

24 38-203
UNIVERSIDAD LITERARIA DE SEVILLA.

ESCUELA DE MEDICINA EN SEVILLA.

CURSO DE 1887 Á 1888.

TRABAJOS PRÁCTICOS,
EFECTUADOS
EN EL ANFITEATRO ANATÓMICO, EN LOS LABORATORIOS,
EN LAS CLÍNICAS Y EN LA POLICLÍNICA.



SEVILLA.

Imprenta Almudena 5, (en la de la Alhóndiga).

1888.

BIBLIOTECA HOSPITAL REAL
GRANADA

Sala:

B

Estante:

5

Número:

391

TRABAJOS PRÁCTICOS

EN LA

ESCUELA DE MEDICINA DE SEVILLA

DURANTE EL CURSO DE 1887 Á 1888.



R/26 144

UNIVERSIDAD LITERARIA DE SEVILLA.

ESCUELA DE MEDICINA EN SEVILLA.

CURSO DE 1887 Á 1888.

TRABAJOS PRÁCTICOS,

EFECTUADOS

EN EL ANFITEATRO ANATÓMICO, EN LOS LABORATORIOS,
EN LAS CLÍNICAS Y EN LA POLICLÍNICA.



SEVILLA.

Imprenta Almudena 5, (en la de la Alhóndiga).

1888.



ADVERTENCIA.

La impresión de este libro tiene por objeto fotografiar la Escuela Sevillana de Medicina, y dar á conocer su movimiento interno, en órden á la manera de darse en ella la enseñanza. Las conferencias, publicadas ya, han demostrado el colorido científico del Profesorado; el cual, con modestia no fingida y confiado en la benevolencia del público sensato, ha querido por este medio, no exhibirse, sino tener un pretexto para comunicarse recíprocamente sus ideas, y aprender, creando la unidad científica del cuerpo docente. Todo ha sido hecho al improviso; y por eso han de resultar graves faltas, que se evitarán con la práctica en años sucesivos. Dígnense, pues, los que tengan á bien de leer este libro, antes de ejercer su justa censura, atender á que todo él se inspira en una noble aspiración, sin las dotes necesarias para realizarla.

ESCUELA DE MEDICINA DE SEVILLA.

En el deseo de facilitar al Gobierno de S. M. cuántos datos sean precisos para el conocimiento perfecto de la vida íntima de esta Escuela en el cumplimiento de los Reglamentos oficiales, he creído oportuno que los trabajos prácticos de la sección á cargo de V. S., se realicen en el presente curso de modo que, al terminar, pueda formarse una estadística exacta. Conozco las dificultades de la empresa: haber de dar forma á un trabajo, á que no se está acostumbrado: sacar partido para tan vasto campo de nuestros laboratorios, alguno de los cuales todavía está en germen: luchar con los alumnos observadores, poco aficionados y ménos acostumbrados á estudios técnicos; y, más aún, lo adelantado del curso, serían razones bastantes para hacerme desistir de este pensamiento. Sin embargo, me siento compelido á su realización por consideraciones de altísima importancia, entre las cuales sobresalen el bien de la enseñanza, y el propósito decidido de que se forme concepto exacto del pensamiento que deseamos realizar en

esta Escuela; en donde, para un fin común, adunan sus fuerzas, más que el interés, el honor y el amor al saber en el Profesorado.

No debe de esperarse por este año un trabajo perfecto: antes bien, en todas las secciones ha de haber vacíos sensibles. Mas, al realizar mi intento, consigo con esta prueba enseñar el camino, que, en el inmediato curso, será facilísimo de recorrer.

Atendiendo, pues, á estas consideraciones, me atrevo á rogar á V. S. que por su respectivo Ayudante ó Profesor clínico y con su ilustrada intervención, se forme, para fin del curso corriente, un cuadro estadístico de los trabajos realizados en su sección, acompañado de una pequeña Memoria, explicativa de los hechos, que creyere de especial importancia.

Dios guarde á V. S. muchos años. Sevilla 31 de Enero de 1888.

EL DIRECTOR,

José Moreno Fernandez

Sres. Profesores de la Sección Anátomo-fisiológica, de Terapéutica, de Higiene, de Medicina legal y toxicología, de Clínica médica, de Clínica quirúrgica, de Clínica ginecológica, de las Policlínicas.

SECCION ANÁTOMO-FISIOLÓGICA.

ANFITEATRO ANATÓMICO.

CLASE DE TÉCNICA ANATÓMICA

MEMORIA Y ESTADO DE LOS TRABAJOS REALIZADOS.

Generalidades sobre la enseñanza técnica de la Anatomía

Nadie duda que el hombre, bajo el punto de vista de su organización, es objeto de la Anatomía; la cual se ocupa en estudiar todas las condiciones materiales de las partes que entran en su composición, apreciables por los sentidos; bajo cuyo dominio cae esta ciencia y tiene por ello condiciones de precisión matemática. Se considera, pues, colocada entre las de observación, y su método es el inductivo.

No es este, sin embargo, el único punto de vista en que nos colocamos para estudiar al ser humano: quedan todavía por analizar el hombre funcionando y el hombre pensando. Si reuniéramos estos tres modos de manifestación, ó sea, este ser

bajo sus aspectos anatómico, fisiológico y psicológico, en la unidad armónica indispensable á todo conocimiento científico, formaríamos el concepto total del hombre. Sin duda no se han buscado con verdadero interés, ó no se han encontrado aún estas relaciones armónicas, por cuanto hoy deja mucho que desear la ciencia Antropológica.

No está demostrada todavía en absoluto la unidad entre estas tres ramas de aquella ciencia: aun se las considera en aislamiento perfecto; lo cual, si bien es bueno para estudiar cada uno de sus objetos en sí mismos con la amplitud que merecen, es altamente perjudicial, cuando, sin motivo justificado, salimos de sus verdaderos límites, pretendiendo dar superioridad á uno sobre los otros. Así, por ejemplo, el anatómico, que, lejos de contentarse con recoger hechos de organización y agruparlos bajo un plan armónico, avanza más de lo que debe, seducido quizás por la importancia indudable de su trabajo; y pretende fundar leyes fisiológicas, no hace, en verdad, otra cosa que reducir la vida á un mecanismo anatómico, abandonando de este modo el objeto y fin que debió proponerse. Lo mismo podemos decir de los fisiólogos y de los psicólogos que den suprema importancia á la una sobre la otra manera de ver al hombre.

Y áun podía perdonarse, tanto á los anatómicos

como á los fisiólogos, que unidos opusieran sus fuerzas á las de los psicólogos, pretendiendo el imperio del principio material, toda vez que, adunados estos dos poderosos conocimientos, podrian hacer brotar deducciones, que, si ante la razón, en el fondo son de todo punto erróneas, seducen, sin embargo, por lo espléndido y brillante de su forma. Pero, lo que parece imposible es, que los psicólogos, haciendo abstracción absoluta del mundo físico; confundiendo lastimosamente los hechos de conciencia con los de organización; desconociendo el influjo poderoso que esta tiene en el desarrollo y ejercicio de las facultades intelectuales, y apoyándose exclusivamente en la vista interna, desdeñen á los anatómicos y á los fisiólogos, pretendiendo, sin duda, obligarles á que reconozcan el imperio del conocimiento espiritual como primero y omnipotente para resolver problemas puramente orgánicos. Unicamente así se comprende que dijera Stahl, que, «los fenómenos morbosos son el resultado de un esfuerzo conservador del alma racional.» Esta afirmación y otras de este orden, son la causa de que la ciencia del hombre enfermo se haya extraviado tantas veces, alejándose de las verdaderas fuentes del conocimiento.

Nunca, como cuando se investigan hechos anatómicos, se adquiere mas perfecto convencimiento de que la Psicología jamás debe olvidarse de



la Anatomía y de la Fisiología; porque está demostrado, que el conocimiento ordenado y evidente de las condiciones materiales, que demanda el ejercicio de las funciones anímicas, es el fundamento de la verdadera Psicología, no de la que fabrica palacios encantados. Afortunadamente en la actualidad se reconoce esta verdad, y se pide á la Fisiología experimental, por mediación de Wundt y otros, los datos indispensables para resolver determinados problemas. No por esto se quita á la Psicología su legítima importancia; pues ella tiene el rango que le corresponde en sus estudios del alma racional; aunque no derecho para declararse único origen de conocimientos, cuando se trata del estudio del hombre, bajo el punto de vista de su organización y funciones. Es otra la misión que tiene, quizás más elevada, pero no más útil: estudiará las leyes que rigen el pensamiento, pero sin mirar al cerebro más que en las relaciones que este órgano tenga con el objeto y fin que se propone; porque sus caracteres físicos, así como sus condiciones de situación, relaciones y estructura, son ajenos por completo á la Psicología. Nosotros no diremos que esta ciencia no posea un conocimiento del hombre, anterior á todo otro; pero tampoco aseguraremos nunca que para entenderlo en su totalidad, baste la intuición, sino que son necesarios todos nuestros medios cogni-

tivos. Es cierto que se ha definido al hombre, «una inteligencia, unida á órganos, destinados á servirla;» pero tambien lo és que para conocer esa inteligencia, han de estudiarse á la vez, cuando menos, las condiciones materiales de esos mismos órganos, puestos á su servicio.

La Anatomía está considerada como el fundamento y precedente de la Medicina; y se coloca, por consiguiente, al principio de la cadena formada por las llamadas ciencias médicas, constituyendo su primer anillo, y dándose á entender por este lugar preferente, que su estudio se impone, como el primero é indispensable para adquirir los demás. En efecto, el hombre, como cuerpo vivo, se encuentra sometido á las leyes físicas que rigen á la materia, y á las vitales, que luchan sin punto de reposo para arrebatár á aquéllas su imperio. En esta lucha se ve la vida: la muerte es el triunfo absoluto de las fuerzas que por todas partes se descubren en la materia. Es preciso, pues, conocerla perfectamente, supuesto que de esta encarnizada lucha resultan despojos, que son las alteraciones en las funciones ó en la organización, segun haya sido el impetu del ataque. Pues bien, recojer estos despojos y clasificarlos; conocer por su estudio el órgano afecto y el grado de desperfección ocasionado, procurando despues restablecer el organismo á su estado de in-

tegridad, es el objeto y fin que se propone la Medicina.

Decía Bacon, que «el cuerpo humano se parece, por su complicada organización, á un instrumento músico de los más perfectos, pero que se desafina con la mayor facilidad.» Para descubrir, pues, qué pieza de esta delicada organización, es la que dificulta ó imposibilita en sus movimientos á las demás, se necesita conocer exactamente cada una de ellas en sí misma y en sus relaciones con las demás, así como el grado de importancia que tiene en este mecanismo. La Anatomía normal se encarga de estudiar cada una de las piezas de este mecanismo, y la Patológica, su derivada, nos indica la importancia y naturaleza de los defectos acaecidos en ellas, causa de su desafinación.

Considerada así la Anatomía, como punto de partida para el conocimiento de todas las demás ramas de la ciencia médica, fácil será probar, que es, no solamente el guía segurísimo para el análisis de los hechos fisiológicos y patológicos, sino también factor indispensable en la formación de juicios terapéuticos.

Observamos constantemente que las funciones de un órgano, se deducen casi necesariamente de su estructura, lo cual se prueba, viendo que en la historia de las funciones, la perfección en

su conocimiento ha seguido siempre, paso á paso, á los progresos de la Anatomía. Si ignoramos hoy por completo los usos del cuerpo tiroidéo y de las cápsulas supra-renales, es porque desconocemos casi en absoluto su estructura: si, tenemos certidumbre sobre los usos del páncreas, es porque Wirsumg nos descubrió el conducto excretor de esta glándula: y es tan indudable la importancia *á priori* del dato anatómico, cuanto que si un descubrimiento fisiológico, hecho únicamente por la fuerza de un genio, el de Cesalpino por ejemplo hablando de la circulación general, no tiene su comprobación exacta en aquel conocimiento, inmediatamente queda relegado al olvido, y es necesario entonces que venga un hombre, como Harvey; el cual, despues de demostrar anatómicamente la dirección de las válvulas venosas, probó la existencia real de la circulación, é hizo que el mundo médico acogiera con entusiasmo el descubrimiento de Cesalpino.

La Fisiología que pide auxilios á la Anatomía; que no prescinde de los hechos, y que no aspira más que al papel de intérprete de ellos, es la verdadera Fisiología: es la que observa y experimenta; la que reclama la medicina moderna; la que cultivó Haller y nos trasmitió en su gran tratado de Fisiología: y de ninguna manera la de Fernel, Hoffman y Boerhaave que,

apesar de sus portentosos ingenios y de sus ricos y vastos conocimientos, no hicieron otra cosa que trasmitir á la posteridad una inmensa aglomeración de hipótesis y de errores. Desdijeron los hechos particulares, y crearon *á priori* leyes fantásticas que rigieran nuestra economía: no así Haller, que, penetrado del verdadero papel de la Fisiología, hacia preceder, en su gran obra, la descripción anatómica á la historia de la acción del órgano; y resuelto, como estaba, á perpetuar su método de investigación, decía en su prefacio: «los que quieren estudiar la Fisiología abstractamente, con independencia de la organización, pueden compararse al matemático que pretendiese averiguar por el cálculo la fuerza y el juego de una máquina complicada, sin conocer sus dentadas ruedas, sus dimensiones y la reciprocidad de las partes que la constituyen.»

Si la Fisiología no puede dar un paso sin el conocimiento anatómico, como ya hemos visto, la ciencia del diagnóstico quedaria para siempre reducida á los estrechos límites que le dieron los primeros investigadores, si la Anatomía normal y la patológica, que es su derivada, no acarrese al clinico materiales sin cuento, elementos para un exacto juicio. Debe estar á ella asociado, sometido si se quiere, el estudio de las

lesiones que, despues de la muerte, descubren los órganos; y, si desgraciadamente la Medicina prescindiera de la Anatomía normal y patológica, giraría siempre en un círculo de errores gravisimos, que no han podido justificar los sistemas espiritualistas.

Lo que dejamos dicho se refiere únicamente á la ciencia del diagnóstico de las enfermedades internas, que en lo relativo al de las externas, y á su tratamiento, el conocimiento anatómico es sin duda el primer factor: es la antorcha del cirujano, no solo porque este se ocupa de los vicios de conformación, de los cambios de relaciones y estructura de los órganos que caen directamente bajo su inspección, sino porque no es posible practicar una operación, sin conocer matemáticamente, por decirlo así, la disposición de las partes sobre que ha de actuarse, así como la manera de salvar los inconvenientes que resultan de sus mismos cambios de textura, forma y relaciones. La Anatomía, enseñando las capas sucesivas de los tejidos y órganos que hay en cada región, y las relaciones de estas capas entre si, dá al cuerpo humano la transparencia de un cristal, y al cirujano esa inestimable audácia con que vá en busca, ya del vaso que ha de ligar, ya de los límites de un tumor, cuya extirpación se impone, sin que sea bastante á detener su marcha salvadora

la proximidad de órganos, cuya lesión habría de ser peligrosa ó mortal. Un buen anatómico sabe juzgar de los métodos y procedimientos operatorios más adecuados á los fines curativos; y hasta en los reveses quirúrgicos, la Anatomía, y nada más que ella, descubre las causas de estos contratiempos, é indica las modificaciones que ha de introducir en el proceso operatorio, si en lo sucesivo quiere salvarse de esos riesgos.

Muchísimo más podría decirse para encarecer la importancia de la Anatomía; mas, no es pertinente á la índole de este trabajo: no insistiremos, pues, y protextamos de que lo dicho ha sido solo para demostrar en qué error tan grande se encuentran aquéllos médicos, que aseguran no ser indispensable el conocimiento anatómico perfecto para enjuiciar y tratar las enfermedades internas, creyendo bastante una lijera idea de la situación general de los órganos: error gravísimo que ha ocasionado y ocasiona aún grandes males. Sin duda que se puede ser buen anatómico sin ser médico; pero los sabios aseguran, y la razón sostiene, que no se puede ser un regular médico siquiera, ni mucho ménos seguir el progreso de la ciencia, sin estar profundamente versado en la Anatomía.

Así como decimos que el conocimiento de ésta debe preceder siempre á todos los demás que

constituyen la ciencia médica, hemos de afirmar también que el arte anatómico ha precedido á la ciencia respectiva; que él ha sido su base, el guia seguro para sus investigaciones, y el factor indispensable para la determinación de los problemas que entraña.

Como prueba de esto, volvamos la vista á los tiempos más remotos y encontraremos que el libro de demostraciones anatómicas de Diocles, y los datos suministrados por Hipócrates sobre los nervios pneumogástrico y simpático mayor, consignados en el libro de las Epidemias, han debido ser adquiridos sin disputa, por medio de disecciones anatómicas sobre animales. Si, á partir de este punto seguimos paso á paso la historia de la Anatomía, observaremos siempre, que, ni un sólo hecho admitido por esta ciencia, ha dejado de ser adquirido por la Técnica.

Con la Escuela de Alejandria, (año 323 antes de Jesucristo), empieza la historia de la Anatomía, como verdadera ciencia, debiéndose esto á que en dicha Escuela se ejecutaban sin misterios ni dificultades los estudios prácticos, produciendo los brillantes descubrimientos de Herófilo y Erasistrato. Más tarde los mismos anatómicos alejandrinos, aprovechándose de la libertad absoluta, que, para esta clase de estudios, dió la dinastía de los Ptolomeos, se dedicaron con creciente ardor

á inventar procedimientos adecuados, los cuales dieron por resultado los tan importantes descubrimientos de las envolturas cerebrales y sus senos, de la retina, de las válvulas del corazón, etc. La Escuela de Alejandria, pues, es la primera de anatomía que ha existido, porque fué tambien la primera que fundó un local apropósito para los estudios prácticos.

Con su desaparición perdiéronse para siempre, tanto la forma de los instrumentos usados en sus operaciones, como la manera adecuada que tenían de practicarlas. Cayó desde entonces la Anatomía bajo un nuevo modo de conocer, que pudiéramos llamar de intuición, no siendo bastantes á sacarla de esta sima los incesantes trabajos de Galeno (131-201 de la Era cristiana) sobre el mono ó sobre algun niño abandonado á las fieras, ó sobre algun esqueleto hallado al acaso.

