vagina* es un conducto músculo-membranoso, continuación inmediata del útero, destinado á recibir el pene y el esperma en el acto del cóito; sirve también de paso al feto y sus anexos en el momento del parto y á los productos de la menstruación. Carece por completo de glándulas presentando á lo más algunos folículos cerrados; el líquido blanco-lechoso que en ella existe, es producto de una exudación de la mucosa. Entre las células epiteliales de su túnica mucosa existe una cantidad más ó menos considerable de leucocitos emigrantes, aislados ó reunidos en grupos.

La vagina termina por formaciones diversas conocidas con el nombre de genitales externos, cuyo conjunto constituye la *vulva*.

Para realizar nuestro estudio nosotros entendemos por *canal genital* en la mujer embarazada, el espacio que tiene que recorrer el feto para salir al exterior, es decir cuello del útero, vagina y vulva, y en la mujer parida, todo el conducto genital que antes hemos indicado ligeramente.

II

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE LA BACTERIOLOGÍA DEL CANAL GENITAL

Desde hace mucho tiempo se pensó que así como en estado normal existen micro-organismos en las cavidades orgánicas naturales como el tubo digestivo y las fosas nasales sin que por ello estos órganos se encuentren alterados, las vías genitales de la mujer debían contener y servir de habitación á numerosos microbios, sin que su estancia ocasionara trastorno alguno.

Para demostrar su existencia han sido numerosísimas las experiencias realizadas, como han sido también numerosas las contradicciones en que por ello se ha incurrido

Las observaciones bacteriológicas realizadas por un número considerable de experimentadores, indujeron á Stroganoff ⁽¹⁾ á practicar experiencias en las niñas recién nacidas; el resultado de sus estudios es que la vulva y vagina inmediatamente después del nacimiento se hallan completamente estériles, no contienen ninguna clase de micro-organismos; por lo tanto esta esterilidad existe durante la vida intra-uterina. Únicamente, hace constar Stroganoff, la presencia ó presentación de nalgas puede permitir la penetración de gérmenes en aquel espacio virgen, puesto que expone la vulva á la contaminación directa, y sin embargo en estos casos también se ha demostrado su ausencia completa.

Los microbios, según deduce Vahle ⁽²⁾ de sus experiencias sobre las secreciones vaginales de las recién nacidas, no aparecen hasta doce horas después del nacimiento, siendo su número tanto más considerable cuanto más tiempo pasa de este momento. La penetración de los microorganismos se favorece con los baños y cuerpos grasos.

En la mujer adulta comienzan ya las contradicciones; mientras unos afirman la existencia de una exuberante flora en el canal genital, otros la consideran perfectamente estéril.

Como no trato de hacer un estudio bibliográfico detenido, de cuantos trabajos se han realizado sobre esta cuestión, ya que mi deseo es ser lo más limitado posible, haré tan sólo una ligera indicación sobre las experiencias más importantes de determinados autores. Suprimo la parte histórica para hacer el trabajo más simplificado y una vez expuestas las opiniones de nuestros hombres de ciencia daré sobre ellas un concepto; concepto pobre y desprovisto de novedades, tal como puede formar lo la inteligencia de un alumno cuyos conocimientos son escasos, cuya experiencia es nula y cuyo cerebro para razonar sobre aquello que los demás hicieron, es todavía muy pobre, porque aún no está completamente formado.

(1) Stroganoff, Wratsch 9, 1893. "Contribution á la Soc. d'accouch. et de gynéc. de Saint-Petersbourg."

(2) Vahle. Das bacteriologische Verhalten des Scheidensekretes Neugeborener. Zeitsch. f. Geb. und. Gynack. 1895, t. XXXII, pág. 368.

Vulva.—Es el único punto del canal genital donde la existencia de bacterias no ha sido negada. No necesito esforzarme seguramente para demostrar su existencia; el contacto prolongado con los productos atmosféricos, el roce continuo con cuerpos determinados (ropas, aguas, etc.) y nunca asépticos, son causa bien manifiesta de la existencia en este sitio de gran número de microorganismos. Observaciones realizadas han demostrado prácticamente lo que la inteligencia comprende sin esfuerzo alguno.

