

Revista Médica

Salmantina

552

1

MARZO DE 1906.

SECCION DOCTRINAL

El sero-diagnóstico en la dotienteria

por EDUARDO DE VILLEGAS

Médico-Alumno de Sanidad Militar.

Sabido es de todos, pues no hay ya obra de Patología interna que no trate el estudio que Widal hizo acerca del asunto que encabeza estas líneas, llamado también sero-diagnóstico de Widal en compensación de los trabajos realizados por tan eminente médico.

Deduciáse de ellos que los sueros capaces de aglutinar á los bacilos de Eberth procedían de enfermos ó convalecientes de fiebre tifoidea. Si invertimos los términos y decimos que los sueros de los tíficos tienen la propiedad de aglutinar marcadamente los bacilos de Eberth, entonces sostenemos una verdad inconcusa.

Parecen ambas expresiones idénticas, pero no es así. Hoy sabemos que sueros procedentes de algunos enfermos no dotientericos, poseen también aglutininas capaces de actuar sobre los Eberth.

¿Quiere esto decir que pierde su valor dignóstico, tan precioso medio como es el de que nos ocupamos? No; se ha llegado á puntualizar la cuestión y se ha observado que los individuos afectados de fiebre tifoidea, tienen aglutininas específicas en su suero



y que este conserva su virtud aglutinadora, aunque lo disolvamos en suero artificial, mientras que pierden dicha virtud los otros sueros aglutinantes antes citados en cuanto se les disuelve en proporción algo crecida.

Estriba pues, la cuestión diagnóstica en el poder aglutinador.

Como norma podemos admitir que todo suero que dé la reacción aglutinadora, disuelto al 1 por 20 en la solución ordinaria salina, procede de un enfermo ó convaleciente de fiebre tifoidea.

Hay enfermos de esta dolencia, cuyo suero tiene un poder tal que al 1 por 50, dan aún la reacción citada. Solo en un caso puede faltar, cuando el dotientérico de quien proceda el suero esté tan débil y tenga tan pocas reacciones orgánicas que apenas produzca aglutininas y bacteriolisinas, pero ésto es muy raro.

Además de servir el medio que nos ocupa para esclarecer un diagnóstico dudoso de dotienteria, se utiliza también como determinante de las infecciones paratíficas en sus dos variedades *a* y *b* y de las mixtas de gérmenes tíficos y paratíficos, habiéndose llegado á demostrar la especialidad de los anti-cuerpos ó aglutininas que actúan sobre dichos microbios.

Para comprobar esto en el laboratorio, es preciso que dispongamos de gérmenes tíficos y paratíficos en cultivos puros á ser posible en agar.

Si el suero procede de un paratífico aglutinará á los bacilos paratíficos, pero no á los tíficos y viceversa. Si el suero procede de un enfermo de infección mixta aglutinará á los diversos gérmenes mencionados, siendo de notar que si hacemos primero la mezcla del suero titulado al 1 por 20, con los bacilos paratíficos y centrifugamos, el suero que queda libre de grumos por haber sido estos rechazados á la periferia, no aglutina ya más gérmenes paratíficos y en cambio sí á los tíficos, lo que demuestra que en el primer tiempo se utilizaron las aglutininas paratíficas, quedando libres en el suero todas las tíficas, confirmándose por tanto su acción electiva ó específica.

En el laboratorio nos podemos proporcionar suero reactivo para experimentar, vacunando á un conejo con una pequeña cantidad de un cultivo puro de bacilos de Eberth y sangrando á dicho animal pasados varios días.

Madrid 30 de Enero de 1906.

Consideraciones prácticas

sobre algunas cuestiones tratadas en el primer Congreso Internacional de Cirugía, celebrado en Bruselas del 15 al 22 de Septiembre de 1905

La cistotomía suprapubiana puede suministrar grandes servicios como operación paliativa en los casos citados, á pesar de haber sido combatida en el Congreso. Las opiniones de Rovsing y Poncet, de Lyon, son de mucha importancia: es de una técnica sencilla y fácil y no ocasiona impotencia y difícilmente produce mortalidad.

Está indicada, conforme tenemos dicho, cuando el cateterismo es difícil ó muy caluroso, va seguida de hemorragias ó de accesos de fiebre, y en los casos en que no se puede sostener la sonda, permanente. Además, en muchos casos no será posible la prostatectomía por el estado de gravedad del paciente ó por la urgencia de una retención completa, con accidentes infecciosos, cistitis supuradas ó nefritis ascendentes, con focos de supuración, en los que la abertura de la vejiga puede conjurar los peligros del momento y hasta los remotos por el desagüe permanente y la facilidad de desinfectar el órgano afecto.

Tiene la ventaja esta operación de poder dejar un meato hipogástrico, valiéndonos de las fibras de los músculos rectos. Ocasiones hay en que podemos, con esta operación, hacer el cateterismo retrógrado y cerrar el suprapubiano, á más de la facilidad en limpiar la vejiga de cálculos, si los hubiese y hasta de quitar el espolón central de la próstata que se oponía al cateterismo, lo que constituiría una prostatectomía parcial.

La operación consiste en abrir la vejiga por el espacio de Recius, en la proximidad del cuello y fijar sus bordes por puntos de sutura al ángulo inferior de los labios de la incisión cutánea. Para esta operación se necesita anestesiar al enfermo, porque la anestesia local con la cocaína no es suficiente, pues aunque rápida, se entretiene en ella de veinte á treinta minutos, entre la incisión de la piel y capas músculo-aponeuróticas de la pared abdominal, replegamiento del fondo peritoneal hacia arriba, busca y fijación de

la vejiga hasia afuera, punción con el bisturí y escisión hacia el cuello de la misma, sutura de los bordes á la piel, limpieza por lavado ó por gasas de la mucosa, colocación del tubo de drenaje ó de la sonda Pezzer, que puede hacer lo mismo una de Nelaton, un tubo de goma, el cual se fija con un punto de sutura á la piel. Todo esto, más facil de hacerlo que de describirlo, se ha de practicar con limpieza, con una rigurosa asepsia. Al suturar la vejiga á la piel, alrededor del tubo queda un conducto mucoso cutáneo que hace oficio de uretra y hasta puede retenerse la orina y vaciar la vejiga á intervalos después de quitado el tubo, según Poncet.

La fístula hipogástrica jamás obtura la vejiga, ni aun con el procedimiento de Jaboulag, que consiste en disociar las fibras del músculo recto y atraer la vejiga oblicuamente por entre dichos haces musculares, con el fin de que al contraerse éstos cierran el orificio. El ingenioso método descrito tampoco evita el goteo constante de la orina, cuya molestia no la corrijen ni los orinales ó balsas ideadas con este objeto. Convencidos nosotros de la imperfección de los procedimientos de esfinteres artificiales y aparatos protectores, hemos adoptado el método de la sonda hipogástrica fijada con tiras de esparadrapo y cerrada con una pinza Peau. El enfermo quita la pinza así que siente repleta la vejiga y vuelve á colocarla después; pudiendo dedicarse á sus faenas habituales.

De cualquier modo esta operación no tiene más objeto que conjurar los fenómenos graves. El cirujano debe procurar después restablecer el curso de la orina por las vías naturales y cerrar la fístula. Con la valiosísima cooperación del doctor Nuñez operé á un prostático, que sin duda mal aconsejado, vino á tomar desde Madrid las aguas de Babilafuente. La excesiva excreción renal ocasionó la retención completa y la imposibilidad del cateterismo. El estado del enfermo era de los más graves—por la gran distensión de la vejiga y por los fenómenos de reabsorción que presentaba.—Sin anestesia y con la antisepsia de la región y esterilización del material, de mutua conformidad, practicamos la cistotomía con lavado de la vejiga y desagüe permanente con un tubo de metro y medio que hicimos desembocar en una botella con sublimado al 1 por 1000 en el fondo. A los dos ó tres días pudimos pasar sondas delgadas por la uretra.

