

Revista Médica Salmantina

R. 2306

Año V

ENERO Y FEBRERO DE 1909

Núm. 1

Por la Higiene de Salamanca

Causas de las fiebres tifoideas de la ciudad.—Sus remedios posibles

Al Fomento de Salamanca:

Demostrando un buen deseo y un gran amor á sus conciudadanos, la naciente Sociedad Fomento de Salamanca nos pide un informe sobre las causas y remedios de las llamadas fiebres infecciosas que tanta morbilidad y no escasa mortalidad producen entre nosotros.

Realmente, algunos de los firmantes ya han explicado en conferencias y en revistas lo que se nos pide, y otros, por el cargo oficial que desempeñan, también van poniendo el posible, lento remedio al mal, que así tiene que ser cuando se tropieza con grandes dificultades sumadas á la apatía popular.

Pasemos revista ligeramente al problema.

En primer lugar: ¿existe el peligro de que se habla?

Existe, contestamos nosotros. El Fomento hace bien en preocuparse de él. Existe una mortalidad exagerada en nuestra capital, y además es exageradísima la cifra de morbilidad. Hay más defunciones de las 22 por 1.000 que suelen ser las normales en pueblos civilizados; llegando en algunos, no más que al 16 por 1.000. Y como si esto fuese poco, hay un número inmenso de enfermos que aunque se curan, perjudican á la vida material del país: dan muerte económica.

He aquí algunas cifras:

Datos de la mortalidad de Salamanca desde 1904 hasta la fecha, y señaladamente de las defunciones por fiebres infecciosas.

Defunciones en 1904

Enero, 80, por fiebres, 3; Febrero 68, 1; Marzo, 84, 5; Abril,



73, 2; Mayo, 81, 3; Junio, 85, 5; Julio, 81, 6; Agosto, 79, 8; Septiembre, 74, 8; Octubre, 96, 7; Noviembre, 76, 13; Diciembre, 78, 4; total, 978. 54.

Defunciones de 1905

Enero, 84, por fiebres, 4; Febrero, 88, 4; Marzo, 90, 2; Abril, 67, 2; Mayo, 85, 2; Junio, 43, 3; Julio, 75, 4; Agosto, 43, 3; Septiembre, 63, 1; Octubre, 82, 4; Noviembre, 76, 13; Diciembre, 78, 4; total, 913, 45.

Defunciones de 1906

Enero, 93, por fiebres, 8; Febrero, 84, 4; Marzo, 94, 2; Abril, 74, 5; Mayo, 81, 0; Junio, 61, 3; Julio, 116, 1; Agosto, 106, 6; Septiembre, 92, 8; Noviembre, 75, 4; Diciembre, 71, 5; total, 1.030, 55.

Defunciones de 1907

Enero, 101; Febrero, 130; Marzo, 102; Abril, 83; Mayo, 79; Junio, 90; Julio, 88; Agosto, 92; Septiembre, 87; Octubre, 76; Noviembre, 58; Diciembre, 108; total, 1.094, por fiebres, 80.

Defunciones de 1908

Enero, 75; Febrero, 68; Marzo, 91; Abril, 80; Mayo, 69; Junio, 82; Julio, 84; Agosto, 87; Septiembre, 69; Octubre, 70; Noviembre, 82; Diciembre, 79; total, 936, por fiebres, 79.

Defunciones en 1909

Hasta el 29 de Enero, 91.

Mas no debemos olvidar que este conocimiento de la gravedad de nuestra situación, no parece alarmar al pueblo. Hay muchos vecinos de Salamanca que ignoran que aquí se muere más gente de la que por ley natural debía morir, y que hay más enfermos de los que debieran. Esta ignorancia corre parejas con esta otra: es, á saber, la que consiste en desconfiar de la ciencia y de la higiene como remedio de todo ello.

De aquí una labor que se impone al Fomento: Llevar al ánimo del pueblo la convicción de nuestra miseria corporal y espiritual, y la necesidad de que reaccionen contra esa apatía é igno-

rancia ricos y pobres, á vencer la cual no bastan leyes ni autoridades.

Las clases acomodadas tienen que tener presente que tal es la solidaridad humana que los males de los pobres acaban por serlo de todos los ciudadanos. Hay que saber que aun teniendo uno en su casa agua limpia y W-C, y habitaciones que se puedan lavar, y en fin, un alojamiento higiénico, el tifus del vecino halla medio de introducirse en el palacio.

Por eso la higiene social y pública.

En Salamanca es tal la importancia de esta higiene, que no debían comer á manteles las autoridades hasta que no estuviese resuelta la traída de aguas, como suele llamarse la dotación de este servicio y el planteamiento del alcantarillado.

La existencia de las fiebres tifoideas tiene, pues, una causa moral é intelectual.

Veamos ahora las causas materiales, que dividimos en dos: colectivas ó de higiene pública, é individuales, de higiene privada.

Causas públicas

No tenemos agua sana.

Se bebe por el vecindario en su mayoría agua del Tormes, y los que tienen más medio de fortuna, creen conseguirlo todo, bebiendo agua del río recogida en Enero, es decir, clara y transparente.

A estos hay que decirles que el agua cristalina puede llevar gérmenes de tifus, que no la enturbian. La enturbian el barro ó las materias colorantes, pero no los microbios, y para tener seguridad de que bebemos agua buena, debe analizarse, no por el químico solo, sino en el Laboratorio de Microbiología, y con frecuencia.

Beben otros agua de fuente. Es más probable que ésta sea verdaderamente limpia, pero puede no serlo sino se ha vigilado el terreno cercano, y viven en las inmediaciones gentes ó ganados, que con sus escrementos que atraviesan el suelo, impurifican los pozos y los manantiales.

Consecuencias: no puede consentirse que se laven ropas, que abreen ganados ó se bañen en las cercanías de la toma de aguas del Tormes. Y lejos de eso, y contra la protesta del inspector de Sanidad, allí hay lavaderos y hay viviendas.

Supongamos ahora que un agua sanísima viene de los depósitos. No bastará. Se impurifican en las cañerías. El subsuelo de la urbe está podrido, es humos, mantillo, tierra vegetal, ó en términos más técnicos, está lleno de bacterias nitrificantes, que atacan las cañerías. Y esto sucede porque las calles son todas cloacas y absorbiéndose por el pavimento lo que se deposita en él, llega muy pronto á nuestro propio hogar con el caño de aguas de las cocinas. Hay ejemplos á docenas. El vaciado de la plaza de la Verdura cuando se hizo el Mercado lo demostró bien: y sigue probándose á diario.

Es más; en el nuevamente construído sucede lo propio. Han permitido las autoridades construir viviendas en nuevas vías, como la avenida de Canals y el Rollo, sin estar urbanizadas, y ya están infectados todos aquellos barrios. Será tardío el remedio cuando se ponga.

Y aquí recordaremos, cómo en Madrid hay hecho un hospital completamente terminado y no se dá licencia para inaugurar-lo mientras no haya alcantarilla.

No podremos, pues, tener agua buena sin alcantarillado bueno. El alcantarillado es otra causa del tifus.

No solo porque en sitios en que no existe se vierten los detritus al aire libre y se infiltran, como dijimos antes, sino porque en donde los hay, es malo. Se hizo para servir á dos ó tres vecinos, y allí injertaron después veinte, hasta reventar los tubos de conducción; que por supuesto van paralelos y cercanos á los que sirven el agua de bebida.

Y esta cuestión acarrea una responsabilidad moral: estamos envenenando el Tormes: nuestro tifus llega á Tejares, Zorita, Valverdón, Almenara, Juzbado y Ledesma. Lo saben los médicos de estos pueblos.

Otra causa la constituyen los barrios pobres y aquellos que, sin serlo, tienen casas de vecindad en que se acumulan muchos individuos sin espacio, hacinados verdaderamente. En los portales hay un vertedero común sin cortagases, en comunicación con la alcantarilla. En los patios, tendedores de ropa, también en comunidad. Se dice que el agua del depósito no alcanza por su nivel á estos hogares, y no se aplica una sencilla y económica bomba de mano que haría subir á todos los pisos el líquido que se necesita.

Por último, la mala costumbre de convertir las calles más ó menos solitarias en sitios de fáciles desahogos fisiológicos, la escasez de columnas mingitorias, «no existe ningún gabinete público de aseo», la abundancia de papeles sucios y basuras en esas mismas calles y plazas, constituyen múltiples focos de infección.

Así se propaga no solo el tifus, sino toda enfermedad contagiosa.

Causas individuales

En Salamanca, se carece de agua, porque no la utilizan los habitantes, no gusta el baño, no se lavan tampoco los pavimentos de las casas ni de las aceras ó las calles, y cuesta 0'50 pesetas por metro cúbico. Esto último quizás se remediase con mayor dotación de agua para el Municipio. Lo primero no se remedia con eso.

Tampoco gusta el público de que la autoridad practique desinfecciones domiciliarias. Tan escasa simpatía tienen estas sanciones de la higiene, que nadie ha pedido hasta ahora que en su domicilio figure una placa que diga: «placa higiénica». Dudamos si hay alguna.

Son también pocos los que si tienen en su familia un caso de tifus, arrojen las deyecciones esterilizándolas antes con sulfato de cal, de hierro ó cloruro de calcio, etc.

Remedios

Se deducen de las causas.

Remedios al alcance de las autoridades:

Hacer cumplir taxativamente las Ordenanzas municipales.

Aceptar cuantos medios se propongan para construir el alcantarillado y aumentar la dotación de aguas, *aunque fuese á costa de gastos onerosos.*

Exigir la denuncia de todos los casos de tifus para desinfectar esos domicilios.

Dotar al Laboratorio municipal de los medios de analizar el agua por los procedimientos biológicos.

Imponer igualmente el cumplimiento de las multas impuestas por faltas de higiene, con la cooperación de los tribunales.

Remedios individuales

Utilizar para los enfermos la mejor habitación de la casa.

No beber sino agua filtrada ó de fuente [ó agua hervida ó teñida de vino.

Aislar á los tifódicos todo lo posible.

No mezclar sus ropas con las del resto de la familia. Separar también su vajilla. Desinfectar también las deyecciones con agua de cal al 207 por 100.

Recomendar la vida al aire libre; los paseos campestres.

Corregir á los niños que se ensucien en las calles.

Ayudar á las autoridades al cumplimiento de sus Ordenanzas.

Isidro Segovia, Antonio Díez, Agustín Cañizo, Hipólito R. Pinilla, Filiberto Villalobos.

NOTAS CLINICAS

Clinica Médica á cargo del profesor D. Agustín Cañizo

Un caso de lesión mitral

por el alumno observador

José M.^a Díez Riaño

Cipriana García, enferma que á la sazón se personó en esta Clínica el día 12 de Noviembre, cuenta 50 años de edad, es casada y reside en una de las aldeas próximas á la ciudad, en la que se ha dedicado durante largo tiempo á los quehaceres propios de su sexo, especialmente al lavado y además á los trabajos de panadería, cuya industria cultiva

Son pocos los antecedentes patológicos que de sus mayores he podido colegir, pues la enferma no sabe determinar qué enfermedades padecieron sus padres ni colaterales más próximos, habiendo únicamente podido poner en claro que su madre sufrió repetidos ataques histéricos.

Ella, por su parte, dice haber tenido cuatro hijos, tres de los cuales gozan de perfecta salud y el otro padece ataques nerviosos; refiere además dos abortos, de los cuales uno la tuvo postrada en cama durante largo tiempo y del que tardó lo menos un año en quedar completamente restablecida. Por otra parte, no ha padecido enfermedad alguna hasta la edad de 36 años, época en que se la presentó la enfermedad que con ligeras remisiones y mejorías temporales, ha continuado hasta el presente.