En el tegumento cutáneo del periné y de la vulva se encuentran constantemente bacterias «aerobias» patógenas y no patógenas, que allí viven como *saprophytas* de la misma manera que en la piel.

Withridge para demostrar la no existencia de microorganismos en la vagina y la existencia de numerosos de ellos en la vulva y periné realizó las tres experiencias siguientes:

1.^a Cultivar las secreciones tomadas en los grandes labios, en el himen y en los pequeños labios.

2.^a Cultivar la secreción vaginal recogida mediante un espéculum esterilizado.

3.^a Cultivar la secreción vaginal obtenida con la cucharilla aséptica de Menge.

El resultado obtenido en las anteriores experiencias fué: un 75 % de streptococos, stafilococos, bacterium coli, etcétera, en la primera; un 48 % en la segunda; y un 0 % ó sea un resultado completamente negativo en la tercera.

De aquí se deduce que todos estos microorganismos se encuentran en la vulva, de donde según Withridge son transportados mecánicamente á la vagina.

Veillon y Hallé ⁽¹⁾ han podido aislar en la vulva virgen de todo contacto patógeno el

Bacilo pseudo-diftérico en masa de Weeks.

Bacilo pseudo-diftérico común.

Streptococo no patógeno.

Stafilococo epidermitis albus (raro).

Coli-bacilo (raro).

(1) Veillon y Hallé. "Etude bacteriologique des vulvo-vaginitis chez les petites filles et du conduit vulvo-vaginal á l'état sain.", Ach. de méd. expérim. et d'atrat. pathol. Mai 1896.

Más adelante volveremos sobre esta cuestión. Por ahora bástenos conocer la existencia de gérmenes en la vulva.

Vagina.—Formarnos un concepto de lo que sobre la bacteriología vaginal se ha escrito y observado, es sumamente sencillo y puede hacerse en muy breves palabras; pero exponer ordenadamente siquiera sea de un modo muy somero lo que sobre este punto nos dicen los numerosos autores que de ello se han ocupado es tarea casi imposible. Tales son las contradicciones ó al menos obscuridad de conceptos en que incurren dichos autores (al menos los que están á mi alcance) que he podido observar opiniones distintas en un mismo autor. Parece que la guerra franco-prusiana ha llevado su influencia hasta el templo sagrado de la ciencia y que todavía nuestros sabios militan bajo distintas banderas.

Procuraré dar una idea de los principales trabajos realizados sobre la bacteriología vaginal en estado normal.

Winter ⁽¹⁾ estudia la vagina de la mujer sana y ayudado de numerosos cultivos sobre medios diversos y por diversos procedimientos, encuentra las especies microbianas siguientes:

Sarcinas blancas.
Sarcinas amarillas.

Levaduras.

Bacilos.

Stafilococo albus (20 veces).

Stafilococo aureus (4 veces).

Stafilococo citreus (1 vez).

Streptococos.

Quiere atribuir acción patógena á algunas de estas bacterias, hace inoculaciones á los animales con los cultivos obtenidos directamente de las secreciones vaginales y no consigue obtener jamás fenómeno patológico de ninguna clase.

Bumm ⁽²⁾ que en sus experiencias encuentra cierto número de gérmenes, niega que ninguno de estos sea pató-

(1) Winter. "Die Mikro-organismen in genital canal den gesunden Fran.," Zeitsch. f. Geb. n. Gynack. 1888, p. 443.

(2) Bumm. "Beitrag zur Kenntuiss der Gonorrhoe des weiblichen Genitalien," (Archiv. für Gynaekologie, XXIII, 1884, p. 327).

geno, pues considera que el mucus vaginal impide su desarrollo. Admite como normal el

micrococcus lacteus flaviformis

y obtiene también con frecuencia el *micrococcus subflavus* y el *albicans amplius*.

Legrain ⁽¹⁾ señala en el mucus vaginal un *streptococo patógeno* que parece especial.

