

# Revista Médica Salmantina

---

SEPTIEMBRE DE 1906.

---

SECCION DOCTRINAL

## LA CIRUGÍA EN BURDEOS,

por el Dr. GONZALEZ (D. José)

*Médico 1.º de la Armada*

Residente por destino oficial en este bello país, tan amante de la cultura, como adelantado en sus procedimientos científicos en general y singularmente en lo que á la medicina se refiere, invierto gran parte del tiempo en visitas á hospitales y centros de enseñanza y en estudiar cuantas innovaciones aparecen en el campo de la Cirugía ó en la técnica operatoria seguida por los maestros que aquí la practican, no escasos en número, ni de menguado crédito profesional por su reconocido saber.

Como me considero obligado con los lectores de la REVISTA MÉDICA, consignaré alguna de las impresiones y enseñanzas adquiridas durante mi asistencia á las clínicas y anfiteatros de operaciones de Burdeos.

Llama desde luego la atención el escrupuloso esmero y pulcritud con que están establecidas las estancias hospitalarias, así como la delicada solicitud con que se cuida á los enfermos por hermanas religiosas en la propia Francia anticlerical. Se emplean como antisépticos usuales el *oxicianuro de mercurio*, el *agua oxigenada* y el *alcohol* y se practican en todos los departamentos de cirugía las curas ordinarias y conocidas de todos, para tratar los afectos corrientes.

Como variantes, no he visto más que la aplicación del *Método de Bier* á todo lo que sea inflamatorio ó tuberculoso local. Los enfermos tratados por él, ostentan las regiones expuestas, enormemente edematosas y negras, denunciadoras de una intensa congestión pasiva, y aunque está en gran predicamento su uso, creo que no resiste la novedad dos años, así por los peligros que tiene, y las consecuencias desagradables que á menudo origina, como porque precisa de aparatos adecuados para cada particular aplicación.

La cortesía francesa, siempre encuentra medio de manifestarse con el extranjero que viene á sus centros á enterarse del estado de la ciencia; así es, que todos los médicos de los establecimientos benéficos, tienen á inestimable honor servir de iniciadores y guías en los secretos no socomiales y se muestran afables y solícitos para ofrecer facilidades de estudio.

En el Hospital Saint André, que es el primero donde asisto, sírveme de amable cicerone el doctor Venot. Allí veo operar *oforo-peria*, por ectopia testicular, en la cuál creen poder liberar el cordón y bajar el testículo, mas lo impidieron las adherencias y hubo necesidad, de castrar y fijar el cordón, al anillo desbridado anteriormente y veo en fin, operar una *colpotomía* por presunto obsceso del Douglas, que resultó *hematocele*.

De ellas saco la impresión, de que este gran centro Quirúrgico, no es ningún *mómio*, al contrario, sea debido á la época de vacaciones ó á estancamiento del arte, la Cirugía que se hace aquí es poca y muy criticable. Las únicas innovaciones que desde mi último viaje á ésta, hace dos años, he visto se refieren á la anestesia. Suelen dar el cloroformo con el aparato de Richard, aplicación que no me satisface; otro *modus faciendi*, consiste, en dormir al enfermo con el *somnoformo*, cuyo aparato y aplicación, vimos en las pruebas que de dicha substancia como hipnotico, verificó en esa, el dentista señor Niño, continuando después la anestesia con el cloroformo, hasta terminar el acto quirúrgico.

Las ventajas de esta complicación del método clorofórmico, no las he visto, pues si bien se suprime el periodo de excitación, he observado, que la agitación es mayor y la respiración está muy comprometida durante toda la anestesia, tanto, que en uno de los enfermos por mí vistos, hubo necesidad de verificar la respiración artificial y poner en práctica todo el proceder de Laborde, para conseguir volver á la vida al operado. En fin, á mí juicio, no vale la pena adquirir un aparato, mas, que por cierto no es barato, ni fácil de manejar y cuyo uso no evita el cloroformo, ni aun en operaciones tan cortas, como es la fístula de ano.

Las laparotomias, también han sufrido modificaciones en su técnica, cosa que ya me era conocida, por la prensa científica. Hacen la incisión de la piel, transversal, y paralela al eje del cuerpo, la división de los músculos. ¿Garantiza este proceder las eventraciones? El tiempo se encargara de decirlo. Por lo pronto el *bloc* cicatricial, que suponen se produce por el cruzamiento de los planos divididos esteóricos, puesto que el trabajo inodular, sigue la dirección de los planos aponeuróticos y de sus fibras, así es, que el punto de menor resistencia siempre será el plano músculo aponeurótico, y nunca la piel.

En este Hospital de S. Adrian, comienzan los trabajos de Cirujía á las ocho y media de la mañana y tienen dispuesto en forma reglamentada el trabajo, del cuál dan noticia anticipada en la tablilla de la portería. Uno de estos días que yo acudí, apareció el siguiente programa: 1.º, amputación de la primera falange del dedo índice derecho por fractura; 2.º, fístula de ano, (por el Doctor Sabignat) y 3.º, cura radical de hernia inguinal, (por el Doctor Richet).

El doctor Sabignat, es hábil y de justa reputación; lo he visto operar en otras ocasiones cosas difíciles, y lo hace con arte, y sobre todo con limpieza.

Lo único que llama extraordinariamente la atención, es lo que va perdiendo el exámen sensorial para el diagnóstico á cambio

del gran desarrollo é importancia que ha adquirido el laboratorio en la clínica.

El diagnóstico de la fractura de la falange, tan sencillo y fácil se había hecho con la radiografía.

Nada de particular ocurrió en las dos primeras operaciones anunciadas: la amputación se hizo por el método oval, suturando con crín de Florencia y la fístula, por el proceder que yo sigo de escisión y raspado.

El Doctor Richet, es un joven, jefe de Clínica del Doctor Sabignat, al que éste dió la *alternativa* hace poco. Practicó la *cura radical* de una hernia inguinal simple, oblicua y sin adherencias, de saco vacío y membranosa. Durante el acto, sudamos todos, por el mucho calor que hacía en la sala de operaciones, y por las angustias sufridas, en 60 minutos de disección del saco, pérdida del pedículo, suturas que hubo que quitar y poner, porque comprimían y hasta enalobaban el cordón, pérdida de este en la irregularidad de los planos divididos, y un sin fin de desastres que omito en gracia á la caridad científica; total, una faena irregular, pesada y mala.

El método, Dios lo dé: se dividieron las capas sin orden, se escindió el canal inguinal en toda su extensión; la hipogástrica fué seccionada, se inundó el campo operatorio y vino la más pueril confusión, y al fin pudieron ligarse los segmentos; despegó el saco, que por fortuna estaba vacío, lo abrió, lo intentó torcer, lo ligó por el sitio más alto, lo seccionó y huyó hacia el vientre. Después se practicó una sutura en cadena con catgut, cubriendo el cordón con todo lo que encontraba, mas éste se herniaba á través de los puntos, hizo un nuevo plano de suturas metálicas encima del primero, con los tegidos inmediatos y considerando aún poco firme esta segunda sutura, verificó una tercera con catgut del número 3, para tapar la metálica con el tegido celular subcutáneo. Hay que advertir, que las suturas cutáneas las hacen con la pinza de *Michel*, pues el aparato mecánico, lo han desterrado.