Mejóro el estado general, cicatrizó la herida abdominal al sexto ó séptimo días, cortamos el tubo, dejando un cabo de unos 15 centímetros, al que adoptó el señor Nuñez una espita de llave, que no funcionó, por lo que la cerramos con una pinza, pudiendo trasladarse á Madrid con su fistula hipogástrica. Sometido en la Corte á los cuidados del doctor Barragan, que aprobó nuestro proceder, ha conseguido restituir la orina por la uretra y cerrar la fistula hipogástrica.

El ojal perineal ó desagüe de la vejiga por esta región, indicado en los casos y circunstancias señalados precedentemente, no ha llegado á adquirir la sanción de los cirujanos, que prefieren la cistotomía suprapubiana, á pesar de que, al parecer, con dicho procedimiento la vejiga tiene un desagüe más natural y completo y la protesis, ó sean los aparatos colectores de orina se acomodan más fácilmente á esta región.

Las ventajas de este método en las retenciones por estrecheces uretrales son tan grandes como los peligros que se corren al atacar la vejiga de dicha vía en los prostáticos. A más de las hemorragias, siempre grandes en estos enfermos por el calibre excesivo de los vasos prostáticos y su escasa elasticidad, las infiltraciones de orina, los abscesos y fístulas consecutivas han obligado á los prácticos á casi renunciar á un método tan racional.

La técnica operatoria es más ó menos sencilla según el procedimiento. R. Harrison perfora con un trocar grueso el perine y la próstata hasta alcanzar la vejiga, guiándolo por los dedos introducidos en el recto para no lesionar dicho órgano, dejando colocada una cánula durante algunos meses. Thomson (cuyo proceder hemos practicado algunas veces en estrecheces infranqueables) incinde metódicamente el periné, abre la porción membranosa y desde esta pasa una sonda gruesa hasta la vejiga, dejando el desagüe perineal. La dificultad está en que siendo el obstáculo prostático, no es fácil pasar la sonda, por lo que Rochet de Lion practica la distensión de la uretra prostática á fin de corregir dicha dificultad.

Durand ideó el ingenioso medio de establecer el desagüe vesical por la cara anterior del recto y por cima de la próstata sobre el bajo fondo de la vejiga, con cuyo procedimiento el desagüe sería perfecto, á más de que el espinter rectal serviría para el doble uso de contener ezes fecales y orina. Este procedimiento es com-

pletamente teórico, porque á más de las grandísimas dificultades para su ejecución, sin lesionar uréteres ó vesículas seminales y sobre todo el fondo peritoneal vesico-rectal, los escrementos y gases intestinales pasarían á la vejiga y ocasionarían las infecciones consiguientes en el reservario urinario, en los uréteres y hasta en él riñón.

Mucho más racional nos parece el procedimiento de Jaboulog de reseca el pubis y abocar la vejiga á la porción membranosa de la uretra, excluyendo la porción prostática en igual forma que se excluye el ureter en las hidronefrosis, uniendo la pelvis renal al vértice de la vejiga. De todos modos, este proceder es bastante dificultoso comparado con la cistotomía suprapubiana, por lo que ha llegado á hacerse corriente en la práctica.

LA MUERTE DE LOS HUMILDES (1)

por el Dr. PINILLA

Admitía Linneo la existencia de tres reinos en la Naturaleza; el mineral crece, por justaposición de nuevas capas ó de nuevos cristales; el vegetal crece y vive; el animal crece, vive y siente; el hombre crece, vive, siente y piensa. Mas ¡ay! de esta diferenciación linneana cuántos hombres escapan! ¡Cuántos, capacitados para pensar, dejan en la mayor inactividad sus facultades intelectivas, y allá enmohecerse su cerebro casi reducido al automatismo medular!

La rutina, que convierte en acto reflejo lo que al principio fué consciente, no abarca solo á lo material, sino á lo psicológico. Para andar por vez primera, pone el niño en juego todos sus músculos: mas poco á poco vanse inhibiendo los innecesarios y adiestrándose los intrínsecos de la marcha. En el movimiento fueron

(1) De mi libro en preparación «Psicología de la Muerte»

primero partícipes médula y cerebro, pero la marcha acaba por ser puramente medular, sencillamente automática por repetida iteración del estímulo aferente y la respuesta eferente: andar.

Cuando á través de las series filogénica y ontogénica se ha realizado un acto, la progresión, el arco reflejo se establece con más rapidez. Cuesta mucho producir, ser espontáneo, original. Cuesta menos reproducir, calcar ó copiar lo existente. Por eso tarda tanto en brotar una idea, pero alumbrada, enseguida tiene ecos como el sonido en una bóveda, y si la reproducción aun es difícil, viene la imitación, es decir, la falsificación.

El ejercicio de nuestros cinco sentidos (si no queremos añadir el sentido muscular) adiestrado por la herencia (el de la vista en regresión por la misma causa) tiende fácilmente á la iteración, á la rutina de sus sensaciones. Los colores más vivos se conocen pronto, los secundarios muy tarde; las siete notas se perciben con claridad, pero no tanto los semitonos. El cordelero de Alarcón que por vez primera tenía el mar ante sí admiró primero los amarres de los barcos, que la grandeza del Océano. Las grandes pasiones de los hombres no ceden plaza fácilmente á sentimientos secundarios en la escala de nuestra sensibilidad.

El sentimiento religioso es en nosotros como una idea innata (Platón). Se crea fácilmente una huella que tiende á arraigarse en nuestras neuronas cerebrales; la oración mascullada de niños, le prepara; la emoción del templo en los mejores días de la infancia, nos lo graba en el pecho; la sustantividad, la unión íntima del amor á la madre que nos conduce á ese sentimiento nos lo diviniza más aun que la relación necesaria para la inteligencia entre la criatura y el Criador. ¡Santa rutina—decimos después—que acarició nuestros primeros sueños, que dulcificó nuestros primeros pasos, que enterneció nuestros primeros recuerdos, que consoló nuestras primeras penas, que idealizó nuestras arraigadas esperanzas! ¿Por qué, cuando al abrigo de ese sentimiento tenía tranquilidad nuestro sueño, fortaleza nuestro trabajo, motivo nuestro esfuerzo, menos amargura la contienda humana, porque el hombre, sin ajeno enemigo, con la propia piqueta de su razón, sin que de fuera le venga como viene el rayo de lo alto á destruir el árbol secular ó el escarpado monte, sino surgiendo de él, de su espíritu recóndito, de su carne más querida, destruyó esa calma, abatió esa fé, ennegreció ese cielo y cerró esa esperanza?

Arcano sublime es la inteligencia humana que crea y erige de la nada, como para probar su semejanza con Dios y revolviéndose contra sí misma, realizando el consorcio inaudito de Jehová y Luzbel en el abismo de una conciencia, engendra un cielo y un infierno, la luz y las tinieblas, la desesperación y la esperanza, la duda y la fé.

¡Locura insólita la del hombre, «hecho á imágen y semejanza de Dios», que habiendo en sus sentidos placer de su carne, y oasis de sus dolores, crea penas de que la naturaleza menos bárbara le inhibe y forja en su cráneo tempestades más horrendas que las que tienen el trueno por verbo y el rayo por espada, porque tras de estas se purifica el cielo azul y tras de aquellas se anublan nuestras vírgenes ilusiones!

Sí; sarcástica luz la del alma humana, que cuidadosamente fomentada por la educación y el progreso, abre á su reverberación horizontes de belleza que llegan hasta el éxtasis y anublada con los nubarrones de la duda ó del excepticismo, entenebrece aquellos nimbos de gloria con que vimos en la niñez las estrellas que nos guiaban en nuestro camino, ú orlaban la frente de los santos varones y quitan al cielo su azul, borrando del espacio infinito el centro que ideamos como sede eterna de nuestro viaje.

Todos esos encantos, todos esos dulces ensueños, esa calma y dulcedumbre de nuestro espíritu. el hombre mismo los arroja de su seno, no como lastre que dificulta lo pesada marcha de un barco, sino para dificultarse más el camino; buscando apartar de su visita el señuelo de la fé, aceptada como buena y en el que descansaba tranquilamente su corazón sin las zozobras que la investigación de la verdad la había de proporcionar más tarde.