Menge ⁽²⁾ deduce de los exámenes bacteriológicos realizados sobre las secreciones vaginales de 50 mujeres sanas que la vagina está ordinariamente estéril, pues así lo fueron sus cultivos en 44 de los casos; en 5 de ellos obtuvo microorganismos no patógenos y tan solo en uno de los casos pudo observar el streptococo.

Y antes de pasar adelante, creo deber citar las experiencias de Döderlein que son las que por hoy están de acuerdo con la interpretación más racional que podemos darnos sobre este punto.

Dice Döderlein ⁽³⁾ «La vagina de una mujer sana es regularmente estéril;» la ausencia ó presencia de gérmenes patógenos está en relación con las condiciones de las secreciones genitales. Estas secreciones para dicho autor son de dos clases:

Normales ó Patológicas

La secreción normal de aspecto grumoso y naturaleza caseosa es de reacción *ácida*, cuya acidez es debida al ácido láctico producido por un microbio especial, el *scheiden-bacilo ó bacilo vaginal* de forma de bastoncito, que habita normalmente en la vagina.

La secreción patológica, es de aspecto puriforme y de reacción neutra ó alcalina; en ésta, el *scheiden-bacilo* no existe ó lo está en cantidad defectuosa.

Cuando la vagina presenta una reacción normal, cuando el bacilo vaginal existe en cantidad suficiente para neutralizar con exceso los productos de dicha secreción, en virtud de acidez marcada, defiende la vagina contra los gérmenes patógenos que á ella pudieran llegar y los

(1) Legrain. "Sur les caractères d' un Streptocoque pathogéno existant dans le mucus vagiual." (Société de biologie, 1837, núm. 27, pág. 640).

(2) Menge. "Deutsch. med. Woch.", 15, 22, 29, novembre 1894.

(3) Döderlein. "Ueber das Verhalten pathogener Keime zur Scheide." (Deutsche medicinische Wochenschrift, 7 mars 1895).

destruye; por eso en las secreciones ácidas no se encuentran más que bacterias de una vitalidad muy mediocre, incapaces en este caso de adquirir desarrollo y aumentar su virulencia.

Cuando por el contrario por una causa cualquiera el bacilo vaginal desaparece, se destruye, disminuye su número ó entorpece sus funciones, las bacterias que lleguen del exterior podrán desarrollar sus funciones con entera normalidad pues ya no existe causa alguna que lo impida; las que anteriormente existían en la vagina podrán evolucionar libremente y manifestar la virulencia que en estado latente poseían.

Experiencias bien marcadas demuestran la opinión de Döderlein.

Menge ha inoculado en la vagina de 35 mujeres sanas, de secreción normal, cultivos puros de streptococo, stafilococo y bacilo piocianico; después de un tiempo variable pero limitado, todas estas bacterias habían desaparecido, siendo perfecta la antoaseptización de la vagina. Resultados análogos obtuvo Krönig en mujeres embarazadas ⁽¹⁾.

Si por otra parte introducimos en un cultivo de *scheiden-bacilo* hecho sobre medios azucarados, stafilococos ú otros microorganismos, estos últimos no tardan en perecer. Esto es lo que ha hecho Witte, ⁽²⁾ demostrando que el streptococo no puede desarrollarse en un medio ácido que contenga 0'07 por 100 de ácido láctico; y los stafilococos mueren en un medio ácido que contenga 0'5 por 100.

Stroganoff, admite que la vagina de la mujer adulta en estado normal contiene diferentes especies microbianas, éstas parecen hacerse más patentes ó aumentar durante las reglas. Y habiendo llevado sus investigaciones hasta la edad senil, ha demostrado la existencia de un número de microorganismos (bacilos, cocos y diplococos) siendo débilmente ácida su secreción vaginal.

Ricardo Horno Alcorta,

Interno de Ginecología en la F. de M. de Zaragoza.

(Se continuará)

(1) Krönig. "Deut. med. Woch.", 25, oct. 1894, pág. 819.

(2) Witte. "Zeitsch. f. Gyn. 1893, XXV, H. S."