Con verdadero sentimiento, veo que la clínica operatoria va por mal camino. Sin menospreciar el laboratorio, noto con disgusto su imposición sobre la observación razonada del enfermo, no debiendo ser aquella más que un comprobante de nuestros sentidos, que aunque falaces, van auxiliados por la razón, cosa de que no disponen los aparatos de investigación, física ó química.

Pero lo que más me duele é indigna, es el ver como se prescinde de la anatomía en las intervenciones operatorias; se escinde y estirpa á ciegas, caiga lo que caiga, cualquiera que sea el órgano y su categoría funcional, que se ponga por delante del bisturí. Después viene el retoque, sin tener en cuenta la anatomía propia de cada tejido ú órgano, porque al fin, todo ha de ser en la cicatriz, tejido conjuntivo; las arterias seccionadas se ligan en masa y los nervios se empalman ó suturan. ¿Y no sería mejor excusar la sección de los que no hiciera falta? ¿No es una ley operatoria, traumatizar la menor cantidad posible de materia viva?

Lejars con su entendimiento prodigioso y sus anarquías dominadoras, ha hecho perder el miedo á los cirujanos; ¡la asepsia y antisepsia lo son todo, la anatomía nada: á lo más, tenerla alguna consideración por su antigüedad, por sus buenos propósitos!...

¡La economía es democrática, lo que llamábamos tejidos heterólogos, fraternizan y se unen sin protesta con una buena sutura aséptica á modo de lazo conyugal.

Tales son las ideas que acudieron á mi mente al ver hacer la cura radical de hernia.

Esta es la Cirugía americana, la velóz, la de aparatos! Ya no podemos pensar en lo que nos decían nuestros maestros, que con unas pinzas, un bisturí, una aguja, una sonda acanalada y *mucha anatomía*, podíamos acometer cualquier operación, por difícil que fuera.

Hoy sucede lo contrario, solo hace falta un arsenal de instrumentos y sobre todo no saber anatomía, por que solo sirve para asustar á los Cirujanos noveles! Mas yo, apegado á la rutina y

á las bases adquiridas en nuestros tiempos, diré, siempre con Morales Pérez, quien emula al gran Billrot; anatomía señores, anatomía, y mil veces anatomía; de la seguridad de nuestros conocimientos, depende en ocasiones la vida del hombre... y el éxito operatorio añado modestamente.

Mas como todo no han de ser impresiones desagradables, pronto encontré la compensación de lo anteriormente relatado, al ver operar á un Cirujano de tanta ciencia y crédito profesional, como Sabignat, quien practicó, una de esas intervenciones, que entusiasmaban á nuestro Doctor Encinas; resección del maxilar superior, con vaciamiento ocular por epitelioma.

Pregunté á referido Cirujano, si hacía la traqueotomía-previa y me contestó que no aceptaba tal proceder, porque era sobreañadir otra intervención, á la ya de por sí grave, resección del maxilar. Entonces acudió á mi memoria el procedimiento de cloroformización que algunas veces seguimos, utilizando la sonda nasal en operaciones de esta índole, porque la verdad, estos pacientes sufren el traumatismo en semianestesia.

Puso al enfermo con la cabeza colgando, circunscribió la zona invadida con el bisturí, seccionó el arco cigomático con la sierra de cadena, las apofisis pterigoidea y ascendente del maxilar con la cizalla, y la palatina, con una cizalla que me era desconocida: tiene la tijera larga y estrecha y los mangos de cerca de 80 centímetros y que indudablemente es de gran utilidad, puesto que secciona el hueso con facilidad y sin esguirlas. Quedé altamente complacido de la gran facilidad y limpieza con que practicó en una hora escasa toda la operación, con la autoplastia consiguiente, sacando los colgajos por deslizamiento, de las regiones frontal y parietal correspondientes.

Me manifestó referido maestro, que tiene gran seguridad en la no reproducción de los cánceres de esta región, pues contaba con casos de esta índole, operados hacia 10 años, sin acusar novedad alguna los pacientes, ni el más leve indicio de recidiva.

Burdeos—25—Agosto 1906.

## LAS FIEBRES PARATÍFICAS

por el Dr. PINILLA.

=

Es asunto de gran preocupación para muchos médicos en España, la actual endemia, en muchos pueblos, de fiebres infecciosas de diagnóstico difícil en cuanto á su naturaleza, pero iguales á las ya observadas en toda Europa hace unos cuantos años, y que también estudian los clínicos de todo el mundo.

El haber observado nosotros bastantes casos, y algunos bien raros, así como el haber consultado la bibliografía del asunto, nos mueve á tratar hoy de ello, desde el punto de vista clínico principalmente.

Estas fiebres á que aludimos, tienen una sinonimia extensa. Con criterio bacteriológico se las denomina fiebres paratíficas, de tipos A ó B, aludiendo á que su etiología estriba en la presencia en la flora intestinal del *bacillus paratiphicus* de fisiología más semejante al *coli* ó más parecida al Eberth. Con criterio empírico se las domina fiebres *latosas*, fiebres X, y algunos—aunque pocos—llegan á confundirlas con la fiebre de Malta ó del Mediterráneo.

A mediados del siglo pasado observaron ya Louis y Bretonneau, que enfermos que habían tenido síntomas de tifoidea, no exhibían en la autopsia las lesiones de la dotinenteria. En 1896 llegaron á más Achar y Bensaude, pues comprobaron en enfermos parecidos que el sero diagnóstico no era positivo, que no se aglutinaba el suero de la sangre ante la presencia de cultivo de bacilos de Eberth.

Comenzó luego la investigación bacteriológica. Los autores citados atribuyeron el proceso á un bacilo especial, el paratífico. Widal y Nobecourt, hablaron de bacilos *paracoli*. Gwynd, de Baltimore, encontró otro, Cushing en 1890 «el bacilo O» y Schottmuller en 1900 el que denomina bacilo intermediario y también parati-

ficó. Este autor fué el primero que describió las dos formas, A y B, de la dicha bacteria. Todos estos agentes vivos de la infección, son los mismos que el *bacillus Bremensis febris gástrica*. Karth los encuentra en los epidemiados de Bremen, Hunermann en la epidemia de Sarrebruck y Saito y Okasaki en el Japón.

En 1904 el problema llega á tomar una nueva dirección. Se habla por Trautmann de intoxicaciones de origen alimenticio, de las carnes de caballos (bacilo enteridis de Gaertner).

En 1905 se observan epidemias de estas fiebres en los alrededores de París y en el Oeste. Falcioni las observa en Italia, y en Alemania las describe Grunberg y Rolli. Y llega á tal punto la confusión etiológica-bacteriana, que hay quien afirma que es un mismo bacilo, el que produce el paratífus, la disenteria y el tifus de las ratas.

Bacteriológicamente, pués, hay cierta confusión en la etiología de las fiebres de que tratamos: no solo es diferente la forma ó anatomía de los bacilos incriminados; es diferente también su fisiología. El suero de la sangre de unos paratíficos, aglutina el cultivo de Eberth (necesitándose siempre más cantidad de suero que si se tratase de una tifoidea tipo) Y otras veces no hay semejante aglutinación, ni con fuertes cantidades. O lo que es lo mismo: unas veces tiene semejanza el bacilo con el de Eberth, y otras no.

Desde el punto de vista de como se comporta el verdadero bacilo paratífico, ante los reactivos biológicos, he aquí lo que parece más efectivo.