Empezó, dice la enferma, sintiendo dolores que al principio ni ella misma sabe localizar por lo inconstantes; sintió á poco dificultad en los movimientos del pie derecho, dificultad que paulatinamente fué convirtiéndose en dolor y que se localizó definitivamente en la articulación tibio-tarsiana; esta articulación cada vez más dolorosa, comenzó á ponerse tumefacta y edematosa y el mismo proceso invadió varias articulaciones inferiores, á las que siguieron las superiores en orden de prioridad; continuó después durante largo tiempo sintiendo molestias en la región precordial, falta de apetito, anginas y abundantes sudores, y por fin fué á un balneario de aguas sulfurosas, del cual vino algún tanto restablecida, pero volvió al poco tiempo á sufrir las mismas molestias.

Estado actual.—A fuerza de seguir el orden riguroso de los hechos, empezaré exponiendo los síntomas de la manera misma que me ha conducido á su conocimiento, clasificándolos al efecto en subjetivos y objetivos.

Lo que más indudablemente molesta á la enferma en la actualidad, son ligeros dolores precordiales acompañados de fuertes palpitations y dificultad, según ella para respirar, se cansa muy pronto, tiene que pararse algunas veces al subir cualquier pendiente por pequeña que ella sea y después de un ligero descanso con profundas inspiraciones, vuelve á continuar la marcha; está completamente inapetente, no resiste por otra parte la ingestión de cantidades un poco considerables en su estómago, porque á las pocas horas la causan frecuentes molestias; estas molestias ella misma no acierta á exteriorizar, á veces, dice me acuesto, duermo durante algún rato y me despierto insensiblemente sintiendo que me falta el aliento, siento por otra parte una sensación de angustia indefinida en el estómago, algo así como de opresión que parece subir hacia arriba y tras un ligero desvanecimiento acompañado de mucha ansiedad, vuelvo á quedar tranquila. Estos ligeros desvanecimientos los siento por otra parte bastante amenudo. Aqueja también al presente las mismas molestias en las articulaciones, si bien en ellas la tumefacción es poco considerable, tiene algo de angina y suda con mucha frecuencia.

Por otra parte, los medios exploratorios me han demostrado las siguientes alteraciones que por orden de importancia son: debilidad del pulso, frecuencia del mismo y arritmia marcada; esta arritmia no sigue en medio de la misma ningún ritmo especial, sin que está caracterizada por la misma inconstancia en la rapidéz de la contracción cardiaca; el trazado gráfico que aquí hemos obtenido es bien demostrativo; por la palpación cardiaca se nota desde luego gran diferencia de intensidad en el choque de la punta y en algunos sistoles enérgicos puede percibirse en el estremecimiento catario. La auscultación del corazón revela también des-

doblamiento del segundo tono y por parte del primero sin soplo fuerte y áspero que tiene su máximum de intensidad á nivel del foco de la mitral.

Por la auscultación pulmonar, parecióme el primer día, notar algo de estertor en la base pulmonar izquierda, si bien en otra nueva auscultación no he podido evidenciarlo; de existir, dicho sea de paso, no iba acompañado ningún signo percutorio.

En resumen.—Sintetizado por orden de aparatos de importancia, las alteraciones tanto subjetivas como objetivas, que á grandes rasgos acabo de exponer, resulta: que por parte del aparato circulatorio presenta, dolor en la región precordial, inconstante, palpitaciones, debilidad, frecuencia y arritmia del pulso, inconstancia en la energía sistólica del corazón y á veces estremecimiento catario; á la auscultación desdoblamiento de los tonos de la base y soplo en el vértice. (Ritmo de codorniz). Por parte del aparato respiratorio, disnea de esfuerzo, estertores no del todo comprobados y disnea toxi-alimenticia. Por parte del aparato digestivo, inapetencia, debilidad digestiva y sensación de opresión en el estómago; desvanecimientos de opresión en el estómago; desvanecimientos por parte del nervioso; anginas, dolores articulares y sudores, como molestias localizadas en órganos menos importantes.

Diagnóstico.—Una ojeada rápida sobre el resumen sintomático que acabo de exponer, revela desde luego en la enferma dos grupos de alteraciones principales: alteraciones dependientes del funcionalismo anormal del corazón, y alteraciones á las que si por el momento no es posible asignar su verdadera génesis, son manifiestamente locales, con marcada tendencia á la localización articular.

Digo, que el primer grupo de alteraciones, obedece al funcionalismo anormal del corazón y en efecto, aun prescindiendo de los signos cardiacos, ningún elemento morboso sería suficiente á explicar un estado que tan de lleno encaja en el cuadro de las cardiopatías; pero los síntomas por parte del mismo corazón, son bien demostrativos. La debilidad del pulso, la arritmia y la inconstancia en la energía sistólica, son tributarios á un proceso miocárdico. El ruido de codorniz, el estremecimiento catario y el soplo sistólico del vértice, son síntomas característicos de una lesión mitral. Por lo que á las afecciones articulares y anginas se refiere, ella misma las califica de reumáticas y sin grandes esfuerzos parece demostrable la veracidad de tal aserto. La manera especial de iniciarse el proceso, la marcada tendencia á las recidivas, los dolores y tumefacción articular acompañados de anginas, llevan pronto á pensar en repetidos ataques de reumatismo articular sub agudo.

Si ahora, considerando cuán frecuentes son en los ataques

reumáticos, las complicaciones endocardíticas y como los repetidos brotes endocardíticos y el mismo reumatismo origina miocarditis, veremos en la frecuencia de estas alteraciones concomitantes un dato más de certidumbre del diagnóstico que podremos formular.

Una lesión combinada de la mitral, con miocarditis crónica, estados ambos consecutivos, á frecuentes ataques de reumatismo poliarticular sub-agudo.—Sentado que las alteraciones que la enferma experimenta, obedecen á tres clases de procesos morbosos, no estará demás deslindar en lo posible las manifestaciones dependientes de cada uno de ellos, tanto en corroboración del diagnóstico, como para atribuir á cada uno su verdadera significación etiológica.

El primer elemento morbooso que consideraba en mi enferma, era la endocarditis; apoyaba mi diagnóstico en tres síntomas principales: debilidad del pulso, frecuencia del mismo é inconstancia en la energía sistólica del corazón. Ahora bien; son estos síntomas tan claros, que no permitan dudar de la existencia de la miocarditis? Creo que no. Estos síntomas al fin y al cabo, no denuncian realmente más que una insuficiencia del miocardio. Pero cómo deslindarlo del periodo hiposistólico de la lesión mitral existente en la enferma? En realidad, la debilidad del pulso tanto puede atribuirse á uno como á otro elemento morbooso, porque tanto pueden producirla la falta de energía ventricular en un caso, como la escasez de sangre afluyente al ventrículo izquierdo, en el otro, la arritmia y la inconstancia en la energía sistólica, aunque de gran valor, tampoco son concluyentes; son en último término dos de tantas manifestaciones conque el corazón pone al descubierto la insuficiencia de su función, y cuyo mecanismo sería difícil averiguar. Sin embargo, si tenemos en cuenta que la enferma remonta el origen de sus molestias hasta el primer ataque reumático y que ha sentido recrudecerse aquéllas bajo la influencia de cada nuevo ataque, es lógico pensar que cada ataque reumático ha provocado algo de miocarditis, sopena de suponer que aquél recrudecimiento de molestias era debido á nuevos brotes endocardíticos en la válvula anteriormente afecta, aumentando así la lesión valvular, lo cual por lo raro sería menos convincente. Por lo demás, no he de esforzarme en demostrar que las molestias de estómago, la disnea toxi-alimenticia y de esfuerzo, y los desvanecimientos son secuela propia del proceso cardiaco, por ser su mecanismo de todos conocido. No creo tampoco de confusión posible las anginas y tumefacciones articulares con manifestaciones dependientes de la cardiopatía, pero por lo que á los sudores atañe, si bien acompañan con frecuencia al reumatismo, no podrían representar alguna perversión del funcionalismo nervioso con que el cerebro traduce las deficiencias de su riego? No creo posible dilucidarlo.

Pronóstico.—Conformes los clínicos en el triste pronóstico que hay que atribuir á las lesiones valvulares y orgánicas del corazón no es como se vé difícil establecerlo, por lo que á la terminación de la enfermedad se refiere, pero surgen grandes dificultades si se tratara de augurar el término probable de la misma. Hacer esto equivaldría á medir el tanto de energía cardiaca de la enferma, problema de difícil solución, mucho más si se tiene en cuenta el cortísimo tiempo sometida á mi observación. No ha notado nunca la enferma hemoptisis, ni edemas maleolares; tampoco se observan en ella éxtasis venosos viscerales, todo esto parece indicar cierto grado de energía contractil en su corazón, compatible por lo tanto durante largo tiempo, quizá con la función especial del mismo; sin embargo son frecuentes la disnea de esfuerzo intensísima y los desvanecimientos; éstos á mi parecer son de mal pronóstico, y si algo hubiera de constante en la iniciación de los fenómenos hiposistólicos de las cardiopatías, concedería en este proceso más importancia á la miocarditis que á la misma lesión mitral.

Interesante hubiera sido haber hecho un estudio detenido de la concentración urinaria, que tanta relación parece tener con el funcionalismo cardiaco. La enferma no ha experimentado variación alguna en la cantidad de la orina, pero no hay que olvidar que pequeñas variaciones en su cantidad, son difíciles de observar y pudieran sin embargo tener grandísima significación pronóstica. Finalmente: si algo en concreto se me exigiera acerca de la mayor ó menor proximidad del desenlace, me atrevería á sentar: que la gravedad que entrañan dos procesos concomitantes de esta índole, los fenómenos de hiposistolia ya observados, y sobre todo las frecuentes recidivas reumáticas, que tanto hacen acelerar el proceso, auguran fatal desenlace en plazo no lejano, aun prescindiendo de las complicaciones disnéica y embolígenas, que tan fácilmente pueden sobrevenir.

Tratamiento.—La indicación causal, será la primera que hay que llenar en esta enfermedad, administrando por consiguiente el salicilato de sosa á crecidas dosis, apenas se inicien los fenómenos reumáticos, por prevenir en lo posible una nueva complicación cardiaca.

En cuanto á la cardiopatía, dado el ostensible desfallecimiento cardiaco, es ya necesario recurrir á la «digital», que vigorice la concentración cardiaca. Al mismo tiempo, la vida reposada, sin esfuerzos ni alteraciones de ningún género, alimentos de fácil digestión que economicen trabajo gástrico, acompañados de ligeros diuréticos y laxantes, que prevengan los esfuerzos de la defecación; son indicaciones imprescindibles para evitar trabajo al corazón y prolongar durante el mayor tiempo posible, la poca energía que tiene almacenada.

*
*
*

Un absceso fistuloso fimico

por el Alumno observador

D. E. Rocandío

Anamnesia.—El 19 de Octubre de 1908 se presentó en la Policlínica de esta Facultad de Medicina, Emilio Pascua, de 34 años, casado, con habitual residencia en Salamanca, de oficio guarda de consumos, de temperamento linfático, débil constitución y mal género de vida.

Antecedentes hereditarios no tiene ninguno; individuales, enfermedades propias de la infancia, no teniendo nada que aquejar hasta que con motivo de la guerra estuvo en Cuba, donde padeció la viruela y fiebre amarilla; más tarde, hace seis años, una orquitis blenorragica.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo: que estando prestando servicio una noche en el mes de Mayo, se quedó dormido y al despertar notó se había mojado, encontrando gran dificultad al andar y al sentarse; sentía un escozor en el ano, escozor que fué aumentando hasta convertirse en dolor, de caracter pungitivo, con localización en la región ano-perineal, apreciando un cuerpo duro, como un huevo de gallina, implantado en la parte terminal del escroto, que corresponde al testículo derecho.