En los siglos medios nada se estudió.

Federico II de Sicilia, en 1230, contribuyó al renacimiento del estudio de la Anatomía, promulgando una ley, en la cual, se prohibió ejercer la cirujía á quien no hubiera seguido un curso, por lo ménos, de los que mandó dar sobre el cadáver á su médico Martianus. A partir de esta fecha, y como una de las más brillantes conquistas del Renacimiento de los pueblos á la vida de la inteligencia, aparecieron los disectores Mon-

dini y Guý de Chauillac, profesores de Bolonia, los cuales, dando lecciones prácticas, publicando obras ilustradas con grabados y aconsejando procedimientos muy aceptables sobre la manera de estudiar los músculos y los nervios en los cadáveres humanos, dejaron sembrada la preciosa semilla, que había de dar por fruto las investigaciones de Spigel en Pádua, Jasolinus en Nápoles y Aldrovandro en Bolonia, el cual dotó á esta ciudad del primer gabinete anatómico conocido, enriqueciéndole además con sus numerosas preparaciones.

No andaba muy atrasada nuestra España en la adquisición de este género de conocimientos, pues ya en 1322 se abrían cadáveres en el Monasterio de Guadalupe (Extremadura) con el laudable propósito de descubrir las causas de la muerte; en 1391 el Rey D. Pedro I de Aragon concedió también un privilegio á la Universidad de Lérida, para que pudieran anatomizarse en ella los que, sentenciados por la justicia, perecían ahogados; y, por último, se concedió permiso por los Papas para levantar un anfiteatro anatómico en la Ermita de San Nicolás (Salamanca), y se dió un privilegio perpétuo por los Reyes Católicos (1488) á las Cofradías de S. Cosme y S. Damián, para que pudieran sus miembros ejercitar la Anatomía sin incurrir en pena alguna.

Desde esta época hasta nuestros días, puede decirse que no se ha oscurecido el sol para la ciencia anatómica, merced al poderoso impulso y al incansable espíritu de observación que poseían hombres como Vesalio, que disputaba los cadáveres á las fieras, los sustraía de los cadalsos y cementerios, y á los 29 años de edad dejó inmortalizado su nombre con su admirable libro de *Humani corporis fábrica*; como Fallopio, su discípulo, corrector y comentarista; como Eustaquio, que sustituyó la navaja de afeitar por el escalpelo que hoy usamos; como Carlos Etienne, que descubrió las válvulas venosas y fué el primero que empleó las insuflaciones é inyecciones para demostrar los vasos; como Riolano, fundador del primer anfiteatro de París; como los ilustres descubridores del sistema linfático, Aselli que encuentra los quilíferos, Pecquet que reconoce su terminación, y Olaus Rudbeck que generaliza el descubrimiento; como Meckel, que inyecta los vasos quilíferos con mercurio y prepara con este medio las portentosas investigaciones de Mascagni, Hunter, Tiedemann y las contemporáneas de Sappey; como Malpigio, que demuestra por medio de ingeniosos procedimientos la estructura vesiculosa del pulmón; como Ruisquio, á quien inyecciones maravillosas permitieron descubrir los capilares en casi todos los órganos del cuerpo, dejando su nom-

bre á una membrana del ojo; y si fuéramos á seguir nombrando tantos y tantos anatómicos ilustres como falta enumerar, no habríamos de concluir nunca, porque son tantos los conocidos, que su número sólo pudiera compararse al de los injustamente ignorados; los cuales, con sus modestos trabajos, prepararon quizás los portentosos descubrimientos que immortalizaron á muchos hombres. Volvemos á repetir, pues, que la Anatomía, como ciencia, está tan ligada con el arte, que un nuevo procedimiento técnico ha traído siempre aparejado un descubrimiento.

He aquí por qué, en los tiempos modernos, se obliga á los alumnos á hacer los estudios de Técnica Anatómica con toda la extensión posible: así ellos inducen nuevos descubrimientos, y así comprueban y afirman los conocimientos adquiridos en los libros, ó por la viva voz del maestro. Cuando el alumno va á las salas de disección, pudiera decirse que pretende llevar á su ánimo el convencimiento de los hechos y principios que ya conoce: entonces se toma el trabajo de buscar con su propio trabajo, actuando sobre los cadáveres y sujetándose á ciertas reglas, todas aquellas particularidades que dan fisonomía propia á los órganos. Antes, en Cátedra, solamente por el sentido del oído percibía estas particularidades; pero se comprende bien que,

para asimilárselas y para que resulte un conjunto armónico de ideas, ha tenido necesidad de hacer en su inteligencia un trabajo de comparaciones, tan improbable, cuanto escaso de resultados para la satisfacción del espíritu: confiando á la memoria tanto y tanto detalle como en el análisis presentan los órganos, recojidos única y simplemente por la viva voz del profesor, puede asegurarse que, por muy feliz que aquella facultad del alma sea en el que á manera de fonógrafo repite una conferencia ó un capítulo de un libro, lo hace sin conciencia y de una manera mecánica. Hay, en efecto, necesidad de más: hay detalles de situación, de dirección, de colorido, de volúmen, que no pueden ser adquiridos de una manera definitiva por nuestro espíritu, si nó aplicamos en la observación los sentidos de que disponemos. Pueden ir los alumnos cuantas veces quieran á las clases teóricas de Anatomía, y escuchar de labios de profesores eminentes, con fogosa imaginación, delicadeza extrema en el describir y habilidad extraordinaria para traducir en ejemplos las descripciones que hacen de los órganos sometidos á su estudio, y es seguro que no quedará satisfecha su conciencia: el espíritu humano es investigador por excelencia, y no se conforma con esto, sino que necesita adquirir por medio de los sentidos los datos físicos, necesarios para

formar un juicio perfecto del hecho de que se trata. Entonces es cuando el alumno siente la necesidad imperiosa de acudir con frecuencia, con entusiasmo y con amor á la verdad, á estos institutos, para que la naturaleza, con aquella dulce y suave espontaneidad que le es propia, le ponga de manifiesto sus secretos. Entonces, palpa los órganos y siente un verdadero placer en penetrarse de su consistencia; contempla con admiración su color; se hace cargo con una sola mirada de la situación que ocupan con relación á los demás; los mide, y aprecia su volúmen, y concluye por convencerse de que todas las descripciones que ha oído, son pálidas é insuficientes, que nunca pueden reemplazar á la aplicación adecuada y metódica de los sentidos. Tan completo es el conocimiento anatómico adquirido por estos medios, cuanto que puede garantizarse que, si los alumnos han puesto de su parte la atención que tan importante asunto reclama, no se borrará jamás de su inteligencia. En orden á la importancia de los sentidos para este objeto, deberemos decir que la tienen relativa, y así que los datos que por sí solo suministra el oído, no pueden sustituirse de ningún modo por los que han podido ser adquiridos por la vista y el tacto.

Hechas las precedentes consideraciones, tal vez difusas, aunque á nuestro parecer no impertinen-

tes, dado el objeto primordial de este trabajo, inspirado, por cierto, en nuestro entusiasmo por la ciencia anatómica y su técnica, pasemos á dar una idea lijera y concreta respecto de la enseñanza de esta última, la cual, áun sin méritos, ha estado bajo nuestra dirección en el presente curso.

De la técnica aplicada.

La enseñanza técnica que se ha dado á los alumnos de esta Escuela, se ciñe en un todo á lo preceptuado en el Real Decreto de 16 de Septiembre de 1886, calcado, en verdad, sobre los adelantos modernos; de lo cual se tendrá una muestra exacta, fijando la atención en el estado adjunto y en la explicación sucinta que en estos breves apuntes me propongo dar.

Una vez convencidos los alumnos, por lo ya dicho, del objeto y fin que se propone la Técnica Anatómica, procuramos inculcarles los preceptos generales para la ejecución de este arte, poniéndoles de manifiesto las diferentes operaciones que habían de llevar á cabo para hacer lo que se conoce con el nombre de Preparación. Este trabajo preliminar nos había parecido de suma importancia, así como el conocimiento de las operacio-

nes incisión, escisión y disección que constituyen el fundamento de todos los demás actos manuales que se verifican en la Técnica. Así, pues, y antes de penetrar en las divisiones racionales que de este arte se hacen, procuramos ejercitar á los alumnos en la práctica de incisiones de todas formas, haciéndoles ver palpablemente las ventajas de las que se llevan siguiendo los preceptos de la ciencia, sobre las que se realizan al capricho: tambien quedaron perfectamente adiestrados en la manera de combinar las incisiones simples para que resulten las especiales. Penetrados de esto y poseyendo ya un punto de partida, fué sumamente sencillo conocer lo que era escisión, establecer sus diferencias con la incisión, y ejecutarlas con los instrumentos apropiados en el tejido ú órgano, en que se debían de practicar; dando por resultado estos ejercicios el conocimiento perfecto de lo que es Disección, ó sea la combinación metódica de la incisión y la escisión.

Acontece generalmente á los alumnos, que por vez primera penetran en los Anfiteatros anatómicos, ir fuertemente impresionados, no solo por las relaciones fantásticas que de los trabajos técnicos les han hecho otros compañeros, sino por la gran importancia de los conocimientos que van á adquirir, y las dificultades insuperables para llegar á poseerlos; produciendo estas

emociones tan extraño deseo de contemplar cuanto antes las maravillas que en efecto hay, y tantas otras como les finge su juvenil fantasía, que se precipitan sobre el cadáver, y á toda costa, sin consultar más que á su entusiasmo, rompen por donde su capricho ó su curiosidad les lleva, constituyéndose así en verdaderos carniceros, sin detenerse á considerar que el trabajo de estos es un grosero remedo de lo que debe hacer el delicado anatómico. Este error es el más difícil de destruir, y á lo que en primer término nos dedicamos, haciéndoles comprender prácticamente, que más pronto se llega al órgano, cuyo estudio tratamos de hacer, analizando los inmediatos, que buscándolo directamente, toda vez que, haciendo esto, prescindimos de las relaciones, cuya percepción es tan esencial como la de él mismo: faltando uno de estos dos modos de inquirir, ha de quedar forzosamente incompleto el conocimiento. Por tanto, nuestro principal cuidado ha sido demostrarles, que los hechos de Técnica son verdaderas operaciones de análisis, sujetas á reglas de Lógica, las cuales debían de traducir fielmente con el escalpelo, considerado metafóricamente como el instrumento inseparable de la Crítica.

Vamos ahora á justificar nuestro proceder. En Anatomía, como ciencia de observación, ha

de emplearse este método; y su complemento la inducción, yendo en su consecuencia el pensamiento sucesivamente y por pasos muy contados, como suele decirse, de lo conocido á lo desconocido, del hecho simple al compuesto y de éste á la ley anatómica. Después procede la síntesis, y en su virtud vemos que del conocimiento simple de dos huesos, adquirido por la Técnica, vamos á unirlos entre si; y de esto nos elevamos á saber que, dadas dos superficies óseas, especialmente conformadas, y las circunstancias, que nos reveló la Técnica, de haber medios de unión dispuestos para movimientos especiales, existe una articulación; concluyendo por decir, que los huesos, que son cuerpos duros, cuando se tocan por sus superficies de unión, y se enlazan entre si por todo un sistema de fibras elásticas, constituyen el armazón sólido del cuerpo humano; y que las articulaciones son la condición ineludible de sus variados movimientos. Cuando estudiamos un músculo, no nos contentamos con verlo y apreciar su color, forma y volumen, sino que buscamos donde se ata; qué región ocupa, las relaciones que afecta con los órganos inmediatos, la dirección de sus fibras y la envoltura fibrosa que le protege; para saber después, con toda seguridad, cuáles son los puntos del esqueleto, en donde vá á determinar su

acción; cuál es esta, y si aquel es solo, ó le ayudan otros análogos: de aquí el conocimiento de músculos flexores, extensores, abductores, adductores, etc.

Ciñéndonos en un todo á lo que se desprende de las reflexiones antedichas, comenzamos por los ejercicios prácticos de Osteotomía, adiestrando á los alumnos en las operaciones de limpieza y blanqueo de los huesos, en las que enseñan el modo de articularlos artificialmente y en las de calcinación y reducción por medio de ácidos diluidos que demuestran su estructura.

La Artrotomía ha sido objeto de especial estudio por parte de los alumnos, como lo demuestran las 130 preparaciones, hechas por ellos durante el curso con este objeto; siendo al mismo tiempo de nuestra especial atención hacerles conocer su importancia y las positivas ventajas que de sus ejercicios habian de sacar, no solo porque las dificultades, que se vencen para demostrar una articulación, constituyen una patente de buen disector, sino porque los diferentes tejidos que se interesan, así como los órganos que hay que sacrificar en estas disecciones, les presentan vasto campo para la observación y el análisis: precioso preliminar para la ejecución de las operaciones que sucesivamente han de realizar antes de llegar al conocimiento exacto

de esta parte de la ciencia y al de sus deducciones prácticas. Así, pues, y siguiendo el riguroso método analítico que nos habíamos trazado, no consentíamos de ninguna manera á los alumnos hacer demostración de ligamentos sin conocer antes las superficies articulables y sus revestimientos, acostumbrándolos simultáneamente á clasificar articulaciones por la forma de los puntos de unión.

La preparación de ligamentos trae necesariamente la de los tendones de los músculos que se atan en los puntos próximos á las articulaciones, considerados entonces, con sobrada razón, como medios activos de unión de dos huesos, y que por los movimientos que inducen en las articulaciones, constituyen uno de los más importantes puntos de vista en el estudio de ellas. Esta ingerencia, digámoslo así, de elementos de estudio, correspondientes á otra rama de la Técnica, distinta de la que se iba tratando, nos hizo pensar muchas veces si sería más lógico emprender los ejercicios de Miotomía antes que los de Artrotomía, por más que el uso viene sancionando que este último debe preceder al primero. Esta misma duda ha ocurrido á muchos, inclinándonos á creer por nuestra parte y siguiendo el consejo de Cruvellier, que se gana mucho en estudiar ántes los organos acti-

vos del movimiento, teniendo en cuenta que el conocimiento de los músculos se hace indispensable para tener una noción exacta de las articulaciones, dado que éstas han de estudiarse, no solamente con sus caractéres de deslizamiento y medios de unión, sino tambien en su ejercicio: este proceder se asemeja al que usamos al estudiar una articulación en conjunto, lo cual hacemos después de haber determinado la forma, color y estructura de los ligamentos pasivos ó que le son propios. Además, la marcha de una disección metódica demuestra, que para llegar á una articulación, es indispensable llevarla por entre los órganos que la rodean, colocados sucesivamente desde la piel hasta el hueso; y pecaríamos de inconsecuencia con el método analítico-sintético que nos hemos trazado, si dejáramos pasar sin estudio los órganos que se nos van presentando. Pudiera argumentarse que tambien en estas disecciones aparecen órganos que no son músculos y que por la razón dicha debiéramos estudiar; pero puede contestarse, que las arterias, venas y nervios corresponden á sistemas distintos del de locomoción, y no tienen, por consiguiente, una representación tan directa entre los elementos que constituyen la articulación.

Esta manera de ver nos habia parecido racional: ha sido la seguida, y, al contemplar co-

mo hacían los alumnos preparaciones perfectas de aquellas partes, al par que adquirían un completo conocimiento de ellas, sentimos la satisfacción propia del que ha obtenido un éxito brillante, como anhelado término de un método propuesto y sostenido con vigor. Cuarenta preparaciones de regiones musculares nos bastaron para obtener este resultado.

Antes de emprender los trabajos de Esplacnología se adiestraron los alumnos en la práctica de inyecciones venosas y arteriales, tanto de materias solidificables al cambio de temperatura, como de líquidos conservadores, y además en el lavado general del sistema circulatorio. Al efecto, han hecho la búsqueda de aquellas arterias principales y más aceptadas para este género de trabajos: ejercitábanse en marcar los puntos de partida para las incisiones y señalar los que se llaman de su reunión, acostumbrándose al mismo tiempo á aislar con delicadeza la arteria, para montarla después sobre la sonda acanalada.

Parece á primera vista que esta clase de ejercicios corresponde más bien á los preliminares de Angiotomía que á los de Esplacnotomía; pero, sin contar con que ya habían vencido ese trabajo, nos propusimos que el estudio de los aparatos viscerales se hiciera con la perfección posible, puesto que dichos preliminares ampliaban

notablemente el estudio de sus relaciones.

El aparato digestivo fué preparado de modos distintos, bien que se estudiára su situación general, su forma, longitud y relaciones, bien que se pretendiera conocer cada una de las divisiones naturales que á la observación presenta. De estas porciones, algunas de ellas necesitaron para su demostración perfecta ejecutar más de una preparación: asi que, la cavidad bucal, el estómago en sus relaciones con el hígado, el duódono, páncreas y bazo, juntamente con el aparato biliar, fueron preparados en cuatro ocasiones distintas, teniendo en cuenta las importantes deducciones prácticas que de su estudio perfecto habían de sacar los alumnos. El ciego, la S ilíaca, el cólon, y, por último, el recto con sus importantes relaciones con la vejiga y vesículas seminales en el hombre, y con la vagina y útero en la muger, fueron tambien objeto de distintos trabajos, concluyendo asi y á nuestra satisfacción el estudio del aparato digestivo.

Cuando pasamos al del respiratorio fué de nuestro especial cuidado hacer ver á los alumnos la gran utilidad que, para sus ulteriores estudios de observación clínica, les reportaria comprobar con sus propios ojos las relaciones tan íntimas que el centro circulatorio con sus grandes vasos arteriales y venosos, tiene con los

pulmones y brónquios, así como con la pared torácica; y á este efecto ejecutaron y estudiaron dos preparaciones que estos hechos demostraban. La laringe y la tráquea fueron también estudiadas en otras dos distintas preparaciones.