En el agar Drigalski-Conradi, en el de Loeffler y en el combinado (método de Lenz) se ven colonias superficiales de bordes festoneados con indicación de surcos que no enrojecen el medio.

Las preparaciones de estas colonias, examinadas en cámara húmeda, muestran un bacilo de gran movilidad, con formas cortas, largas y filamuchas; las cortas de cuatro á cinco micras y las largas de ocho, doce y aún algunas mayores.

En preparaciones teñidas, los bacilos se parecen al de Eberth.

Tratados por el método de Gram no persiste la coloración.

Cultivado en caldo común, lo enturbia dando por agitación nubes sedosas y onduladas. Al cabo de seis ú ocho días, produce un ligero velo frágil.

La reacción del indol, resulta negativa.

En el caldo de agar se repiten los caracteres obtenidos en las placas.

En agar glucosado produce fermentación y fragmentación del medio por desarrollo de gases.

No coagula la leche, ni aun estando doce días en su contacto.

En el agar Endo, no se tiñen las colonias.

En el agar con rojo neutro, se decolora lentamente el medio, en la patata forma una capa tenue, brillante, casi invisible.

Además tiene flágelos ondulosos de longitud doble que el bacilo.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que corresponden á esta infección paratífica?

En primer lugar una fiebre continua de curva irregular, que unas veces alcanza durante muchas horas los 40° y más, y otras se mantiene cuatro y seis semanas entre 38° 5 y 39° 5.

Esta fiebre, tiene prodromos diferentes. En unas ocasiones, días antes, ocurre como en los verdaderos tifoideos, que el enfermo se halla fatigado, con lumbago, cefalalgia, é inapetencia, con algunas décimas de calor anormal por las tardes, y en las otras ocasiones, esos prodromos duran semanas; los enfermos experimentan verdaderos ataques de fiebre intermitente diaria. Por la mañana tienen temperatura normal, y poco á poco, en el curso del día, va subiendo la cifra térmica, que alcanza los 38° ó los 39° en la noche, para desaparecer á la madrugada. Y estas fiebres se mantienen sin que haya anorexia, vómitos, ni diarrea.

En la Tesis de Chevrel, «Bacilles Parathyphiques et Infections Paratyfoïdes» encontramos historias clínicas, distintas, sin embargo, del cuadro que acabamos de trazar. He aquí en extracto alguna de esas historias:

### Observación 3.<sup>a</sup>

(Doctor Sacquepée)

L... de 22 años. Primera estancia en el hospital militar, del 15 de Agosto al 3 de Septiembre 1903, durante la cual no presenta más que una diarrea disenteriforme clásica.

El 6 de Septiembre, tres días después de su salida, trece después de la terminación del síndrome precedente, el enfermo se ve invadido bruscamente, de cefalea, anorexia, diarrea é insomnio.

A su ingreso, el 10 de Septiembre, el hígado mide 12 centímetros sobre la línea axilar. El pu'so muy dicoto, á 100, p m. Temperatura 39°7. La lengua está saburrosa; existe una estomatitis pultacea, bastante pronunciada y una rubicundéz ligera de la pared posterior de la faringe. Dolor en las fosas iliacas. La diarrea es poco intensa.

El 14 de Septiembre, la anorexia y el insomnio, persisten; la diarrea ha cesado completamente. El hígado y el bazo conservan sus dimensiones exageradas.

En el pecho, estertores de bronquitis, diseminados. Tos ligera, sin expectoración.

El corazón está normal.

Las orinas no contienen albumina.

El 15 de Septiembre aparecen manchas rosaceas, en número de una veintena, repartidas sobre el abdomen é hipocondrios, 18 Septiembre. Estado estacionario, ligera constipación.

Del 20 al 25 Septiembre, mejoría notable y rápida del estado general. La lengua se limpia, la anorexia desaparece. El pulso á 90.

La apírexia aparece al 25 de Septiembre. La convalecencia continúa sin incidentes.

Diagnóstico: *Hemocultivo* positiva el 11 de Septiembre; bacilo paratífico B. Aglutinación del suero del enfermo. Bacilo paratífico B: 1: 350, resultado positivo.

Observación 4.<sup>a</sup>  
(Dr. Sacquepée)

L... 22 años. Antecedentes nulos.

Comienzo de la enfermedad: 18 Julio de 1903 por cefalalgia, escalofríos y diarrea. El enfermo no acusa inapetencia, ni insomnio, ni epistaxis.

Entra en el Hospital militar el 22 de Julio. Solo la cefalea subsiste. El enfermo está ligeramente abatido. El aspecto general es satisfactorio.

Exámen: Lengua saburral. Nada en la garganta. El vientre normal. Sin embargo hay algunos gorgoteos en la fosa iliaca derecha. Hígado y bazo no hipertrofiados.

Los pulmones y el corazón normales.

Hay oliguria ligera sin albuminaria.

El estado del enfermo queda estacionario hacia fines de Julio. La cefalalgia desaparece progresivamente. Los trastornos digestivos quedan reducidos al mínimun. No hay constipaciones ni diarrea.

Las manchas rosáceas aparecen el 25 de Julio, día en que se practica una pequeña sangría para objetos diagnósticos; son discretas y localizadas en el vientre.

La convalecencia se anuncia hacia el 2 de Agosto. Se mantiene hasta el día 7, en que se declara una flebitis de la pierna izquierda, que se edematosa y se vuelve dolorosa.

Día 15 de Agosto: El estado del enfermo mejora notablemente y se puede comenzar á alimentar. El estado general es muy bueno hasta el día 18.

En la tarde de este día, la temperatura sube de nuevo y se mantiene elevada durante ocho días. Durante esta recaída, el estado del enfermo es excelente; no hay huellas de postración, ni de dolor abdominal, ni de diarrea. El apetito mismo se conserva. No hay manchas rosáceas manifiesta, á pesar de que la piel es muy propicia para observarlas.

24 de Agosto. Ligera bronquitis, con predominio sobre la base del lado derecho. El pulso es regular, no discreto. 100 pulsaciones por minuto; temperatura 37.2°. El brazo está algo aumentado, se le perente en una longitud de 6 cent. sobre la línea axilar.

Los reflejos tendinosos de los miembros inferiores están exagerados. El signo de Babinski existe, pero únicamente en el lado derecho. Los reflejos cutáneos normales.

26 de Agosto. Erupción de manchas rosáceas lenticulares, particularmente confluyente al nivel del abdomen y en la espalda. Por delante y hacia atrás son mucho más numerosas que á la derecha y á la izquierda. Estas manchas son en su mayoría planas; algunas ligeramente papulosas. Su diámetro varía entre medio y tres milímetros.

La bronquitis ha desaparecido y el bazo ha disminuido de volúmen (4 cent).

El corazón late con regularidad. El primer tono es algo más sordo y prolongado. El pulso llega á 100.

28 de Agosto. El enfermo entra en convalecencia.

Diagnóstico: Hemocultivo positivo el 25 de Julio. Permite aislar 4 muestras diferentes de bacilos paratíficos «A».

Aglutinación: Para el bacilo paratífico «A» resultado positivo 1: 500.

Bacilo paratífico «A» (Brion y Kayser) 1: 100.

Bacilo tífico 1: 100.

El Dr. Chevrel, que en las 48 observaciones que enumera en su tesis hace constar el polimorfismo sintomático de la infección paratifoidea, está lejos sin embargo de haber contemplado como nosotros, tipos de fiebres de siete meses de duración, en cuyos enfermos (curados) no se observó más síntoma, que esta fiebre de curso estrambótico, con recaídas múltiples y sin que pudiera observarse otra sintomatología importante que ésta: epistaxis, subdelirio, infartos del bazo y del hígado, constipación.