Siéndole imposible continuar en esta forma, se presentó en la Clínica del Dr. Q., por el cual fué operado, sintiendo los efectos de una mejoría inmediata; á cargo de la cura (la antiséptica comun) estaba un Practicante, que según refiere el enfermo la efectuaba con irregularidad, transcurriéndose siete y ocho días sin levantar el apósito. La herida quirúrgica, después de abundante supuración, fué cicatrizando, hasta dejar un pequeño orificio por donde salia algo de pus, siendo insuficiente el tiempo y nuevas curas para la cicatrización completa.

Al comprender el enfermo retrocedía en su dolencia, se presentó en el lugar de la observación.

Estado actual.—Dice encontrarse mejor en la cama adoptando el decúbito supino, con las piernas separadas y en semiflexión, la deambulacion es difícil, aumentando el dolor al practicarla, el enfermo está desnutrido y presenta un tinte ictérico bastante acentuado en la conjuntiva.

Estado de la parte.—La afección asienta en el escroto, correspondiendo al testículo derecho en su parte posterior. Por la

inspección se observa un orificio de 5 mm. de diámetro próximamente, de bordes coloreados en rojo, la piel que lo circunda está amoratada, continuándose sin línea de demarcación con la piel sana.

Por el tacto pudimos apreciar un cuerpo duro de no mucho tamaño limitándole hacia adelante y adentro la uretra y hacia atrás y afuera la parte anterior de la tuberosidad isquiática derecha. Ayudados de un estilete é introducido por el orificio citado, demostró la existencia de un conducto sinuoso que desembocaba en la uretra membranosa, por este conducto sale una materia purulenta, fluida, de color blanquecino lechoso; el examen microscópico demostró la existencia de los micrococos del pus. En las micciones la mayor parte de la orina se desvía y pasando por este conducto sale al exterior. El dolor asienta en la región ano-perineal, se irradia en todos sentidos, es de carácter pungitivo y tolerable.

El aparato digestivo verifica con regularidad todas sus funciones. El aparato circulatorio solo presenta pulso débil y frecuente, más durante la noche. En el respiratorio, percutiendo, noté (dificilmente) una submatidez en el vértice del pulmón derecho, y auscultando, una rudeza inspiratoria y algunos cruídos secos. Sistema linfático, ganglios infartados en las regiones inguinal y submaxilar.

Aparato génito-urinario. Erecciones frecuentes y dolorosas, no presentando la función urinaria más trastornos que el cambio de vía.

Calorificación: Aumenta la temperatura durante la noche y tiene sudores nocturnos.

Diagnóstico. En vista del aspecto de la lesión, de la no muy viva inflamación, el dolor no exagerado, los caracteres del pus y algunos síntomas generales, como emaciación del individuo, sudores nocturnos, fiebre del mismo carácter, infartos ganglionares y los síntomas referidos del aparato respiratorio, me hacen pensar se trata de un absceso tuberculoso de forma fistulosa, comunicando la uretra membranosa con el exterior, teniendo su asiento en el tegido celular subcutáneo.

Diagnóstico diferencial.—Se diferencia del absceso caliente, porque en este están marcadísimos los caracteres de Celso, cosa que no ocurre en nuestro enfermo. Pudiera ser sifilítico, pero de esta afección no hemos podido recojer ningún antecedente y el aspecto de la lesión lo excluye, puesto que la supuración es abundante, no habiendo aparecido ninguna de las manifestaciones generales de la sífilis. Del blenorragico se diferencia por el carácter del pus y la marcha de la enfermedad.

Pronóstico —Grave, puesto que pudiera generalizarse la tu-

berculosis y sucumbir el enfermo en más ó menos tiempo, según la clase de ésta.

Tratamiento.—El higiénico, consistirá en reposo, alimentación nutritiva, aireación suficiente, mucho sol, etc. El Farmacológico: tónicos, reconstituyentes como el aceite de hígado de bacalao con tintura de iodo, los clorhidrofosfatos, etc., y el Quirúrgico lo proscribimos en absoluto.

Reflexiones.—Dos puntos importantes tenemos que aclarar en nuestra historia, lo referente á la Etiología y á la prescripción del Tratamiento quirúrgico. Desde luego encontramos en el individuo circunstancias que predisponen: la constitución, las fatigas de una campaña, el haber permanecido durante largo tiempo en sitios húmedos, el mal género de vida, y sobre todo enfermedades anteriores (blenorragia), que dejaron terreno abonado para que la causa determinante (bacilo de Koch) asentara en el lugar afecto. Referente al tratamiento, tomando por base la teoría de que la tuberculosis pueda ser una enfermedad local con tendencia á generalizarse; no debemos tratar por medios quirúrgicos á este enfermo, porque sabemos que en todos los abscesos fríos existe una membrana piogénica, que es la defensa que la naturaleza opone á la generalización; de modo, que mientras aquélla permanezca intacta, habrá muchas probabilidades de que la tuberculosis siga siendo local.

Si en estas condiciones nosotros por medio del raspado, arrancamos esta membrana, pondremos al descubierto grandes superficies absorbentes, idóneas para la penetración del agente morbo, y resultará que el enfermo será fácilmente preso de una tuberculosis miliar.

Modernamente en el Congreso internacional de Bruselas en 1905, se preconizó como tratamiento á los abscesos fríos, las inyecciones de aceite iodoformado y la compresión venosa, siendo esta para producir la congestión pasiva. La inyección á que me refiero, se usó en esta Clínica; pero la compresión venosa, no veo medio de aplicarla, por el lugar donde asienta el absceso, pues las venas están protegidas por abundante cantidad de tejido celular, y no hay puntos duros donde aplicarla sin interesar otros órganos, tropezando también con la facilidad que tiene el escroto para gangrenarse.

No obstante mi defensa sobre la teoría de tuberculosis local que se generaliza, comprendo desde luego, que hay mucha posibilidad, que sea general con tendencia á localizarse y si abrimos y raspamos el absceso, dilatamos el trayecto fistuloso, extremando los rigores de la asepsia y antisepsia, unido á los remedios farmacológicos y preceptos higiénicos recomendados, posible sería que nuestro enfermo se curara, como otros muchos que yo he vis-

to en la práctica, puesto que á ese punto de locus minore resistencia, donde aparecía el primer foco tuberculoso, habíamos llevado el raspado y la antisepsia, procurando la más pronta cicatrización, evitando como digo por la higiene, una nueva explosión de la tuberculosis.

Las Varices y el Reumatismo

por el DOCTOR PINILLA

Catedrático de Pediatría.

En mi experiencia, no corta, como médico de baños he podido observar que los enfermos—sobre todo los varones—que padecen varices en las extremidades inferiores, tienen reumatismo, ó alguna manifestación concomitante ó anterior de neuro-artritis.

El Profesor Remy en su "Traité des varices des membres inférieurs,, divide estas dilataciones venosas en dos clases:

Primera: varices accidentales, que resultan de compresiones exteriores á los vasos por tumores ó cicatrices, traumatismos ó roturas valvulares, y

Segunda: varices de debilidad, á consecuencia de una enfermedad senil ó dolencia crónica de los elementos constitutivos de la vena, ó de su sistema nervioso, sea con deformaciones ó por insuficiencia congénita.

Ahora bien; entre esta segunda clase de varices, hay que buscar las que padecen los reumáticos, las cuales tienen algunos caracteres bien acusados.

Estos varicosos, suelen ser de tez morena, y entre sus antecedentes se puede observar que han padecido de epixtasis, que si han sufrido algún golpe, éste ha ido acompañado fácilmente de hemorragia, y además han advertido pérdidas de sangre por el ano antes de darse cuenta de que tenían hemorroides, y antes de padecer de varices en las piernas.

Significa todo esto, que el sistema de vasos de re-

ferencia experimenta una alteración en sus paredes, que les coloca en estado de menor resistencia; que á su vez parece residir en la degeneración de su capa media, con esclerotización de la externa, y atonía de los endotelios.

El tratar á estos varicosos con aguas calientes (termas sulfurosas por ejemplo), parece á primera vista un contra-sentido. Mas si estos procesos degenerativos tuvieran, como en mi concepto tienen, un origen neuroartrítico, ya no resultaría tanta contradicción.

Así es en efecto. En el Balneario de Ledesma tuve ocasión de ver algunos enfermos de esta naturaleza—por cierto, entre ellos, muchos sacerdotes—y ellos mismos me han confesado, que habiendo tomado aquellos baños con otro objeto, el aliviar por ejemplo una neuralgia, ó un lumbago, se han encontrado con que se curaban úlceras varicosas, ó disminuían de tamaño las venas dilatadas ó adquirirían mayor elasticidad los tegumentos que á estos pelotones vasculares cubren.

Estas consideraciones me han llevado más tarde á aconsejar á los varicosos, tomen ciertos medicamentos *ex-ore*, que tienen una relación de afinidad electiva sobre las venas: el hamamelis virgínica, y la Pulsatilla, en dosis de gota cada cuatro horas y por largas temporadas.

Estas dos sustancias y el régimen lacto-vegetariano, constituyen toda una medicación de las varices, al par que las aguas minerales antireumáticas, que bien pueden ser sulfurosas ó acratoternas.

El método de Sigaud sobre la exploración externa del tubo digestivo

por el Dr. Astígarra

de Bilbao

Hace más de veinte años que el Dr. Sigaud, uno de los más

sabios clínicos franceses, persigue el estudio de la exploración externa del tubo digestivo sistemáticamente, dejando de lado la Medicina experimental química y bacteriológica, habiendo llegado á formar un verdadero método clínico, conocido ya en Francia y Alemania con el nombre de *Método de Sigaud*.

Durante *la enfermedad* el vientre refleja en su forma exterior todos los grandes cambios que ocurren en la economía; pero estos cambios, esta fenomenología abdominal, reviste una doble forma según se trate de un *tubo digestivo débil* ó un *tubo digestivo fuerte*.

El primero, dice Sigaud, «es de textura fina, de una sensibilidad particularmente viva; una excitación ligera basta para provocar la actividad vital de todos sus elementos; una excitación fuerte determina una reacción brusca, brutal, de las fuerzas digestivas, que se agotan parcialmente sin provecho y antes del tiempo debido; una excitación muy fuerte produce un verdadero traumatismo que suspende la función en vez de originarla.

El tubo digestivo fuerte, de constitución más sólida, de estructura más grosera, es, por el contrario, de una sensibilidad proporcionalmente obtusa; una excitación ligera le deja casi indiferente y sin producir más que un principio de trabajo funcional; una excitación fuerte no es más que la necesaria para producir una función normal; una excitación muy fuerte es la señal del desorden, por otra parte moderado, cuya característica es menos la rapidez de acción y el agotamiento consecutivo, que la insuficiencia é incoherencia de una función poco modificada en su duración.»

Estos dos tubos digestivos corresponden á dos tipos orgánicos y se comprende perfectamente la importancia del examen y estudio de sus caracteres.