No fué ya difícil á los alumnos, poseyendo como hemos dicho antes, el conocimiento de los preliminares de Angiotomía, emprender inmediatamente el estudio de esta importante rama de la Técnica Anatómica; y así fué que en el corto espacio de quince días se ejecutaron por ellos treinta preparaciones del aparato circulatorio. De éstas, algunas, atendiendo á su importancia, fueron repetidas; como la del corazón con sus grandes troncos arteriales y venosos, los que nacen del cayado de la aorta, las arterias del cuello y de la cabeza, las venas cavas y ázigos, los senos de la dura madre, y por último las ramas de la aorta abdominal. En el examen de las arterias de los miembros, así como de las del cuello, procuramos que á la vez de estudiar sus relaciones, su calibre y sus ramas, se fueran acostumbrando á darse cuenta de las razones anatómicas que los Cirujanos tienen para escojer tal ó cual con preferencia á las demás, y por qué denominaban puntos de partida y de reunión á aquellos órganos que, por su volúmen, forma y relaciones más inmediatas con ciertas ar-

terias, sirven de guía para la práctica de una ligadura.

La falta de cadáveres algunas veces, y la escasez de días útiles por otra parte, nos obligaron á pasar con rapidez sobre el estudio de los sentidos, del sistema nervioso y del aparato génito-urinario. Sin embargo, áun cuando á la ligera, se han podido presentar ejecutadas por los alumnos disectores y los de Técnica, diez y seis piezas del segundo y seis del último grupo.

Hemos de concluir; pero, antes de dar por terminada esta ya larga reseña, debemos protestar formalmente de que todos los trabajos han sido ejecutados con aquella parsimonia que demanda la ciencia, con el atractivo prodigioso de sus bellezas y la tendencia bienhechora de sus fines. Para nosotros, sin Anatomía no hay medicina posible; es el primero de sus elementos esenciales y tan importante su estudio, que equivaldría á fabricar sobre arena el buscar sin él, la causa de los cambios que los órganos experimentan en sus enfermedades; y áun cuando no fuera tan palpable la utilidad de sus fines, ¿quién no había de dedicarle atención para gozar en la contemplación de un maravilloso organismo, tan variado en sus componentes, como total é infinitamente armónico en su conjunto, en donde todo está previsto, y en donde no puede perderse el equilibrio del más in-

significante elemento sin que el todo se resienta? Así lo comprendió el sábio médico de Pérgamo, cuando en un arrebató de místico entusiasmo exclamaba: «Un libro de Anatomía es el más bello himno que ha sido dado al hombre cantar en honor del Creador.» Del Sér, que haciendo una maravillosa reducción de sus facultades infinitas á los límites estrechos de lo finito, creó al hombre como una sublime síntesis del imponente problema de la Creación; y, lo que es más grandioso todavía, le dotó, en un rasgo de su infinita bondad, de aquel destello sublime de su esencia misma, que se llama inteligencia, para que, conociéndose á si mismo, le comprendiese á El.

Debemos, para concluir, dar las gracias á los aventajados alumnos disectores D. Mauricio Dominguez Adame, D. Jacinto Navas Romero y D. Fernando Sánchez Carrasco, porque con sus trabajos han contribuido á que las lecciones de Anatomía hayan sido provechosas para sus compañeros.

Sevilla 24 de Junio de 1888.

El Director de trabajos anatómicos,

Dr. F. Sánchez Bizjuan.

Los Catedráticos de Anatomía,

Dr. A. Alvarez Millán

Dr. F. Rodríguez Porcua

ANFITEATRO

CURSO DE

Cuadro demostrativo de los trabajos efectuados en la clase de Técnica

CLASE DE ALUMNOS	Cadáveres empleados en		Articulaciones		Músculos	
	Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios
	Anatomía.—1. ^{er} Curso	52	»	17	»	27
Anatomía.—2. ^o Curso.....	65	»	»	»	»	»
Técnica Anatómica.—1. ^{er} Curso.....	»	69	»	130	»	40
Técnica Anatómica.—2. ^o Curso.....	»	60	»	»	»	»
TOTALES.....	117	129	17	130	27	40

Sevilla 20 de Junio de 1888.

ANATÓMICO

1887-88

desde el día 1.^o de Noviembre de 1887 al 30 de Abril de 1888:

PIEZAS PREPARADAS												OBSERVACIONES
APARATOS												
Digestivo		Respiratorio		Circulatorio		Nervioso		Génito-urinario		Total de operaciones		
Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios	Demostrar	Ejercicios	
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	44	»	Han concurrido á estos ejercicios los alumnos de Anatomía Descriptiva y Topográfica, matriculados en este Curso.
9	»	5	»	33	»	16	»	»	»	63	»	
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	170	»	
»	17	»	4	»	30	»	13	»	6	»	70	
9	17	5	4	33	30	16	13	»	6	277	70	

El Director de trabajos anatómicos,
Dr. F. Sánchez Pizjuan

TALLER DEL ESCULTOR ANATÓMICO



**Trabajos hechos por el Escultor para los MUSEOS
de la Escuela**

Para aumentar suficientemente las piezas en los Museos de Anatomía normal y patológica, nos hemos propuesto un sistema de trabajos, con los cuales se atienda á uno y otro en la medida que demanden las conveniencias del Anfiteatro. Quisiéramos dar mayores pruebas de actividad y que acreciera el número de objetos más rápidamente: quisiéramos atender á la vez al sistema de elaborar piezas en cera y conservar las naturales en botes de cristal de tamaños convenientes; más, para ambas cosas se necesita más personal del que existe y más dinero del que permite nuestro presupuesto. Por esto hemos de ir más despacio, atendiendo, sin embargo, no sólo á preparar cosas nuevas, sino á conservar lo existente.

El trabajo de reparación de los museos ha sido en el curso próximo pasado objeto preferente de nuestra atención: gran número de piezas, deterioradas por la acción del tiempo, han sido renovadas, á fin de que, reproduciendo fielmente al natural, puedan servir de objeto útil al estudio.

En el estado adjunto se demuestra el número y clase de las piezas con que, durante ese tiempo, se han enriquecido los museos de nuestra Escuela, acrecentando la ya considerable y notable colección que de antes poseían.

Treinta son las que figuran en el mencionado estado, en las cuales pueden consultarse los objetos que representan. Entre ellas haré especial mención, por lo notables, de tres; de las cuales, dos reproducen tumores hemáticos de volúmen considerable, situados en la protuberancia anular de un demente y sobre el cerebelo de otro enfermo, y la otra, un bazo en el que se observa, en su centro, una escavación, de capacidad como la de un huevo de gallina, llena de materia tuberculosa y con varios puntos en supuración.

Conviene decir que todas estas piezas están hechas con cera, con el colorido correspondiente al de cada órgano, imitando exactamente al natural, aún en el tamaño, para que se vea, como lo que son, una perfecta reproducción de lo que da una minuciosa y correcta disección. Si en el inmedia-

to curso contamos con fondos suficientes, disecaremos sin descanso para conservar, en líquidos apropiados, piezas naturales, como se hace hoy en Inglaterra, Alemania é Italia, predilección que acataremos por respeto á grandes hombres; pero que contrabalancearemos no olvidándonos de la cera y coloridos, con cuyos elementos hemos conseguido grandes triunfos para la ciencia y para el arte.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Catedrático de Anatomía
patológica,

El Escultor modelador,

Dr. José Roquero Martínez.

Ldo. Alberto Ruiz Mena.

ESTADO DE LAS PIEZAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, PREPARADAS EN EL AÑO ESCOLÁSTICO DEL 87 AL 88
 CON DESTINO AL MUSEO DE LA ESCUELA

A P A R A T O S							
LOCOMOTOR	DIGESTIVO	RESPIRATORIO	CIRCULATORIO	NERVIOSO	SENTIDOS	GÉNITO-URINARIO	
Tumor blanco de la rodilla, ulcerado.	Dos ejemplares de atrofia amarilla aguda del hígado.	Un ejemplar de hepatización roja del pulmón.	Un ejemplar de hipertrofia del corazón.	Encéfalo humano modelado.— Un ejemplar en cera sobre el de un demente de 38 años de edad: presenta un tumor hemático del tamaño de una nuez, situado en el lado izquierdo de la protuberancia anular.	Un ejemplar de impétigo larvalis de la cara.	Tres ejemplares de distintos quistes del ovario.	
Caries de la bóveda palatina.	Un ejemplar de hígado hipertrofico.		Otro de obtenido demente.	atrofia, o de un	Pénfigo sifilítico de la mano.	Cuatro ejemplares de úlceras sifilíticas, en distintos periodos de los órganos genitales externos de la mujer.	
Fibro-sarcoma de la región posterior del muslo derecho.	Otro de quiste de la misma glándula.		Un aneurisma de la aorta.	risma de abdominal.	Úlcera cancerosa de la nariz.	Una hernia escrotal, voluminosa.	
El mismo tumor conservado en disolución de cloral,	Un bazo hipertrofiado.				Oftalmia purulenta.	Un bubón chan-croso.	
	Un bazo atrófico.						
	Un absceso del bazo.						
	Un sarcóma del abdomen.						
				Otro encéfalo humano, en individuo de 45 años, con tumor hemático en la cara superior del cerebelo, como una avellana grande: durante la vida no hubo alteración mental.			

Sevilla 30 de Junio de 1888

El Escultor modelador,

Lic. Alberto Ruiz Mena

CLASE DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA,
OPERACIONES Y VENDAJES

EXPOSICIÓN
de los trabajos realizados durante el Curso de 1887 á 88
en la Clase de Medicina operatoria.

Anatomía Topográfica.—Para su estudio se han presentado y demostrado en clase las siguientes preparaciones:

—En la cabeza: Regiones occipito-frontal, temporal y mastoidea; esqueleto, masa encefálica y sus cubiertas.

—En la cara: Cavidad bucal y regiones de los labios y carrillos; masetérica, del pómulo, mentoniana, parpebral, y cavidad orbitaria con los órganos que contiene.

—En el cuello: Regiones laringo-traqueal, carotidea, supra-clavicular y suprahioides.

En las extremidades superiores: Regiones es-

capular, clavicular, pectoral, deltoidea, axilar, humeral, del codo, del antebrazo, de la muñeca y de la mano.

—En las extremidades inferiores: Regiones, glútea, inginal y conducto crural; coxo-femoral, de la rodilla, de la pierna, tibio-peronéo-tarsiana y del pié.

—En el tronco: Regiones de la núca, espinal, esternal, costal, mamaria y paredes del abdómen con la cicatriz umbilical y el conducto inguinal.

—En la pelvis: Regiones, del periné y aparato génito-urinario en el hombre y en la mugér.

Operaciones.—Se han practicado en Clase operaciones en la piel y tegido celular: suturas entrecortada, emplumada, ensortijada y con hilo de plata: ablación de la uña introducida en las carnes por los procedimientos de Guyon, Long y Dupuytren y ejercicios de Autoplastia por los métodos Indiano, Francés é Italiano.

—Operaciones en los tendones, aponeurosis y músculos.—Secciones del esterno-cleido-mastoi-deo, del tendón de Aquiles, de los peroneos y de las aponeurosis palmar y plantar.

—Operaciones en el tegido nervioso.—Secciones de los nervios supra é infra-orbitarios y maxilar inferior: sutura del nervio ciatico en la cara posterior del muslo y distención del tibial superior en la pantorrilla.

—Operaciones en el tejido arterial.—Ligadura de la arteria humeral en sus dos extremos, seccionada á nivel de la parte media del brazo. Ligadura mediata del arco palmar superficial por el procedimiento del Dr. Sagarra. Ligaduras de la arteria radial en la tabaquera y en los tercios inferior y superior del antebrazo. Ligaduras en la arteria cubital en el tercio inferior y parte media de su trayecto; de la braquial en sus tercios inferior, medio y superior; de la axilar en la cavidad de este nombre y en el hoyo infraclavicular; de la subclavia, por dentro de los escalenos, entre estos músculos y por fuera de ellos; de la carótida primitiva, de la interna, de la externa, de la lingual, de la facial, tiroidéa superior y temporal superficial. Ligaduras de la arteria pedía, de la tibial anterior, de la posterior, de la poplitea, de la femoral en el conducto del tercer adductor, en la parte media del muslo y en el triángulo de Scarpa. Ligaduras de la iliaca externa, de la interna, de la primitiva, de la glútea, de la isquiática y de la pudenda interna.

—Operaciones en el tejido óseo—Resección del maxilar superior (procedimiento de Nelaton). Resección parcial y total del maxilar inferior (procedimientos de Malgaine y Maissonneuve). Resecciones del esternón, de las costillas y de la clavícula, parciales y totales. Resecciones de la

articulación escapulo-humeral (procedimiento de Malgaigne), del cuerpo del húmero, del codo, (procedimiento Ollier y Nelaton), del cúbito y del radio, de la muñeca (procedimiento de Lister) y de varios metacarpianos y falanges. Resecciones de la articulación coxo-femoral, (procedimiento de Billroth), del cuerpo del fémur, de la rodilla (procedimiento de Erichsen), de la tibia y del peroné en sus cuerpos, de la articulación tibio-tarsiana (procedimiento de Moreau), del astrágalo, del calcáneo (incisión de Ollier) y de algunos metatarsianos y falanges.

—Amputaciones. Ejercicios sobre los distintos métodos y procedimientos que se ponen en práctica para llevar á cabo estas operaciones. Amputación de las falanges, del primer metacarpiano, de uno de los otros y de todos reunidos. Amputación del antebrazo y del brazo (métodos circular, oblicuo, á colgajos y en raqueta). Amputación de cualquiera de los metatarsianos y de todos reunidos. Amputación de la pierna por el sitio de elección, por encima y por debajo del mismo. Amputación del muslo (los mismos métodos y procedimiento que en la extremidad superior).

—Desarticulaciones. Desarticulación de las dos últimas falanges y de uno ó varios dedos reunidos (método en raqueta). Desarticulación del

pulgar, del 4.º y 5.º metacarpianos y de varios de estos huesos juntos (métodos en raqueta y oblicuos). Desarticulación de la muñeca (métodos circular, oval y elíptico). Desarticulación del codo (métodos circular y á colgajo anterior). Desarticulación del hombro (métodos en raqueta á dos colgajos ó de Lisfranc y á colgajo antero-externo ó de Dupuytren. Desarticulación de uno y de varios dedos del pié y de uno y de varios metatarsianos. Desarticulaciones tarso-metatarsiana (procedimiento de Lisfranc) y medio-tarsiana (procedimiento de Chopart). Desarticulaciones infra-astragalina (procedimientos de Malgaigne y de Verneuil), tibio-tarsiana (procedimientos de Syme y de Pirogoff), de la rodilla (procedimiento de Baudens) y coxo--femoral á colgajo antero-interno.

Además se han practicado en los distintos aparatos las operaciones siguientes: En el de la visión, la de la catarata á colgajo superior é inferior con y sin iridectomía. Extracción de la lente por incisión lineal. Iridectomía.

—En el aparato digestivo. Operación del lábio leporino; extirpación parcial y total de la lengua con el extrangulador, entrando por el rafe medio en la región supra-hioidéa, y directamente por el proceder del Dr. Rubio; exofagotomía externa; extirpación de un trozo de in-

testino con sutura de los dos extremos y operación de la fistula de ano.

—En el aparato respiratorio. Traqueotomía por el procedimiento de Trousseau.

—En el aparato génito-urinario del hombre. Operación del fimosis, castración, punción de vegiga, tallas vesico-rectal, hipogástrica y perineal. (Esta última por los procederes de Dupuytren ó bilateral), pre-rectal ó de Nelaton y cuadrilateral ó de Vidal de Casis.

—En el aparato génito-urinario de la muger. Talla vesico-vaginal, amputación del cuello de la matriz por el procedimiento de Schoerer, histerotomía é histerectomía abdominal, histerectomía vaginal (procedimiento Leopoldo Richelot, modificado por el Dr. Gutierrez, de Madrid.

Sección de apósitos y vendajes.—Siguiendo la clasificación de Gerdy y sirviendo de maniqui un enfermo de Clínica, se han colocado los vendajes simples y compuestos de la cabeza, circulares, oblicuos, cruzados, nudoso, recurrente, etc., de los primeros; y los en T de la cabeza y orejas, T doble de la nariz y T de la boca, frondas y cruzados de los segundos, y los vendajes simples del cuello y tronco, los compuestos del tronco y los simples y compuestos de las extremidades en todas sus variedades. Además se han presentado y aplicado los apó-

sitos más usuales para el tratamiento de las fracturas.

Como la extensión de la asignatura no permite, en el tiempo ordinario de la Clase, que los alumnos hagan ejercicios prácticos, ellos, en su mayor parte, han concurrido durante las épocas de vacaciones y en los días festivos á la sala del Anfiteatro, en donde, bajo la dirección del Profesor, han verificado repetidas veces cuántas operaciones se habían llevado á cabo en cátedra.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Catedrático,

Dr. Francisco Domínguez
Adame

El Ayudante,

Ldo. Mauricio Domínguez
Adame

Cuadro estadístico de los trabajos en la clase de Anatomía topográfica:

Número de regiones presentadas.	Operaciones elementales	OPERACIONES DE TEJIDOS							Operaciones de aparatos	Apósitos y vendajes
		En la piel y tegido celular	En los tendones y en los aponeurosis	En el tegido nervioso	En el tegido celular	Resecciones	Amputaciones	Desarticulaciones		
50	20	15	10	8	40	40	28	35	34	40
Número de cadáveres utilizados 61										

Sevilla 30 de Junio de 1888

El Profesor,
Dr. Francisco Dominguez Adame.

El Ayudante preparador,
Ldo. Mauricio Dominguez Adame.

LABORATORIO HISTO-QUÍMICO

Trabajos en la clase de Histoquímica normal.

Salvo el cumplimiento del deber, á que obliga la circular de la Dirección, tiene tambien el espíritu necesidad de dedicar dos palabras á aquella materia que ha sido objeto de los trabajos de todo un curso. La lentitud con que toman carta de naturaleza en cada carrera las variadas y nuevas enseñanzas, á cuyo desenvolvimiento se opone el peso de las antiguas concepciones sobre el carácter de los conocimientos, que deben integrar la profesión á que se destinan, es causa de que en un momento dado no estén siempre unánimes los pareceres respecto de la importancia, del sitio y desenvolvimiento que debe tener una asignatura. Ninguna ha luchado por la existencia, quizás con más obstáculos, que la

de histología que me está encomendada, por causa de la variedad de apreciaciones que sobre ella se han hecho.