Enfermos de esta naturaleza, existen ahora en España en cantidad fabulosa, constituyendo epidemias tan grandes, como las de La Unión (Cartagena) ó endemias poco alarmantes, como en Benavente ó Salamanca, por no citar más que lo que directamente conocemos.

De las anomalías en el comienzo y curso de estas fiebres de asiento intestinal y de carácter infeccioso, surgen dificultades diagnósticas ciertas, pero que se exageran amenudo.

La fiebre paratífica no tiene ni los sudores profusos, ni los dolores articulares, ni la curva térmica de la fiebre recurrente. No tiene las localizaciones de la grippe, cefálica ú abdominal, de carácter catarral ó exudativo. No tiene la regularidad de la *calentura* del Mediterráneo, fiebre de Malta, ni su curso más cíclico. Carece de los síntomas típicos de la dotinenteria su delirio, su cefalalgia, su estupor, su diarrea con gorgoteos, sus lentores y fuliginosidades, y demás aparato escénico de la excitación y luego sideración de los centros nerviosos

Pero ¿podrá ser, como piensa el reputado médico militar señor Duran, una forma atípica del tifus exantemático?

Esta es cuestión más delicada, desde el momento en que el señor Duran cree haber demostrado la existencia de un diplococo en el exantemático, y una bacteria parecida en los casos diagnosticados de paratifus.

Las especies morbosas, como los seres organizados, pueden modificarse y aun llegar al hibridismo como éstos. Sobre un cambio de medio ambiente, la semilla dá frutos diversos..... Mas ¿no es esta una razón que puede explicar también la transformación del tifus abdominal en paratifus, del bacilo de Eberth en bacilo paratifoso?

En nuestro concepto, y desde el momento en que los medios de que echa mano el laboratorio, nos dicen que el cultivo de la sangre de los enfermos, dá colonias de un bacilo, cuya descripción ya hemos dado (el paratifico) y la reacción aglutinante es positiva ante el cultivo de Eberth, con menos intensidad que ante los cultivos de paratifico, la cuestión está zanjada: sea ó no un híbrido, la fiebre paratifoidea tiene existencia real.

¿Cómo tratar esta enfermedad?

Desde luego, pueden afirmarse estos hechos: Primero: los antitérmicos químicos están contraindicados. Contando con el curso lento de la afección, no harían más que quitar fuerzas y debilitar el miocardio. Segundo: los baños á 30° son más útiles que

los fríos, por no causar tan fuerte sacudimiento; y no deben usarse, sino cuando la fiebre pase durante algunas horas de los 39° 5.

Aunque no rebajen más que medio grado, lo consigue sin sudores ni disminuir fuerzas. Tercero: el régimen alimenticio será á base de leche cada dos horas, y algún caldo con somatosa, nutri-geno, vino de escasa graduación. Cuarto: las irrigaciones intestinales deben darse á 37° y por lo tanto, no para rebajar temperaturas, sino para facilitar la limpieza intestinal y combatir la constipación que la leche provoca. Quinto: Debe variarse de cama al enfermo con frecuencia y tener constantemente abierto el balcón ó ventana que asegure un aire renovado. Sexto: la hipotensión arterial puede hacer necesaria la inyección de esparteina ó aceite alcanforado y cafeina. Séptimo: por ahora no hay datos para asegurar que la inyección de ningún suero resulte beneficiosa en estas fiebres.

\*  
\* \*

Desconociéndose todavía toda la historia natural del bacilo paratifoideo, las medidas de desinfección no pueden ser específicas, sino las generales de toda infección. Las mismas medidas que se aplican á la prevención de la tifoidea son aquí aplicables.

---

## *Historia Clínica de Patología general*

por Mariano Galán Fernández.

ANAMNESIA.—La cama numero 11 de la sala del niño Jesus se halla ocupada desde el dia 11 de Abril por Miguel Velazquez de 80 años, natural de Endrinal, con residencia habitual en Salamanca desde hace dos años; de oficio labrador, viudo, de

temperamento nervioso, mediana constitución, idiosincrasia desconocida y buen género de vida. Al preguntarle por sus padres, solo recuerda que murieron viejos.

*Conmemorativo patológico.*—No se acuerda si ha padecido las enfermedades de la infancia y sí ha estado enfermo alguna vez hasta que vino á este Hospicio el once del corriente con un dolor en el costado derecho, creyéndolo debido al frío y humedad de los primeros días de dicho mes.

*Estado actual.*—El día 18 que fui encargado de hacer la historia vi que el enfermo adoptaba la actitud decúbiteo lateral derecho con las piernas extendidas, manifestando que esta posición ó la decúbiteo supino algo inclinada á la anterior son las más cómodas para él. Tiene el volumen del cuerpo disminuido, el color de la piel el propio de su edad y algo aumentada la temperatura. La cabeza normal con un poco de alopecia y encanecimiento; las orejas ligeramente pálidas y las sienes hundidas. En la cara se observan algunos detalles que están en armonía con el enflaquecimiento general; tiene los ojos hundidos, triste la mirada, sonrosadas las mejillas, afilada la nariz siendo muy movibles las ventanas y los labios pálidos y secos. En el cuello, pecho, abdomen, órganos de la generación y miembros solo se advierte la disminución de volumen y flacidez de los músculos, Inteligencia y memoria disminuidas, apenas duerme, insomnio; dice andaba bien, oye muy poco y le amarga mucho todo cuanto come, lengua seca y saburrosa, encendida en los bordes; tiene inapetencia y polidixia; la digestión normal.

Auscultando y percutiendo la región precordial hallo un tanto acelerados los movimientos del corazón, 86 por minuto, pulso frecuente, duro y lleno debido á la arterio esclerosis. Los movimientos respiratorios muy aumentados, 34 por minuto, siendo la espiración más duradera que la inspiración. Percutiendo el toráx, observé la matidez del pulmón derecho, sobre todo en la base, auscultando con el fonendoscopio, oí el soplo tubario, la broncofonia

muy manifiesta, así como el extertor sub-crepitante. Tos frecuente y húmeda, quejándose de lo intenso que es el dolor de costado cuando es muy repetida; los esputos son muy abundantes y adherentes, nummulares, algunos herrumbrosos, mucosos y muchos de ellos aireados; en una preparación hecha en uno de ellos y examinada al microscópio, se ven células epiteliales, bastantes leucocitos, muchísimos neumococos y algún otro microbio.

Nada hay anormal en el aparato urinario. En cuanto á las secreciones tiene hiperhídrosis en toda la piel y aumentada la de las glándulas mucosas del aparato respiratorio.

*Diagnostico.*—Teniendo en cuenta la aptitud del enfermo el color de las mejillas, el dolor de costado, insomnio, anorexia y polidixia, la macidez, del pulmón broncofonía, soplo tubario, extertor subcrepitante, tos frecuente y húmeda, los esputos herrumbrosos así como la abundancia de neumococos de la preparación creo se trata de una *pulmonia lobular aguda* de la base del pulmón derecho.

*Diagnostico diferencial.*—También pudiera ser una *bronquitis aguda*, pero presentaría quebrantamiento general, cefalalgia, respiración sibilante, vómitos mucosos, sonoridad normal del torax á la percusión y esputos amarillo-verdosos. *En la bronquitis crónica* son amarillo-verdosos los esputos, los extertores se oyen en los dos pulmones y falta la fiebre y la inapetencia.