Buscar la verdad, á través de la duda, esa fué la divisa, el *non serviam* con que tantas y tantas tempestades se han originado en la conciencia humana, sembrando la desolación en la humanidad.

¡La verdad!, cueste lo que cueste, ese fué el grito, y á su evocación corrió la sangre á torrentes, deshiciéronse los Estados, razas enteras fueron malditas, sucediéronse unas á otras revoluciones sin cuento, y lo que es peor, quedó para siempre unida á la conciencia humana, como yedra al tronco, la amarga incertidumbre que á su antojo maneja á la razón, en vez de ser su sierva.

En nombre de la verdad, de una verdad, hablaron todos los

santos y todos los herejes, los mártires y los verdugos, los vencidos y los vencedores. En su holocausto se han sacrificado más vidas que las que pudieron segar las pestes medioevales, ó las más horrendas convulsiones del Cosmos. ¡Secreto imán, poderosísimo el de la verdad, que aun sabiendo su amargura deseamos gustarla, que conociendo su dolor deseamos padecerlo, que presumiendo sus sirtes escabrosas, corremos á encontrarlas, sacrificando nuestra ventura, que es más que nuestra existencia!

¡Ah! sí; Dios mismo había de prometer otro Paraíso á la Humanidad á costa de vivir en una vana apariencia, y otra vez inmolaría esa Humanidad su presente venturoso ante el altar de una realidad eternamente inasequible, ante el altar de la verdad.

Claro es que el entusiasmo y la alegría que nos produce conquistar una verdad, debían ser inmensos para que por ellos pudiera arriesgarse y sacrificarse tanto. En efecto, esos triunfos son la gloria de la Humanidad y de sus hombres y por ellos dá la vida, y el reposo con que podría gozarla. Buscando la verdad encuentra un mundo Colón, lo recorre en derredor Elcano, le ve moverse Galileo y descubre Laplace su ritmo en el Cosmos. Buscando la verdad, destruye Torricelli la leyenda del horror al vacío, halla Watt en el vapor una de las mayores fuerzas de que poder disponer, y embellecen la vida material los descubrimientos de centenares de sábios, sembrando de ideas el mundo y abriendo nuevos cauces al trabajo del hombre.

Y en tanto la *verdad* no aparece; el ideal no se extingue. Solo verdades parciales se consiguen; pero la sed no se aplaca y surge de nuevo el terrible dilema: ¿has de creer lo que no ves con tu razón? ¿Has de poner tu criterio por encima de toda otra afirmación? Sí, el terrible dilema: ó fé ó libre exámen.

*
* *

Armonía imposible, delirio infantil, querer juntar la luz con las tinieblas, el norte con el sur, el orden con el caos, los términos de la antítesis.

No se trata de afirmar ni de negar á Dios: se trata de ponerlo como término necesario ó como término posible. Mucho saber acerca á Él, dijo Bossuet, pero también el mucho ignorar, que son bien religiosos los pueblos primitivos. Cantan las glorias de Dios, los triunfos de los hombres, pero los hombres sencillos es-

tán más cerca de su gloria. Sólo Dios basta—dice el místico—y añade el creyente—ayúdame y Él te ayudará.

La fé afirma. No solo cree lo que no vió, sino lo que no ve. La ciencia ni niega ni afirma. *Esa no es su misión.*

Mientras unos, como el Arzobispo de Canterbury, no halla inconveniente en aceptar el transformismo, diciendo «lo mismo da colocar á Dios al principio que al fin», otros dicen: «dejadla; como el hijo pródigo, la ciencia volverá al seno de donde brotó.»

Mientras la ciencia no sea soberbia, dejadla en efecto. Su obra no busca lo absoluto, no puede ni debe negarlo. Llega hasta un punto, mañana alcanza más allá ¿hasta cuándo? ni ella lo sabe. Donde quiera que pare, allí sigue la fé. ¿Pusísteis allí la meta de vuestro viaje? Pues no habeis recorrido lo mas bello del camino: empeñados en no dar realidad á los sueños, no os apercibís de aquellas bellezas, que en el mero hecho de palpar en nuestro pecho ya son reales: os falta un sentido, el de la fé, y toda la gama de sensaciones específicos á ese género de fibras del alma, pasan á vuestro lado como las ondas luminosas por los ojos del ciego.

¡Feliz del que conjunciona una fé viva en lo que no vé y vé todo lo que ignora. Sabe unir la fé en la verdad eterna con la eterna verdad de la fé; el Verbo hermanado con la Ley, San Pablo con Laplace.

*
* *

Para los hombres sencillos, para aquellos que digieren sin saber—¡ni falta!—que hay estómago, y piensan—rara vez—sin percatarse de que hay psicología, morir, vivir, dormir son términos de igual serie.

Allí. nada de darse en espectáculo, nada de continuar la comedia humana hasta el fin: se muere como se vive, como se duerme, como se digiere: es el tránsito, el paso imperceptible. El fenómeno muerte recuerda en estos tales al tan conocido modo de morir del niño, y sobre todo del niño que muere caquéctico, atrepsico ó tuberculoso. Su agonía es de días, quizás de semanas; muere á pedazos: la circulación se detiene y extingue en el cerebro, en las extremidades inferiores, en los riñones. La córnea de ambos ojos hundidos ha perdido su brillo; las carúnculas lagrimales están viscosas, sucias; un sudor frio, pegajoso, también cubre la cara, de triste pálido morado; los labios secos no articulan,

mostrando unos dientes fuliginosos. Pero el corazón late, los pulmones á ratos se dilatan y á ratos se aduermen. El niño ¿ha muerto? No ha muerto todavía: aun tarda dos, tres días y más en que sin hablar, sin gritar, ni aun gemir, dejará correr por sus fauces algunas gotas de líquido y latirá su corazón: es el sueño eterno que ha comenzado no se sabe cuándo. Donde apenas se bosquejó una psicología en pleno vigor de la vida, no cabe buscar una psicología de la agonía ni de la muerte.

Solo hay una circunstancia, bajo la cuál puede hablarse de estados de alma premonitorios de la muerte en los hombres incultos, en los pobres de espíritu y... de ideas; es cuando aparece el dolor, un dolor intenso como posible heraldo de la muerte, despertador de la conciencia; proyectando un haz de luz sobre el oscuro problema del más allá.

¿Habeis visto algún descarrilamiento, alguna catástrofe de esas que han quedado muchas vidas «pendientes de un hilo» en que la muerte ha venido, sin antes anublar la inteligencia? Esos son los verdaderos cuadros de estudio para nuestro tema. Entonces se observan—contra lo que opinan muchas gentes superficiales—variados modos de morir, no es ni mucho menos igual para todos, como tantas veces hemos dicho. Entonces se ve algo de lo que frecuentemente ocurre en las batallas, ó en donde quiera que el hombre se expone á morir ante un público, sea de enemigos, de amigos, ó de parientes, en tanto en cuanto que sabe que va á morir. Entonces «sacando fuerzas de flaqueza» el bravo, el esforzado, el hombre de temple ó que gozó de tal reputación, viste de héroe, dá sus últimas disposiciones, se despide de los que le rodean, aconseja ánimo á los demás, reforma testamentos, pide confesor si es creyente, lo deja «para más tarde» cuando no lo es, y... muere en escena.

El enteco de cuerpo y de alma no obra así. En circunstancias normales aborreció del sentimiento religioso, pero acuérdate ahora de sus auxilios, y una sensación é impresión de «horror al vacío», de miedo se apodera de todosu organismo. ¿Es que entonces—como quiere la teoría de las emociones de James, la isquemia de los núcleos cerebrales produce la sensación de miedo, ó es el miedo—como quiere la teoría clásica - el que produce las irregularidades circulatorias. Lo que es evidente, y en apoyo de la primera hipótesis, es que, no domina la primera impresión, á

ella se suceden, como provocadas por ella, una serie de intensificaciones de índole paralítica vaso-motora. El individuo «no hace por sí» no se defiende, ni somática, ni ánimicamente «se entrega» y del mismo modo que esto apaga la clarividencia, las facultades intelectuales, enturbiando el juicio, de igual manera una situación así favorece la parálisis de los esfínteres, la relajación muscular, la marcha rápida de la infección y la presentación de hemorragias. Aunque esta sea una opinión particular difícil de comprobar diré, que muchos síntomas de esta naturaleza que se observan en ciertos estados preagónicos, son debidos más bien al «miedo á la muerte» que á la desintegración de las fuerzas orgánicas.