Un caso de tuberculosis pulmonar

Francisco Muro, de 23 años de edad, casado; natural de Viaguera (Logroño), de oficio del campo y actualmente dedicado á la mendicidad. Se presentó en el Consultorio de mi padre, el día 19 de Diciembre de 1903.

Interrogado acerca de las causas que motivaban su visita pude deducir lo siguiente:

Los antecedentes de familia carecen en absoluto de interés, no recuerda haber padecido enfermedad alguna durante su niñez y según dice ha gozado siempre de una salud perfecta. Desde hace dos años que fué atacado de gripe, nota que se constipa con suma facilidad y que no consigue curarse un catarro pertinaz, que desde ese tiempo padece. Este catarro va acompañado de fuerte y constante tos y de expectoración abundantísima. Al menor esfuerzo, y al tener que andar un corto trecho, se siente fatigado y sin fuerzas suficientes para continuar, viéndose en la precisión de suspender su marcha, pues le ataca la tos imposibilitándole la respiración. Durante la tarde y por la madrugada se siente empapado en sudor y con calofríos. En este período de tiempo nos manifiesta que ha perdido *muchas carnes* y se ha debilitado en términos de tener que abandonar las faenas del campo á las cuales se dedicaba, por falta de fuerzas físicas y tener que implorar la caridad pública, para poder atender á su enfermedad y sustento.

Al mismo tiempo que todo esto, se le presentaron alteraciones en el aparato digestivo: pérdida del apetito y frecuente diarrea.

El aspecto del enfermo nos indica ya la clase de padecimiento que sufre, pues está demacrado, amarillento, sudoroso y grandemente abatido.

Examinado su aparato respiratorio pude apreciar á la palpación una gran exageración de las vibraciones torácicas en el pulmón derecho y en el vértice del izquierdo.

Por medio de la percusión noté una submatidez en toda la extensión del pulmón derecho mucho más marcada en el vértice y lóbulo medio. En el pulmón izquierdo nada de particular observé al percudirlo.

La auscultación del pulmón derecho me reveló la existencia de la prolongación de la expiración: estertores húmedos y en el vértice los chasquidos crepitantes en mayor abundancia que en

el resto del pulmón, donde son perceptibles á la respiración forzada. A la altura del segundo al tercer espacio intercostal y en una superficie como de tres centímetros á partir de la región esternal, se nota con claridad el soplo cavitario.

En el pulmón izquierdo únicamente pude observar la prolongación de la expiración y algo de exageración vibratoria.

Mientras duró el examen de nuestro historiado llamó mi atención lo perceptible que era el chasquido laríngeo, propio de estos enfermos y al hablar la voz se presentaba ronca y velada. Las regiones correspondientes á las partes laterales del cuello dejan notar al tacto la existencia de adenopatía cervical muy marcada.

Por el examen ocular de los esputos podemos decir que se presentaban como una mucosidad clara, transparente, con algunas estriás amarillo-verdosas, y según manifestación del paciente alguna vez iban acompañados de sangre.

En los restantes órganos acusa normalidad y únicamente el pulso se presenta débil y frecuente.

Fácil es en este caso establecer el diagnóstico: Un catarro, al decir del paciente, que se prolonga por dos años, deja de ser tal catarro en un joven, para entrar en la categoría de lo específico. El enflaquecimiento progresivo, la pérdida de fuerzas, y la fatiga son datos precisos que corroboran el juicio anterior: Si tenemos en el enfermo fiebre y sudores profusos al amanecer, el cuadro está completo, se trata de una tuberculosis pulmonar.

Efectivamente, el exámen microscópico de la expectoración, pone de manifiesto el bacilo de Koch en grandísima cantidad.

Esta expectoración donde se encuentran los bacilos no es la clásica numular específica de los antiguos, no; es una mucosidad clara, transparente con algunas estriás amarillo-verdoradas: expectoración aereada, que son las que por lo general contienen en más cantidad las miríadas de microorganismos tuberculosos.