Si fuera *bronco neumonia* se hubiera presentado la disnea y el periodo de asfixia y se distinguirían por percusión los lobulillos hepatizados y la submacidez, si comprendía muchos de ellos.

Si *pleuresia aguda* tendría tos seca, respiración breve, submacidez, sin límite preciso, se oirían roces auscultando y si el derrame se hubiera presentado, disminuiría el dolor de costado, daría la macidez hídrica marcada en la parte postero-inferior del torax, faltaría el murmullo vesicular, habría egofonía, pectoriloquia y desviación de los órganos contenidos en la cavidad cuando fuera considerable la cantidad de líquido,

*Pronóstico.*—Aun cuando la pulmonía lobular aguda, dura de 6 á 10 días y el enfermo generalmente se cura por ser muy rara en ella la supuración, juzgo grave el pronóstico por tratarse de un enfermo que tiene 80 años y hacer diez y seis días que está con la pulmonía, lo que me hace pensar hay asociaciones de microbios y hepatización gris con supuración del pulmón derecho.

*Tratamiento.*—Al tratar esta enfermedad hay que tener muy en cuenta la clase de pneumonía, el individuo, edad, etc. Si la pneumonía es franca, se reducirá á una expectación activa y dar al enfermo laxantes, emolientes, caldos, agua vinosa y calmar el dolor de costado con antipirina ó inyecciones de morfina.

Si es fuertemente inflamatoria y el sujeto está bien constituido, se hace uso de la medicación contraestimulante, sangrías, sanguijuelas, el tártaro estibiado y del kermes, administrado según aconseja Trousseau en píldoras que contengan:

Dp.

Kermes . . . . . 2 gramos.

Extracto de digital . 0,20 gramos.

Jarabe medicinal. . c. s.

H. s. a. 20 píldoras.

administrando 10 ó 12 al enfermo en 24 horas.

Ahora bien, en este caso no debemos hacer uso de esta medicación, que se pudiera llamar ofensiva, teniendo en cuenta los 80 años del pulmoníaco, siendo mucho mejor combatir síntomas; calmar el dolor y la tós favorecer la expectoración, dar fuerzas al enfermo y ayudar al corazón.

El dolor, como ya digo, puede calmarse con la morfina, antipirina etc; la tos con los opiáceos ó el jarabe de Tolu; la expectoración con la polígala ó la terpina, la poción de Todd, para dar fuerzas al enfermo, y la cafeína para el corazón; combinadas por ejemplo en estas fórmulas:

D. Infusión de Polígala 300 gramos.

D. Jarabe del ipecacuana 30

» Jarabe de Tolu 50.

para tomar una cucharada cada 3 horas

D. Poción de Todd 200 gramos.

» Benzoato de cafeina 3 »

para tomar una cucharada cada 3 horas, alternando con las otras.

En el «Diario de observación» pocos datos puedo dar, el color de las mejillas ha sido más intenso cada día, la piel, al parecer más ardorosa, aun cuando la temperatura en la axila fué de 36° y 4 décimas, siempre que la tomé, más apagado el tictac del corazón, pulso acusando de 90 á 96 pulsaciones por minuto, algo más débil y menos lleno; dos días, los primeros, ví esputos herrumbrosos, después desaparecieron abundando los caseosos.

*Reflexiones.*—Al hablar el enfermo del frío como causa de su mal creo no se equivoca, no porque sean más frecuentes las neumonías en los países fríos que en los cálidos, sino que los cambios bruscos de temperatura disminuyen las resistencias orgánicas y el neumococo libre de las defensas fagocíticas desciende al pulmón, suscita una inflamación y por tanto hiperemia de la mucosa que sirve de asiento al microbio y produce su cultivo. La poca temperatura del enfermo acrecienta su gravedad por ser el calor de los pulmoniacos la principal defensa de su mal pues á él se debe la falta de acción de las toxinas elaboradas por el neumococo, sobre el sistema nervioso y la esterilización del cultivo á los 6 ó 7 días en las pulmonías francas. También pueden ser debidas á esa falta de calor la repetición de cultivos, asociaciones microbianas y como consecuencia la hepatización gris con supuración del pulmón, tanto que al terminar esta historia más parece pulmonía caseosa que lobular aguda.

Parece extraña la poca fiebre del repetido enfermo, siendo un dato precioso para el diagnóstico de las pneumonías la ascensión rápida de ella á 40 y 41 grados, en lo que se diferencia de la bronco-pneumonía, que va ascendiendo poco á poco y por grados; pe-

ro en los viejos se desfigura el cuadro sintomático de esta enfermedad, faltando, como en éste, los escalofríos; puede no haber esputos herrumbrosos, ser muy débil el dolor de costado, siendo los síntomas constantes el color encendido de las mejillas, la sequedad y saburrosidad de la lengua, citando varios autores casos de pulmoniacos ancianos que han paseado sus pulmonías y han muerto de repente, que es lo más general, por las condiciones en que se encuentran las fibras del corazón.

Salamanca 26 Abril 1906.

---

## Revista de revistas

*Preservación escolar contra la tuberculosis*, por el Dr. H. Méry  
(*Archives de Medicine des enfants.*)

El autor de este trabajo (que presentó al Congreso de la tuberculosis, Octubre de 1905) hace al principio un poco de historia del objeto del tema enunciado para estudiar luego la Etiología de la tuberculosis escolar. Distingue primero los casos que son debidos al contagio en la escuela, de los que son de origen familiar y por lo tanto, no escolar.

El contagio en la escuela puede ser directo é indirecto. La tuberculosis abierta, lo mismo puede herir al maestro que al discípulo.

Existen condiciones generales que favorecen el contagio, por ejemplo las condiciones del local; y su salubridad. Las escuelas sirven para cursos de adultos, para reuniones públicas, para alojamiento de tropas, etc., y todas estas causas aumentan el número de peligros para el niño, si es él el encargado del *barrido* y sobre todo si este se hace en seco.

El contagio, cuya fuente es el maestro, es el más frecuente

y el más peligroso de su enfermedad y no es dudoso que los alumnos contraigan la tuberculosis en la escuela misma, cosa que puede suceder á los mismos maestros.

La desinfección de los locales está olvidada, y los maestros tienen una serie de causas predisponentes, sobre todo el surmenage, pues el maestro de pueblo, en razón de sus múltiples funciones (secretario de Ayuntamiento, de Juzgado, etc.) tiene que efectuar una gran cantidad de trabajo, así es, que, entre ellos, es muy frecuente la tuberculosis, la cuarta ó quinta parte, según Brouardel, el 20 por 100, según Weill-Manton; cifras que no concuerdan con las presentadas por los médicos inspectores de las escuelas francesas, pues Gourichon no ha visto mas que diez maestros tuberculosos en siete años y Delobel y Roblot el 2,5 por 100, discordancia de cifras, que se explica porque los inspectores no ven todos los maestros tuberculosos y por no distinguir las tuberculosis abiertas que no llegan al 5 por 100 y en cambio las cerradas y en germinación representen el 15 ó el 20 por 100.