Juan Vulgar no se muere de miedo, pero se amedrenta de morir, cuando se sospecha junto al gran misterio.

NOTAS ESCOLARES

Las glándulas suprarrenales ⁽¹⁾

(Estudio histológico)

por Tomás Rodríguez Pinilla

Alumno del tercer grupo de Medicina

Sin.: Glándula, órgano, cuerpo, cápsula suprarrenal. *Nebenniere* de los alemanes. *Adrenal, suprarrenal body*, de los ingleses

El estudio de las glándulas suprarrenales, descubiertas por Eustaquio, no adquirió gran impulso hasta que Addison (en 1855) hizo radicar la causa de la enfermedad que él llamaba *bronzed skin* (enfermedad bronceada), y que después ha llevado su nom-

(1) Por tratarse de un alumno de esta Escuela de Medicina, que ha sido honrado con la publicación de este trabajo en la «Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas», lo transcribimos de ella.

bre, en una lesión de dichos órganos, principalmente de naturaleza tuberculosa.

Posteriormente á este clínico, se han hecho estudios histológicos, fisiológicos y embriológicos numerosos y detenidos, hasta hace unos cuantos años en que han dejado de hacerse, sin duda por la creencia de que sabemos de dichos órganos lo necesario para explicarnos sus oscuras funciones.

Y sin embargo, nada tan lejos de la verdad; pues aun están hoy sobre el tapete multitud de cuestiones trascendentales acerca de su origen, estructura y funciones. Así, por ejemplo, no sabemos á ciencia cierta qué origen tienen las sustancias cortical y medular; si proceden de dos esbozos distintos (prescindiendo por ahora de qué esbozos sean éstos) ó si, por el contrario, la célula medular no es más que una cortical modificada, como quieren Gottschau y Serdinko, los cuales hasta describen las formas de transición; si la corteza desempeña la función antitóxica y la medular la angiotónica; si la parte externa de la fasciculada segrega ella sola esas grasas especiales, que se supone son secreciones de estos órganos (las lecitinas) ó si son segregadas por toda la región cortical; si las células llamadas por Guieysse *espongiocitos* son privativas de esa misma parte externa de la fasciculada; una multitud de cuestiones, en fin, de que son buena muestra las precedentes.

Vamos, pues, á intentar hacer un estudio histológico de estos órganos, basado en las glándulas del cobaya, que es donde principalmente han recaído nuestras investigaciones.

A continuación hablaremos de las terminaciones nerviosas, sobre cuyo tema tantas opiniones se han suscitado, y tratando en el curso del trabajo, solo por incidencia, las cuestiones relativas á su fisiología y embriología.

División de su estudio.—Dividiremos para su estudio á la glándula suprarrenal en dos regiones principales, que son: cortical y medular; precedidas ambas de unas nociones acerca de su armazón conjuntiva, que constituye la cápsula propia, y las prolongaciones de la misma al interior del órgano.

Cápsula.—Las glándulas suprarrenales, como todos los órganos de naturaleza glandular, poseen una cápsula conjuntiva pro-

pia (de 1,0163 de densidad, según Krause), de la cual parten prolongaciones al interior de la misma, en sentido radial al principio (zonas glomerular y fasciculada), y formando después una red (zona reticulada y región medular).

Está constituida por haces conjuntivos abundantes, células estrelladas, fibras musculares lisas, algunas elásticas, y por último, en el cobaya suelen encontrarse ejemplares de las Mastzellen de Ehrlich ó células cebadas.

Los haces conectivos forman una sólida cubierta, entremezclándose entre sí y formando una red apretada en cuyos resquicios se encuentran los demás elementos.

Las células fijas del tejido conjuntivo, de forma estrellada ó fusiforme, y que se caracterizan por su núcleo pobre en cromatina, son relativamente poco abundantes y se encuentran colocadas entre los haces conectivos.

En cambio, lo son mucho las fibras musculares lisas, que están abundantemente repartidas en toda la cápsula y en las prolongaciones que ésta emite al interior; pudiendo decirse que los elementos celulares, y entre ellos principalmente los corticales, están envueltos en una red contráctil.

Encuéntrense también, según los autores, algunas fibras elásticas y células cebadas; nosotros no hemos podido observarlas en ninguna ocasión.

Por último, hemos de hablar de unos corpúsculos especiales que hemos visto en la cápsula de la glándula suprarrenal del cordero.

Estas células, que en la cápsula de dicho animal son muy abundantes, tienen una forma estrellada; poseen un núcleo que se destaca en claro y unas prolongaciones de aspecto granuloso, abundantes, que emergen en todos sentidos.

No hemos podido teñir el cuerpo ni las prolongaciones, pudiendo observarlas perfectamente en estado fresco. Creemos, en una palabra, que se trata de células pigmentarias, análogas á las que tan abundantemente se hallan repartidas en la piel y otros órganos de los batracios y reptiles. A estas células se debe el color moreno oscuro que presentan las glándulas de aquel animal,

La cápsula, como ya hemos dicho, emite prolongaciones al interior de la glándula. Estas son de dos clases: unas que se dis-

tribuyen por las capas de la corteza, singularmente por la fasciculada, donde están colocadas entre cordón y cordón celular, acompañando á los vasos y nervios que llevan esa misma dirección; y por la reticulada, donde forman los hacecillos conjuntivos principalmente una especie de vainas alrededor de los retículos celulares de esta región, que luego describiremos.

Las otras se dirigen, también radiantemente, hacia el centro del órgano, pero no se distribuyen hasta que llegan á la zona articulada de la corteza y región medular, donde se ramifican formando campos esféricos y poligonales, en cuyo interior se albergan los grupos celulares de estas regiones, así como los numerosos vasos, principalmente venosos. Es de notar la riqueza de células conjuntivas y fibrocélulas de que están provistas estas prolongaciones capsulares.

Arnold ha hecho una clasificación de las zonas corticales, basándose en la disposición del tejido conjuntivo, que, en sus rasgos generales, difiere poco de las ya establecidas sobre la base de los elementos morfológicos; sin embargo, como puede concebirse fácilmente, no ofrecen estos datos un criterio seguro para la descripción de las diferentes regiones, dado que hay animales que, como el perro y el carnero, tienen gran abundancia de estos elementos de sostén, mientras que hay otros, como el cobaya, en que son muy escasos.

Región cortical.—La región cortical se caracteriza macroscópicamente por su color amarillento; es firme, resistente y representa las dos terceras partes de la glándula. Tratada por el ácido ósmico, aun después de lavada, se ennegrece, cosa que la diferencia de la medular; no dando, en cambio, positivas las reacciones de los cromatos (Henle), sales de iodo y percloruro de hierro (Vulpian) que son características de esta última.

Para su estudio, la dividiremos en tres porciones: glomerular ó bulbosa, fasciculada ó reticular. Nosotros no encontramos justificada la división de la fasciculada en dos, externa ó de los espongiocitos, é interna ó fasciculada propiamente dicha, como quiere Guieysse y opinan algunos otros autores; pues, como veremos, el caracter fundamental de esta división (la presencia de los espongiocitos) no tiene ningún valor, porque estas células especiales se encuentran, no sólo en toda la extensión de la fasciculada, sino aun en la reticular, y en mucho menor número en la glomerular.

Parte externa de la corteza.—Llamada también glomerular, bulbosa por Gottschau, de los arcos por Renaut, nombres dados todos por su forma: esta primera zona varía mucho de unos animales á otros, y aun en el mismo animal, según las diversas circunstancias; siendo, por lo tanto, todos esos nombres verdaderos en cada caso. Así, en el perro y caballo, su aspecto es característico; está formada por cordones celulares que se incurvan caprichosamente en forma de arcos, ó como circunvoluciones cerebrales; por los extremos de estos arcos, cuya convexidad mira á la cápsula, se continúan generalmente con los cordones celulares más ó menos radiales de la fasciculada.