Nos es preciso puntualizar el asiento, localización y extensión de las lesiones pulmonares, y el exámen torácico nos pone de manifiesto con la submatidez y la exageración de las vibraciones torácicas, que todo el pulmón derecho está infiltrado, le falta la permeabilidad: está su tegido espesado y compacto: la crepitancia al ponernos al descubierto el reblandecimiento de los tubérculos nos indica que en el vértice está el proceso más acentuado que en el resto del órgano, por completo invadido por la infiltración tuberculosa.

El soplo en el segundo y tercer espacio intercostal con la voz característica de este punto circunscrito nos revela la existencia de una caverna, ó sea, la pérdida de sustancia por fusión y eliminación del parénquima pulmonar.

La espiración prolongada y la exageración de las vibraciones torácicas en el pulmón izquierdo nos delatan la invasión del vértice, y la subcrepitancia nos evidencia que ha comenzado el reblandecimiento.

Estamos pues en presencia de una tuberculosis pulmonar en su cuarto período ó de escavación, con invasión de los dos pulmones y en plena infección tuberculosa, es decir, de sobresaturación de toxinas que acarrearán la fiebre y los sudores profusos, la anorexia y la diarrea, el enflaquecimiento y la pérdida de las energías.

El pronóstico, si se tiene en cuenta el período de la tuberculosis, la extensión de las lesiones, la falta de energías orgánicas para la lucha, y la absoluta carencia de medios de confort, y hasta de lo más principal para la vida, al tratarse de un pordiosero, tendría que ser fatal y en plazo corto la terminación del cuadro: pero ateniéndonos á lo que la experiencia enseña, á lo que ponen de manifiesto las estadísticas y las autopsias, ó los recursos desconocidos que en reserva debe tener la naturaleza en estos casos para luchar con ventaja, el pronóstico tiene que ser muy grave pero no fatal. Conozco un caso similar en cuanto á la extensión de las lesiones, si bien diferente por tratarse aquí de un individuo á quien le sobran los elementos de vida, que en el espacio de dos años, y á pesar de los funestos augurios del médico de cabecera, de la sentencia de muerte que fulminó sobre su cabeza, recobró la salud y después de transcurridos cinco años se encuentra robusto y sano, llevando el peso de una casa de comercio, sin que su salud se resienta en lo más mínimo.

Casos de esta naturaleza tienen que llevar á nuestro ánimo la confianza en la curación y nos obligan á ser prudentes y reservados en el pronóstico; en una palabra, nos alientan á no perder la esperanza por avanzado que sea el proceso y por estendidas que se encuentren las lesiones.

De que se cura la tuberculosis nos dan testimonio fidedigno, la experiencia de los médicos y el resultado anatomo-patológico de las autopsias.

La naturaleza opera la curación valiéndose de sus propios recursos, de sus propios elementos,

¿Qué recursos son éstos? ¿Cómo operar?

Desde que conocemos el mecanismo de la fagocitosis, ya tenemos un rayo de luz que puede iluminar nuestra inteligencia en medio del obscuro laberinto del progreso curativo.

Ante esta concepción científica, caen por los suelos los específicos y los remedios que pretendían curar la enfermedad. Estamos en un período racional: se observa el proceso, se presencia

la lucha entre los recursos que la naturaleza pone en juego para destruir y eliminar al agente productor; se estudia el vigor y las condiciones del agente patógeno; y la terapéutica racional abandona la perturbación y se limita á prestar ayuda á la naturaleza para que ella opere el proceso curativo. La terapéutica viene en auxilio separando estorbos y proporcionando condiciones favorables para que el organismo restablezca su normalidad.

Nutrición, aereación, vigor; éstas son á mi entender las condiciones en que debe descansar el tratamiento de la tuberculosis. Si el enfermo precisa nutrirse, es necesario que el estómago no sea alterado por la medicación, de aquí que se busque la piel, el recto y la mucosa pulmonar, para hacer penetrar el medicamento en el organismo.