Que el maestro puede contagiar á sus discípulos no admite duda. Un maestro en la provincia de Tarragona (Dupont) atacado de tisis avanzada y en una escuela insalubre, tenía 90 ó 100 alumnos; de los que cuatro murieron de tuberculosis aguda y uno de meningitis y ninguno de ellos tenía antecedentes tuberculosos. En cambio el contagio de niños sanos por niños enfermos es excepcional, en ellos se encuentra la tuberculosis pulmonar pocas (1 por 1000 según Grancher) y otras tuberculosis abiertas (oseas, articulares, ganglionares etc, con conductos fistulosos) son algo más frecuentes, pero á pesar de esto, sabemos que el niño atacado de lesiones un poco importantes, no va á la escuela. Sin embargo el contagio puede existir y operarse bien por la saliva, bien por los diversos objetos de uso común que los niños pueden llevar á la boca.

Un punto importante que estudiar, es la frecuencia de la tuberculosis latente en el niño. Henbner, insiste sobre este hecho y

creo que un número considerable de afecciones que parecen comenzar en la juventud, deben su aparición á un estado adquirido en la primera infancia. Grancher dice que la mayoría de los niños que van al hospital y mueren de una enfermedad cualquiera, presentan adenopatías traqueo-bronquiales tuberculosas. Nœgeli encuentra en autopsias de niños, hechas entre 5 y 14 años el 33 por 100 de lesiones tuberculosas. Bollinger el 43 por 100; fué causa de muerte en el 30 por 100 y quedó latente en el 13 por 100. Comby encontró lesiones tuberculosas en el 37,2 por 100 de los niños por él examinados.

El origen de todas estas lesiones debe atribuirse á la familia de los alumnos, son casos que se presentan antes de ir á la escuela y casi siempre afectan la forma latente; en cambio las manifestaciones graves de la tuberculosis, son muy poco frecuentes.

*Diagnóstico.*—La *busca* metódica de lesiones tuberculosas es la primera condición de la profilaxia antituberculosa en la escuela y á éste exámen deben sujetarse cuantas personas entren en ella (maestros, empleados, alumnos.) En los maestros, el exámen no tiene nada de particular, únicamente hay que advertir, que hay que preocuparse sobre todo, de aquellas lesiones evidentemente contagiosas y que entrañan un peligro grande en la escuela.

En los escolares, el exámen tiene que ser más minucioso. El exámen individual se impone y el papel del médico será sobre todo, el buscar las manifestaciones de la tuberculosis, de los gánglios pulmonares, que bajo la forma latente, se presentan con mucha frecuencia. Los niños deben ser pesados y medidos en todos sentidos (talla, perímetro torácico, etc.) y sus resultados consignados en una ficha sanitaria individual, análoga á la ficha antropométrica. Los defectos en el crecimiento, en el aumento de peso, llamarán la atención del médico escolar.

Las dimensiones del tórax son las más importantes, sus relaciones con las tuberculosis fueron evidenciadas por Woillez y

Gintrác. El aumento del índice torácico, es para Tourmentia característico de la tuberculosis. Charpy y True, hundien el ángulo xifoideo (espacio comprendido entre los rebordes de las costillas falsas y el apéndice xifoides) que oscilando en el adulto entre  $70^{\circ}$  y  $75^{\circ}$  y siendo mayor en el niño, baja en los tuberculosos, por la insuficiencia de la respiración diafragmática.

También es bueno conocer la relación que existe entre el perímetro torácico y la talla ó índice de vitalidad que se obtiene, dividiendo el perímetro torácico por la talla y multiplicando el cociente por 100. Grancher examinando 2.500 niños, se encontró con que el índice de vitalidad era menor en los niños enfermos que en los sanos.

La espirometría también puede ponernos de manifiesto la insuficiente respiración. Dupont mide con su espirómetro la relación que hay entre el peso del cuerpo y el coeficiente de capacidad respiratoria, siendo el coeficiente normal 50 con 3 por kilogramo. Una disminución en esta cifra, se observa en el principio de la tuberculosis pulmonar y podría ser mirada como un signo para el diagnóstico precóz de esta afección.

Después de hecho el exámen de las vías respiratorias, es interesante conocer el estado de los ganglios del cueilo, sub-maxilares, cervicales, carotideos, etc. Ya sabemos la importancia de todas estas adenopatías, por ser la vía de penetración del bacillo para llegar al pulmón.

El descubrimiento de la red venosa subcutánea en la región subclavicular, es un signo interesante; para Derecq expresa los primeros brotes granúlicos en el pulmón.

El exámen de los pulmones es la parte más delicada y más importante del diagnóstico. El niño debe respirar normalmente con la boca un poco entreabierta, sin forzar la respiración debe el médico asegurarse si la amplitud respiratoria es igual en los dos hemitorax. La percusión debe ser negativa. La auscultación debe ser hecha muy cuidadosamente. Grancher ausculta solo du-

rante la inspiración, pues ha demostrado que la tuberculosis en sus principios no modifica más que la inspiración. En estado normal debe ser dulce, amplia, profunda é igual en las partes simétricas del tórax. En estado patológico puede ser débil, ruda ó á sacudidas (saccadés) su tonalidad puede estar modificada y se observa que la tonalidad baja está asociada á una respiración ruda y la alta á una inspiración débil.

Cuando se observan diferencias en la inspiración en ambas mitades del tórax (generalmente debilitamiento en el lado derecho) se impone un segundo exámen para determinar de una manera precisa el carácter y asiento exacto de las modificaciones inspiratorias.

La adenopatía tráqueo-bronquial presenta signos más claros, se nota por detrás, al nivel del hilio pulmonar, en el espacio interescapular, un soplo inspiratorio ó espiratorio; la sonoridad raras veces está modificada.

Algunos signos también deben ser buscados, como la presencia de vegetaciones adenoides, el buen funcionamiento de las vías respiratorias superiores y el exámen de la garganta.

Los métodos llamados de laboratorio para el diagnóstico precoz de la tuberculosis (tuberculina, sero-diagnóstica) no deben ser empleados en la escuela. En cambio la radioscopia puede sernos útil como exámen complementario, especialmente en la adenopatía tráqueo-bronquiales.

Es muy útil también tener noticia acerca del estado de salud de los parientes del niño, cosa que si en algunos casos puede ser difícil, en otros casos, la familia esclarecerá y completará nuestra obra.

Este exámen nos servirá para seleccionar los niños tuberculosos, selección que solo debe hacer el médico inspector de escuelas y repetir cada tres ó seis meses el exámen y sobre todo cuando el niño ha padecido ciertas enfermedades (sarampión, coqueluche).

*Profilaria.*—Las medidas profilácticas se las puede reunir en dos grupos. 1.º, medida de profilaxia colectiva, destinada á impedir la propagación de la tuberculosis en la escuela. 2.º, medidas de profilaxia individual, cuyo objeto es impedir ó detener el desenvolvimiento de la tuberculosis en niños, ó predispuestos, ó atacados de lesiones latentes.

*Medida de profilaxia colectiva.*—La principal es la higiene del local; (su construcción, iluminación, ventilación, aireación etc.) La superficie destinada á cada niño ha de ser de 1'25 mms. Los muros deben ser impermeables y lavables, el barrido no debe efectuarse en seco, ni por los mismos escolares, la desinfección general del local, efectuada por lo menos una vez al año, á no ser que se diagnostice una caso de tuberculosis contagiosa entre los alumnos, en cuyo caso la desinfección completa y rápida es necesaria enseguida de conocer el hecho. La *toilette* diaria de la escuela debe hacerse siempre y será más escrupulosa después de aglomeraciones de ciertos individuos (cursos de adultos, conferencias, reuniones públicas, etc.)