En cambio, en el cobaya, buey y hombre, esta disposición desaparece para formar un todo continuo, una capa maciza sin forma comparable, cuyas células, de pequeño tamaño, (10 á 12 micras), son oscuras, granuladas, con un núcleo oval que presenta muy á menudo fases mitóticas, y que se tiñe muy intensamente por los reactivos de la cromatina nuclear. Es, pues, muy probable, casi seguro, que esta capa, que podríamos llamar *germinal* (nombre que nada prejuzga acerca de su forma), sea el origen de todas las células de la corteza que en las capas sucesivas acabarían de sufrir su evolución.

Sin embargo, no se crea por esto que no poseen función secretoria alguna, pues en los preparados con los líquidos de Fleming y Pal, á base de ácido ósmico, y con el mismo ácido ósmico aplicado en masa, se descubren abundantes gotitas de grasa, bastante más finas que las que se encuentran en la fasciculada, que, además, son muy numerosas y se encuentran diseminadas por todo el protoplasma celular. Aún en los preparados hechos á favor del método rápido de Golgi (modificación de Cajal) en animales recién nacidos, gato y cobaya, se notan estas gotitas grasosas, que se ven admirablemente en toda la región cortical, resaltando sobre un fondo amarillo transparente.

Ordinariamente, las células de esta capa, que son las más pequeñas de toda la glándula, tiene forma prismática, ó bien fusiforme ó aplanada, debido á la presión recíproca que ejercen las células de esta capa entre sí.

A veces se observa que la división nuclear no va seguida de segmentación protoplásmica, debido sin duda al gran número de elementos que existen colocados en muy poco espacio.

Puede suceder, y de ordinario sucede en los animales jóvenes que poseen gran cantidad de tejido conjuntivo, como el carnero ó el perro, que éste forma un verdadero estuche que rodea á un grupo más ó menos numeroso de células, aislándolas del resto y formando nódulos empotrados á veces en plena cápsula. Sin embargo, en la edad adulta esta primera capa es la que menos tejido conjuntivo contiene.

Además de las gotitas de grasa señaladas antes, puede encontrarse también en las células glomerulares finísimas granulaciones amarillentas, de las que se han llamado pigmentarias, y que encontraremos de nuevo en la zona reticular.

Parte media de la corteza—Esta segunda capa ó *fasciculada* está caracterizada por la posición radial de sus cordones celulares, muy pronunciada, sobre todo en la mitad interna que aboca á la tercera ó reticulada.

Guieysse distingue en ella dos porciones: una, más externa, caracterizada por la presencia de esas células especiales á las que llamó espongiocitos y por ser menos marcada la convergencia de sus cordones; y otra, interna, constituida por otras células que no tienen aquel caracter y en las que su dirección radial es mucho más marcada. Nosotros, sin embargo, no podemos seguir esta división desde el momento en que sabemos que el espongiocito no es privativo de la parte externa de esta capa segunda, sino que se encuentra, como ya he dicho antes, en toda la región cortical.

Los cordones celulares se hallan separados entre sí por tejido conjuntivo, poco abundante, y sobre todo por capilares linfáticos, en contra de lo que dicen la mayor parte de los autores, que opinan que son sanguíneos, pues nosotros hemos podido observar muchas veces leucocitos, generalmente linfocitos, y en cambio no se ve nunca un glóbulo rojo.

Esto es lo observado hasta aquí por todos los autores, según puede verse en las descripciones clásicas. Sin embargo, dando cortes tangenciales al órgano se puede observar una disposición muy notable. En efecto: observando atentamente los cortes hechos en esa forma, se ve que no solo son cordones celulares los que constituyen esta capa, sino verdaderos *cilindros* en inmediato contacto unos con otros, cuyo centro está ocupado por un capilar linfático, donde van á parar, por secreción merocrina, los productos del trabajo de estas células.

Ordenadas las células de esta manera, recuerdan en cierto modo la disposición que se observa en las hepáticas en la formación de los lobulillos; aunque en este caso se encuentran los capilares sanguíneos y biliares en dirección de las trabéculas celulares, mientras que en el nuestro solo hay capilares linfáticos y son perpendiculares á los cordones parenquimatosos, por lo menos en los cortes dados en la citada dirección tangencial.

Las células de esta zona son de forma cúbica ó poligonal, otras veces alargadas, y aun pueden tener formas mucho más caprichosas. Su diámetro es de 15 á 20 micras, por término medio. El núcleo, redondeado y que á menudo yace en un polo celular, tiene generalmente un armazón de cromatina reticulada; puede presentar, sin embargo, una especie de concentración cromática, observándose solo tres ó cuatro gruesos acúmulos de cromatina que se tiñe enérgicamente, y unidos entre sí por filamentos muy pálidos de linina. Otras veces, en fin, la cromatina es difusa, coloreándose el núcleo uniformemente.

Observadas en fresco, en cortes dados á favor del aparato de congelación y teñidos por ácido ósmico, se ve que el protoplasma está abundantemente salpicado de gotitas de esa grasa especial (la lecitina) que éstas segregan. En la parte externa de la zona son muy finas, abundantemente repartidas en todo el protoplasma; y á medida que se aproximan á la parte interna se van haciendo más raras y gruesas, habiendo célula en la cual su protoplasma es una enorme gota grasienta que arroja el núcleo contra la membrana celular. Pueden observarse otras disposiciones que varían al infinito, según la forma de la célula; así hay ocasiones, sobre todo en aquellas de forma alargada, en que las gotitas grasientas ocupan los dos polos de la misma, dejando el centro reservado para el núcleo.

No pretendemos hacer esto una ley general, pero es lo más frecuentemente observado.

Esta grasa varía muchísimo según los animales, la edad, el sexo, las estaciones, el régimen de vida, etc. Según Hultgren y Anderson, serían más abundantes en los carnívoros y solípedos que en los rumiantes.

Se colora en azul por el método de Pal, como la mielina, así como por el método de Veigert modificado por Regaud.

La grasa, puesta ya en evidencia por el ácido ósmico, es muy

inestable; así vemos que se disuelve en el xilol, alcohol, cloroformo, esencias, aceite de cedro, etc., y entonces queda el protoplasma celular en esa disposición característica alveolar, igual á la que Büstchli describió para todos los protoplasmas y que ha dado origen á que Guieysse les diera el nombre de *espongiocitos*.

El protoplasma de estos espongiocitos está surcado por unos filamentos muy tenues que lo recorren en todas direcciones y que circunscriben unos espacios redondeados donde se aloja la grasa segregada por estos elementos.

Este verdadero retículo protoplásmico lo hemos impregnado de negro por el método del nitrato de plata reducido.

Los filamentos forman un círculo alrededor del núcleo, del cual se hallan separados por un espacio más claro; de este círculo parten trabéculas que divergen hacia la membrana celular y limitan espacios ovaes ó redondeados. Secundariamente emergen de estas gruesas trabéculas otras más finas, que deben ir á limitar más pequeños espacios circulares, pero ya no se ven bien á causa de su extremada delicadeza y de la dificultad de la total impregnación.

En estas mallas y en los puntos de encuentro de los filamentos que las constituyen, Ciaccio ha descrito y figurado unas granulaciones á las que llama *oxifilas*. Son pequeñas, redondeadas, refringentes, insolubles en alcohol, éter, cloroformo; reducen el ácido ósmico y se coloran por el carmin neutro, la hematoxilina, las anilinas ácidas. El mismo autor señala, en la parte interna de esta capa, la presencia de cuerpos *siderófilos* de centro claro, situados alrededor del núcleo, ó en un polo del elemento.

Estas últimas han sido confirmadas por Guieysse por medio de la hematoxilina férrica, dándoles el mismo nombre de *siderófilas* y considerándolas como formaciones ergastoplásmicas. Estas granulaciones tampoco son patrimonio de una parte de la segunda capa, sino que abundan en toda la región cortical.