La frecuente costumbre de no considerar esencialmente útil más que aquello que directamente se aplica al ejercicio habitual de la profesión, ha ofrecido una resistencia de muchos años á la enseñanza de esta asignatura en nuestra pátria. El conocimiento ha penetrado al fin, traído por las conquistas realizadas en los demás países de Europa y América; y el último plan oficial de enseñanza le ha dado definitiva plaza en el cuadro de los estudios en el período de la licenciatura. El largo tiempo, invertido en vencer las resistencias, demuestra lo difícil de la asimilación, en breve espacio, de la totalidad de sus conquistas; y ha dado lugar á dudas y vacilaciones respecto del sitio que debiera ocupar en la enseñanza y de la extensión que haya de alcanzar. El ámplio criterio de libertad que, dentro de los reglamentos oficiales, distingue los modos de enseñar en esta Escuela, me dispensa del trabajo de entrar en consideraciones respecto del valor de esta enseñanza. En su historia está escrito que fué la primera que en España colocó la asignatura de Histología en el cuadro de conocimientos, formado hace veinte años por el fundador de la escuela libre, el eminente cirujano, Dr. D. Federico

Rubio; y recuerdo con orgullo haber tenido la honra de ser hace catorce, discípulo del distinguido Dr. D. Rafael Ariza, catedrático de ella desde cuyo tiempo es para nosotros—ella—incuestionable su importancia.

Marcado ahora por el vigente plan el lugar que debe ocupar entre los estudios médicos, sólo me resta manifestar mi particular criterio respecto de su aprendizaje. Como estudio anatómico casi es ocioso decir que no puede adquirirse más que prácticamente, por continuo ejercicio en el laboratorio. Mas, como la ciencia se encuentra constituida en una altura, donde abraza grandes síntesis, y no es posible repetir todos los pasos dados para su desenvolvimiento, no parece posible prescindir de la explicación teórica, antecedente necesario al trabajo manual. Así, pues, me inclino, en cuanto es posible, á hacerla lo más práctica que el breve tiempo del curso permite. Afortunadamente cuenta nuestro laboratorio con medios para facilitar la adquisición de los conocimientos que pueden al presente exigirse al estudiante de Medicina. El aprendizaje perfecto y completo de la Histología durante un curso, es una aspiración que no puede realizarse, como tampoco puede hacerse para ninguna de las asignaturas de la carrera. No obstante, todos mis esfuerzos se encaminan á conden-

sar en breve tiempo la mayor suma de síntesis y observaciones. En el pasado curso, en que ha sido posible obligar á los alumnos á la asistencia á clase, me he esforzado en hacerles comprender, á más de la gran importancia de los conocimientos histológicos, la imperiosa necesidad de aprender por si mismos á realizar hechos. El carácter experimental de esta materia es asunto difícil de hacer que conozcan los alumnos que no hayan sido ejercitados en los laboratorios de las escuelas auxiliares, las cuales forman el antecedente necesario de nuestros estudios. La lenta marcha con que va penetrando en las aulas este criterio, hace difícil la consecución del aprovechamiento que es deseado y exigido por los que tienen la dirección oficial de las enseñanzas profesionales.

Este vacío, de que se resiente la nuestra se va llenando poco á poco, por el esfuerzo continuado del profesorado español, que en medio de su poco desahogada vida, dá constantes ejemplos de abnegación.

La histología, más que ninguna otra rama anatómica, pide grande esfuerzo por parte del profesorado y suficiente protección para desenvolverse con su carácter esencialmente práctico. Así, pues, tanto para la parte de histología normal, como para la histo-química, procuro ajustarme

al criterio antes expuesto, consagrando, después de la explicación teórica, todo el tiempo de que los alumnos pueden disponer, á la observación de las preparaciones conservadas ó frescas, dando la preferencia á estas últimas. Procuro tambien intercalar los conocimientos más imprescindibles de técnica micrográfica, para ir orientando á los alumnos en sus particulares trabajos de laboratorio. A este último he hecho asistir á todos mis alumnos del pasado curso, y he presenciado cómo se desenvuelven sus aficiones con el incentivo de la propia experiencia. Sólo he lamentado las dificultades que ofrece la extensión de los conocimientos que hoy forman el caudal riquísimo de hechos que posee la moderna histología.

El adjunto cuadro indica las preparaciones que se han podido demostrar en clase durante el curso. Un tercio de ellas, próximamente, han sido vistas, recientemente preparadas por los alumnos.

En los primeros dias de curso dediqué algunas lecciones especiales á la biología, reservándome ampliarlas el curso venidero al realizar la reforma del programa.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Catedrático,
Dr. José Roquero Martínez.

El Ayudante,
Rdo. Berónimo Peralta.

Estadística de las demostraciones, realizadas en

el Laboratorio de Histología é Histoquímica.

Géneros	Especies
Elementología	Formas celulares, membrana celular, núcleos, protoplasmas
	Epitélico Endotélico, tegumentario, vibratil, intestinal, pigmentario: esmalte dentario, adamantino.
	Cristalino Del hombre, salamandra, rana, su cápsula y epitelio
	Córneo Folículo piloso, tallo con su bulbo, su corte transversal y del folículo, elementos aislados
	Sangre Glóbulos rojos de varios animales, blancos, plaquetas humanas, fibrina, hemoglobina de varios animales: glóbulos linfáticos
Tejidos	Conjuntivo Laxo, mucoso, tendinoso, reticular, mentos amarillos
	Adiposo Comun del panículo, medular de huesos, mieloplaxias, osteodarios, medulocelos
	Cartilaginoso Hialino, elástico, conjuntivo
	Óseo Cortes transversales, longitudinales, en los largos; en los diploicos; reticular de los epífisis.
	Dentario Marfil, cortes: cemento; pulpa dentaria: histogenesis de los tejidos dentarios.
	Muscular Lisos, fibro-células: haces y fibras exciadas: fibras aisladas: fibras del corazón: vascularizadas: fibras del músculo
	Nervioso Fibras con mielina y sin ella (de Reissner); células aisladas: neuroglia: el cerebro, la médula, gánglios: corpúsculos de Pacini, Herbert, Meisner, Krause: terminaciones en los músculos
Sistemas orgánicos	Tegumentario Piel: cortes perpendiculares, paralelos en el cuero cabelludo: inyecciones: mucosas en varios aparatos: inyecciones
	Vascular Corazón, endocardio, arterias, venas: tejido erectil, capilares, linfáticos y sus gánglios.
	Glandular Arracimadas; mamarias, salivales, intestinales, uterinas; del riñón, páncreas, de Bruner y Cooper, tubulares, estomacales, testículo, hígado y ovario.
Histoquímica	Cristales de Cloruro sódico, fosfatos cálcico y magnésico, carbonato y oxalato cálcico; urato sódico; amoníco-colesterina, urea, ácido úrico; marna, hematoïdina, hemi-

Variedades	Número de preparaciones
lar, núcleos, protoplasmas	18
intestinal, pigmentario: esmalte dentario, adamantino.	16
cápsula y epitelio	6
su corte transversal y del folículo, elementos aislados	7
blancos, plaquetas humanas, fibrina, hemoglobina de	17
cos	17
corneal, adenoides, elástico, combinado, y de los liga-	10
tos	5
huesos, mieloplaxias, osteodarios, medulocelos	4
en los largos; en los diploicos; reticular de los epífisis.	10
osteogenesis; periósteo	10
taria: histogenesis de los tejidos dentarios.	5
triadas: fibras aisladas: fibras del corazón: vasculariza-	10
das: fibras del músculo	10
mac (Reissner); células aisladas: neuroglia: el cerebro, la médula,	13
gánglios: corpúsculos de Pacini, Herbert, Meisner, Krause: terminaciones en los músculos	13
los en el cuero cabelludo: inyecciones: mucosas en va-	12
rios aparatos: inyecciones	12
tejido erectil, capilares, linfáticos y sus gánglios.	12
páncreas, de Bruner y Cooper, tubulares, estomacales,	18
testículo, hígado y ovario.	18
magnésico, carbonato y oxalato cálcico; urato sódico;	17
amoníco-colesterina, urea, ácido úrico; marna, hematoïdina, hemi-	17
na. Sustancia amiloidea.	17
TOTAL	180

El Catedrático,
DR. JOSÉ ROQUERO MARTÍNEZ

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Ayudante,
GERÓNIMO PERALTA



CLASE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

ESTADÍSTICA de los trabajos realizados en el Anfiteatro y

Gabinete Histológico en la asignatura de Anatomía patológica

ÍNDOLE DE LOS TRABAJOS	N O M B R E S	NÚMERO DE EJEMPLARES
Autopsias referentes al aparato respiratorio.	Neumonía crónica.	3
	Adherencias pleuríticas	4
	Derrames de la pléura.	2
	Infartos tuberculosos	3
	Cavernas pulmonales	6
Autopsias del aparato circulatorio.	Gangrena pulmonal	2
	Lesiones de las válvulas del corazón.	4
	Lesiones de la aorta	1
	Dilatación con degeneración grasosa del corazón.	1
	Adherencias del pericardio.	2
Autopsias del sistema nervioso y sus cubiertas.	Derrames del pericardio.	2
	Ateroma arterial	1
	Apoplegia del cerebro.	1
	Derrame seroso	1
	Degeneración grasosa.	1
Preparaciones histológicas.	Tubérculo cerebral.	1
	Tubérculos de las meninges.	1
	Abceso de la dura madre.	1
	Alteraciones patológicas de la sangre.	4
	Derrames serosos en varias cavidades.	6
	Líquidos quísticos.	4
	Alteraciones de la orina por lesiones del aparato secretor.	6
	Alteraciones de la orina por lesiones de la vegiga.	10
	Cálculos biliares.	1
	Cálculos vesicales.	2
Degeneración amiloidea del riñón.	1	
Degeneración grasosa del corazón.	2	
Tumores cancerosos.	2	
Epiteliomas.	3	
Sarcomas	2	

El Catedrático,
Dr. José Roquero Martínez

Sevilla 20 de Junio de 1888

El Ayudante,
Ldo. Gerónimo Peralta

LABORATORIO FISIOLÓGICO.

**Estado y memoria respecto de los trabajos realizados
en el laboratorio de Fisiología.**

Cumplo el deber de realizar las órdenes de la Dirección, escribiendo, si bien ligera y desaliñadamente, los hechos del *Laboratorio fisiológico*, de que soy ayudante, durante el curso de 1887 á 1888. Todos los años se vienen haciendo en él experiencias, que han presenciado los alumnos: en el que áun recorremos se ha creído conveniente además, que se consignen por escrito; y yo que, obedeciendo el último párrafo del artículo 6.º del Real Decreto de 16 de Septiembre de 1886, las he dirigido bajo la inspección del Sr. Catedrático, me creo obligado á prestar este trabajo que con temor ofrezco á la Dirección. No me parece que debo agrupar las experiencias

de otro modo que como se han realizado, ciñéndonos al programa; y así, realizaremos nuestro trabajo en las que se refieren á las funciones de nutrición, de relación y de generación. En este supuesto hemos de principiar por las de la digestión.

La primera demostración consistió en presentar en la cámara fotoscópica un corte antero-posterior de un diente humano, en cuya preparación, merced á la potencia amplificadora del aparato Molteni, se podían apreciar bien distintamente todos los detalles de su estructura, forma y extensión de la cavidad dentaria; disposición tubulosa del marfil, la cubierta de esmalte y el revestimiento inferior del cemento.

Los caracteres físicos y químicos de la saliva y su acción sobre las sustancias amiloidéas, han sido probadas en la segunda conferencia práctica. La presencia del sulfocianuro de potasio en éste segregado, único de nuestra economía que le contiene, la hemos hecho evidente, valiéndonos de su especial reactivo: ha bastado tratar una corta cantidad de saliva en un tubo de ensayo con una gota de la solución normal de percloruro de hierro, para que este metal, reemplazando á la potasa, forme sulfocianuro de hierro, de intenso color rojo.

Hemos hecho conocer el medio de obtener

la ptialina ó diástasis salival, parte activa de este líquido, precipitándolo por el alcohol, diluyéndolo y secándolo.

Para probar la transformación de las sustancias amiloidéas en destrina y en glycosa, dispusimos en un matraz una parte de engrudo de almidón (fécula hidratada) y dos de saliva. Sometida esta combinación durante tres horas al baño de Maria y á temperatura de 39 á 40°, se obtuvo un producto que, tratado por el licor concentrado de potasa, dió una coloración oscura, debida á la formación de un compuesto inestable de glycosa y potasa. Además, se llevó á cabo otra prueba, tratando el engrudo solo por la tintura de yodo; la cual al punto le coloró de azul intenso, color que no se produjo, poniendo la misma tintura en contacto con engrudo, sobre el cual ya había actuado la saliva.

Estas operaciones las hemos creído suficientes para probar el poder sacarificante de la saliva sobre los amiloideos ó feculentos, mediante la acción de la ptialina ó diastasis, que, sin combinarse con el producto, obra á manera de fermento.

En el aparato Molteni presentamos á la cámara fotoscópica una bellisima preparación de la mucosa gástrica del perro, en la que se ha-

cian visibles los detalles de su estructura, las arrugas ó piegues longitudinales y transversales y sus depresiones y eminencias, de distintas magnitudes. Hemos dado una idea, ante esta preparación, de los órganos glandulares, que están contenidos en el espesor de la referida mucosa, destinados á segregar, los más complicados jugo péptico, y mucus los más simples.

Después de exponer los caractéres físicos y composición química del jugo gástrico, explicamos detalladamente el procedimiento para obtenerlo en el perro, mediante la fistula gástrica, exponiendo el procedimiento operatorio más generalmente seguido, así como los instrumentos necesarios para realizarlo, y haciendo presente las ventajas de la cánula modificada por el Dr. Moreno, preferible á las que se describen en los tratados de Fisiología. Se ha expuesto el procedimiento de M. Beale para obtener la pepsina por el raspado de la membrana estomacal del cerdo, que permite fácil salida al contenido de las glándulas, el cual, desecado al baño de María, es reducido por último á polvo fino.

Para demostrar la acción disolvente del jugo gástrico sobre las sustancias albuminoideas, partiendo del hecho de que esta transformación se verifica lo mismo dentro que fuera del estómago, ya sea el jugo natural ó artificial, dis-

pusimos la experiencia del modo siguiente: en un matraz de vidrio se puso agua, pepsina y dos gotas de ácido clorhídrico, agregando pequeños pedazos de carne cruda y albumina coagulada, también dividida en trozos. Se colocó el matraz al baño de María, que se procuró conservar á la temperatura de 37 á 40° durante cuatro horas, agitando el contenido para suplir en parte los movimientos del estómago; y al cabo de aquel tiempo el producto había sido disuelto casi en totalidad, convirtiéndose en albuminosis, sustancia apta para ser absorbida y cuya transformación se había operado por el contacto de la pepsina, obrando como fermento en un medio ácido.

Para hacer visibles los fenómenos de endósmosis y exósmosis, se montaron tres aparatos, hechos cada uno de ellos con una campana de cristal, y un tubo, provistos de membrana animal en una de sus extremidades y abierta la otra. El primer aparato contenía agua en la campana, y una disolución azucarada en el tubo; se colocó éste dentro del contenido de aquella, sugeto de manera que coincidieran los niveles de ambos líquidos al ser puestos en contacto. En el segundo aparato se había puesto la disolución azucarada en la campana; es decir, fuera, y en el tubo agua natural, cuidan-

do también de que fuese uno mismo el nivel de los líquidos. El tercero se dispuso como el primero, sin otra diferencia que haber coloreado con fuschina violeta el líquido más denso.

Pasado algún tiempo la diferencia de los niveles de los líquidos, puestos en contacto, mediante las membranas, señalaba la producción del fenómeno, pues la corriente dominante había producido en el primer aparato, ascenso considerable del líquido que contenía el tubo interior, atrayéndolo, como más denso, hacia sí, para efectuar la osmosis. En el segundo aparato se apreciaba el descenso de nivel del agua contenida en el tubo, como menos densa. Por último, en el tercero, además de haberse elevado el nivel del líquido interior, se notaba en el agua de la campana una débil coloración, efecto de la fuschina arrastrada por la corriente más débil.

Hecha aplicación de estos fenómenos á la absorción intestinal, se presentaron á la cámara fotoscópica varias preparaciones de su mucosa con los folículos cerrados y placas de Peyero y una vellosidad, órgano especial para absorber el producto de la digestión: en ella pudo observarse bien distintamente el vaso quífero central, su haz vascular y su cubierta epitelial. Se llamó la atención de los alumnos acer-

ca de la absorción de las grasas, la que no podría efectuarse sin estar emulsionadas y ayudadas por la presión de las contracciones intestinales.

Siguiendo el orden establecido, correspondió demostrar hechos referentes á la función circulatoria; y se comenzó por presentar en la cámara fotoscópica varias preparaciones de glóbulos sanguíneos de reptiles y peces, marcando los detalles de su forma y comparando su tamaño con el de los procedentes de sangre de mamíferos.

Los rojos de la humana fueron presentados después, permitiendo el aparato Molteni hacer de ellos un perfecto estudio y dar cabal idea de su forma discoidea, circular bicóncava; de la redondez de sus bordes y de la forma de bastoncillos elípticos que afectan los presentados de perfil. Hemos hecho fijar la atención de los alumnos acerca de la falta de núcleo en los glóbulos rojos del adulto, así como también sobre las cualidades de su membrana de cubierta, delgada, elástica y flexible, cualidades que les permiten circular y adaptarse á capilares de menor diámetro que ellos, y favorecen la afinidad que tienen por el oxígeno.

Los movimientos del corazón han sido demostrados en la rana; á cuyo efecto preferimos

este animal, porque la gran transparencia que tienen las paredes de su órgano cardíaco, hace visibles la entrada y salida de la sangre en sus cavidades, facilitando mucho la experiencia. Esta se empezó por levantar la pared anterior del pecho y al abrir el pericardio, pudo observarse; primero, la contracción de las aurículas, fenómeno muy visible, puesto que en el sistole el órgano se decolora, enrojeciéndose durante el diástole por la entrada de sangre; segundo, el acortamiento mayor del corazón y disminución del volumen total; lo cual coincide principalmente con el sistole ventricular, con el cambio de sitio hacia delante, y con el movimiento de rotación que efectúa de izquierda á derecha, á causa de la dirección oblicua de las fibras musculares, que, tomando su punto fijo en las zonas fibrosas donde se insertan, hacen girar el órgano en dicho sentido. Por último, para probar el poder automotor del corazón, separamos este órgano del animal, observando que continuaban sus contracciones, aún después de haberlo dividido transversalmente á nivel de los tabiques aurículo-ventriculares; y hechas nuevas divisiones de la punta hacia la base de los ventrículos, también se percibía el movimiento sistólico en los fragmentos mayores, necesitando los más pequeñas excitaciones para contraerse. Esta experien-

cia nos permitió deducir el importante valor de los gánglios nerviosos intracardiacos.