Con el maestro y los alumnos también deben tomarse algunas medidas profilácticas. El exámen individual se impone, así como también el aislamiento de los afectos de manifestaciones tuberculosas contagiosas. Para los maestros la estancia en sanatorios para niños, los hospitales marinos.

Como medida indirecta y de gran importancia, es la enseñanza anti-alcohólica, ambas se completan, pues bien sabemos que el alcoholino es un presunto tuberculoso.

*Medidas de profilaxia individual.*—Comprende la distribución de alimentos ó medicamentos y los ejercicios especiales, en particular la gimnasia respiratoria. De todos ellos, el más importante y que parece ser muy eficaz es el último, pero solo manifiesta su gran acción en los niños predispuestos.

Se sabe que la insuficiencia respiratoria, la inercia de los pulmones es un factor importante en la predisposición de la tu-

berculosis; de aquí la predisposición de los vértices (Jaccond) la tuberculosis en los sordo-mudos. Haciendo que el individuo ejecute inspiraciones cada vez más potentes, se llega á aumentar su capacidad respiratoria; Derecq ha obtenido con este modo de gimnasia respiratoria, resultados muy favorables.

Más como con las medidas tomadas en la escuela (sobre alimentación, aceite de hígado de bacalao, jarabe yodo-tánico, gimnasia respiratoria) muchas veces no conseguimos nuestro propósito, hace falta asociar á esto, la escuela en el campo, en donde la vida se haga al aire libre, unido á un estudio racional (Grancher.) A este fin tienden los jardines de la infancia propuestos por Froebel y Pestalozzi y ya bastante extendidos.

---

*Medida de la ampliación del perímetro torácico; su significación, su valor, sus aplicaciones, por G. Louys. (Progres Medical).*

La medida del perímetro torácico ha sido hecha durante bastante tiempo con diferentes fines, más poco después ha aparecido un nuevo procedimiento de medida; la medida de la ampliación del perímetro torácico.

He aquí cómo la practica Louys:

Aplica un metro sobre el tórax del sujeto, según los puntos de guía y evalúa así el perímetro torácico en inspiración forzada— Llamemos I este perímetro; hace la misma maniobra en espiración forzada, y llama E al resultado obtenido; la diferencia I-E expresa la ampliación del perímetro torácico.

Estas cifras expresan las variaciones de la capacidad respiratoria. Así durante un curso de instrucción militar, hecho en 1905, midió el perímetro torácico en el efectivo de dos baterías y notó un aumento en la diferencia I-E comparando los resultados obtenidos con las investigaciones hechas tres meses antes. En cambio en aquellos hombres de funciones sedentarias (zapateros, sastres, secretarios) no se notaba aumento alguno.

Uno de los perímetros torácicos tomado en su valor absoluto puede variar con el peso del cuerpo y reconoce como causa el desarrollo del tejido celular subcutáneo. En cambio midiendo como lo hace Louys, la causa de error desaparece. En efecto, si llamamos  $x$  la cifra que represente la presencia del tejido celular subcutáneo, tendremos en inspiración  $I+x$  y en espiración  $E+x$  y la diferencia  $(I+x) - (E+x)$  es igual á  $I-E$ .

La causa de error subsiste midiendo el perímetro torácico y tomando su valor absoluto. Esto es lo que sucede en las mediciones hechas en las colonias escolares. El vestido que se deja el niño no es del mismo espesor el primer día que el último; después el espesor del tejido celular subcutáneo varía en las dos mediciones, además no se mide exactamente por los puntos de guía, y, por último, no se inmoviliza la caja torácica en sus posiciones extremas (inspiración ó espiración forzadas) y de aquí que anoten cifras que se escalonan entre medidas extremas y, por lo tanto, no sirven para hacer estudios comparativos.

Para el higienista tiene un gran valor esta medida. El aumento de peso y talla en un individuo significa una marcha normal y un mejoramiento en su estado de salud. El aumento de la diferencia  $I-E$  indica una mejora en la función respiratoria en el acto mecánico y físico, cosa que repercute sobre los fenómenos puramente fisiológicos y químicos de esta función y sabemos que una hematosis activa no es propicia á la invasión bacilar, pues crea terrenos mucho más resistentes.

Estas consideraciones son muy elocuentes para intentar reemplazar la medida pura y simple del perímetro torácico por la medida de su ampliación en los niños de las colonias escolares.

=

*Del empleo del citrato sódico en la alimentación del niño de pecho, por el Dr. F. J. Poynton.*

La caseína de la leche es ácida y en el proceso de la coagulación se combina con las sales de cal, produciendo un coágulo

espeso, causa de dispepsia. El citrato sódico se combina con la caseína y forma un compuesto sódico menos denso que los alcalinos, al mismo tiempo se forma un citrato alcalino que se absorbe enseguida.

Poynton ha empleado el citrato en varias circunstancias.

1.º Cuando la madre se ve obligada á destetar ó cuando su leche no conviene al niño; el citrato sódico permite emplear una leche más fuerte (dos partes de leche, una de agua).

2.º En la clase pobre, en donde se usa una preparación de médula osea que contenga 20 por 100 de grasa, para reemplazar á la crema.

3.º El citrato sódico es muy útil en la dispepsia de la leche; cuando se le suprime, se ven aparecer los vómitos y la diarrea.

Previene la aparición del escorbuto.

Se dá ordinariamente 5 ctgrms. de citrato sódico por cada 30 gramos de leche y algunas veces 10 ó 15 ctgrms.; se le puede administrar en solución ó en tabletas.

Las indicaciones del citrato sódico son:

- 1.º Destete de niños sanos.
- 2.º Aumento de la cantidad de leche tomada en las 24 horas.
- 3.º Combatir la dispepsia de la leche.
- 4.º Prevenir el escorbuto.

Este remedio es barato. No es antiséptico, ni antitóxico. No conviene en las enteritis infecciosas.

=

*Sensibilidad hepática. Punto epigástrico. Punto xifoideo, por*

Víctor Raymond. (*Presse medical*, 22 Septiembre).

Un hombre sano ignora que tiene hígado, estómago, corazón. El hígado normal, es en efecto, indolente é insensible, no porque sea inaccesible á la presión, pero sí enferma, si hace asiento de reacciones patológicas y manifiesta su presencia, bien espontáneamente (hepatalgias) bien á la presión.

Las hepatalgias han sido muy estudiadas; por el contrario, la sensibilidad ó la presión ha sido un poco olvidada. Chauffard, Gilbert y Auscher apenas la mencionan en sus tratados, Soupault indica la manera de buscar el punto cístico. Soupault y Salignat señalan la sensibilidad á la presión del hueco epigástrico en los litiásicos biliares.

¿Cómo conviene buscar esta sensibilidad? Para la sensibilidad espontánea, haciéndose precisar al enfermo que se queja de dolores en el epigástrico ó en el hipocondrio derecho el punto más doloroso y hacerle enseguida precisar la naturaleza del dolor, si es constante, paroxístico, si aparece después de las comidas, cuantas horas transcurren después de comer, si se acompaña de diarrea biliosa, si tiene irradiaciones y después se pasa á buscar la sensibilidad á la presión que puede ser ó no, dolorosa.