Bardier y Delamar consideran á estas formaciones ergastoplásmicas como una revelación inexacta de los procedimientos seguidos. Y se apoyan para esto en la ausencia de tales cuerpos siderófilos allí donde el fijado es irreprochable.

Además de las gotas de grasa y de estos cuerpos siderófilos, Mulon ha señalado la existencia, en las células de la fasciculada, de unas granulaciones que se tiñen por la fuchsina, el violeta de

genciana y el Gram. Estas nuevas granulaciones existirían en la parte de la célula que mira á los capilares linfáticos, á los cuales irían á parar por secreción merocrina. No hemos podido ó sabido confirmarlas.

Por último, estas células pueden presentar los fenómenos de la división indirecta ó kariokinética, según lo atestiguan las investigaciones de Canalis, Gottschau, Mulon y las nuestras. En efecto, se pueden observar algunos ejemplares celulares que tienen dos núcleos, bien perfectamente aislados ó unidos por un pedículo más ó menos grueso. También puede observarse alguna que otra fase de división directa. Sin embargo, hay que advertir que estos fenómenos de división no son constantes y constituyen la excepción de la regla.

Parte interna de la corteza.—Llamada también reticulada ó pigmentaria, está constituida esta capa por los cilindros huecos celulares de la fasciculada, que al llegar aquí se incurvan formando círculos: verdaderas vesículas cerradas, donde las células sufren una evolución completamente distinta á la que hemos visto en las capas anteriores.

Las células que rellenan ó tapizan estas vesículas son muy parecidas en tamaño y forma á las que constituyen la fasciculada. Ordinariamente están, en el cobaya al menos, dispuestas en dos ó tres filas, contando de afuera á adentro, ó bien en grupos ó masas celulares característicos, representando de ordinario las células más internas del grupo tipos más adelantados en su evolución.

Cada vesícula está rodeada por una finísima membrana basal, y más lejos por abundante tejido conjuntivo, en el que hay, además de los hacecillos, células conjuntivas de forma estrellada ó fusiformes. No siempre estas vesículas están independientes unas de otras, pudiendo continuarse con las inmediatas á favor de puentes celulares.

Su forma es muy variable: de ordinario son redondeadas, apareciendo en los cortes transversales, que comprenden todo el órgano, como una serie de circulitos celulares que separan muy claramente la región cortical de la medular; otras veces su forma es alargada y más rara vez poliédrica ó triangular, dependiendo esto de la disposición de las vesículas cercanas, así como de los cordones de la fasciculada.

Las células que tapizan estas vesículas están provistas, como

ya notaron Stilling y Grandy, de unas granulaciones amarillentas que varían mucho de tamaño: desde límites inconmensurables, hasta dos ó tres micras. Estas granulaciones no se tiñen por ningún reactivo colorante de los actualmente usados, á pesar de la opinión de Mulón, que dice que ha teñido los más finos por la fuchsina. Nosotros creemos, sin embargo, que lo que ha impregnado no eran las citadas inclusiones, sino unos gránulos finísimos que están colocados sobre los filamentos del retículo y que parecen espesamientos de estos mismos filamentos, prestándose á confusiones con las más finas inclusiones amarillas.

No son atacables por el cloroformo, alcohol, xilol, ácidos y álcalis. Abundan en la suprarrenal del hombre y cobaya, en la del buey, etc. Y pueden faltar casi por completo ó aumentar considerablemente bajo la influencia de múltiples condiciones, como son la edad, el sexo, la gestación, las intoxicaciones, etc. No se encuentran nunca en la médula.

Estas granulaciones recibieron, sin duda á causa de su color, el nombre de pigmentarias, y se pretendió explicar con ellas los trastornos de pigmentación anormal en la piel y mucosas de los addisonianos, fenómeno que se conoce con el nombre de melanodermia; se creyó con esto haber encontrado la causa primera de este síntoma, explicándolo como una consecuencia de la hiperactividad de la glándula y, por consiguiente, del excesivo paso á la sangre del pigmento, que se fijaría en los citados órganos.

Sin embargo, nada tan en pugna con la verdad: *clínicamente* conocemos numerosos casos de addisonianos típicos, con lesiones profundas de las glándulas suprarrenales, que fueron precedidas de un periodo de hiperactividad secretoria, los cuales no presentaron nunca fenómenos de melanodermia; por el contrario, *fisiológicamente*, el crecimiento y abundante producción de esta secreción singular coincide con las épocas de gestación en las hembras, de intoxicaciones, según la estación, etc., no teniendo nada absolutamente que ver con la enfermedad de Addison, mal llamada por algunos autores enfermedad bronceada; y, por último, la *histoquimia* nos dice que este pigmento na tiene nada que ver con las granulaciones de melanina, raras en el dermis. ni menos con las de *eleidina* (Ranvier) ó *keratohialina* (Waldeyer), mucho más abundantes en el epitelio tegumentario y características de su *estrato granuloso*, las cuales se tiñen (las de eleidina ó

keratohialina) por el carmin, hematoxilina y anilinas básicas, mientras que sabemos que las granulaciones pigmentarias de la suprarrenal no se tiñen con ningún colorante de los conocidos.

Probablemente se trata en estas granulaciones tegumentarias de productos de secreción de las propias células, en cuyo caso la hiperpigmentación puede ser debida á un trastorno trófico, ú otro del sistema nervioso.

(Concluirá)

PRIMER CERTAMEN

de trabajos médicos organizado por la Revista escolar "Clínica y Laboratorio,,

TEMAS Y PREMIOS

Tema I.—La moralidad cristiana es eficaz profilaxis contra la tuberculosis y otras enfermedades prestando gran servicio las autoridades que disminuyan el tiempo y duración de algunos espectáculos públicos, ya que no los supriman en absoluto, cuando son contrarios á aquella.—Premio del Excmo. é Ilmo. Sr. D. Juan Soldevilla, Arzobispo de Zaragoza.

Tema II.—(En blanco, por no haberlo recibido aún).—Premio del Dr. Calleja.

Tema III.—El alcoholismo y sus consecuencias para el individuo y para la especie. Medios de evitarlo.—Premio del Excelentísimo Sr. D. Tomás Castellano, ex-ministro de Hacienda y Diputado á cortes por Zaragoza.

Tema IV.—Juicio crítico sobre la responsabilidad penal en los diferentes estados de alienación mental.—Premio del Excelentísimo Sr. D. Marceliano Isabal, Diputado á Cortes.

Tema V.—Estudio anatomo-fisiológico de la cápsulas suprarrenales.—Premio del Alcalde de Zaragoza.

Tema VI.—Protección á la mujer embarazada bajo su aspec-

to social.—Premio del Dr. D. Sebastian Recasens, Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.

Tema VII.—Valor etiológico del clima en el desarrollo de las infecciones.—Premio del Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Manuel Mariani, Decano del Hospital de la Princesa de Madrid.

Tema VIII.—Estudio bibliográfico de la literatura obstétrica española desde el siglo XV hasta la fecha.—Premio del Ilustrísimo Sr. Dr. D. Eugenio Gutierrez, Profesor del «Instituto Rubio» de Madrid.

Tema IX.—Septicemia puerperal. Su concepto patogénico. Crítica de los procedimientos empleados para su tratamiento profiláctico y curativo.—Premio del Dr. D. Enrique Isla, Médico de la Beneficencia provincial de Madrid.

Tema X.—Cuáles son los síntomas que hacen sospechar la existencia del cáncer uterino incipiente; qué debe hacer el médico para establecer el diagnóstico precoz del cáncer uterino y consejo que debe dar á la enferma en tal caso.—Premio del Dr. don Antonio María Cospedal y Tomé, Médico de la Beneficencia general de Madrid.

Tema XI.—Tuberculosis industrial.—Premio del Dr. D. Francisco Arpal, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tema XII.—Las anginas agudas en el niño.—Premio del doctor D. Patricio Borobio, Catedrático de Medicina de Zaragoza.