Inspección del tubo digestivo débil.—En la primera edad presenta escasas modificaciones. El vientre se nos presenta ligeramente redondeado en su conjunto. La masa gastro-intestinal, incapaz de gran desarrollo, no se distiende, pero llena completamente la cavidad abdominal, puesto que el vientre en este periodo no cambia de forma, cualquiera que sea la posición en que se le examine. Más tarde, en la juventud ó edad adulta, cuando la alimentación es más compleja; cuando las alteraciones de régimen se repiten y los excesos de toda clase conmueven el organismo; cuando la enfermedad, en una palabra, evoluciona después de varios años, es cuando el vientre pierde su aspecto redondeado y se hace plano, dejando sus límites óseos bien aparentes en la posición horizontal; y examinando en la vertical, vemos caer sus vísceras en la parte más declive de la cavidad abdominal, empujando hacia adelante la pared, poco resistente y ligeramente distendida, de tal manera, que el vientre, recto en la región supra-

umbilical, se hace prominente en la región hipogástrica y á nivel de los vacíos. En los casos en que la cronicidad es el hecho predominante, el vientre aparece irregular, como con jibosidades, abollado y se ven las contracciones del intestino delgado y del estómago á través de la pared. Estos vientres conservan su forma, generalmente redondeada, lo mismo si el enfermo está de pie que echado. Los anteriores, por el contrario, varían de forma á cada cambio de posición, y es que el tubo digestivo débil, dotado de una reactividad excepcionalmente sensible y rápida, no es susceptible de hipertrofiarse y dilatarse en grandes límites, sino que á medida que el periodo de declinación avanza, la luz del conducto se reduce, los tejidos se atrofian y la masa intestinal no llena su cavidad con una tensión suficiente, y obedeciendo á las leyes de la gravedad, dan al vientre formas variables, según la posición del enfermo.

Esto por lo que se refiere al examen en *estado estático*: dos palabras sobre las modificaciones del abdomen en *estado dinámico*, es decir, durante la fase digestiva, generalmente corta en este tipo.

Durante el primer periodo (fase de adaptación) mientras el aparato conserva una parte de su vitalidad, sus vivas reacciones impiden toda modificación en su estructura: la forma exterior del vientre permanece inalterable durante la digestión

En el segundo periodo (fase de declinación) el *balonamiento post-prandium* es el que aparece durante la fase digestiva. Una excitación demasiado fuerte, cualquiera que sea, alimenticia ú otra, ya no provoca una excitación fisiológica, sino una especie de traumatismo que inhibe una parte de la vitalidad del tubo digestivo y provoca su distensión. Si la excitación no es muy violenta, se distiende solo el estómago; el enfermo experimenta claramente la sensación de la hinchazón epigástrica. Si la excitación es demasiado fuerte, ya no es simplemente el estómago, sino todo el tubo digestivo el que se distiende.

Inspección del tubo digestivo fuerte.—Esta es la que da los signos objetivos más numerosos y variados. Durante el primer periodo (fase de adaptación) el tejido del tubo digestivo se hipertrofia y dilata durante un tiempo más ó menos largo, rechazando hacia adelante la pared abdominal que toma parte en este desarrollo. Las vísceras abdominales llenan completamente la cavidad y, por lo tanto, el vientre no cambia de forma, esté el enfermo de pie, echado, en ayunas ó en plena digestión. Esta fase es de duración variable, difícil de precisar; sin embargo, se puede decir que la duración será tanto mayor cuanto que la expansión abdominal se haya hecho más lentamente, á una edad menos tardía y no haya pasado de modestas proporciones. En esta fase se presenta el vientre llamado *en tonel*.

En la fase de declinación es en la que se observa las formas más variadas de vientre. La atrofia invade poco á poco las vísceras; la pared abdominal, distendida anteriormente, no se retrae suficientemente y deja un vacío en la cavidad, que es la causa de todas las variaciones de forma. Si el enfermo está de pie predomina el abombamiento en la región infraumbilical, y la epigástrica, antes redondeada, se retrae y aplasta. Cuando el enfermo se acuesta el vientre forma una masa aplastada, redondeada hacia los lados, movable, dejando ver las espinas iliacas y el reborde costal que forma á cada lado del epigastrio un saliente bien manifiesto. En la última etapa el vientre no existe, por decirlo así; en decúbito horizontal forma una especie de cubeta; de pie la pared abdominal cuelga, á modo de delantal, por encima del pubis.

En esta descripción están comprendidos los vientres de volumen considerable y se comprende que los de menor volumen sufrirán cambios acentuados: es cuestión de grados que el clínico apreciará fácilmente.

Dentro de la clase de tubos digestivos fuertes hemos de colocar el *gran vientre de niño*. Este presenta las dos conocidas formas de *vientre que se tiene* y *vientre que cae*, que marcan las fases distintas de un mismo proceso. La evolución del tubo digestivo no está en relación con la edad del sujeto: el periodo de declinación digestiva puede aparecer en edad temprana.

Durante el crecimiento, más en la primera infancia, el esqueleto es fácilmente deformable y, por tanto, las modificaciones de las partes blandas repercuten en él: el vientre, al desarrollarse, dilata la parte inferior de la caja torácica y la deforma, haciendo salir hacia adelante el reborde de las falsas costillas. Esta deformación, á la que Sigaud da el nombre de *aletas del torax*, permite en la edad adulta hacer un diagnóstico retrospectivo.

En los estados agudos, al contrario de lo que sucede en los crónicos, el abdomen no posee ninguna fijeza morfológica que pueda aclararnos el diagnóstico, ó, por lo menos, el estudio de la forma del vientre entra de un modo accidental en la diagnosis de los estados agudos. El aspecto del vientre varía en cada caso particular (peritonitis, tuberculosis, tifus, etc.)

En los estados subagudos, en los que una causa patológica inhibe, más ó menos, cualquier aparato (nervioso, locomotor, etcétera) y especialmente el digestivo, la inspección del abdomen es más fértil. En el débil las oscilaciones son pequeñas: el examen nos demuestra un aplastamiento poco marcado en la posición horizontal; en el fuerte, al contrario, el aplastamiento reemplaza á la prominencia en cantidad proporcional á la intensidad del estado subagudo.

Palpación.—Puede ser *superficial* y *profunda*. La primera

nos permite apreciar las cualidades de la pared abdominal: espesor de la capa grasosa que parece formar ella sola la pared abdominal, como se observa en los sujetos cuyo periodo de *declinación* es precoz; estado de la capa muscular, más ó menos desarrollada, pero que puede encontrarse en contracción permanente (*vientres cerrados* de Sigaud) indicio generalmente de una hiperexcitabilidad muscular localizada que deja presentir una hiperexcitabilidad abdominal general, etc.

Hay un signo objetivo mucho más importante que los anteriores, apreciable también por la palpación superficial, y es la *tensión abdominal*, mal conocida de la escuela clásica. He aquí su descripción, según Sigaud:

«La tensión de la cavidad única que forma el segmento digestivo es la representación exacta del tubo digestivo, tal como nos lo presenta la naturaleza, con sus variadas diferenciaciones anatómo-fisiológicas. ¿Y á qué se reduce la tensión del segmento? Tenemos, por una parte, una cavidad cuya pared la forman vasos, glándulas, nervios y músculos, y por otra parte, un fluido bajo presión, el aire que llena esta cavidad. La presión molecular del fluido intracavitario es igual á la que le imprime la pared del segmento, efecto de su *tonicidad*, mejor dicho, de su *vitalidad*. En una palabra, la tensión del aire interior se gradúa por la vitalidad de la pared, de la que ella no es más que una manifestación, de tal manera, que la cavidad con sus paredes vivientes en estado de tonicidad y el aire que la llena forman un todo armonioso, indivisible fisiológicamente. Quien dice *tensión* de un segmento, dice *vitalidad* de ese mismo segmento, puesto que esta no podrá variar sin modificarse aquella.»

Vincent (de Lyon) ha sido el primero en descomponer la tensión de dos elementos, renitencia, y elasticidad que describe del siguiente modo: «La renitencia se mide por el grado de resistencia á los efectos de la compresión, y la elasticidad es la propiedad en virtud de la cual la forma momentáneamente alterada adquiere la que antes tenía con más ó menos prontitud.»

Estas dos cualidades son muy variables y se desarrollan inversamente; la elasticidad es atributo de la niñez y la resistencia de la edad madura; la primera es propia del tipo débil y ésta del fuerte. Pueden faltar ambas cualidades, dando entonces el vientre una sensación *pastosa*, característica de los estados subagudos.

Así como la palpación superficial nos da una idea general del estado de la energía vital del tubo digestivo, la *profunda* nos da luces sobre el estado particular de cada segmento, debiendo explorar con cuidado el colon, el estómago y el hígado, sin olvidar los riñones.

Palpación del colon. —Habida cuenta de las diferencias de

forma, calibre, consistencia, etc. de sus distintas porciones (ciego inclusive) veamos los caracteres de cada una, en una palpación detenida. El colon descendente se presenta unas veces fijo, difícilmente desplazable, *colon tendido*; otras, por el contrario, blando, cambia de posición con mucha facilidad, *colon flotante*; blando, pastoso, crepitante, con sus paredes yustapuestas, formando escaso relieve, *colon pastoso*; si forma un cordón del grueso del pulgar, *colon estenósico (estenosis espasmódica simple)*; si el cordón es duro, de calibre aun más reducido, *colon en tubo de pipa*; y, por último, si por estar lleno de materias secas, forma un cordón duro, de consistencia leñosa, *colon leñoso*.

En el ciego y colon ascendente deben apreciarse, á más de su fijeza ó movilidad, las variaciones de forma; unas veces se observa como una ampoila voluminosa, resistente, de consistencia variable, que se aplasta con facilidad produciendo un gargallamiento más ó menos manifiesto; es la *ampolla cecal*; otras veces es menos voluminosa, más dura y consistente, casi cilíndrica, es la *morcilla cecal*; otras es de volumen aun más reducido, muy dura, dando la sensación del colon descendente estenosado, recibiendo entonces el nombre de *cordón cecal*.

En cuanto al colon transversal, difícil de palpar, solo son de estimar las variaciones de posición; los restantes caracteres son los del descendente.

Toda esta serie de signos objetivos nos indican la evolución de la astenia cólica que Sigaud condensa en el siguiente cuadro:

Primer grado de as-	}	Ampolla cecal.
tenia cólica. . . .		Estenosis espasmódica simple.
Segundo grado de	}	Morcilla cecal.
astenia cólica. . .		Colon en tubo de pipa.
Decadencia cólica	}	Cordón cecal
		Calibre uniforme de todo el colón, con estado espasmódico variable y muy movil.
Inercia cólica. . . .	}	Colón flotante y blando.
		Colón leñoso.

En los estados subagudos el colon es pastoso.

Palpación del estómago.—Aparte de los caracteres objetivos que suministra la palpación profunda del estómago (posición, consistencia, movilidad) podemos apreciar el modo de reaccionar de esta cavidad frente á la excitación alimenticia. Cuatro síntomas traducen esta reacción, indicadores de grados sucesivos y progresivos de la astenia gástrica. El *bazuqueo* ordinario. El *flot* ú *onda líquida gástrica*, sentida por la mano que el observador aplica sobre la región epigástrica, mientras que con la otra imprime movimientos laterales al tronco del enfermo. El *chasquido*

(*claquement*), ruido parecido al que produce una planchita pegando en la superficie del agua. Para obtenerle es preciso percutir fuertemente con la punta de los dedos en el epigastrio; y, por último, el *baloteo gástrico*, muy raro, que se obtiene por el mismo procedimiento que la onda líquida, de la que no es más que una variedad, una forma más avanzada.

La palpación del hígado y riñones es de gran importancia por la participación que su posición, movilidad, consistencia, tamaño, etcétera pueden tener en los trastornos del conducto digestivo.

Percusión.—El sonido arrancado de la pared abdominal por este medio exploratorio debe ser estudiado desde el punto de vista de la intensidad, altura y timbre, cualidades que dependen del estado, de la manera de ser del órgano percutido.