Para la porción derecha del hígado, ésta exploración se hace al mismo tiempo que la del borde libre. Se puede hacer por diferentes procedimientos, de los que el de elección es el de Glénard, la mano izquierda levanta la región lumbar derecha, mientras que la derecha deprime el hipogástrico y la fosa iliaca izquierda, la izquierda es aplicada sobre la pared abdominal por debajo del asiento probable del hígado. Haciendo respirar al enfermo la mano izquierda se pone en contacto á cada inspiración con el borde hepático, pudiendo así apreciar su estado.

Se percibe el hígado de diferentes maneras.

Unas veces se siente un reborde duro, el órgano está indurado y casi siempre insensible.

Otras se percibe un reborde como pastoso, flexible; el órgano está ligeramente hipertrofiado ó herniado. Este reborde es frecuentemente sensible.

Otras no se percibe nada más que una masa que choca contra el dedo durante la inspiración. El hígado está tumefacto y frecuentemente sensible, siendo esta sensibilidad un precioso signo diagnóstico. En este caso la percusión es infiel, la palpación, va-

ga, la sensibilidad persiste solo para afirmar la naturaleza hepática de la efeción.

Los puntos sensibles son dos. El punto cístico situado al nivel de la cisura que separa el lóbulo derecho al cuadrado, prácticamente al nivel de la novena costilla y el punto epigástrico situado al nivel de la cisura media que separa el lóbulo derecho del izquierdo, prácticamente sobre la línea media. Están situados á lo largo del borde libre del hígado.

Mas explorando todo el hígado se provoca el dolor ó en toda su masa ó en dos focos principales que son el punto epigástrico y el punto xifoideo.

El punto epigástrico se encuentra en la región del ángulo costal, algo á la derecha de la línea media, no se percibe algunas veces el dolor, es más ó menos intenso, pero nunca arranca gritos al enfermo, determina opresión de los movimientos respiratorios, el enfermo detiene instintivamente su respiración, mientras la presión dura algún tiempo después del exámen, sirviendo así la trasmisión entre la sensibilidad á la presión y las hepatalgias.

El punto xifoideo se encuentra sobre el apéndice xifoides, el dolor despertado á la presión, tiene los mismos caracteres que en el punto epigástrico, siendo preciso para provocarle que el apéndice sea un poco flexible y pueda hundirse ligeramente, para que así se trasmita la presión del dedo á la cara convexa del hígado.

El punto epigástrico es frecuente en los hepáticos, en los dispépticos (gástricos y sobre todo intestinales) en los palúdicos, en algunos diatésicos (artríticos, gotosos, diabéticos, litiásicos) y como se acompaña de síntomas gástricos se le toma frecuentemente por dolor estomacal, pero el encontrársele en los hepáticos francos, el estar situado más hacia arriba y á la derecha que el punto pilórico y el acompañarse del punto xifoideo, nos permiten atribuirlo al hígado.

Varía el dolor epigástrico, según el espesor de la pared abdominal, el volúmen del hígado, su accesibilidad, su mayor ó me-

nor grado de inflamación ó congestión. Aumenta con la distensión del estómago, después de las comidas y la compresión de la lengüeta hepática izquierda, ejercida por el estómago contra la pared ó contra el apéndice xifóides.

La sensibilidad hepática sigue las variaciones del estado patológico del órgano. Cuando la glándula hepática enferma, se hace sensible la parte normalmente accesible á la palpación (puntos epigástrico y xifoideo). Es un signo del principio; coincide con los primeros trastornos funcionales. Aunque sean fugaces (variaciones ligeras de la urea, subictericia, urobilinuria, etc.) Mas si la causa sigue actuando, el hígado se hipertrofia y todo él se hace sensible (sensibilidad progresiva del lóbulo cuadrado del borde libre, del lóbulo derecho). En fin, si la afección se hace crónica, el hígado se altera más y más, y la sensibilidad disminuye para reaparecer cuando la afección se agudiza.

Se observa la marcha inversa, cuando el hígado presenta fases congestivas bajo la influencia del tratamiento de Vichy. De grueso duro, insensible á los enfermos, se hace el hígado progresivamente sensible, primero en la zona epigástrica, después en los demás puntos. Algunas veces sobreviene la hepatalgia con ó sin irradiación, la consistencia disminuye, el borde libre es menos duro, el órgano se hace remitente. Todo esto se acompaña de fenómenos de reacción, que constituyen la llamada crisis termal (diarrea biliosa, cólico hepático, embarazo gástrico, etc.)

La apreciación de la sensibilidad hepática es, pues, un signo clínico de primer orden en el estudio de las afecciones del hígado y sobre todo de sus formas frustradas y tórpidas, que son las más frecuentes. Nos guía sobre diferentes puntos:

1.º Frecuentemente nos ayuda á encontrar el borde libre, sobre todo en la región donde es más difícil encontrarlo, es decir, en la zona epigástrica.

2.º Nos ilustra sobre el estado patológico del órgano, el periodo de la afección, su agudeza.

a) Hígado duro, con elevaciones, insensible; proceso esencialmente crónico, predominio de esclerosis.

b) Hígado resistente, poco sensible, elevaciones blandas; procesos menos avanzados, hipertrofia ó hiperplasia.

c) Hígado duro ó resistente, sensible; proceso agudo sobre un órgano crónicamente atacado.

d) Hígado blando, difícilmente palpable, con sensibilidad viva, punto epigástrico ó xifoideo; proceso reciente, congestión hepática.

e) Hígado doloroso, blando, puntos xifoideo y epigástrico, espontáneos y á la presión; proceso agudo, infección congestiva ó una fase muy aguda de una afección crónica.

3.º En fin, esta apreciación nos enseña el verdadero valor de los dolores epigástricos y xifoideos y nos permite reconocer y tratar los trastornos hepáticos más ó menos latentes de los dispepticos.

J. C. H.

---

## Noticias

---

Durante el mes anterior han predominado las afecciones intestinales, de carácter puramente catarral ó inflamatorio unas, y de carácter infeccioso otras.

Se han recrudecido las manifestaciones del paludismo.

La mortalidad en los niños, si nó tan excesiva como en el centro del verano, ha sido grande.

\* \*  
\*

La ciudad de Salamanca lleva un mes en que ha tenido que beber el agua sucia del Tormes ó atender con escaseces á esta necesidad urgente de la vida.

En las casas particulares se ha empleado con exceso el alumbre para aclarar el agua, ocasionando esto algunos trastornos intestinales.

Y es que el Ayuntamiento no ha procurado dotar á la población de alguna fuente filtrante ó sacar á concurso el proyecto de dotación de aguas.

Y la situación, no es para tranquilizar á los salmantinos.

Sin higiene pública, la mortalidad subirá todavía del 40 por 1000 que nos avergonzaba años pasados.

---

*Estadística demográfica sanitaria  
de Salamanca.*

---

**Mes de Agosto de 1906**

Nacimientos viables.	{	Varones . . . 40	{	Ilegítimos. . . . . 4
		Hembras. . . 30		Idem. . . . . 7
Idem no viables	{	Varones . . . 1	{	Idem. . . . . 0
		Hembras. . . 2		
			<i>Totales. . . . .</i>	84
Defunciones	{	Varones . . . 50	{	contags. Varones. . . 0
		Hembras. . . 52		Hembras . . . 0
			<i>Totales. . . . .</i>	102

Matrimonios, 11

---

Salamanca—Imprenta de Almaráz y Comp.<sup>a</sup>—Zamora, 19