Tema XIII.—Patogenia de las ulceraciones del estómago.—Premio del Dr. D. Juan Enrique Iranzo, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tema XIV.—Estudio del líquido céfalo-raquídeo en las enfermedades crónicas del sistema nervioso.—Premio del Dr. D. Ricardo Royo Villanova, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tema XV.—Patogenia de los quistes del ovario.—Premio del Dr. D. Pedro Ramón y Cajal, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tema XVI.—Determinación en los enfermos que padecen ictericia, de las causas de su enfermedad.—Premio del Dr. D. Ricardo Lozano, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tema XVII.—Diagnóstico diferencial entre la intoxicación fosfórica aguda y las ictericias graves.—Premio del Dr. D. Juan Bastero y Lerga, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Tema XVIII.—Diagnóstico de las enfermedades pulmonares deducido del análisis micrográfico y microbiológico de los esputos.—Premio del Dr. D. Eduardo Pastor, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza

Tema XIX.—El curso de la fiebre como signo pronóstico en las infecciones —Premio del Ateneo Médico-Escolar de Zaragoza.

Tema XX.—Medios modernos de investigación de la permeabilidad renal —Premio del Dr. D. Rafael Ulecia y Cardona, Director de «La Revista de Medicina y Cirugía Prácticas».

Tema XXI.—Estudio comparativo de la electrolisis y de los efluvios eléctricos.—Premio de la Revista de Medicina «El Siglo Médico».

Tema XXII.—Estudio comparativo y diagnóstico diferencial de las distintas amiotrofias. Premio de la casa editorial de D. José Espasa.

Tema XXIII.—Incompatibilidades medicamentosas.—Premio de los Sres. Rived y Chóliz, propietarios del Bazar Moderno.

Tema XXIV.—Memoria sobre una enfermedad, de libre elección.—Premio de la Revista «Clínica y Laboratorio».

Para poder concursar es indispensable atenderse á las siguientes reglas generales:

1.^a Las Memorias deberán estar escritas en castellano y su extensión no podrá exceder de 50 cuartillas manuscritas, de tamaño (papel de barba) y tipo de letras generales. Esta limitación de cuartillas queda exceptuada para el tema VIII dadas sus especiales condiciones.

2.^a A cada una de las Memorias deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá exteriormente señalado con el *lema* que figure en la Memoria á que corresponda, escrito en ambos con la misma letra para evitar la confusión que pudiera originar la posible coincidencia de que dos ó más Memorias ostentasen el mismo lema.

Quedará excluido del Concurso todo trabajo firmado por su autor ó que contenga alguna indicación que pueda revelar su nombre.

3.^a Las Memorias se dirigirán bajo sobre al Director de la Revista, don Ricardo Horno Alcorta (D. Alfonso I, 29, Zaragoza), quien expedirá el correspondiente recibo de la entrega.

4.^a El plazo del Concurso termina el día 20 de Julio de 1906, no admitiéndose ningún trabajo pasada esta fecha. En el número

de la Revista correspondiente al día 25 de dicho mes se publicarán los *lemas* de las Memorias recibidas.

5.^a El fallo del Jurado calificador (cuyos nombres se darán á conocer oportunamente) se publicará en el número de «Clínica y Laboratorio» correspondiente al mes de Agosto y en él se harán constar los premios otorgados. Los autores de las Memorias premiadas podrán desde esa fecha recoger sus premios en nuestra Dirección.

6.^a Los autores premiados acreditarán ser alumnos de Medicina en la fecha de la publicación de este Certámen y ser suscriptores de «Clínica y Laboratorio», al terminar el plazo del mismo.

7.^a Toda Memoria recibida para el Concurso, quedará propiedad de la Revista. Las Memorias premiadas se publicarán desde luego en «Clínica y Laboratorio» con el retrato de su autor, si éste no se opusiese á ello, reservándose la Revista el derecho de publicación de los demás trabajos.

Zaragoza 25 de Febrero de 1906.

(De *Clínica y Laboratorio*)

Revista de Revistas

La tos en los niños—Fuller: *Amer. Med.* 1904.

En la mayor parte de los casos el origen está en la parte posterior de la garganta, ya en las tonsilas ó en la faringe, etc., que deben ser examinadas con atención. La tos adenoidea es padecida por los niños con frecuencia. De 621 casos de tos tratados en estos dos últimos años en el «Royal Waterloo Hospital» 271 de los pacientes padecían tonsilitis, faringitis, hipertrofia crónica, de las amígdalas ó crecimientos adenoideos en los orificios posteriores de las fosas nasales y en casi todos ellos desapareció la tos en cuanto la garganta fué curada por un tratamiento adecuado.

El tratamiento preventivo consistiría en abrir grandes parques para los niños, donde pudieran respirar aire puro y hacer

ejercicio, contrarrestando de ese modo las malas condiciones de sus casas.

El tratamiento médico consiste en toques y gargarismos antisépticos, sedantes, aire fresco y hierro; estirpar, si hiciese falta, las vegetaciones adenoideas y aun las amígdalas, si estas fuesen demasiado grandes.

Cura del asma infantil por el Prof. González Prats.

Extractamos de *La Medicina Italiana* número 12, el siguiente progresivo tratamiento del asma de los niños.

Se hará primero exploración prolija de la naso-faringe; se suprimirá la carne, se ordenarán sopas con leche, farináceas, legumbres, frutas, manteca fresca.

En el momento del acceso, fumigaciones con

Polvos de hojas de estramonio.	} aa—15,0
— — de belladona.	
— de nitrato de potasa.	» 3,0
— de opio	» 0,75

m.

quémense en un platillo cercano al niño.

Se dará á oler ioduro de etilo, vertiendo unas gotas en un pañuelito

Durante un acceso violento se recurrirá á inyecciones subcutáneas de

Clorhidrato de morfina.	0,05
Agua de laurel cerezo.	10,00

F.

un milígramo por año de edad.

También ha dado buenos resultados la heroína:

Heroína.	0,002
Agua destilada.	10,00

F.—20 gotas en un poco de agua.

Calmado el acceso, si persiste la opresión por obstrucciones bronquiales, se dará un vomitivo:

Ipecacuana 0,10 por año de edad,

ó el siguiente:

Polvos de Dower (que contiene un décimo de polvo de opio

y un décimo de ipecacuana) á la dosis de 5 centígr. por año de edad, al día:

Polvos de Dower. 0,05
Azúcar pulverizado. 0,50

para un papel, repítanse 5 iguales; para dar uno ó dos cada hora á un niño de cinco años (Comby) durante 4—5 días.

Comby aconseja:

Tintura de belladona. }
— drosera. } aa—2,00
Alcoholaturo de raíz de acónito. . . . }

m.

3—10 gotas, 3—4 veces al día según la edad para inhalaciones.

La tintura de belladona se da en cantidad de 2—4 gotas por año de edad; á un niño de 2 años pueden darse 10 gotas de alcoholaturo de raíz de acónito.

Se usará con ventaja:

Agua de tilo. 100 gotas
— flor de naranjo 30 »
Licor de Hoffmann. 1 »
Tintura de belladona. } aa—15 gotas
— lobelia. }

m.

á cucharadas de postre 4 diarias en un niño de 3—5 años.

Noorden aconseja la atropina, un cuarto de milígramo en un gránulo, aumentando cada día un gránulo hasta llegar á 3—4 miligramos al día. No es muy prudente la utilización de este medicamento tan activo.

Se han usado otros remedios, como:

Tintura de lobelia. } aa—0,50
— grindelia robusta. }
Alcoholaturo de anémoma pulsátil. 1
Jarabe de altea. 30
Agua destilada. 60

m.

á cucharadas de postre, una cada 12 horas para niños de 4—5 años.

Puede darse los polvos de anémona en cantidad de 1—2 centigramos con azúcar.

Buen sedante es la antipirina á la dosis de 50 centigr. por año.

Se dará la quinina si existiese fondo malárico (Comby).

Se prevendrán nuevos ataques prescribiendo:

Ioduro potásico.	} aa—5
Tintura de lobelia inflata.	
Jarabe de corteza de naranjo amargo.	120

m.

una cucharada de café, todas las mañanas, para niños de 10—12 años durante 15 días seguidos. En días sucesivos y otros 15 seguidos, se administrará:

Arseniato sódico.	0,03
Bromuro potásico.	3
Jarabe de flores de naranjo	100

m.

para tomar como antes.