El Cardiógrafo y el Polígrafo nos han permitido obtener el gráfico de los latidos del corazón.

También se ha explicado minuciosamente el mecanismo del Hemodinamómetro de Poiseuille, modificado por Valentín y Lowig, destinado á probar la tensión arterial, no habiéndose operado con este aparato por carecer de un animal adecuado para el experimento.

Hemos presentado los Sfigmógrafos de Marey y de Dudgeón, describiéndolos hasta en sus más triviales detalles, y hecho funcionar, como medio de enseñar á conocer los gráficos, en las variadas condiciones del pulso. En cada trazado de los obtenidos en el Polígrafo se ha estudiado debidamente la línea de ascensión, la cúspide y la línea descendente, relacionándolas con la frecuencia, la fuerza, la regularidad ó irregularidad, la continuidad ó intermitencia, ligadas á estados patológicos, fijándonos especialmente en el dicrotismo fisiológico, hecho debido á la elasticidad de las arterias.

La circulación capilar la hemos demostrado al microscopio en la membrana interdijital de la rana, cuya transparencia permite hacer su estudio con toda perfección. Sin necesidad de gran-

de aumento se apreció el movimiento de rotación de los glóbulos sanguíneos, las distintas posiciones que adoptaban, la transparencia del líquido en que están contenidos y la lentitud de su marcha en los vasos más finos, los cuales mostraban la excesiva delgadez de sus paredes, dispuestas para permitir la exudación del plasma, que lleva los elementos de nutrición. En los vasos de regular calibre se observó la mayor rapidez de la corriente central, y la existencia de la capa inmediatamente adherida á las paredes del órgano, en donde los glóbulos, caminando con pausa, oscilan y son al fin arrastrados por aquella corriente.

La estructura y movimientos del pulmón se demostraron también al microscopio, preparando el órgano en una rana viva: para ello se sujetó el animal á la platina de tal modo, que el órgano, haciendo hernia á través de la herida de la pared torácica, que precisamente habíamos hecho, pudiese enfocarse con poco aumento. Los actos de deglución, por las cuales inspira esta clase de animales, fueron excitados con algunos toques de ácido acético, hechos en la boca. Dilatado el pulmón, pudieron observarse las ramificaciones bronquiales, y las de la arteria pulmonal, por las cuales se veía el movimiento circulatorio, así como su división en fina red por las

paredes y los tabiques de separación de sus cavidades, y los más finos de las células pequeñas, contenidas en las mayores.

De las distintas experiencias que pueden practicarse al tratar de la calorificación, sólo se ha hecho una, para demostrar la diferencia de temperatura de dos órganos de un mismo animal. Para ello nos hemos valido del aparato termoelectrico de Arsonval, sometiendo al experimento en una rana los músculos de la pierna y de la lengua, en cuyos órganos fueron clavadas las agujas del aparato. Cuando estuvo en el cero la flecha del galvanómetro, se abrió el circuito, y después de algunas oscilaciones del espejo quedó fija en él la parte roja de la regla, pudiendo leerse la cifra que indicaba la pequeña diferencia de temperatura, habida en los órganos referidos.

En la siguiente conferencia tratamos de probar la causa de las contracciones musculares; teniendo presente que el nervio por sí sólo no puede producirlas, sino llevando las excitaciones internas, las que dirija la voluntad ó se provoquen por hechos exteriores, mecánicos ó químicos. Nos hemos valido de dos ranas, á las cuales pusimos al descubierto un nervio ciatico en la parte posterior y superior del muslo. Á una de ellas se decapitó y sobre el dorso de la otra

se hizo una incisión en la piel, en cuya herida se vertió poco á poco una disolución concentrada de curare hasta que se produjo la muerte por intoxicación. El curare, como es sabido, obra haciendo desaparecer la facultad excitomotora de los nervios; y haciendo pasar la corriente de un aparato de inducción por el nervio ciático desnudado de la rana decapitada, se producían contracciones musculares en toda la extremidad correspondiente, las que se repetían aplicando un polo al nervio y otro á los músculos, ó ambos polos á un músculo. En la rana envenenada, el efecto de la corriente fué distinto y no se produjeron contracciones aplicándola al nervio, ni á este y á un músculo, sino cuando los dos polos fueron llevados á los músculos de la pierna. En otro caso produjo efecto diferente.

El primer experimento nos ha permitido, no sólo probar la conductibilidad, sino deducir que la acción del curare sobre el nervio se ejerce del centro á la periferia, manifestándose más tarde en los filetes nerviosos de la trama muscular, por cuya razón sus elementos terminales, que se confunden con la fibra carnosa, son susceptibles de transmitir excitaciones, aunque en el tronco nervioso haya muerto la propiedad excito-motora. Así lo deducimos del vario resultado en la experiencia.

Hemos operado con el miógrafo de Marey y

el poligrafo, obteniendo trazados gráficos de las contracciones de los músculos en varios animales, excitados con el aparato de inducción. Para este experimento hemos procedido del modo siguiente: primero, se aisló el nervio ciático de una rana en la parte superior del muslo, después se disecaron los músculos de la región posterior de la pierna del mismo lado: respetando las inserciones superiores, fueron cortadas las de la parte inferior, ligando este extremo del músculo con una seda que se fijó al botón de la palanca indicadora del miógrafo: después se procedió á enganchar el nervio desnudo en las agujas del aparato, y aplicando á sus extremos una corriente interrumpida, se observó; primero, que la contracción se verificaba un corto espacio de tiempo, después de hecha la excitación, necesario para que ésta fuera transmitida hasta los músculos sometidos al experimento; segundo, que la palanca del miógrafo, moviéndose á consecuencia de la fuerza, desarrollada por los músculos, dejaba grabada en la banda de papel ahumado del poligrafo, una curva que por su especial forma permitió deducir, que la velocidad de la contracción es mayor en el primer tiempo de la excitación, siendo el trazo de descenso de la curva más corto que el de ascenso, ó lo que es igual: que el músculo en la rana invierte me-

nos tiempo en relajarse que en llegar al término de la contracción; esto apesar de lo que se vé en otros animales, en los cuales es inverso el resultado. Por último, haciendo la corriente constante y aumentando su intensidad, se vió agotada la contractibilidad de los músculos en que experimentamos.

Como complemento del estudio teórico de fonación, se hizo funcionar la laringe artificial de Fournié, permitiendo este sencillísimo y perfeccionado aparato que los alumnos formaran exacta idea del papel que desempeñan la mayor ó menor tensión y aproximación de las cuerdas vocales en la producción de los distintos tonos del sonido laríngeo.

Dos elementos constitutivos del tejido nervioso han sido detenidamente estudiados en las distintas preparaciones que presentamos al microscopio: por ellas hemos hecho formar completo juicio de lo que es el tubo primitivo, de su cubierta, de la sustancia interior ó médula nerviosa, del cilindro eje y del neurilema. Hemos presentado después varios ejemplares de células nerviosas, comprobando la existencia de su fina cubierta, su contenido consistente y granuloso, mezclado de pigmento, y llevando en si un núcleo y un nucleolo. También pudieron apreciarse las particularidades de forma, viéndolas re-

dondas, estrelladas y piriformes, con las prolongaciones que las hacen unipolares, bipolares, multipolares; y, por último, fueron observadas aquellas células llamadas libres, que parecen no comunicar con las fibras centrales.

Demostrados los elementos del tejido, se dió á los alumnos una idea de la manera que tienen de combinarse para formar sustancia blanca y gris en los centros inervadores y cordones nerviosos. También hemos creído completar el trabajo, señalando la importancia funcional del tejido, que preside á los movimientos y sensaciones é influye en las funciones vegetativas y sirve de intermediario á las facultades psíquicas.

Para probar la insensibilidad del cerebro nos hemos valido de dos conejos, en los cuales se operó del modo siguiente. Después de pelada la cabeza de ambos, se hizo una incisión en la parte media de la región occipito-frontal, levantando dos colgajos laterales que dejaron el hueso al descubierto. Hecho esto se dió un corte de sierra, dirigido transversalmente sobre la parte media del occipital, comprendiendo todo su espesor; y otros dos cortes que, partiendo de los extremos del primero, venían á terminar cerca de la nariz: la bóveda huesosa fué separada con una erina fuerte, y levantada, finalmente, la dura

madre, dejamos al descubierto ambos hemisferios cerebrales. En el primero de los conejos se comprimíó, se punzó repetidas veces y hasta se cortó un trozo de lóbulo cerebral, sin que el animal diera muestras de sensibilidad: separando después el lóbulo, se comprimíó el cerebelo, produciéndose entonces violentas convulsiones que se repitieron al punzar el órgano, hasta que sobrevino la muerte al hacerlo en el bulbo.

En el segundo conejo, puesto al descubierto su cerebro, se hicieron en uno de sus lóbulos los mismos cortes, presiones y punturas que en el primero, dando el animal visibles muestras de dolor, y produciéndose tambien las convulsiones al punzar el cerebelo y la muerte cuando se llegó al bulbo. De estas experiencias tan contradictorias, nada hemos podido deducir, ni en favor ni en contra de la insensibilidad cerebral, y así lo consignamos, teniendo en cuenta que esta propiedad tiene aún divididos á fisiólogos eminentes.

La última de las demostraciones, presentadas al microscopio, ha correspondido al esperma y óvulos de rana, obtenidos del testículo y el ovario de dos de estos animales. El testículo fué puesto al porta-objeto y dividido por su parte media: comprimiendo las dos mitades, se obtuvo cantidad suficiente de esperma, al cual se aña-

dió enseguida una gota de disolución de fosfato de sosa, con el doble objeto de diluirlo, evitando que se hiciera pegajoso al enfriarse, y con el intento de favorecer los movimientos de los espermatozoides. Llevada la preparación á la platina del microscopio se observó clara y distintamente el considerable número de filamentos espermáticos, apreciándose los movimientos distintos de flexión y extensión, haciéndose apreciar la forma abultada de una de sus extremidades y enumerando los agentes que le hacen perder su movilidad. Se refirió todo lo concerniente á su origen en la célula espermática, señalando los distintos periodos de evolución que hacen variar sus dimensiones, así como la multiplicación endógena, de que es asiento su contenido, origen á su vez de las células hijas, en cuyos núcleos se desarrollan los filamentos. Hicimos de paso observar cómo se reúnen, formando manojos aplicados á las paredes de la célula madre, y, cómo rota, por fin, esta cubierta, se disgregan, quedando independientes en el líquido espermático. El elemento femenino se obtuvo sacando el ovario y aislando un óvulo que se preparó en una gota de glicerina para hacerlo más diáfano. Observando con poco aumento se comprobó la transparencia y grueso de la membrana vitelina, marcada alrededor del contenido en

forma de ancha zona, apreciándose el conjunto de granulaciones que constituyen el vitellus, sin ser posible con aquel aumento ver la vesícula y la mancha germinativa.

Para completar el estudio de la función generadora, procedimos por dos veces á poner en contacto el esperma y algunos óvulos de rana en una ténue disolución de fosfato de sosa; con objeto de ver si podíamos conseguir una fecundación artificial, que nos permitiera observar siquiera la segmentación del vitellus, segun conseguimos en el curso anterior; pero en el presente fuimos ménos afortunados, pues, apesar del gran interés y esmero que pusimos para llevar adelante la experiencia, el producto entró en putrefacción, no permitiéndonos observar fenómeno alguno, útil para la enseñanza.

He hecho esta pequeña relación de los sucesos de nuestro laboratorio, obedeciendo el mandato de esa Dirección, cuya aprobación deseo.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Profesor,

Dr. José Moreno Fernandez.

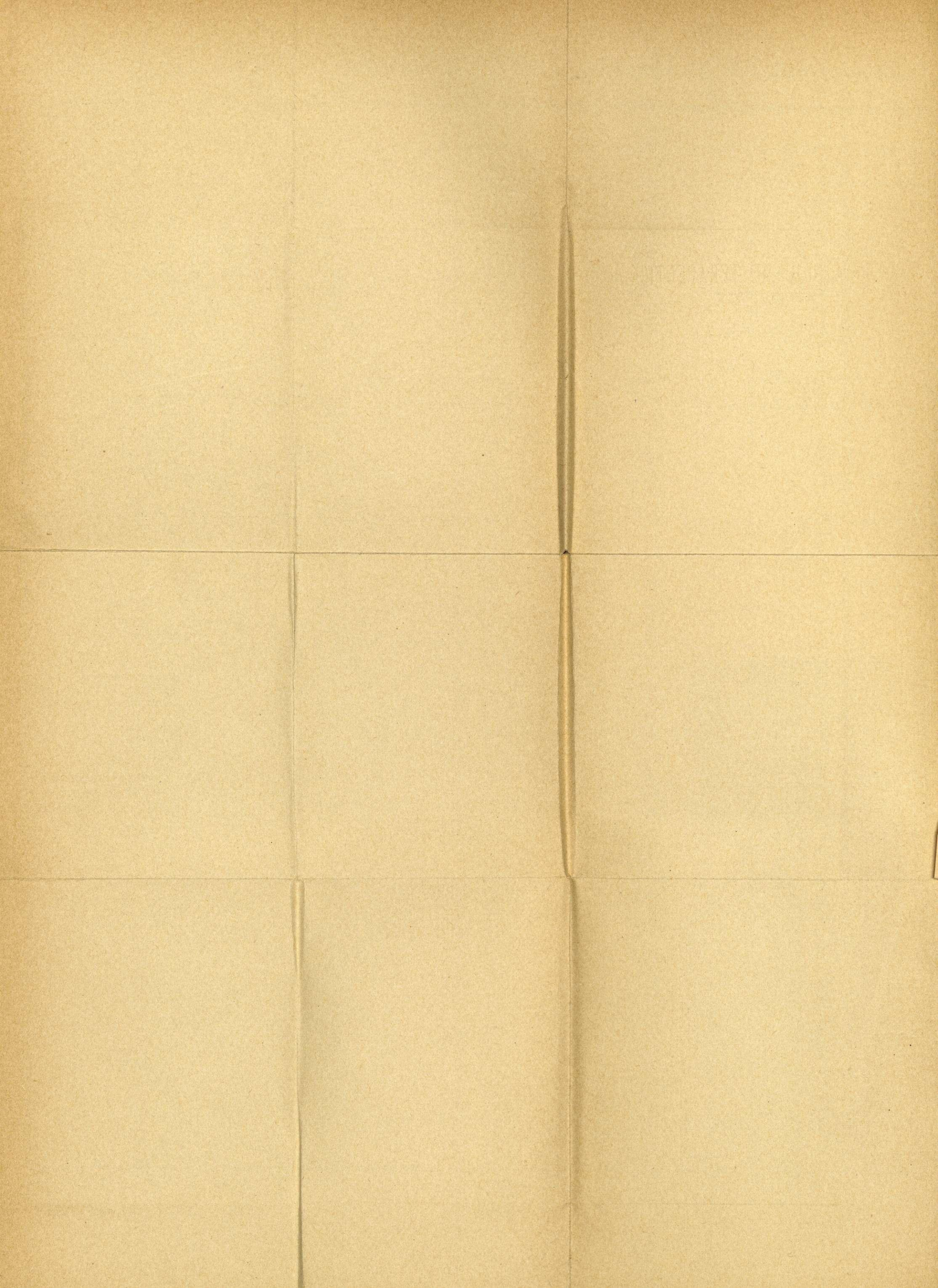
El Ayudante-Profesor,

Dr. Joaquín Rubio y Giles.

Estado demostrativo de las experiencias, hechas durante este curso en el Laboratorio de Fisiología:

FUNCIONES	HECHO A DEMOSTRAR	OPERACIÓN PRACTICADA	INSTRUMENTOS, REACTIVOS	HECHO DEMOSTRADO	
				Físico-químico	Biológico
Digestión . . .	El diente	Estudio histológico. Su textura	Aparato Molteni	»	»
	Presencia del sulfocianuro de potasio en la saliva	»	Tubo de ensayo, solución de percloruro férrico	Coloración roja, Formación del sulfocianuro férrico	»
	Acción de la saliva sobre las sustancias amiloideas	Traer á reacción la fécula y la saliva	Matraz en baño de María. Licor de potasa	Color oscuro. Formación del compuesto de glucosa y potasa	Solubilidad de la glucosa
	Superficie interna del estómago	Estudio histológico	Aparato Molteni	»	Valor de las glándulas para la secreción del jugo gástrico
	Acción sobre las sustancias albuminoideas	Reacción sobre carne y albumina	Matraz en baño de María: pepsina, ácido clorhídrico	»	Formación de peptona ó albuminosis
Absorción . . .	Endósmosis y Exósmosis	»	Tres Endosmómetros	Disolución	»
	Órgano de absorción intestinal	Estudio histológico de la vellosoidad intestinal	Aparato Molteni	»	Su relación con la absorción de las grasas
	Idem	Idem idem de los folículos cerrados y placas de Peyero	Idem idem	»	»
Circulación . . .	Elementos de la sangre en el hombre y varios animales	Estudio histológico	Idem idem	»	Su relación con la fijación del oxígeno
	Movimientos del corazón en la rana	Abertura del torax y del pericardio: separación y división del órgano	Idem idem	»	Explicación de la facultad auto-motora
	Gráfico de los latidos del corazón	Estudio sobre el corazón humano	Cardiógrafo y Polígrafo	»	Ritmos cardíacos
	Tensión de la sangre en las arterias	Sobre la radial humana	Sfigmógrafos de Marey y de Dudgeón	»	Pulso
	Circulación capilar	En la membrana interdijital de la rana	Microscopio binocular	»	Movimiento de los glóbulos. Relación de este hecho con la nutrición y respiración
Respiración . . .	Función del pulmón en la rana: su circulación	Sacar el pulmón al través de una abertura del torax	Microscopio binocular	»	Movimiento en la célula. Elasticidad y circulación en el pulmón
Colorificación	Temperatura diferencial	En dos partes distintas de la rana	Aparato termo-eléctrico de D.'Arsonval	Percepción hasta de una milésima de diferencia en la temperatura	La temperatura aumenta de la periferia al centro
Movimientos . . .	¿Es inherente á la fibra muscular la facultad contractil?	Aislar los nervios ciáticos de dos ranas muertas, una con curare y otra decapitada	Aparato de inducción	»	Varios resultados sobre la contractilidad
	Idem	Gráfico de la contracción muscular	Aislar el nervio ciático de una rana y músculos gemelos	Miógrafo de Marey en relación con el Polígrafo	Entre la excitación y la contracción media un corto espacio de tiempo: el músculo lo invierte vario en contraerse y relajarse, segun el animal sobre que se experimenta
Fonación . . .	¿Dónde se produce el sonido?	»	Larinje artificial de Fournié	»	Las variantes de las dimensiones de la glótis corresponden á las de la voz
Inervación . . .	Tejido nervioso: células y tubos	»	Microscopio	»	»
Idem	Propiedades del cerebro	Estudio histológico: textura. Levantar la bóveda del cráneo en dos conejos	Los punzantes y de corte usuales, sondas y estiletos	»	Contradictorios en cuanto á la sensibilidad en los lóbulos; precisos en el bulbo
Reproducción	El óvulo, el zoospermo	Extracción de testículos y ovarios de rana	El microscopio binocular: 250 diámetros. Solución de fosfato sódico	»	Movimientos de los zoospermios

NOTA: Se ha explicado además el mecanismo de la cánula para la fistula gástrica, el Hemodinamómetro y el Transfusor, no habiendo operado con estos instrumentos por falta de animales apropiado para las experiencias.