Por lo que á la intensidad se refiere, Sigaud considera el sonido *fundamental*, el del estado de reposo, y el *funcional* ó de la fase digestiva. El sonido fundamental traduce la intensidad de la vida de la membrana digestiva, de tal manera que, en un mismo individuo, este sonido se va apagando á medida que la actividad digestiva disminuye. Sabemos que la función es una exaltación momentánea de la vida del aparato; por consiguiente, á tal vida tal función; á tal sonido fundamental, tal sonido funcional. Hay que tener en cuenta, no obstante, que en el tipo fuerte la membrana digestiva sufre, por efecto de la enfermedad, una hiperplasia que hace aumentar notablemente su espesor y, por tanto, disminuir la intensidad del sonido fundamental, que, se comprende, tiene en este tipo una razón natural que modifica su valor como elemento de diagnóstico.

Por su altura y timbre los sonidos pueden ser comprendidos en estas tres clases: el *sonido simple*, la *resonancia* y el *timpanismo*.

«En tanto que el peristaltismo se verifica dentro de los límites fisiológicos, se produce el sonido simple; las ondas de dilatación y contracción son de débil amplitud y no modifican la altura del sonido..... Cuando la amplitud de las ondas peristálticas pasa los límites fisiológicos, la resonancia aparece y viene á objetivar la onda de dilatación, con oscilaciones de su intensidad que corresponden á oscilaciones de esta onda de dilatación.»

El timpanismo es un sonido de timbre musical que corresponde á una especie de tetanización del segmento percutido y á una cesación del trabajo funcional provocado por diferentes causas.

En la percusión general del vientre, un primer hecho llama la atención del médico; la segmentación del aire abdominal en diferentes zonas; así el sonido de la zona epigástrica no es el mismo que el de la infra-umbilical, ni el de éstas al de la iliaca derecha.

Estos diferentes sonidos constituyen lo que Sigaud llama *damiers* (*damier*, tablero de damas), de los que describe dos, el *normal* y el *inverso*, subdividiendo el primero en dos tipos,

En el *damier sonoro anormal* «la zona epigástrica ó submamaria izquierda da el sonido más intenso y más bajo. La zona infrohépática ó cecal, que abarca toda la región [del ciego y colon ascendente, es de sonoridad menos intensa y menos elevada. En fin, la zona infra-umbilical (comprendida la iliaca izquierda) nos ofrece la sonoridad más débil y el tono más elevado.»

En el primer tipo de *damier normal* hay «resonancia gastrocecal, con predominio de la resonancia gástrica sobre la cecal; sonoridad débil de la región infra umbilical. Fijémonos que en este tipo de *damier* influye solamente la intensidad; la altura del sonido es la misma, cualquiera que sea el segmento del tubo digestivo percutido».

En el segundo tipo de *damier*, (el más frecuente), «las cavidades principales del tubo digestivo presentan un tono diferente: bajo el estómago, medio el ciego y elevado el intestino delgado. Este segundo tipo se diferencia del primero por el tono, que se eleva si percutimos sucesivamente las regiones supra-umbilical, iliaca derecha é infra umbilical.» Anuncia generalmente etapas más avanzadas del periodo de declinación.

En el *damier inverso* encontramos «una región infra umbilical resonante, de tono grave, mientras que el sonido epigástrico es débil y de tono elevado. La región cecal ó bien no se diferencia de la infra umbilical ó está al unísono con la epigástrica; el hecho clínico verdaderamente característico es la inversión de los sonidos epigástricos é infra umbilical. El contraste es tanto más manifiesto cuanto que el sonido intenso y bajo lo dá una cavidad de pequeño calibre, el intestino delgado.»

Sucede que á veces estas zonas de sonoridad se multiplican y parece que ya no están en relación con la topografía anatómica del abdomen. La percusión revela una especie de *mosaico sonoro*. El observador, para no desorientarse ante tal variedad de sonidos, debe aplicar á cada zona las nociones generales expuestas a propósito de la cavidad única; es el medio de ordenar la observación y de llegar, con la ayuda de los demás síntomas, á un diagnóstico preciso y sencillo.

Al percutir la zona epigástrica podemos encontrar dos sonidos diferentes: uno hacia la linea media y otro en la submamaria izquierda, es la *bitonalidad gástrica*. Fisiológicamente el estómago está dividido en dos partes; pero no es este el estómago bilocular, efecto de un tumor ó de una brida cicatricial; en el caso que tratamos, la segmentación del aire gástrico indica una diso-

ciación funcional, la imposibilidad del estómago de contraerse en masa.

El ciego puede presentar la misma particularidad, fenómeno mucho más raro que el anterior, pero producto del mismo mecanismo.

Nunca debe olvidarse el examen del hígado por este medio exploratorio, pues las variaciones de volumen que puede presentar son de suma importancia y de notoria influencia sobre el resto del aparato.

Se comprende que la percusión, medio de investigación de sensibilidad exquisita, nos daría variaciones y detalles que ni la palpación ni la inspección pueden revelar. Para obtener de ella todo el partido posible debe ser prolongada, pues estudiando un aparato en función debemos sorprenderle en fases sucesivas de su funcionamiento.—G. R.

(*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*)

Revista de revistas

Tratamiento de las quemaduras (Rénner).—(*Therap Mont.-Hefte*, n.º 9).

Este autor hace uso de una mezcla de la parte de bismuto subnítico y dos de caolina.

Después de haber limpiado la herida se aplican estos polvos, y en efecto, colocando por encima una capa delgada de gasa hidrófila esterilizada, cubriéndola finalmente con algodón grueso. Toda la región en cuestión se cubre con un vendaje.

Mientras la herida se encuentre en secreción, se cambia el vendaje cada día; al mismo tiempo se aplican baños locales, y en caso de ser prolongados, se administran enteros ó generales.

En la mayoría de los casos se observa que la herida se cubre con una costra gruesa después del primero al segundo vendaje. Aunque se separe esta costra ó ya se note una curación, se termina el proceso aplicando un vendaje de lanolina de ácido bórico, en el término de 24 horas.

—

Operación de la cirrosis hepática, por Talma.

Talma aconseja que en tales casos de cirrosis hepática, en que aun se han conservado las funciones de las células hepáticas, se fije el hígado ó el epiplón gastro-cólico á las paredes abdominales mediante una sutura.

En la literatura se han dado ya noticias de excelentes resultados por muchas autoridades.

Publicaciones recibidas

Tratamiento de la tuberculosis por las tuberculinas, por José Verdes Montenegro.—Precio: 5 pesetas.—Madrid, 1909.

Constituye este volumen un *vade mecum* necesario á todo médico moderno que desea cumplir con su deber, implantando con imparcialidad y sin miedo á hacer daño un tratamiento salvador para muchos tuberculosos.

El doctor Verdes examina lo que son las diversas tuberculinas de mayor prestigio; da cuenta de las indicaciones de su empleo, de las dosis y método de empleo y de cuantos problemas se relacionan con estas cuestiones que están sobre el tapete de todas las Academias, pero que importa lo estén igualmente planteadas y resueltas en el gabinete del médico que vea tuberculosos.

Encargado el autor de esta obra de un concurrido dispensario antituberculoso (el de María Cristina, en Madrid) sus opiniones están comprobadas por dilatados experimentos y concienzudas observaciones.

No es digno á la hora presente limitarse á dar á los tísicos creosota y buena alimentación, con descanso y aire puro; eso no es bastante. Hay que aspirar á más, y eso se consigue con el empleo medurado, científico de las tuberculinas, que solo pueden ser armas de dos filos cuando se desconoce la técnica de su modo de usarlas.

Se abre con esto una nueva etapa en la historia de la tuberculina, y estamos todos en la obligación de examinar con ánimo sereno lo que puedan dar de sí estas orientaciones, que no son ya

tan novísimas, pues tienen la garantía de los laboratorios y las clínicas alemanas.

Enhorabuena al doctor Verdes Montenegro.

*
* *

Necesidad terapéutica de la dietética en las gastropatías (Consideraciones generales), por el Dr. R y Abaytua. Académico de la Real de Medicina.

En este folleto, de 40 páginas, hace el autor atinadas observaciones sobre el papel esencial de la alimentación en la terapéutica de las gastropatías.

Es sabido que los trabajos de Rodriguez Abaytua se distinguen por su documentación y *control* de juicios y opiniones. El presente tiene además de eso un corte filosófico más que clínico, remontándose al estudio de la fisiología patológica de los trastornos digestivos. Esta tendencia ha sido también la de Sigaud (de Lyon), cuya obra debiera estar más conocida, y de la cual nos ocupamos en este número.

No todo han de ser recetas farmacológicas ó recetas quirúrgicas.—*Dr. P.*

Noticias

La Facultad de Medicina de Salamanca ha tenido otra nueva baja: el señor doctor don Ramón Carranza, catedrático jubilado de Obstetricia, falleció en los comienzos del año.

Aunque Carranza era de origen burgalés, lo considerábamos como salmantino, pues aquí supo conquistarse una posición política y profesional.

Descanse en paz tan digno profesor.

*
* *

El estado sanitario en nuestra población revistió en Enero caracteres de gravedad (91 defunciones), pero mejoró en Febrero

y sigue con tendencias á mejora. No hay tifus y las infecciones son más benignas.

Mucho dure.

*
* *

Con este número repartimos un prospecto del Jarabe Benzo cinámico del doctor Madariaga, de Madrid.

Movimiento demográfico de Salamanca

Enero Feb.

Población, 27.405.

Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos	87	90
		Defunciones	91	81
		Matrimonios	14	20
Número de hechos.....	Por 1.000 habitantes.....	Natalidad.	3'15	3'25
		Mortalidad	3'29	2'93
		Nupcialidad.	0'51	0'72
Número de hechos.....	Vivos.....	Varones.	51	45
		Hembras	36	45
Número de hechos.....	Vivos.....	Legítimos.	75	78
		Ilegítimos.	5	5
		Expósitos.	7	7
		<i>Total.</i>	87	90
Número de nacidos.....	Muertos.....	Legítimos.	5	5
		Ilegítimos.	»	»
		Expósitos.	»	»
		<i>Total.</i>	5	5
Número de fallecidos.....		Varones.	42	39
		Hembras.	49	42
		Menores de 5 años.	26	35
		De 5 y más años.	65	46
		En hospitales y casas de salud.	6	4
		En otros establecimientos benéficos.	34	23
		<i>Total.</i>	40	27

sustancia del pimiento, especias, etc. y luego muy pronto el tocino, la carne, las patatas, garbanzos, lo que come toda la familia, con la agravante muchas veces de guardar las sobras de la mañana para recalentarlas y hacérselas tragar en la noche.

Los desarreglos digestivos, pues, vienen también en éstos, y á ellos coadyuvan en cualquier situación del niño y aunque disfrute de una lactancia irreprochable, la debilidad originaria por temperamento, la mala herencia orgánica, la exposición á los calores, la irregularidad en las horas de mamadas, los trabajos de verano en madres labradoras, etc.

El segundo grupo yendo de más á menos en defunciones (10'98 por 100), es un grupo común y comprensivo de varias enfermedades que por no especificarse en las estadísticas oficiales, tienen para nuestro objeto escasa importancia. Hay entre ellas afecciones del hígado, enfermedades de la médula, tétanos espontáneo, erisipelas, raquitismo, bocio, gangrena por embolia, neuritis periférica, diabetes, etc., una porción grande sin relación ni enlace entre sí, y que obedeciendo á causas distintas en cada caso, no merecen que nos ocupemos de ellas.