La aereación lleva el vigor al glóbulo rojo, y evita su destrucción por las toxinas respiratorias; la aereación suprime los sudores, y es el agente de la vigorización del pulmón, y de la organización toda. Si los elementos fagocitarios son los encargados de la destrucción del agente y elementos patógenos, éstos elementos de nuestra sangre, precisan un aire puro y renovado, para conservar energías; y debemos evitar su destrucción con el aire viciado y sobre todo cargado de toxinas respiratorias; de aquí que el principal recurso terapéutico higiénico contra la tuberculosis sea la aereación constante, haciendo dormir á los enfermos con los balcones ó ventanas abiertos en toda estación: bien entendido que con las debidas precauciones.

Las intervenciones particulares deben siempre estar indicadas para favorecer á la naturaleza, evitar el esfuerzo de ésta. Un estado congestivo pulmonar, por ejemplo, reclama de nosotros una intervención por medio del termocauterío (cauterización punteada) para así prevenir hemorragias y extensión de las lesiones. Una tos pertinaz y congestiva nos obliga á calmar la excitación de la mucosa por medio de la codeína ó la heroína. Un estómago atónico reclama nuestra intervención; pero en caso de integridad funcional, atenemos á las condiciones generales.

En el caso que nos ocupa, se instituyó el siguiente tratamiento:

Fricciones de vasógeno creosotado al 10 por 100 en cantidad como de dos gramos próximamente, alternando la fricción en el pecho y espalda.

Por la noche, al tiempo de acostarse, y en la misma habitación que sirve de dormitorio, á fin de conservar una atmósfera balsámica durante la noche, inhalaciones de aceite esencial de trementina y yodoformo al 5 por 100, con objeto de corregir las alteraciones laríngeas que presenta el enfermo y llevar á toda la mucosa bronco pulmonar la acción específica del yodoformo.

Como la tos es muy molesta y continúa, se le mandaron unas píldoras de heroína con arreglo á la fórmula que sigue:

Heroína -15 centigramos
para 25 píldoras

para tomar una á media mañana y repetir la dosis con una media hora de separación, si no se habia calmado; pudiendo llegar á tomar hasta tres si fuera necesario.

Con objeto de curtirlo á la intemperie y al mismo tiempo darle vigor al organismo, se le obligó á hacerse lociones frías en el tronco, por la mañana, al tiempo de levantarse.

Aplicaciones de termocauterio, se le hicieron muy pocas, por no ser necesarias.

Dormir con la ventana abierta durante la noche, teniendo cuidado de evitar las corrientes de aire.

Como alimentación se le prescribió leche, huevos y carne en abundancia.

Debido á los caritativos sentimientos de un señor, que no cito por temor á herir su modestia, pudo nuestro enfermo comprar medicamentos y alimentos suficientes para lograr su restablecimiento.

Al mes de tratamiento no era conocido, pues renació el perdido apetito, desminuyeron mucho la tos y la expectoración, habiendo ganado unos kilos en peso. Las lesiones pulmonares estaban notablemente corregidas y los sudores y fatigas parecían no molestar tanto al enfermo.

Así ha trascurrido hasta el día de hoy, ganando cada día más en favor de su curación y en la última inspección que se le hizo, pude observar lo siguiente: Un vigor extraordinario que le permite desde hace algunos meses dedicarse á las rudas faenas del campo, sin el menor cansancio y sin molestia alguna. Notable engrosamiento, escasísima expectoración sin que los análisis microscópicos del esputo revelen la existencia del bacilo de Koch. El pulmón izquierdo completamente permeable con murmullo respiratorio normal. En el pulmón derecho se nota la ausencia del soplo cavitario y solamente en el vértice existe aún algo de exageración de la vibraciones torácicas y muy raros estertóres húmedos. El enfermo se cree completamente curado.

¿Será radical esta curación? ¿Será definitiva? El tiempo dirá, pues aún queda un poco de expectoración por las mañanas.

Alberto Domínguez Martínez,

Alumno de 4.º grupo de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Este fué el tema que desarrolló en la sesión científica que el Ateneo Médico Escolar de Zaragoza celebró el día 11 de Abril el distinguido profesor de Técnica Anatómica de la Facultad de Medicina Dr. D. Vicente Lafuerza.