LABORATORIO DE TERAPÉUTICA.

Comunicación, dando cuenta de haberse inaugurado los estudios en el laboratorio de Terapéutica.

Solo el deber de obedecer los preceptos de la Dirección, me obliga á que haga relación de los trabajos, realizados en el presente curso en este laboratorio. Su organización está apenas comenzada y los medios son escasos: por eso, apenas podemos dar una débil muestra del espíritu que domina en la escuela, no de grandes y fructíferas experiencias.

La primera de ellas se practicó después de haber explicado la medicación anestésica local. El medicamento ensayado fué el clorhidrato de cocaína, usando su disolución al cuatro por ciento; de la cual se inyectaron cuatro gotas con la jeringa hipodérmica en la nalga de un conejo de

menos de un año, notándose al poco tiempo la existencia de una zona anestesiada, como de dos centímetros de extensión, cuyo centro estaba en el punto donde habíamos practicado la punción para inyectar el medicamento. A las diversas operaciones que se practicaron en el referido sitio, el animal no dió muestra alguna de sensibilidad hasta pasados diez minutos, en que la anestesiación empezó á disminuir. La dilatación de la pupila fué muy notable desde los primeros momentos, cuyo fenómeno explicamos por la parálisis de los filetes del gran simpático. También se observó frecuencia é irregularidad respiratoria.

Aumentando después la dosis de la cocaina hasta inyectar 25 gotas de la disolución, se produjeron prontamente contracturas, luego convulsiones clónicas y gran inquietud: estos síntomas fueron disminuyendo paulatinamente de intensidad hasta que, pasado algun tiempo, quedó el animal tranquilo.

La experiencia que referimos ha probado suficientemente la acción anestésica local que posee la cocaina, debida á su propiedad de abolir momentáneamente la conductibilidad sensitiva, de la que se derivan importantes aplicaciones para contrarrestar el elemento dolor, en multitud de actos quirúrgicos, habiéndose empleado

con éxito en la abertura de abcesos y panadizos, extirpación de pequeños tumores y en la extracción dentaria.

Como complemento al estudio de la medicación antitérmica se experimentó la acción de la cairina y de la antipirina.

El clorhidrato de cairina se aplicó á un conejo de la misma edad que el anterior, cuya temperatura normal, tomada en la ingle, fué de 38°. Se inyectaron por la vía hipodérmica treinta centigramos del medicamento antitérmico, y á los cinco minutos pudo notarse alguna concentración de la pupila, á los veinte y cinco la respiración se hizo lenta, á los treinta se encontraba el animal, al tacto, más frio que antes, indicándose el sudor: tomando entónces la temperatura con el termómetro, marcó 36,5, habiendo descendido el calor del animal grado y medio, apesar de la dificultad que ofrece siempre el descenso de la temperatura fisiológica.

Sin embargo del manifiesto poder antitérmico que posee la cairina, se hizo ver lo fugaz de su acción y los inconvenientes que tiene su uso, por alterar profundamente la sangre, destruyendo la hemoglobina; por lo cual está contraindicada en todas las afecciones cardíacas y pulmonares y en la anémia.

Para experimentar con la antipirina elegimos

una disolución, compuesta de dos gramos de esta sustancia activa por ocho de agua destilada. La temperatura fisiológica del conejo, que sirvió para el experimento, era de 38°. Se inyectó en la nalga el contenido de dos jeringas de Pravaz, que contenían cincuenta centigramos de antipirina, no advirtiéndose muestras de dolor, ni otro fenómeno apreciable, hasta que pasaron veinte minutos: entonces el animal presentó postración y tendencia al sopor, observándose gran dilatación de los vasos de las orejas, debido á la parálisis de los vasomotores. A los treinta y cinco minutos se volvió á tomar la temperatura en la ingle, y teniendo aplicado el termómetro un cuarto de hora, sólo marcó 36° centígrados, habiendo producido por tanto en la temperatura fisiológica un descenso de dos grados.

Hemos deducido de esto que la acción antitérmica de la antipirina es más enérgica y duradera que la de la cairina, sin poseer ninguno de sus inconvenientes, pues hasta hoy no ha podido demostrarse que modifique en nada el líquido sanguíneo; y, para producir fenómenos tóxicos, son necesarios dosis muy altas, cualidades que la hacen preferible á la cairina como antifebril, prescindiendo de otras propiedades que posee como antipútrida y hemostática, las cuales no hemos tenido ocasión de demostrar.

Quisiéramos dar mayor número de experiencias; mas, las razones expuestas al principio nos excusan por este curso. En el inmediato, con mayores elementos y más tiempo, daremos más fruto.

Sevilla 30 de Junio de 1888

El Catedrático,
Dr. José Teodoro Muñoz
de las Cajigas

El Ayudante,
Dr. Joaquín Rubio
y Giles.



SECCIÓN DE CLÍNICAS

LABORATORIO
HISTO-QUÍMICO,

AFECTO

Á LAS CLÍNICAS



**Reflecciones sobre la estadística del laboratorio Histo-
químico, afecto á las clínicas.**

Antes de entrar en las pocas observaciones que nos sujeren los casos, en la adjunta estadística reseñados, séannos permitidas, á título de preámbulo, las siguientes aclaraciones.

Deseoso este centro de enseñanza de colocarse á la altura que los nuevos adelantos imprimen á todos los ramos del saber, y más particularmente á una ciencia que, como la Medicina, eminentemente práctica, todo lo espera de la más escrupulosa experimentación; satisfaciendo los deseos de todos, manifestados particularmente por el Director en la conferencia del mes de Noviembre del año anterior, háse creado, áun cuando bastante avanzado el curso, este Gabinete Histo-químico, anejo

á las Clínicas y Policlínicas de la misma Escuela. Es, en verdad, su organización hoy deficiente, por carecer de algunos é indispensables medios, que para su complemento serían de desear, tales como, en la sección histológica, un buen microscopio para estudios bacteriológicos y micrótomos automáticos para córtes delicados; y en la química, multitud de reactivos, balanza de precisión, estufa, burete de Mohr, campanas graduadas para gases, etc., aun cuando por ahora puede, al ménos, satisfacer las necesidades del momento en órden al perfeccionamiento diagnóstico é indicaciones terapéuticas. Esta es la razón por qué no se consigna estadística de los análisis químicos, pues si bien se han practicado bastantes de orina, pus, líquidos de cavidades, etc., han sido cualitativos é histológicos, los cuales, si satisfacen una curiosidad científica y áun alguna indicación terapéutica, dejan mucho que desear, faltando el cuantitativo, de mucha mayor importancia. Este defecto desaparecerá en el próximo curso si, como se espera, la Excm. Diputación, siempre dispuesta á contribuir al mejoramiento de esta Escuela, allega los recursos necesarios para la completa constitución de dicho Gabinete; el cual, de esta manera, se convertirá en un centro verdaderamente útil, no sólo para la enseñanza, dado que en él presencian los alumnos primero y practican después los análisis, sino como

un gran beneficio para los enfermos, supuesto que estos análisis perfeccionan ó hacen que se modifiquen los medios que han de emplearse en la curación de sus dolencias. Por otra parte esta estadística no dá idea, ni con mucho, del movimiento de las Clínicas; pues la creación del Gabinete, ya bastante avanzado el curso, como queda dicho, ha hecho que pasaran sin analizar los casos, que lo requirieran antes de dicha fecha.

Expuesto lo que antecede, entraremos ya en las pocas consideraciones á que se prestan los casos reseñados en la estadística. De propósito se han colocado los dos que figuran con los números 575 y 579 de la clínica médica después de los anteriores que tienen los mismos números, por corresponder el exámen del tejido del pulmón de aquéllos, hecho *post mortem*, al de los esputos de los mismos individuos durante la vida. Como se vé el estudio de estos no acusaba la presencia del bacillus; y, si bien la de la fibra elástica y más aún la del micrococcus tetrágonus, era suficiente á formar un juicio casi seguro de tuberculósisis en período avanzado, dado que el *tetrágonus* supone la existencia de cavernas en el tejido del pulmón, parecía aquel deficiente, no existiendo el bacillus de Koch, considerado yá por la mayoría de los hombres de ciencia elemento productor de la tuberculósisis; mas,

esto que pudiera tomarse como prueba contradictoria de la doctrina, indica sólo que no debe confiarse en unos cuántos análisis, sino en repetir éstos muchos días consecutivos, siempre que por otros síntomas ó signos pueda sospecharse la especificidad de la lesión, en la seguridad de que, al fin, se comprobará su existencia. Esto es precisamente lo que no se hizo en los casos citados, por el poco tiempo que medió entre la admisión de dichos enfermos en la clínica y su terminación fatal. Tampoco pudo hacerse el análisis de los córtes en condiciones oportunas para demostrar la presencia del bacillus, por carecer de un buen micrótopo automático, capaz de hacerlos finísimos, que evitaran las inclusiones, seguras en el de Ranvier, único que existe y con el que la preparación tiene que resultar mucho más grosera, y revelando sólo los elementos morfológicos que caracterizan la constitución anatómica del tubérculo, que es lo que en los dos casos reseñados ha podido comprobarse. Claro es que, trabajando con un microscopio del cual la combinación de objetivos y oculares sólo produce un aumento de 750 diámetros, y careciéndose del apocromático de Zeiss, indispensable para el estudio detallado del bacillus, no ha sido posible alcanzar siquiera la comprobación de la nueva teoría, intentada por Heindenreich, respecto del mismo, según la que el ba-

cillus no es tal bacillus, sino un conjunto de cecos unidos por una sustancia mucilaginoso, que, á decir: del mismo, es la envoltura de que habla Ehrlich y á la que tanta importancia daba éste en su coloración. Para terminar diremos que urge dotar al Gabinete de los medios de que carece, y que ya la Dirección ha expuesto á la Excm. Diputación, si se quiere que la deficiencia de hoy sea sustituida por nuevos y perfeccionados trabajos, que hagan más provechoso éste tan necesario' género de estudios.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Ayudante encargado,

Ldo. Jacinto Bracho.

El Ayudante supernumerario,

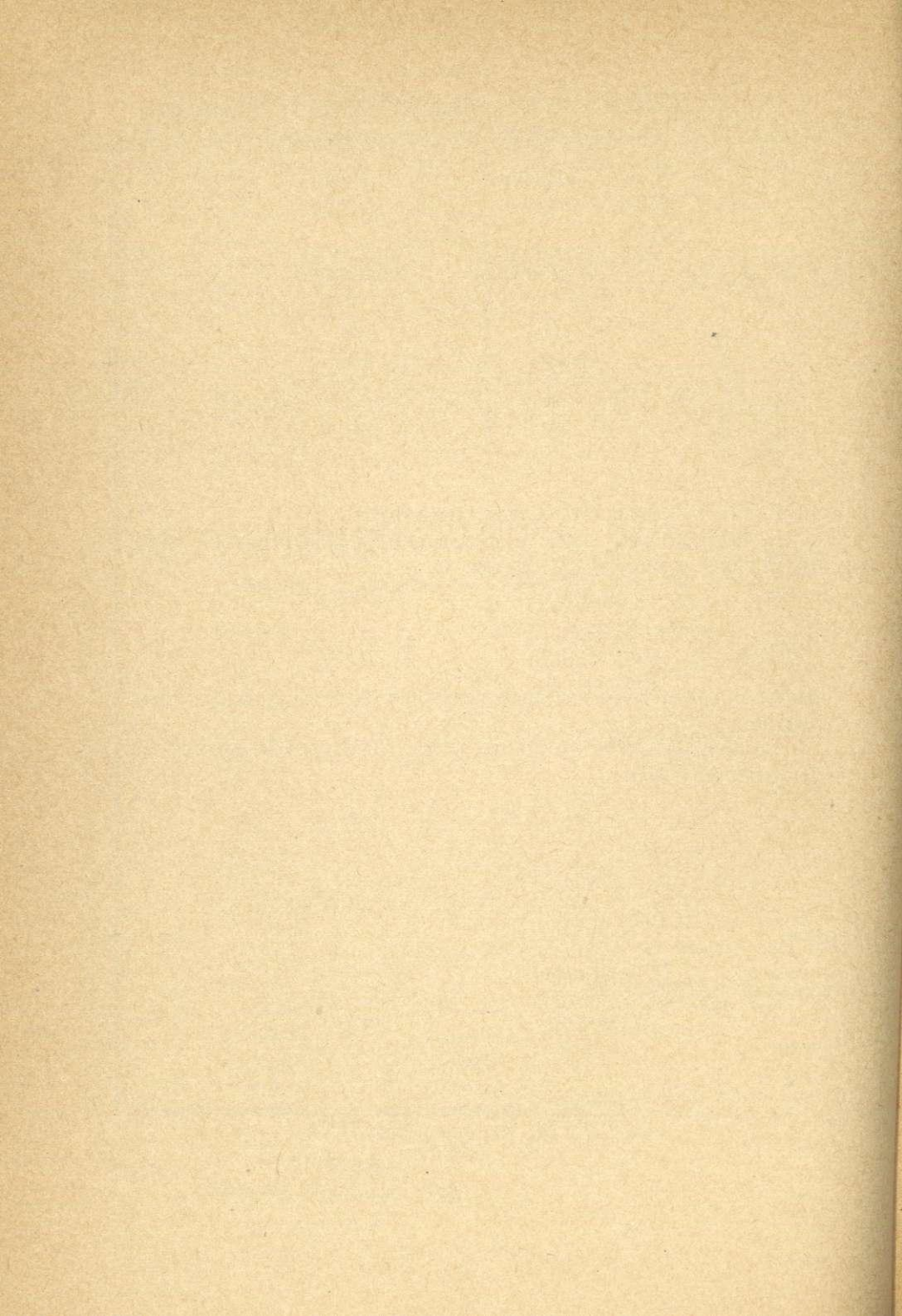
Ldo. Berónimo Peralta.

CUADRO ESTADÍSTICO DE LOS ANÁLISIS PRACTICADOS

EN EL LABORATORIO HISTO - QUÍMICO - PATOLÓGICO

Cama	Objeto	Procedimiento empleado	Resultado
			CLÍNICA-
579	Espustos	Ehrlich	MÉDICA
577	»	»	Bacillus de Koch.
561	»	»	» » »
574	»	»	» » »
562	»	»	» » »
560	»	»	» » »
561	»	»	« » »
572	»	»	» » »
580	»	»	» » »
578	»	»	» » »
575	»	»	» » »
579	»	»	Glóbulos de pús y moco en gran cantidad.
575	»	»	Micrococcus tetrágonus, fibras elásticas y glóbulos de pús.
579	Tejido pulmonar	Induración al alcohol; coloración al picro-carminato. Traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	Glóbulos de pús y fibras elásticas.
579	» »	Idem, idem, idem, idem, idem	Los elementos morfológicos que caracterizan la granulación tuberculosa. Células tuberculosas diseminadas y agrupadas, formando el nódulo tuberculoso.
			CLÍNICA-QUIRÚRGICA
2	Tumor de un testículo	Induración al alcohol, coloración al picro-carminato; traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	Tubérculo.
554	Tumor maxilar inferior.	Induración al alcohol, coloración al picro-carminato; traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	Sarcoma globo-celular.
546	Tumor orbitario	Induración al alcohol, coloración al picro-carminato; traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	» »
544	Tumor anal.	Induración al alcohol, coloración al picro-carminato; traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	Epitelioma.
551	Tumor de la laringe	Induración al alcohol, coloración al picro-carminato; traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	»
546	Tumor parotideo.	Induración al alcohol, coloración al picro-carminato; traspirencia por esencia de clavo. Montaje con bálsamo de Canadá.	Adenoma.

Sevilla 30 de Junio de 1888.
 El Ayudante,
Ldo. Jacinto Bracho



CLÍNICA DE OBSTETRICIA

**Memoria estadística respecto de la clínica
de obstetricia.**

La sala destinada á Clínica de partos es espaciosa, bien ventilada y capaz de contener 20 camas, aunque de ordinario no existen más de 15: tiene una dependencia, en la cual está colocada la camilla de partos, sirviendo de aula, en que se dan las conferencias prácticas, relacionadas, unas veces con casos actuales, otras, con los que se realizan en el fantoma. Los alumnos de esta clase pasan visita diaria con el catedrático de la asignatura, y á su presencia recojen cuantos datos son necesarios para el diagnóstico del embarazo, presentación y posición, y se ejercitan en la palpación abdominal, auscultación de los ruidos maternos y fetales, y, por último, en el tacto vaginal: estas

observaciones son anotadas en los boletines, que existen á la cabecera de las camas; en los cuales se hacen constar cuántas variaciones presentan las mugeres desde su ingreso hasta su salida ó en la autopsia. Los alumnos internos de guardia están encargados de avisar á los externos en el momento en que alguna muger se sienta con dolores, á fin de que todos presencien y asistan al parto, practiquen reconocimientos, aprecien el grado de dilatación, diagnostiquen la presentación y posición, reciban al recién-nacido, liguen el cordón y hagan, ó dirijan á lo ménos, el vestido del niño y de la madre.