El tercer grupo con 10,28 defunciones por 100, lo constituyen la *congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales*, enfermedades que aparecen unidas en las hojas estadísticas, sin duda por haber tenido en cuenta sus confeccionadores lo difícil que á veces resulta en la práctica su diferenciación. De éstas, es la edad un factor etiológico importantísimo, puesto que apenas se vé un caso en menores de 60 años, siendo más numerosos aquí, los de más de 70. La acción de este factor debe radicar en el desgaste, alteraciones nutritivas y degeneraciones de las paredes de los vasos, lesiones que quizá adquieren aquí más preponderancia que la que pudiera llamarse natural, por el linfatismo, nervosismo, obesidad, retardos nutritivos y vicios constitucionales de los habitantes. En todo caso, esas causas pocas veces pasan de la categoría de predisponentes,

siendo las ocasionales en los ya predispuestos por ellas, las variaciones de la presión sanguínea producidas por los cambios bruscos de temperatura y presión atmosféricas, por trabajos físicos excesivos, por enfermedades circulatorias, alcoholismo, etc.

El *sarampión* aparece en el diagrama en cuarto lugar de entre las enfermedades ó grupos de ellas que producen defunciones, con una porción de 8'18 por 100. Semejante cifra representa un fenómeno insólito en esta localidad, como ya queda dicho al hablar de las epidemias, porque rara vez volverá á amalgamarse en ella con la coqueluche y ambas unidas con otras mil de los aparatos respiratorio, circulatorio, cerebro-espi-nal, urinario, etc., como ocurrió por los años 1895 y 96. Escasísimas, no obstante, fueron las defunciones por solo el sarampión, comprobándose que lo que le dió aquella gravedad excepcional, fué la agregación de la coqueluche; y como causas de ambas, actuó el conta-gio diseminado, lento, silencioso y benigno en cuanto cabe en ésta, y brutal, repentino, ámplio y alarmante en aquél solo, ó después aliado con ella. El primero tu-vo lugar en las calles y casas, y el segundo en su pri-mera expansión epidémica, en una escuela.

De *bronquitis aguda*, han fallecido en el decenio el 7,01 por 100, correspondiendo la parte mayor á ni-ños cuya edad no llegaba á un año. Explícate esto por la inconstancia de la temperatura, abrigo excesivo de las habitaciones, fuego de llama en las cocinas, corrien-tes de viento de puertas á ventanas, exposición al sol, etc. Esto, para contraer la enfermedad en todas eda-des; y si mueren más niños de ella, es porque los adul-tos aleccionados ya por la experiencia, saben guardar más precauciones y son más resistentes, al paso que el poco desarrollo del aparato respiratorio de los niños, unido á la compresión del pecho por las fajas de las envolturas que ni aun de enfermos se les quitan, hacen que se verifique de mala manera la respiración y cai-gan con facilidad en la asfixia.

Después de las bronquitis, vienen las *enfermedades*

orgánicas del corazón con 6,78 por 100 de defunciones. Es notable el aumento que de año en año van teniendo estas enfermedades, y de sentir que no haya estadísticas anteriores para establecer comparaciones. Quizá depende esto, como alguien cree, de que antes no se diagnosticaban los males con tanta precisión, y de que muchas de las defunciones producidas por ellas no se achacaban al asma, hidropesía y otras afecciones tan genéricas y vagas como éstas. Pero de todos modos, en nuestra ya larga práctica profesional, hemos ido advirtiendo un aumento creciente de día en día, y eso que bajo tal nombre no hemos incluido los casos patológicos que comenzando por lesión cardíaca ó existiendo ella antes, han tenido funesto desenlace por una enfermedad intercurrente. También es de notar que han sido rarísimos los casos de estas lesiones consecutivos á un ataque de franco reumatismo, y que en la mayor parte no puede señalarse su verdadero origen. En general, son afecciones de edades rayanas en la vejez ó dentro de ella, lo cual hace presumir que alguna influencia ha de tener en su presentación el deterioro orgánico propio de la edad y acaso también el modo de ser físico de estos organismos, como digimos igualmente respecto á las afecciones cerebrales. Lo que indudablemente ha de llevar su parte también en ellas, es la vida agitada propia de la época presente, en contraposición á la tranquila de cuerpo y de espíritu que eran antes un preciado patrimonio de los pueblos pequeños como éste, y de las aldeas. Sería esta observación concluyente, si se demostrase que en las grandes poblaciones y al compás de la actividad vertiginosa y febril con que se vive, se aumenta el número de defunciones por tal causa; pues aquí bien se puede afirmar que contribuye, junto con las bruscas variaciones de temperatura y de presión, que en todas épocas, pero más especialmente en otoño y primavera se observan, y que si no implican invasiones de estas enfermedades, producen por lo menos, su agravación.

Siguen á éstas la *diarrea y enteritis* de los adultos

con 5,84 por 100 del total de defunciones. La mayor parte de éstas recaen en viejos y en niños mayores de dos años (1) que han rebasado de ellos con algo contraído anteriormente con motivo de la dentición y extravíos de régimen. Estos extravíos suelen ser en toda edad las causas más comunes de semejantes afecciones frequentísimas en verano, época en que se abusa de las frutas á veces sin madurar, de las ensaladas crudas y del agua, muchas veces impura, que se bebe en el campo, y en que las gentes se exponen á los calores aligerándose de ropa y sufriendo retrocesos de la secrección sudoral al tenderse en el campo á la sombra para descansar de las faenas ó para dormir por las noches en él. Por eso estas afecciones son más propias de la gente labradora.

La *fiebre tifoidea* dá defunciones en el decenio 5,37 por 100. Pero hay que advertir que en esta denominación se comprenden todas las fiebres graves ataxo-adi-námicas con predominio de síntomas locales hacia el aparato digestivo. Claramente diferenciada de la fiebre gástrica que, aunque á veces larga, no implica casi nunca gravedad, y complicada frecuentemente con la infección palúdica que parece quitarla algo de la suya, puede considerarse por aquí como una enfermedad estacional propia de fines de verano y principios de otoño. aunque también se vé algún caso raro en primavera. Se presentan los casos aislados, sin que se pueda ver contagio por parte alguna, y en su etiología local no cabe asignar papel más que al calor, á la fatiga, las malas aguas, extravíos de régimen, etc. Podrá influir como causa *sine qua non*, el bacilo de Eberth, el coli communis ú otro, sobre los que no se han hecho observaciones; pero en todo caso y de ser así poca fuerza expansiva deben de adquirir por aquí semejantes gérmenes, cuando la enfermedad se difunde tan poco. Quizá en el suelo, aguas, etc., no encuentren condiciones favorables.

(1) Recuérdese que los menores de esta edad se hallan, por lo que hace á esta enfermedad, clasificados aparte.

Y llega ya la *tuberculosis pulmonar*. Esta dá el 5,14 de defunciones; cifra que aunque no es tan aterradora como la de la mayor parte de las grandes poblaciones, lo es mucho en atención á lo menos difundido que se halla este mal en los pueblos, y al número escaso de tuberculosos que antes aquí se registraban. Quizá depende esto como ya digimos al tratar de las enfermedades del corazón, de que por ignorancia ó de propósito se hiciesen antes pasar á estos enfermos por bronquíticos, catarrosos, etc ; pero aun con eso, nuestras observaciones personales nos hacen ver esta tuberculosis como enfermedad cada vez más frecuente, y en su etiología, echando prejuicios á un lado, hemos visto casos claros de herencia y de contagio. Jóvenes robustos y sin antecedentes hereditarios, regresar á sus casas después del servicio militar, de estudios ó de pasar temporadas dedicados al servicio doméstico en poblaciones, y sucumbir del mal. Niños engendrados por tuberculosos, nacer ya con el sello del mal y morir poco antes ó después que ellos. Consortes de un tuberculoso hereditario sin antecedentes por su parte, venir á sucumbir del mismo. Y luego consortes, hijos, padres y hermanos de tuberculosos viviendo y rozándose de continuo con ellos, respirando sus alientos, absorbiendo quizá sus sudores y hasta acaso introduciendo en sus organismos por ingestión ó inhalación partículas de esputos sin desinfectar, que quedan siempre libres. Como que son los menos los que se contagian en la familia. Si no fuese así, desaparecerían muchas de éstas enteras.

La *debilidad congénita y vicios de conformación* con 3,97 por 100 de defunciones dá razón en parte de la gran mortalidad infantil, que aunque menor aquí que en otras partes, se registra. Muchas de estas defunciones obedecen efectivamente á vicios orgánicos de los que los temperamentos y enfermedades trasmisibles de los padres y los padecimientos de las madres durante el embarazo, podrían dar cuenta. Por estas causas sale la prole averiada desde *ab initio*. Pero otras

son debidas indudablemente á la mala asistencia en los partos. Al médico, por aquí, no se le llama no siendo en trances apurados, y de ordinario hace sus veces una mujer cualquiera que por herencia ó afición se dedicó al oficio de comadrona. El caudal científico de estas tales, es el adquirido á fuerza de años y de haber ayudado una ó dos veces á otra como lo que quieren llegar á ser ellas. Con todo este bagaje van preparadas para un trance tan serio y delicado; y percatadas de que su misión es cuidar y atender á la madre, la atienden á su modo; pero la criatura es para ellas una cosa así como secundaria y solo recibe sus cuidados cuando ya bien fajada y arreglada aquélla en la cama, las queda tiempo para ver si se desangra por el cordón, si se hiela de frío, si respira, etc. Si no llora, es que estaba muerta, ¿y de qué había de morir? Pues de debilidad congénita.

La *disenteria*, clasificada en este trabajo como enfermedad epidémica por haberla visto casi siempre atacando á gran número de individuos á un tiempo, siendo entonces cuando reviste gravedad toda vez que los casos esporádicos suelen ser benignos, figura en el diagrama de las defunciones con 5'27 por 100. Enfermedad esta microbiana según hoy se cree, su causa sería el contagio que tendría lugar por ingestión del gérmen procedente de la deyección de un atacado, en el aparato digestivo de individuos sanos. El hecho de haberse observado una mayor recrudescencia de esta enfermedad en los dos años primeros después de la repatriación de tantos atacados procedentes de Cuba, hasta el punto de haber tomado desde entonces naturaleza endémica en algún punto de España (1), autoriza á pensar así, no obstante que antes y después se la conocía como epidémica. En tal caso el vehículo del gérmen serían los alimentos y bebidas, y más en especial el agua. Pero á su acción concurriría de todos modos el calor del verano predisponiendo él de por sí ó ayudando al des-

(1) Galicia, según el Dr. Gil Casares ("La Clínica Moderna," = Zaragoza = Marzo de 1905).

arrollo ó difusión del gérmen, que sería poco menos que inactivo en cualquiera otra época, ya que fuera de ésta es rarísima la enfermedad.

La *coqueluche* figura después con 2,34 defunciones ocurridas cuando su concomitancia con el sarampión en la epidemia ya descrita, y después en otra de mucho menos vuelo que, comparada con aquella y con otras que hemos observado, corroboró que su poder contagiante ó de difusibilidad es bastante limitado, puesto que nunca ó casi nunca se generaliza en una localidad, á pesar de la deficiencia y escaséz de medios preventivos que, por ser de curso tan largo, pueden oponerse á ella.

Y siguen después la *debilidad senil* en comprobación de que aún se alcanzan aquí edades avanzadas, figurando sus defunciones por 2,10; la *grippe* con 1'64 demostrando su benignidad á pesar del número inmenso de atacados que ha habido en algunas epidemias; las *tuberculosis peritoneales y óseas* con igual cifra; las *afecciones del estómago* con 1,17; las *muertes violentas* con 0,93 y el *cáncer*, la *difteria*, *meningitis*, *bronquitis crónica*, la *nefritis*, *pneumonia*, *accidentes puerperales* y otras, con cifras aún menores.