Dedicó en primer término frases de cariño y sentimiento á que fué maestro de esta Facultad y socio honorario de aquella Academia, Dr. D. Manuel S. Pastor, el cual, con sus condiciones, supo conquistar el respeto y simpatía de todos.

Seguidamente dió el Dr. Lafuerza principio á su disertación, exponiendo la significación del órgano de Wolff y su origen, sus caracteres morfológicos y su estructura.

Explicó la formación de los segmentos metaméricos, y tomando uno como tipo, demostró el modo como se diferencian las zonas denominadas *epímero*, *mesómero* é *hipómero* que se trasforman en *miotomas*; *nefrotomas* y *celotomas*, como se fraguan pequeños espacios que únicos al principio se segmentan después para dar lugar al *epiceloma*, *mesoceloma* é *hipoceloma*, convertidos más tarde en *miocel*, *nefrocele* y *esplanocel*, indicando que en la zona de los nefrotomas es donde tiene origen el órgano de Wolff.

Pasa después á estudiar las diversas formaciones llamadas *pronefros*, *mesonefros* y *metanefros*, fijándose de un modo especial en la segunda, que constituye el órgano de Wolff, aportando infinidad de detalles de estructura y textura ya referente á la formación de los canaliculos transversales, ya con relación á los ramitos vasculares en sus relaciones y terminación, así como la disposición del tejido conjuntivo inter canalicular. Indica las diferencias que se observan en diferentes seres y hace un estudio comparativo de las unidades anatómicas del pronefros, mesonefros y metanefros para que resalte la escala que de menor á mayor complejidad se observa.

Expone después las diversas teorías para explicar la formación del conducto de Wolff, lo mismo para comprender su origen pasando antes por la fase de canal, que admitiendo la constitución de un cordón que macizo primero se ahueca después para convertirse en conducto, marcando el origen, trayecto y terminación del mismo.

Seguidamente se ocupa del órgano de Wolff en el hombre, fijándose en algunos caracteres anatómicos interesantes. Explica la función de glándula que desempeña y su existencia transitoria, y el modo como el mesonefros sustituye al pronefros y aquel más tarde lo es por el metanefros, indicando el modo cómo se forma lo que será ureter y riñón definitivo y las relaciones íntimas de este conducto con el de Wolff, pasando á exponer las teorías sobre este particular, siguiendo paso á paso como para los demás asuntos los estudios modernos de los más distinguidos autores alemanes.

Hace luego consideraciones de orden anatómico-filosófico, y compara los tubos sudoríparos á un pronefros modificado, que en algunos seres inferiores tiene su representación en los *nefridias*.

Termina con una síntesis de todo lo expuesto para deducir el verdadero concepto de pronefros ó riñón cefálico, mesonefros ó riñón primordial (órgano de Wolff) y metanefros ó riñón definitivo, condensando los extremos principales á base de la anatomía comparada y filosófica.

Y aquí terminó la conferencia del Dr. Lafuerza, en la que presentó tres artísticas figuras dibujadas por el alumno Sr. Gaspar, para la más fácil comprensión de los asuntos tratados, los que representan un corte transversal de huevo de pollo, un corte vertical medio de un selacio y una vista general del órgano de Wolff, con el pronefros y metanefros, siendo premiada su labor con grandes aplausos de la concurrencia que llenaba el local que el Ateneo Médico Escolar tiene destinado para sus sesiones científicas.—*P. C. V.*



Al comenzar de nuevo nuestras tareas en 1906, sentimos que en nuestro ánimo nacen el temor y la duda; duda de conseguir éxito como el pasado; temor de perder el apoyo que siempre nos prestaron Maestros y Compañeros.

La primera parte de nuestra vida ha sido algo azarosa, aunque no por culpa nuestra: sin embargo, la experiencia nos ha proporcionado provechosas enseñanzas que desde hoy utilizaremos.

Y para seguir con paso seguro el camino que nos marca nuestro buen deseo, pedimos protección á la Prensa profesional, á los Maestros en la Ciencia y á todos los Escolares españoles.

La Redacción.

Zaragoza 25 de Enero de 1906.