Durante el curso de 1887 á 88 se han estudiado 104 partos; de los cuales han sido fisiológicos 94 y distócicos 10; exigiendo éstos para su tratamiento una versión podálica, otra cefálica, dos aplicaciones de forceps y cinco extracciones de placenta.

Complicaciones del puerperio, propiamente dicho, hemos visto un caso de infección purulenta y dos de metritis.

Entre los afectos lejanos del puerperio se han presentado 5 abscesos mamarios.

Afortunadamente no hemos tenido defunciones en las 104 mugeres observadas.

A continuación clasificamos estos 104 casos:

PARTOS FISIOLÓGICOS

<i>Presentaciones</i>		<i>Posiciones</i>	
		O I I A	80
		D P	5
De vértice.....	90	I P	2
		D A	1
		T	2
» nalgas.....	4	S I I A	3
		P	1

PARTOS DISTÓCICOS

Por presentación de tronco, hombro derecho	
C. I. I. dorso anterior.....	2
» presentación de cara, M. I. I. P.....	1
» eclampsia	2
» retención de placenta.....	5

Las siguientes observaciones contienen los principales detalles de los casos que hemos creído dignos de mención.

Juana M..., soltera, de 36 años, y buena constitución; dice que hace tres años tuvo el primer parto, sin ninguna complicación, y que después sus reglas volvieron á presentarse con regularización hasta hace nueve meses que desaparecieron.

Los dolores comenzaron siete horas antes de llegar á la clínica y un momento despues ha sentido la salida de las aguas.

El aspecto exterior de su vientre y la palpación del mismo, hacen sospechar una presentación de tronco, pues el útero parece estar más aumentado en el diámetro transversal y la cabeza del feto se nota, aunque no con toda claridad, en la fosa iliaca izquierda: el tacto vaginal comprueba la presencia de un hombro.

Colocada la muger en posición adecuada, se procede á la versión, que fué cefálica por haberse encontrado la cabeza movable y fácil de conducir al estrecho superior: un ayudante la mantuvo en posición y se procedió á terminar el parto con el forceps, extrayendo un niño vivo. Es de advertir que en este caso, como en la generalidad de presentaciones de tronco, se introdujo la mano con ánimo de practicar la versión podálica, pero las circunstancias ó condiciones arriba indicadas hicieron terminar la maniobra con una versión cefálica.

El otro caso de presentación de tronco, señalado en el cuadro, que terminó á beneficio de una versión podálica, no ofreció nada digno de mención; pero haremos constar que estas dos mugeres, cuyos fetos estaban de tronco, ingresaron en clínica en condiciones desfavorables para haber practicado en ellas la versión por maniobras externas.

Isabel R., primeriza, de 24 años, constitución

robusta y buena conformación, ha sido bien reglada. No recuerda haber padecido más que dos enfermedades hace cuatro años, á las que designa con el nombre de ataques, y dice que uno fué á la cabeza y el otro á un ojo, curándose de ellos con dos sangrías.

Refiere que sus padres han gozado siempre de salud, pero que su madre y una hermana han tenido los partos tan pesados que han durado el que ménos siete días, sin que hayan necesitado auxilios médicos.

Durante su embarazo, y yá á nuestro cuidado en clínica, sufrió una neuralgia facial, que desapareció con el uso del valerianato de quinina; y en otra ocasión, en el noveno mes de su embarazo, se quejaba de pesadez de cabeza, tirantez hácia el occipucio, adormecimiento de las manos, y de que durante el sueño veía figuras que representaban animales muy raros: todo este cuadro se acompañaba de edema de las extremidades, por lo que analizamos las orinas, que encontramos en estado normal. Como tratamiento de este estado practicamos dos sangrías de brazo, siendo suficientes para hacerle desaparecer.

Apesar de lo gruesas que eran las paredes abdominales, creimos notar por la palpación y auscultación, que existía una presentación de vértice.

El 23 de Mayo comenzó á sentir dolores que

eran poco intensos y á grandes intervalos: fué reconocida y se notó que el cuello no estaba dilatado, ni se alcanzaba la presentación: el 24 fueron haciéndose los dolores más intensos y más próximos; pero la dilatación se verificaba con mucha lentitud, sin que pudiera notarse qué clase de presentación sería, hasta el 25 á las seis de la mañana: entonces se diagnosticó una de cara M I I P.

Se colocó á la muger boca abajo, apoyada sobre las rodillas y los codos, de tal modo que aquellas ocupaban un plano mucho más elevado que estos: entonces, colocados en la parte posterior, se introdujo la mano derecha, con el fin de cambiar la presentación en una de vértice, pero todo fué inútil, pues permaneció inmóvil.

Una vez rota la bolsa de las aguas y dilatado el cuello, se procedió á la aplicación del forceps, con el fin de traer el menton hácia el púbis y terminar la extracción, lo que se consiguió no sin gran trabajo. Fuera ya la cabeza del feto, fué necesario ayudar la salida de los hombros que encontraban grave obstáculo por ser el feto de gran tamaño, siendo imposible en este tiempo evitar una rasgadura en el periné. El niño murió dos horas después con síntomas de asfixia. Fué necesario extraer la placenta por iniciarse una hemorragia.

M. G., primeriza, de 22 años, constitución endeble, ha tenido un embarazo nada molesto, y dice que nunca ha guardado cama por enfermedades, si bien advierte que de continuo, pero no durante el embarazo, sufre unos ataques que cree heredar de su madre y á los cuales llama epilécticos, porque así se lo han dicho los facultativos.

Comenzó el parto y fué reconocida una presentación de vértice. Nada ocurrió digno de mención hasta que, ya comenzados los dolores expulsivos, fuimos sorprendidos por un grito seguido de una convulsión que, en aquel momento, tomamos por un ataque epiléptico. Inmediatamente se procedió á la aplicación del forceps, extrayéndose un niño vivo.

Las convulsiones se repitieron, y con el fin de aclarar el diagnóstico se procedió al análisis de las orinas, en las que se encontraron albúmina en exceso, ácido úrico libre y urato de sosa; lo cual, unido á la frecuencia con que se repetían los ataques, la elevación de temperatura de que iban seguidos, el acentuarse más el coma y el haber comenzado dichos ataques en el momento en que la cabeza acababa de pasar el cuello, nos hizo ver que se trataba de una eclampsia. Fué tratada por el cloroformo y salió curada.

Del otro caso de eclampsia haremos constar, que comenzamos el tratamiento por el cloral en

enemas, que contenían, cada una cuatro gramos de dicha sustancia, con lo que no se consiguió más que un momento de alivio: se practicó entonces una sangría abundante por permitirlo el estado de la paciente y tampoco fué esto suficiente á modificar, ni disminuir los ataques, que ya se contaban en número de 16, sin intervalo lúcido para la enferma. Entónces se recurrió al cloroformo, manteniendo á la enferma anestesiada, y sólo con lijeros indicios de ataques durante diez y seis horas, consumiendo en este tiempo 210 gramos de aquella sustancia, sin que se presentase luego ni el más pequeño vómito. Salió curada.

Sevilla y Junio 30 de 1888.

Con mi intervención.

El Catedrático,

Dr. Isidoro Díaz

El Profesor clínico,

Dr. Ciriaco Estéban García.

CLÍNICA MÉDICA

La primera obligación que nos hemos impuesto, al penetrar por primera vez en la sala de clínica, es determinar el método que debiéramos adoptar en la enseñanza de nuestros alumnos. En todas las clases esto es preciso; mas, en ésta se impone tal deber de un modo extraordinario. Hemos creído que debiéramos obligarlos á que, ante la clase constituida y á la cabecera del enfermo, hicieran la exploración y análisis de los enfermos que les confiábamos: que diariamente, ó varias veces al día, según su importancia, tomaran con tinta de diversos colores, negra, roja, verde, los gráficos de la respiración y del pulso y la temperatura: que llevaran anotadas en los boletines, que están á la cabecera de la cama, las oscilaciones de la enfermedad: que dieran cuenta, á su debido tiempo, en clase de la historia del enfermo, y que, caso de muerte, practicasen la autopsia. De esta manera hemos podido ir encauzando en el orden prác-

tico los conocimientos adquiridos antes; procurando aumentar el caudal de los datos necesarios por medio de análisis que, de los líquidos y tejidos que exigía la formación del diagnóstico, hemos demandado al laboratorio histo-químico, anejo á las clínicas, de reciente creación. Ciertamente que no es lo que debe ser, y lo que será, cuando se realice el proyecto de la Dirección; mas, aun así, ha prestado beneficio á la enseñanza. Esta práctica ha sido tan feliz, como que hemos visto con ella familiarizarse á los alumnos en el manejo de los instrumentos y aparatos de exploración, y en el sistema que debieran seguir para conocer sin vacilaciones la enfermedad.

Las aspiraciones del trabajo, que vamos á exponer, quedan dentro de las que corresponden á una memoria descriptiva, con las dificultades que surgen de la inexperiencia del que por vez primera se dedica á esta clase de prácticas. Las condiciones de nuestras salas, como las de casi todos nuestros hospitales, no son las mejores, bajo el punto de vista higiénico. Carecen, sobre todo, de dependencias aisladas para determinadas enfermedades, no siendo raro ver, por ejemplo, un enfermo de pneumonía junto á un tuberculoso, hechos que excusan comentarios. Para la adquisición de enfermos hemos puesto el cuidado que es consiguiente, solicitando en las salas del hospital

cuántos han despertado algún interés práctico, prefiriendo siempre los agudos. Y, sin embargo, estos últimos son pocos, á causa de la importante influencia que sobre ellos ejerce la beneficencia municipal y la de los socorros proporcionados por asociaciones particulares; es decir, que el enfermo ingresa cuando, materialmente agotado todo recurso, vé demorarse con persistencia su restablecimiento: entónces cede y lo realiza como última apelación. Por esto, las historias, de que hemos de hablar, han de carecer en general de vivo interés; y por eso, nos vemos obligados á suprimir el mayor número de ellas. Nuestro propósito, por este curso, se cifra especialmente en la estadística, que, con este objeto, se ha hecho lo más detalladamente posible. Para no prejuzgar cuestiones, ajenas á esta clase, hacemos nuestra exposición, clasificando los padecimientos por aparatos; y así, recorreremos sucesivamente los de la respiración, cardio-vascular, digestivo y locomotor: trataremos luego los del sistema nervioso y terminaremos por los padecimientos infecciosos, tuberculósis y paludismo. Bajo este método está hecha la estadística que presentamos en el siguiente cuadro, dando después cuenta de las historias, á que ántes nos referimos, y que presentamos como muestra del trabajo de los alumnos.

He aquí elcuadro:

**

**Estudio histórico de los enfermos mejor caracterizados,
que ha habido en la Clínica médica durante el curso.**

APARATO RESPIRATORIO.

BRONQUITIS.

El enfermo de que vamos á ocuparnos, ha demostrado en el estudio clinico algunas de las complicaciones que á menudo ocurren en el curso del catarro bronquial crónico; exigiendo detenidas explicaciones y profunda meditación.

CAMA N.º 572.

ALUMNOS OBSERVADORES,
SRES. LEON QUINTANA Y RUIZ MEJÍAS.

Manuel Carballo Fernández, de 61 años de edad, de constitución fuerte, buena nutrición y vida arreglada, entró en Clínica el 17 de Diciembre de 1887.

No da antecedentes de familia dignos de im-

portancia. Fué bracero casi toda su vida, durante la cual hubo de realizar grandes esfuerzos. Hace 19 años, una madrugada del mes de Enero, estando sudando, tuvo que levantarse y sufrió un enfriamiento, que le produjo calofrios, dolor no muy intenso en el costado derecho y tos molesta: síntomas que fueron exacerbándose por la noche y de madrugada, con escasa expectoración y alguna fiebre.

Mejoróse brevemente de este afecto, si bien no desapareció por completo la tos; la cual, en los tiempos sucesivos y á intervalos, más ó menos frecuentes, sobre todo en invierno, le molestaba mucho; llegando en ocasiones á causarle náuseas, vómitos y más tarde accesos de sofocación, que le imposibilitaban para todo trabajo y aun para acostarse.

Encontrándose, al presente, en una de estas situaciones difíciles para él, resolvió someterse á tratamiento en este hospital. Al explorarlo estaba sentado en la cama, la cara con cierto colorido azulado; el cuello era corto, los escalenos y externo-mastoideos desarrollados y contraídos, turgentes y dilatadas las venas de la región, sin que ofrecieran oscilación alguna; torax abultado, predominando el diámetro transversal: ángulo epigástrico obtuso en inspiración forzada. La respiración, que se repetía 36 veces por minuto, era casi ab-

dominal, penosa; breve la inspiración: relativamente larga, la espiración, con tos frecuente y difícil, seguida de una expectoración no muy abundante, moco-purulenta, de color grisáceo-amari-llenta ó blanca y aireada, y en parte adherente á la vasija: el termómetro marcaba 38,2.

El pulso resistente y con mediana amplitud, latía 100 veces por minutos.

Poco apetito, lengua saburrosa, sequedad y sabor salado al despertar, fueron los síntomas que pudimos recoger en el aparato digestivo.

A la percusión observamos; en el plano anterior, una resonancia notable; la zona cardiaca casi borrada: en el plano posterior, las bases estaban algo oscuras; en lo demás de su extensión no pudo apreciarse nada anormal.

En la auscultación domina el ruido de soplo, notándose disminuido el murmullo vexicular en algunas pequeñas zonas: los cardiacos muy poco perceptibles en la base del órgano, lo eran menos en su vértice, quizás dominados por los ruidos respiratorios.

En el plano dorsal existen, en las bases estertores de medianas y pequeñas burbujas; sibilantes y roncós en lo demás de su extensión: alguna vez suelen notarse estos últimos en el plano anterior.

Nada de particular ocurrió hasta el 19 por la

mañana, en que el enfermo estaba apirético y la respiración se efectuaba más fácilmente. Se quejaba, sin embargo, de las molestias de un eritema, que se extendió desde el plano esternal, donde tenía aplicado un esparadrapo de Thapsia, á la cara y pared anterior del vientre. Si se exceptua una neuralgia facial derecha, intermitente, que afligió al enfermo durante tres dias, nada nuevo ocurrió. Desde el dia 20 los síntomas correspondientes á la agudización siguieron disminuyendo en intensidad, aunque con oscilaciones, siendo las referentes al pulso de 100 á 70, las de la respiración de 36 á 20 y la temperatura de 36,2 á 37 hasta la fecha, en que, si nó se ha curado el afecto crónico, lo está la agudización del padecimiento: de aquel está bastante mejorado, aunque bien es cierto que le favorece la temperatura más suave de esta época del año (20 de Febrero).

El cuadro de síntomas que dejamos expuesto, es bastante completo; y así podemos calificar el afecto de una bronquitis crónica agudizada, acompañada de enfisema generalizado y bronco-ectasia con accesos de asma bronquial; por lo que, apesar de las dificultades de la exploración, creemos lesionado el centro circulatorio, cuyo ventriculo izquierdo, al menos, está hipertrofiado.

Ventosas secas, esparadrapo de Thapsia y vejigatorios, han sido los tópicos empleados; se ha so-

metido á inhalaciones de agua salada y balsámicas, se han practicado inyecciones hipodérmicas calmantes; y al interior se le prescribieron eméticos, espectorantes, sulfato de quinina, ioduro de potasio, balsámicos y tónicos.

NEUMONÍAS.

Nos congratulamos en hacer presente, al ocuparnos de este grupo morbosos, la variedad de casos que han podido presentarse al estudio de los alumnos: hé aquí algunos ejemplos.

CAMA N.º 577.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. FERNANDEZ ARROYO,

Neumonía doble, evolución en distinto tiempo.

Enrique Merlan, de 21 años, cordonero, natural de Sevilla, estatura regular y carnes mas bien escasas que abundantes, ingresa en esta clinica el dia 13 de Mayo de este año, aquejando una afección de los órganos respiratorios.

De sus antecedentes hereditarios pudo averiguarse que su madre ha padecido distintas manifestaciones escrofulosas, y que su hermano sucumbió á consecuencia de una pulmonía; de cuyos da-

tos, el primero, y quizás el segundo, pudiera sospecharse, aunque no se comprobó, tenían relación con el proceso que ahora le aqueja. Él sólo nos refiere, como enfermedades anteriores, aparte de las que son propias de la infancia, gran número de catarros de indole insidiosa. El día 10 de mayo, dice, salió del café, sudando, sin tomar ninguna precaución, sufriendo un enfriamiento, cuyos resultados no se dieron á conocer hasta el día siguiente á las doce de la mañana, en que, despues de almorzar, con menos apetito que de ordinario, sintió malestar general, que le hizo no volver al trabajo y acostarse: al poco tiempo fué acometido de violento escalofrío y despues de fiebre alta.

En el día siguiente se le presentó dolor intenso en el costado izquierdo, fijo, constante, y que dificultaba la respiración; cuyo dolor se acompañaba de golpes de tos seca que lo exacerbaban, obligando al enfermo á permanecer casi sentado en la cama y algo inclinado del lado opuesto, posición que calmaba un poco sus molestias. Así continúa durante todo este día y parte del 13 sin haber empleado tratamiento alguno y se decide á ingresar en el Hospital Provincial, haciéndolo en nuestra sala á las seis de la tarde. Una hora despues lo reconocimos, encontrándole en el decubito citado, con la cara enrojecida y gran fiebre, que no pudimos apreciar debidamente: el pulso, sin embargo,

era pequeño y depresible, frecuente hasta 115 veces por minuto: el dolor de costado, la tos, acompañada de espectoración sanguinolenta característica, nos hizo sospechar una pleuro-pneumonia: auscultado, resultaba falta del murmullo vexicular en los sitios afectos, siendo poco perceptible el ruido de roce. Se le dispuso una tisana sudorífica, dieta restaurante con vino de Jerez y 16 ventosas secas á la base pulmonar, lado izquierdo.