En caso de fracasar Comby aconseja:

Flores de azufre.	5
Miel blanca	80

Como cura termal, baños sulfurosos generales ó locales.
Fricciones, masaje

La sobrealimentación azucarada en Terapéutica—Toulouse ha tratado de determinar el valor dietético del azúcar en diversos estados morbosos donde es preciso combatir el adelgazamiento. Para esto ha empleado el azúcar dado á dosis elevadas además de la ración ordinaria ó del régimen lácteo. Las dosis de azúcar dadas varían de 50 á 300 gramos por día, cantidad que en mujeres delgadas representaba una cantidad de 8 gramos por kilo de peso.

Los resultados han sido notables. Los enfermos aumentaban 100 gramos de peso por día, por término medio: en ciertos periodos y en ciertos sujetos este aumento de peso era de 500 gramos, por consiguiente superior al peso de azúcar ingerido. Los enfermos han recuperado de este modo el tercio de su peso, pasando

en algunos meses de 35 á 48 kilogramos. Durante la sobrealimentación azucarada, el examen de las orinas indicaba un descenso en la excreción de materias azoadas, sin que la relación resulte modificada de una manera sensible. Cuando los enfermos estaban sometidos al régimen lácteo de tres litros por día, se ha notado una acción más intensa de la administración del azúcar.

Los inconvenientes, más teóricos que prácticos, del azúcar (fermentaciones estomacales, trastornos digestivos) no se han observado. Estas dosis elevadas de azúcar no pasan á las orinas en los enfermos sanos. Estas experiencias demuestran á qué dosis se puede manejar el azúcar en la alimentación terapéutica; es un agente prodigiosamente activo y sin inconvenientes visibles, en todos los estados de desnutrición profunda y notablemente en los casos en que los individuos se alimentan mal.

— — —
Fiebre tifoidea—Dr. Simón: Soc. de Ped. de París. 15 Marzo de 1905.

Un niño se enfermó de pronto con dolor en el punto de Mac Burney y defensa de la pared del abdomen. Tenía algo de diarrea. El serodiagnóstico no fué positivo de tifoidea hasta el octavo día; después se presentaron las manchas sonrosadas. ¿Se trató de un ataque de apendicitis al principio de una fiebre tifoidea ó solo signos engañosos que simulaban una apendicitis? Los síntomas hacían admitir la primera hipótesis.

Dr. Comby.—Se da un caso diagnosticado de apendicitis en el que se hizo la extirpación del apéndice completamente sano; el enfermo se hallaba al principio de una fiebre tifoidea que siguió su marcha normal.

Dr. Moizard.—He observado un caso parecido pero terminó por la muerte. El diagnóstico es difícilísimo. Engañan los dolores fuertes y espontáneos que se presentan en la fosa iliaca derecha, completamente distintos de los que existen al principio de la fiebre tifoidea.

Dr. Barbier.—En el Hospital Herold se han practicado de urgencia dos operaciones, suponiendo una apendicitis, y en realidad resultó una fiebre tifoidea al principio.

Dr. Broca.—He cometido este error una vez. Fui engañado al observar macidez en la fosa iliaca derecha, que me expliqué al

practicar esta operación, por la presencia de un grueso paquete ganglionar ileocecal; el apéndice se hallaba completamente sano; cerré el abdomen sin continuar la operación. La fiebre tifoidea siguió su marcha ordinaria. El enfermo curó.

Todos los años son llevados al Hospital para que se les opere de apendicitis. niños que en realidad padecen fiebre tifoidea incipiente.

Tesis nuevas

Es muy notable la Tesis que hemos recibido y con la cual ha tomado el título de Licenciado en Medicina, en Oporto, don Guillermo Cabral. Versa sobre las «Gastro-enteritis infantiles» y es un acabado estudio de Etiología y tratamiento de estas infecciones.

En el número próximo de nuestra Revista haremos un pequeño extracto de la Tesis.

Nuestra enhorabuena al joven médico portuense.

Noticias

Estado sanitario

En el pasado mes de Febrero hemos tenido en nuestra ciudad casos de difteria faringo-laríngea, disminuyendo los de sarampión, pero sin desaparecer la endemia del todo.

La mortalidad del mes ha sido de 3,05 por 1000 habitantes.

La natalidad de 2,79.

= Dimisión

Ha presentado la dimisión de sus cargos la junta provincial de la Asociación de médicos titulares.

El motivo de separarse el señor Mondelo y algunos otros compañeros de los cargos que desempeñaban en la Asociación y de la Asociación misma, parece que se refiere al disgusto que les produce la marcha de los asuntos económicos de la Corporación.

Buen discurso

El discurso del doctor Mariani, con que inauguró este año las tareas académicas la Real de Medicina, ha sido notable, como todos sus trabajos. Versó sobre el concepto de la Clínica, y en uno de sus párrafos, en que se ocupa de los errores de diagnóstico que á diario se cometen, por no reconocer con detenimiento á los enfermos, leemos este sucinto caso, que por ser curioso copiamos á la letra. Dice así:

«Una señora de cerca de ochenta años, tiene un escalofrío violento, vómitos, y la temperatura sube á 40°. Cuando la veo, presenta la cara vultuosa, los ojos brillantes, está disneica y tose: la ausculto, y en el lóbulo inferior del pulmón derecho apenas hay murmullo vesicular y se aprecian estertores crepitantes. Creo que se trata de una pulmonía, aun cuando no ha habido aún esputos, ni hay dolor de costado; pero como la enferma es vieja, no me extraña ni lo uno ni lo otro, sobre todo en las primeras veinticuatro horas de enfermedad. La familia, justamente alarmada, provoca una consulta, á la que asisten dos eminentes compañeros, que confirman el diagnóstico y hacen un pronóstico aún más sombrío que el mio. A la mañana siguiente, cuando voy á ver esta enferma, encuentro en la casa á todo el mundo con cara muy satisfecha: aquella enferma estaba con 37°5, y su hija me dice con mucha naturalidad: «Mire usted, Doctor, que mi madre tiene en el pie una cosa muy rara, de la que no se ha quejado hasta hoy, por más que hace tres días que dice que la dolía mucho después de haberse cortado un callo.» Y, en efecto: sobre el callo inflamado había una gran flictena, y en la pierna un linfangitis, que había sido la causa de aquella fiebre alta, que hizo pensar en la neumonía, que parecía confirmada por los síntomas antes dichos, explicables, sin duda, por un pulmón senil esclerosado y estertores secos de una secreción bronquial accidental».

Consultas

Cada día son más concurridas las consultas establecidas en

esta Facultad de Medicina por los señores Cañizo, Nuñez Sampe-
layo y Pinilla, encargados de las especialidades de medicina inter-
na, ginecología y enfermedades de los niños.

Los alumnos sacan gran provecho de estos dispensarios, don-
de los enfermos son examinados detenidamente.

=

XV Congreso internacional de Medicina.—Para facilitar á
los médicos españoles su inscripción para el XV Congreso inter-
nacional de Medicina que se ha de celebrar en Lisboa en Abril
próximo, hay en Madrid un comité especial, bajo la presidencia
del doctor don Julian Calleja.

Toda la correspondencia relativa á la participación en dicho
Congreso debe ser dirigida al secretario de dicho Comité, doctor
don Enrique Salcedo y Ginestar, San Salvador, 3, Madrid, ó di-
rectamente al secretario general del Congreso, Profesor Miguel
Bombarda, Nova Escola Médica, Lisboa.

*Estadística demográfica sanitaria
de Salamanca.*

Mes de Febrero de 1906.

Nacimientos viables.	{ Varones . . . 29 Hembras . . . 37	{ Ilegítimos . . . 6 Idem 3
Idem no viables	{ Varones . . . " Hembras . . . 1	{ Idem 1
		<i>Totales.</i> 77
Defunciones	{ Varones . . . 45 Hembras . . . 37	{ <small>Contags.</small> Varones . . . 0 Hembras . . . 0
		<i>Totales.</i> 82
Matrimonios, 12		

Salamanca—Imprenta de Almaráz y Comp.^a—Zamora, 19