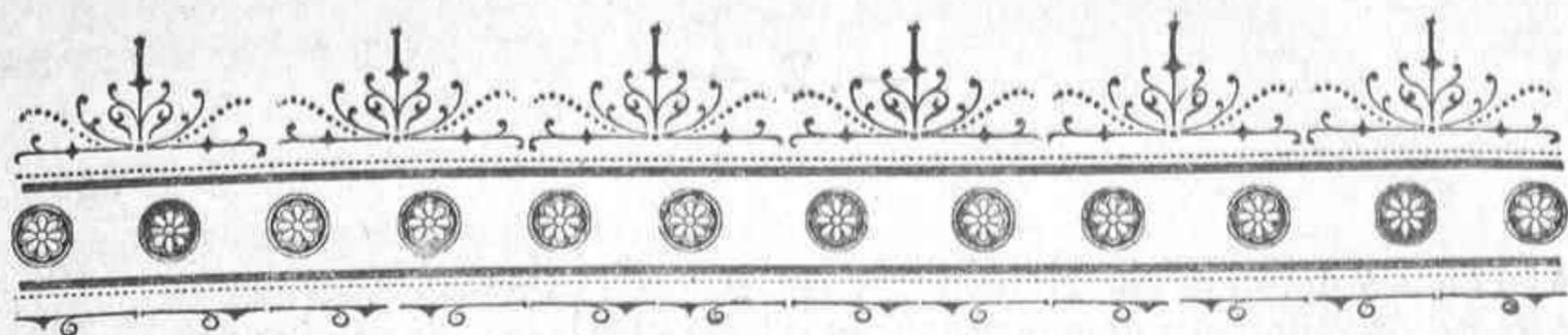
Lo que parece anómalo en comparación de las estadísticas de otras poblaciones mayores, es el número tan reducido de muertes por *pneumonia*, explicado aquí por la rareza de esta enfermedad, según ya digimos en un capítulo precedente.

También llama la atención en el diagrama la cifra de 0,47 ó sean dos defunciones en el decenio por *paludismo* que es aquí una de las enfermedades más frecuentes. Ambas se refieren á accesos perniciosos cuya prevención, á pesar de llevar *in mente* siempre la posibilidad de este mal, no pudo hacerse, por haber sucumbido los enfermos en el primero ó en el segundo subnitrante, sin haber podido diagnosticarse. Son raros estos casos, así como también los de *caquexia* con sus *hidropesias*, *infartos viscerales*, *anémia*, etc., adoptando casi siempre una benignidad que suelen conser-

var las fiebres á pesar de sus frecuentes recidivas. Como causas de esta enfermedad y abstracción hecha del mosquito *anofele* que hemos visto en algunas casas de campo, y que no sería en todo caso más que el vehículo de la infección, pueden citarse las profesiones agrícolas que obligan á pasar largas horas de verano en el campo, el dormir por las noches en él, la permanencia cerca de charcos ó lagunas, el encauzamiento del arroyo de las Tenerías, los riegos de los huertos intraurbanos, etc. Y que todas estas causas influyen, lo dice la observación de otros pueblos inmediatos á éste en que por ser todos sus habitantes labradores, por tener ríos ó charcos próximos y más permanentes y por asentar sobre terrenos en que la humedad se retiene más, son aún más comunes y graves estas afecciones, siendo en ellos y en algún repatriado de Cuba donde hemos podido conocer, sino la verdadera caquexia palúdica, sí por lo menos esas anémias alarmantes que no hemos visto nunca en la localidad (1).

Agotadas ya las enfermedades productoras de defunciones en el decenio que estudiamos, y habiendo de buscar ahora las causas locales de aquéllas que raramente matan, hay que empezar por las agudas del aparato respiratorio; y de entre ellas como las más comunes las *amigdalitis*, *corizas*, *laringitis* y *bronquitis*, cuyas causas, análogas en todas, son la inconstancia de la temperatura, sobre todo cuando á un descenso rápido se agrega también la humedad; condiciones que se realizan muy á menudo, sobre todo en la primavera, en la que muchas veces llegan á tomar un como carácter de epidemias. En otras ocasiones se producen por paso repentino de una habitación caldeada, la cocina generalmente, al corral ó á la calle, ó por la exposición al sol los días fríos los hombres en ratos desocu-

(1) Algo influye en esto también el tratamiento que aquí se instituye muy pronto, por haber ido consiguiendo ya desterrar la prevención contra la quinina, que como resabio de la escuela broussista, reinó por aquí y reina todavía, aunque con menos poderío en los pueblos aludidos.



Revista Médica Salmantina

ÍNDICE DEL AÑO 1908

por el

Dr. JOSÉ CARLOS HERRERA

Auxiliar de la Facultad

	<u>Págs.</u>
Abril (movimiento demográfico de Salamanca).....	146
Academia Médico-Escolar.....	345
— — Farmacéutica, 28, 56, 74 y.....	127
Acción bactericida de las aguas minerales.....	141
— de la colina sobre la presión arterial.....	136
— electiva del radium sobre los tejidos angiomasos.....	206
Accidente raro en las heridas del intestino, hemorragia intra intestinal mortal.....	228
Acido clorhídrico en el jugo gástrico.....	50
— fosfórico y el azucar (la albuminuria y la diabetes curadas por el).....	51
— láctico en el jugo gástrico (origen del).....	50
— sulfhídrico (prueba médica y prueba vulgar de la muerte real por el procedimiento de la fluorescencia y el).....	51
Adiposis dolorosa por insuficiencia ovárica.....	207

	Págs.
Afecciones del oído en relación con las mentales (las).....	129
Agosto (movimiento demográfico de Salamanca).....	266
Aguas minerales (acción bactericida de las).....	141
— — (sobre la clasificación de las).....	147
— termales (los gases raros y radioactivos de las).....	81
Albuminoide en el régimen de la diabetes (la dieta).....	183
Albumina de la mucina en las orinas (modo de distinguir la).....	49
Albuminuria y la diabetes curadas por el ácido fosfórico y el azu- car (la).....	51
Alienados en Portugal los).....	235
Alimentación racional y patogénica.....	81
Analogías entre las tuberculosis experimentales por inhalación de esputos desecados y las formas habituales de la tuberculo- sis infantil y primitiva.....	229
Análisis bacteriológico de los esputos (de la importancia clínica del).....	67
Anemia perniciosa plástica de origen tuberculoso.....	208
Angiomatosos (acción electiva del radium sobre los tejidos).	206
Aórtic (un caso típico de insuficiencia).....	44
Arseniato de hierro soluble (sobre algunos problemas de terapéu- tica clínica concernientes á los arsenicales y en particular al).....	215
Arsénico en las orinas (presencia del).....	49
— en el tratamiento de la sífilis.....	87
Arritmias cardiacas.....	192
Asociación de médicos titulares del distrito de Salamanca.....	312
— de los métodos quirúrgicos á la radioterapia.....	322
Astialismo por atrofia total de las glándulas salivares.....	317
Ateneo de Salamanca.....	87
Axiomas sobre la digestión.....	86
Azucar (la albuminuria y la diabetes curadas por el ácido fosfórico y el).....	51
Bacilos paratíficos y enfermedades paratifoideas.....	284
Bactericida de las aguas minerales (acción).....	141
Bacteriológico de los esputos (de la importancia clínica del aná- lisis).....	67
Banti (un caso de enfermedad de).....	165
Bazo y del riñón (ruptura del).....	317
Bibliografía, 8S, 137, 185 y.....	330
Bocio exoftálmico (tuberculosis y).....	350
Bradycardia (valor pronóstico de la).....	304
Cabeza en los niños (el enderezamiento de la).....	6
Calculos uretrales.....	94
Campaña sanitaria.....	319
Cancer (un caso de curación espontánea del).....	182
— (cura del).....	286
— cutáneo curado por los rayos X.....	1
Caracteres de la infección tuberculosa en relación con el diagnós- tico de la tuberculosis por los medios reveladores.....	82
Cardiacas (arritmias).....	192
Caso de curación espontánea del cancer.....	182

	<u>Pags.</u>
Causas de la escoliosis en los niños.....	119
— de mortalidad de la difteria después de la seroterapia (principales).....	285
Circulación fetal de las capsulas supra-renales.....	239
Cirugía intratorácica (nuevas condiciones de la).....	285
— de la mastoides (la modificación del cuajaron de sangre en la).....	130
Clasificación de las aguas minerales (sobre la).....	147
Clínica pediátrica.....	211
Colina sobre la presión arterial (acción de la).....	136
Cólera en Constantinopla.....	263
Coloides (nuevas ideas relativas á los).....	52
Comentarios al Congreso de Zaragoza.....	282
Condroma de la mano (un caso de).....	91
Congreso español de Cirugía (segundo).....	174
Congreso nacional de la tuberculosis en Zaragoza (primer), 242 y	267
Consejos útiles para los enfermos.....	288
Contagio interhumano de la fiebre tifoidea.....	351
Contribución á la bacteriología de la difteria post-escarlatinosa .	264
Cuerpo tiroides y glándula mamaria.....	179
Cura del cancer (la).....	286
Curación espontánea del cancer (un caso de).....	182
Chamberland (la obra científica de).....	135
Diabetes curada por el ácido fosfórico y el azucar (la albuminuria y la).....	51
Diabéticos (dieta albuminoide en el régimen de los).....	183
Diagnóstico precoz de la tuberculosis.....	349
— de la tubercuosis por los medios reveladores (caracteres de la infección tuberculosa en relación con el)....	82
Diciembre (movimiento demográfico de Salamanca).....	356
Dieta albuminoide en el régimen de los diabéticos.....	183
Difteria después de la seroterapia (principales causas de la mortalidad de la).....	285
— post escarlatinosa (contribución á la bacteriología de la)	264
Digestión (axiomas sobre la).....	8
Distrofia tiroidea (relaciones entre la iciosis y la).....	35
Efectos fisiológicos (valor de la constitución química y de las propiedades físicas de los medicamentos en la explicación de sus).....	132
— galactógenos de la placenta. Placenterofagia humana...	226
— lejanos del suero antituberculoso de Marmock.....	179
Empleo terapéutico de la hiperemia venosa y de la arterial.....	200
Enagenación mental y las profesiones (relación entre la).....	182
Enero (movimiento demográfico de Salamanca).....	58
Enderezamiento de la cabeza en los niños.....	6
Enfermedad de Banti (un caso de).....	165
— Hirschprung (megalon congénito ó).....	201
— Meniere (formas clínicas de la).....	180
Enfermedades reflejas y reflejadas del oído.....	59
Epididimitis blenorragica mejorada por las inyecciones intersticiales de thiosinamina (un caso de).....	20

Epidural absceso-operación y rápida convalecencia (un caso de mastoiditis).....	130
Epilepsia y la punción lumbar.....	181
— (la nariz en relación con la).....	128
Epitelioma del labio entre curanderas.....	190
Escolares (los retrasados).....	181
Escoliosis en los niños (causas de la).....	119
Espustos (de la importancia clínica del análisis bacteriológico de los)	60
Estadística quirúrgica.....	296
Estenosis pilórica de origen tuberculoso.....	205
Evolución clínica del hígado en el niño normal.....	182
Facial (un caso de parálisis).....	97
Febrero (movimiento demográfico de Salamanca).....	90
Fiebre tifoidea (contagio interhumano de la).....	351
Fluorescencia y el del ácido sulfhídrico (prueba médica y prueba vulgar de la muerte real por el procedimiento de la) ..	57
Formas clínicas de la enfermedad de Meniere.....	180
— habituales de la tuberculosis infantil y primitiva (analogía entre las tuberculosis experimentales por inhalación de espustos desecados y las).....	229
Galactógeno de la placenta. (Placentofagia humana. Efecto).....	262
Gases raros y reactivos de las aguas termales.....	81
Gastrectomía por úlcera cancerosa de la pequeña curvadura.....	352
Geografía médica de Villavieja etc. 20, 70, 109 y.....	168
Glándula mamaria (cuerpo tiroides y).....	179
Glándulas salivares (astialismo por atrofia total de las).....	317
— suprarrenales (la circulación fetal de las).....	239
Gota de leche en Salamanca.....	338
Grasa de las materias fecales (naturaleza de la).....	137
Hemaféica de las orinas (la reacción).....	136
Hemofilia. Patogénia y tratamiento.....	206
Hemoptisis en los niños.....	350
Hemorragia intra-intestinal mortal (un accidente raro en las heridas del intestino).....	228
Herida penetrante en el espacio de Traube.....	317
Hidronefrosis con respecto á su diagnóstico y operación precoces (sobre la).....	205
Hígado en el niño normal (la evolución clínica del).....	182
Higiene por Hoffman (siete leyes de).....	86
— de la prostitución en Salamanca (reglamento de la).....	115
Hiperactividad hipofisiaria y por insuficiencia tiro-ovárica (síndrome poliglandular por).....	349
Hiperhemia venosa y de la arterial (empleo terapéutico de la) ..	200
Hipospadias congénito.....	196
Ictericia grave sin esteatosis y con hiperplasia parenquimatosa del hígado y retención biliar parcial.....	318
Ictiosis y la distrofia tiroidea (relación entre la).....	453
Importancia de la inspección periódica física y fisiológica del oído en los individuos sanos.....	129
— clínica del análisis bacteriológico de los espustos.....	67
Infante declarado muerto al nacer ha vivido ó no ha vivido real-	

	<u>Pags.</u>
mente (nuevo método que permite hacer constar por medio de la radiografía si un).....	132
Infección (resistencia del peritoneo á la).....	260
— tuberculosa en relación con el diagnóstico de la tuberculosis por los medios reveladores (caracteres de la).....	82
Inspectores de Sanidad (médicos titulares é).....	188
Insuficiencia aórtica (un caso típico de).....	44
— ovárica (adiposis dolorosa por).....	207
— tiro ovarica (síndrome poliglandular por hiperactividad hipofisaria y por).....	349
Investigación del vibrion cólerico en los moluscos y en el agua de mar. El cólera en Constantinopla.....	263
Inyección intra-raquídea de colargol. Curación (meningitis cerebro-espinal).....	350
Jugo gástrico (el ácido clorhídrico en el).....	50
— — (origen del ácido láctico en el).....	50
Julio (movimiento demográfico de Salamanca).....	294
Junio (— — —).....	210
Leche y tuberculosis.....	232
Lesiones del riñón del lado opuesto en la tuberculosis renal unilateral.....	203
Leyes de higiene por Hoffm (siete).....	86
Los dos sistemas.....	101
Marcial (la medicación).....	144
Marzo.....	146
Mastoidea (radical operación).....	130
Mastoiditis y epidural absceso, operación y rápida convalecencia (un caso de).....	130
Mayo.....	186
Medicación en el raquitismo.....	317
— marcial (la).....	144
Medicamentos en la explicación de sus efectos fisiológicos (valor de su constitución química y de las propiedades físicas de los).....	132
Médicos titulares.....	354
— — é Inspectores de Sanidad.....	188
Megalocolon congénito ó enfermedades de Hirschprung.....	201
Meningitis de causa neumocócica sin reacción celular.....	353
— cerebro espinal. Inyección intra-raquídea de colargol. Curación.....	350
Mentales (las afecciones del oído en relaciones con las).....	129
Modificación del cuajaron de la sangre en la cirugía de la mastoides.....	130
Mortalidad de la difteria después de la seroterapia (principales causas de la).....	285
Movimiento demográfico de Salamanca 58, 90, 146 186, 210, 234,	266
Mucia en las orinas (modo de distinguir la albumina de la).....	49
Muerte real por el procedimiento de la fluoresceína y el ácido sulfúrico (prueba médica y prueba vulgar de la).....	51
Nariz en relación con la epilepsia (la).....	128
Naturaleza de la grasa de las materias fecales.....	137

	<u>Pags.</u>
Necrología.....	290
Nefectomias (dos).....	217
— sin anestésia.....	259
Neuralgia facial curada por la trepanación (un nuevo caso de)....	352
Noticias 57, 89, 145, 185, 210 y.....	232
Noviembre 265, 289 y.....	356
Núcleos de epididimitis blenorragica mejorados por las inyecciones intersticiales de tiosinamina.....	201
Nuevas condiciones de la cirugía intratorácica.....	285
— ideas relativas á los coloides.....	52
Nuevo método que permite hacer constar por la radiografía si un infante declarado muerto al nacer ha vivido ó no ha vivido realmente.....	132
Obesidad (el régimen en la)....	229
Obra científica de Chamberland.....	135
Octubre.....	322
Oído (enfermedades reflejas y reflejadas del).....	59
— en los individuos sanos (importancia de inspección periódica, física y fisiológica del).....	131
— medio (tratamiento exudativo de las operaciones crónicas del).....	129
— en relación con las mentales (las afecciones del).....	120
Operación precoces (sobre la hidronefrosis con respecto a su diagnóstico y).....	205
Orinas (medio fácil de investigar pigmentos biliares en las).....	49
— (modo de distinguir la albúmina de la mucina en las).....	49
— (presencia del arsénico en las).....	136
Para rectificar.....	314
Parálisis facial (un caso de).....	97
-- general de origen traumático.....	352
Paratifoideas (los bacilos paratíficos y las enfermedades).....	284
Paratósina (reacción del organismo tuberculoso bajo la influencia de la).....	131
Patogénia de la tarsalgia.....	132
— y tratamiento (la hemofilia).....	206
Peritoneo a la infección (resistencia del).....	260
Pigmentación que el sol produce en los miembros afectos de tuberculosis.....	184
Pigmentaciones azules en los morfínomanos.....	207
Pigmentos biliares en la orina (un medio fácil de investigar los)....	49
Placentofagia humana. Efectos galactógenos de la placenta.....	262
Preneurasténicos y su tratamiento.....	205
Presentación de enfermos.....	208
Presión arterial (acción de la colina sobre la).....	136
Primer Congreso nacional de la tuberculosis en Zaragoza.....	242
Profesiones (relaciones entre la enagenación mental y las).....	184
Prostitución en Salamanca (reglamento de la higiene de la).....	115
Prueba médica y prueba vulgar de la muerte real por el procedimiento de la fluoresceína y el ácido sulfhídrico.....	51
Ptomainas y toxinas.....	136
Publicaciones recibidas.....	320

	<u>Pags.</u>
Punción lumbar (la epilepsia y la).....	181
Purgantes (yodismo latente despertado por los).....	132
Qué cosa es el reumatismo?.....	83
Radical operación mastoidea.....	130
Radioactivos de las aguas termales (los gases raros r).....	81
Radiografía si un infante declarado muerto al nacer ha vivido realmente (nuevo método que permite hacer constar por la).....	132
Radioterapia (asociación de los métodos quirúrgicos a la).....	223
Radium sobre los tegidos angiomasos (acción del).....	206
Raquianestesia (la).....	131
Raquitismo (medicación en el).....	317
Rayos X (curación del cancer cutaneo por los).....	1
Real orden (una).....	79
Reacción conjuntival a la tuberculina en cirugía.....	287
— hemaféica en las orinas.....	136
— hemática del presaturismo.....	348
— del organismo tuberculoso bajo la influencia de la paratoxina.....	132
Reforma sanitaria (la).....	84
Régimen en la obesidad.....	229
Reglamento de la higiene de la prostitución en Salamanca.....	115
Relación entre la enagenación y las profesiones.....	184
— — ictiosis y la distrófia tiroidea.....	353
Resistencia del peritoneo a la afección.....	260
Retrasados escolares (los).....	181
Reumatismo (qué cosa es el).....	83
— crónico tiroideo.....	227
Riñón (ruptura del bazo y del).....	317
Salamanca (Academia médico-farmacéutica de) 56, 74 y.....	127
— (movimiento demografico de) 58, 90, 146, 186, 210, 234, 266, 322 y.....	356
— (reglamento de la higiene de la Prostitución en).....	115
Sangre (trasfusión directa de la).....	315
Segundo congreso español de cirugía.....	174
Septiembre (movimiento demografico de Salamanca).....	322
Siete leyes de higiene por Hoffman.....	86
Síndrome poliglandular por hiperactividad hipófisaria y por insuficiencia tiro ovarica.....	349
Sífilis (el arsénico en el tratamiento de la).....	87
Sobre la clasificación de las aguas minerales.....	147
— el empleo del yoduro potásico en el tratamiento de la sífilis.....	200
Subnitrate de bismuto en los vómitos de los tuberculoso (el).....	208
Suero antituberculoso de Marmorek (el).....	226
— — — (efectos lejanos del).....	179
Sueño histerio con personalidad subconsciente (un caso de).....	227
Supuraciones crónicas del oído medio (tratamiento exudativo de las).....	131
Sweatin system y tuberculosis.....	291
Tarifa comprensiva de los servicios prestados por los Inspectores provinciales, municipales y Subdelegados.....	38
Tarsalgia (patogenia de la).....	316

	<u>Págs.</u>
Tifoidea (los vermes intestinales como agentes provocadores de la fiebre).....	284
Tiosinamina (núcleos de epididimitis blenorragica mejorados por las inyecciones intersticiales de).....	201
Toxinas (ptomainas y).....	136
Transfusión directa de la sangre,.....	315
Tratamiento exudativo de las supuraciones crónicas del oído medio.	131
— (la hemofilia Patogenia y).....	206
— quirúrgico de la tuberculosis renal.....	202
— de la sífilis (el arsénico en el).....	86
— — (sobre el empleo del yoduro potásico en el)	200
Trepanación (un nuevo caso de neuralgia facial curado por la)....	352
Tuberculina en Cirugía (reacción conjuntival a la).....	287
Tuberculosis y bocio exoftálmico.....	350
Tuberculosis en Castilla (la).....	275
— (diagnóstico precóz de la.....	349
— experimentales por inhalación de esputos desecados y las formas de la tuberculosis infantil y primitiva (analogías entre la).....	229
— (leche y).....	232
— por los medios reveladores (caracteres de la infección tuberculosa en relación con el diagnóstico de la).....	82
— (de la pigmentación que el sol propone en los miembros afectados de).....	284
— renal (tratamiento quirúrgico de la).....	202
— — unilateral (lesiones del riñón del lado opuesto en la).....	203
— (sweating system y).....	291
— en Zaragoza (primer congreso nacional de la).....	242
Tuberculoso bajo la influencia de la paratuberculina (reacción del organismo)	132
Úlcera cancerosa de la pequeña curvadura (gastrectomía por)....	353
Urobilinuria (causas de la).....	50
Uretrales (cálculos).	94
Valor de la constitución química y de las propiedades físicas de los medicamentos en la explicación de sus efectos fisiológicos.	133
— pronóstico de la bradicardia.....	204
Vermes intestinales como agentes provocadores de la fiebre tifoidea	284
Vibrión colérico en los moluscos y en el agua del mar. (El cólera en Constantinopla. Investigación del).....	263
Vías de introducción de la tuberculosis en la infancia.....	268
Vómitos de los tuberculosos (el subnitrito de bismuto en los)....	208
Yodismo latente despertado por los purgantes.....	132
Yoduro potásico en el tratamiento de la sífilis (sobre el empleo de).....	200

Salamanca—Enero de 1908.