Día 14. Por la mañana: temperatura, 39,3; pulso, 114: respiración, 36. Se presenta una ligera epistaxis, hay repleción venosa, haciéndose más ostensible en la cara: la tos es más frecuente y la espectoración más abundante y viscosa, de un rojo vivo en parte y en parte herrumbrosa: continúa en el mismo decubito, sigue el dolor y la disnea se hace muy intensa: experimenta gran inquietud. Se procede al reconocimiento del pecho; el cual en su lado izquierdo nos dá á la percusión sonido submate en su base, y matidez en la misma región del lado opuesto: á la auscultación se perciben estertores crepitantes: en el derecho, soplo bronquial en algunos puntos y broncofonía. En el corazón nada encontramos de anormal, si se esceptúa la mayor energia de su impulsión y ruidos: hay recurrencia radial: se manda practicar una sangría exploradora, al mismo tiempo que se le disponen 10 centigramos de kermes en 60 gramos

de jarabe, para tomar á cucharadas.

Por la noche: temperatura 39,6: pulsaciones 114: respiraciones 32.

Se suspenden las ventosas y en igual sitio se le coloca un vejigatorio.

Día 15. Continúa el pulso en las mismas condiciones, apesar de la sangría practicada el dia anterior. La temperatura se mantiene en 39,2 (m. y t.) las pulsaciones se elevan de 100 (m.) á 120 (t.) R. (m) 34 (t) 28: el dolor de costado es menor, la tos sigue frecuente, hay menos disnea é inquietud; la circulación es más fácil, el semblante ha cambiado. Prescripción: extracto resinoso de quina 4 gramos en una poción (á c.); ipecacuana 1 gramo en 3 veces con intervalos de 10 minutos, y 90 gramos de vino de Jerez en los caldos, continuando la misma alimentación y medicinas de los dias anteriores; empieza á curarse el vejigatorio.

Día 16. La coloración roja de los esputos disminuye; la disnea es menos intensa; el dolor desaparece; la tos es menos y no molesta tanto al enfermo; la temperatura desciende á 38 (m.) y 38,2 (t.), descenso que guarda relación con menor frecuencia del pulso, que baja á 96, y con la respiración que llega á 26: á la percusión nos ofrece el pulmón derecho estertores de burbujas medianas y humedas, y el izquierdo subcrepitantes diseminados. Prescripción: un vejigatorio del mismo ta-

maño que el anterior á la base pulmonar del lado derecho en su parte posterior.

Día 18. Siguen aminorando los síntomas tórácicos. La temperatura, el pulso y la respiración se mantienen en sus cifras normales: se presenta un estado gástrico; la lengua está saburrosa y la piel de un color sub-ictérico. Prescripción: á más de la poción tónica, la espectorante, el vino y la tisana, 4 gramos de óxido de magnesia en 60 gramos de agua con 30 de jarabe de ruibarbo, para tomar por la mañana.

Día 19. Desde este día la disnea y la tos cesaron casi por completo: el estado gástrico empezó á modificarse con rápida mejoría, prescribiéndosele algun alimento. Así continuó en nuestra sala hasta el 25 del mismo mes en que nos manifestó su deseo de marcharse, en vista del buen estado de salud en que se encontraba. Procedimos á explorar el pecho y encontramos: á la percusión en su lado derecho, sub-matidez en su base, parte anterior y posterior; el izquierdo por la parte posterior normal; lo que no pudo comprobarse por la anterior por impedirlo la ulceración del vejigatorio. A la auscultación, tanto en un pulmón como en otro, la respiración era áspera, en el izquierdo en el acto inspiratorio, al paso que en el derecho se presentaba en ambos tiempos, yendo acompañada, de una manera intermiten-

te, de estertores sibilantes.

Es de notar que en la auscultación del lado izquierdo, en cuanto, respetando el vejigatorio, pudimos aproximarnos sin molestar al enfermo, no se oía ruido respiratorio alguno; cuya falta de permeabilidad y la submatidéz del lado derecho, demuestran que ambos pulmones no se han re-puesto del proceso agudo que acaban de sufrir. Apesar de las oportunas reflexiones del profesor acerca de su estado, se le dá el alta, á su petición, el día 26 por la mañana.

Hemos terminado la exposición de todos aquellos trastornos que durante la estancia en clinica de este enfermo pudimos observar; y vamos á terminar presentando algunas consideraciones que se nos ofrecen respecto del padecimiento.

Que este enfermo ha padecido una pneumonia no tiene para nosotros duda, puesto que los sintomas con que se inició el mal, así como su marcha ulterior, son datos bastantes para afirmarlo; pero, lo que no podemos aceptar en modo alguno, es que se tratara de una pneumonia doble, evolucionada al mismo tiempo.

En efecto, recordamos que la noche de su ingreso apreciamos el esputo caracteristico, y que al dia siguiente (14), en el momento de la visita, vimos el escupidor con la espectoración de la noche, la que había sido abundante y constituida por es-

putos de un rojo intenso, mezclados con otros de color herrumbroso; esto unido á la diferencia de los fenómenos de percusión y estetoscópicos de un lado con el otro, bastan á demostrarlo.

No podemos con seguridad decir cual será la terminación del proceso pneumónico que, á consecuencia de la pasada afección, ha quedado en este individuo. Pero ¿no nos será dado sospechar, atendiendo á los antecedentes de su madre escrofulosa, de haber sucumbido un hermano á los 9 años de una afección, que, al decir suyo, fué pulmonía, la frecuencia de los catarros que nos acusó y por último, su constitución endeble y conformación delicada; no nos sería dado sospechar, digo, que este padecimiento pulmonar sea debido á una infección tuberculosa hereditaria? Ni el análisis de los esputos, ni el estado de los vértices, justifican este juicio: solo si podemos temer que dadas las condiciones generales del enfermo, si la resolución no se efectúa, ofrezca facilidades para la impregnación y desarrollo del bacillo tuberculoso.

La inhalación de partículas púlvulentas es una causa de enfermedad que todos admitimos sin vacilaciones. El aparato respiratorio tolera, con-

forme á las diferencias individuales, en más ó en menos, su acción, limitándose muchas veces las manifestaciones á catarros que el cambio atmosférico basta para curar.

Otras veces no sucede esto, é invadiendo el proceso los intersticios del tejido pulmonar, acarrea lesiones tan importantes como las que se dan en el enfermo de la historia siguiente.

CAMA N.º 578.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. ADAME,

Juan José Amador, natural de Seron (Almería), de 49 años, casado, minero, de buena constitución, aunque gastada por los excesos de trabajo y las privaciones propias de su clase, ingresó en clínica en 6 de Noviembre del pasado año de 1887.

No dá antecedente alguno hereditario, y respecto de los suyos nos dice: que sano en su infancia, padeció á los 23 años de viruela, y desde esta edad hasta los 38, fiebres intermitentes dos veces. Después ha gozado de buena salud, abusando con bastante frecuencia de la venus, y muy particularmente de las bebidas alcoholicas, á las que ha tenido una especial afición. Hace algunos años que vienen molestándole catarros de las vías respiratorias, acompañados de tos con expectoración exagerada, especialmente por las mañanas.

Trabajando en las faenas propias de su oficio, y respirando una atmósfera de alta temperatura, salió al aire fresco, cubierto su cuerpo de sudor, el 3 de Noviembre, y al poco rato experimentó escalofríos, cefalalgia intensa y dolor en el costado derecho: más tarde calor, y viéndose imposibilitado para continuar sus ocupaciones, tuvo que guardar cama, visitándolo un profesor que le prescribió (segun refiere) una tisana sudorífica y diez pildoras, cuya naturaleza ignora.

Al tercer día de enfermedad se puso en camino desde el término de Villanueva (Huelva), donde trabajaba, llegando á la clínica, como queda dicho, en la noche del 6.

El estado general del enfermo, á su entrada, era muy abatido: las fatigas del viaje habian contribuido á agravar todos los síntomas, particularmente el dolor y la dispnea. La facies estaba cianótica, revelando ansiedad; el decúbito era dorsal: reusaba todo movimiento por la exacerbación del dolor; la respiración suspirosa y entrecortada. Su estado de nutrición revelaba mayores gastos que ingresos en su economía. Llevados por los síntomas culminantes que aquejaba, procedimos al exámen de la cavidad torácica, encontrando aumento del sonido á la percusión en el plano anterior del pulmón izquierdo y vértice del derecho, más acentuado al nivel de la parte media del ter-

cer espacio intercostal del mismo lado y plano; submatidez pronunciada en la base, región posteroexterna, con vibración torácica aumentada. Por la auscultación se percibió, á intervalos, permeable al aire más ó menos el pulmón izquierdo: exagerado el murmullo en el plano anterior, y respiración pueril en el vértice del derecho; habiéndose observado alguna vez, sobre todo por las mañanas, después de haber expectorado, soplo cavernoso en el punto que más claro hemos hecho constar á la percusión, y constantemente tubario en los lados de la espina, á la altura de la segunda vértebra dorsal. En la base del derecho, correspondiendo á lá región submate, algunos soplos de variable intensidad: á dos traveses de dedo por debajo y afuera de la mamila derecha, se percibían, á intervalos distintos, algunos estertores crepitantes. Presentaba además sudores generales y abundantes, tos frecuente y como cortada en el acto de su producción: la espectoración, sin ser escesiva, era aireada, viscosa, rosácea, y muy adherente al fondo del vaso.

El corazón latía con alguna mas frecuencia de la normal; menor intensidad, pero sin que se notara alteración en sus ruidos: pulso ancho, frecuente y depresible; 39° de temperatura. Por parte del aparato digestivo afectaba lengua saburrosa y marcada repugnancia á los alimentos: las deposiciones,

normales en el número y carácter de las materias. Las orinas escasas y de color rojo subido: por último, intensa cefalalgia y gran quebrantamiento general completaban el cuadro de síntomas que ofrecía el paciente en el día de su ingreso.

Hé aquí ahora la marcha que ha seguido la enfermedad hasta el día en que, á su petición, fué dado de alta.

Noviembre 7. Temperatura de la mañana 37,8: por la tarde 38,6. Sin variación en los síntomas expuestos.

Día 8. Ha disminuido el dolor; la tos no es tan frecuente, ni molesta; la expectoración algo viscosa, es á veces fluida con algunos grumos, de un color grisáceo. Es mas abundante que el dia anterior y tiene una coloración rosada, interrumpida por la materia grumosa. Temperatura normal y la dispnea es menos acentuada.

Día 9. Sigue disminuyendo el dolor; temperatura normal; sonido mate marcado en toda la base del pulmón afecto, extendiéndose á mayor altura por el plano posterior; roce pleurítico en el 7.º y 8.º espacio intercostal y en el plano axilar del mismo lado.

Desde el dia 10 hasta el 18, no obstante de haber fluctuado la temperatura entre los 38,5 y 39, con remisiones matutinas de 1,º á 1,º 5, parece que se mejora el estado general del enfermo; la tos es

rara y la expectoración menos abundante, aunque conserva la coloración de los días anteriores. El dolor ha desaparecido casi por completo.

Día 19. Sufre el enfermo un enfriamiento, que es seguido de fuerte y prolongado escalofrío. La temperatura asciende por la tarde á 40,°2; se recrudece el dolor y aumenta la expectoración con los mismos caracteres: se extiende la matidez, que ya existía, en el lado afecto: ansiedad y acentuada postración.

Día 26. Expectoración moco-purulenta con alguna cantidad de sangre roja, y mal trabada con el expufo. La temperatura, que con ligeras remisiones matutinas se había venido sosteniendo en los días anteriores en 39,°, verifica un descenso hasta la normal por la mañana, subiendo 5 décimas por la tarde. Hay 120 pulsaciones y respira 30 veces por minuto.

Con marcado alivio de todos los síntomas llega al día 2 de Diciembre: 37°,3 de temperatura, 96 pulsaciones y 36 respiraciones, coinciden con la aparición de un dolor punzante en la base del pulmón izquierdo, plano antero-lateral: da un sonido submate á la percusión y se percibe un roce pleurítico bien marcado.

Día 4. Los síntomas anteriores con tos pertinaz, expectoración sanguinolenta abundante, de color oscuro con algunos grumos grises.

Día 5. Temperatura normal, 28 respiraciones y 108 pulsaciones. Ha desaparecido la sangre de los esputos, pero estos son en gran cantidad.

Día 8. Temperatura de la mañana 36.°, por la tarde 38; 28 respiraciones y 100 pulsaciones. Gran decaimiento de fuerzas, siguiendo en el mismo estado hasta el

Día 19. Se presenta de nuevo la sangre en los esputos con más abundancia y color oscuro: son á veces grumosos, á veces difuentes, mal trabados y de olor infecto.

Día 20. Aqueja dolor, que se extiende á todo el plano posterior de la base pulmonar izquierda. La tos es frecuente, y exacerbado el dolor, impide al enfermo todo reposo. Hay menos sangre en los esputos.

Día 21. T. 36.°5, 40 R., 116 P. La materia espectorada sigue en gran cantidad, pero solo la de la mañana ha sido sanguinolenta.

Día. 22. T., 37,5; 40 R. y 114 P. La sangre del esputo ha desaparecido por completo.

Día 30. T. 38,2; P. 120; R. 28. Dispnea y gran postración: sudor mas abundante en la mitad superior del cuerpo; orinas escasas y encendidas, expectoración rara y muy grumosa. Desde esta fecha hasta el 12 de Febrero ha seguido la enfermedad una marcha favorable. El paciente se encuentra mas agil, el apetito ayuda á la digestión,

las zonas mates de las bases pulmonares continúan en el mismo estado; la respiración algo más fácil; han desaparecido los roces pleuríticos; el color cianótico, que caracterizaba la fàcies del enfermo, se ha cambiado en otro más claro que, si no es completamente normal, nos dice al menos que la hematosiis se realiza mejor, y por tanto la nutrición es mas perfecta.

La temperatura no ha pasado de 37,5; las pulsaciones han fluctuado entre 85 y 95 y las respiraciones no han subido de 26 por minuto.

Dia 14. T. 38; P. 112; R. 24. Reaparece la dispnea y los esputos, aunque en corta cantidad, vienen mezclados con alguna sangre. Sigue la fiebre hasta el dia 19 entre los 37,5 y 38; el dia 20 hay una marcada remisi3n, bajando la temperatura à 36 y 76 pulsaciones. Los esputos no tienen sangre.

Siguen cediendo todos los sintonas: temperatura normal, las materias expectoradas son fétidas, abundantes, particularmente por las mañanas, à beneficio de una tos franca que molesta poco al paciente; y el dia 5 de Febrero se le dá el alta à su petici3n.

Hé aquí ahora los sintonas que pudimos recoger por la exploraci3n que hicimos antes de su marcha definitiva.

A la simple inspecci3n se revelaba un estado

relativamente satisfactorio, si se tiene en cuenta su prolongado padecimiento, y tres meses de hospitalidad en las condiciones que todos conocemos. Está animado; aunque débil y con pocas carnes, lo creemos en condiciones de poderse reponer, sino sobreviene algun otro acceso, ó nueva invasión de su antiguo padecimiento.

A la percusión percibimos submatidéz en las dos bases pulmonares, más alta por el plano posterior; las vibraciones vocales se perciben algo exageradas en dichas regiones, más en el lado derecho. Se sostienen los otros síntomas pleximétricos, citados al principio de la observación.

Por la auscultación se perciben algunos soplos bronquiales, variables en número y situacion. En el lado derecho estertores sibilantes y de burbujas medianas hacia la base del órgano. En el plano posterior y zona pulmonar media se oyen marcados estertores de burbujas medianas en los dos tiempos respiratorios. El soplo bronquial fuerte, á uno y otro lado de la espina, que comprobamos en el primer reconocimiento, sigue igual y del mismo modo los fenómenos cavitarios.

La tos, mas frecuente por la mañana, hace espectorar á buchec: las cualidades de este producto son las siguientes: color amarillo grisáceo; naturaleza moco-sero-purulenta y olor infecto.

La terapéutica empleada durante su estancia

en clínica, ha consistido en emisiones sanguíneas locales (sanguijuelas) y vejigatorios *loco dolenti*; los balsámicos, que, alternando con la anterior medicación, han jugado un papel de primera importancia en la modificación de la mucosa respiratoria, y los expectorantes, que tanto han contribuido á desembarazar al pulmón de los productos de secreción patológica. Y si añadimos á esto que no se ha descuidado un momento la administración de los tónicos, tendremos explicado el estado relativamente satisfactorio en que salió de la clínica el enfermo.

Consideraciones: ¿Eran debidos á pleuro-pneumonias los grandes accesos febriles que pudimos observar durante el curso de este proceso morboso? ¿Qué causas pudieron dar lugar á estas pleuropneumonias? ¿Fueron efectivamente enfriamientos que experimentó el enfermo? ¿Se dieron en individuo completamente sano? Si no lo estaba ¿qué afección minaba su organismo con anterioridad? ¿Podemos admitir, fundados en los antecedentes, que, apesar de los datos negativos de la exploración cardiaca, el corazón estuviese normal? ¿Qué pronosticar respecto á la marcha y término de la enfermedad, dado el individuo?

Si reunimos los síntomas objetivos y subjetivos generales á los recojidos por la auscultación y percusión; si nos atenemos á las modificaciones que

estos síntomas experimentaron en el transcurso del final del primero y segundo gran ciclo térmico, no vacilamos en aceptar que extensos focos pleuro-pneumónicos fueron los que llegaron á comprometer las funciones del aparato respiratorio, y aun la vida de nuestro enfermo, evidentemente atacada de antemano; segun lo revelan los fenómenos descubiertos en el pulmón derecho, el enfisema pronunciado en el plano anterior de ambos pulmones, los soplos correspondientes al plano posterior, la bronquitis crónica, tantos años padecida; para todo lo cual la profesión (minero de carbón), tal vez el alcoholismo, han influido de una manera especial en el terreno etiológico: así lo creemos y nos inclinamos á admitir apoyándonos en algunos de los síntomas concomitantes y subsiguientes, que dichos grandes focos inflamatorios, fueron incidentes ó complicaciones en la marcha de una pneumonía intersticial.

Es indudable para nosotros, que el ventrículo izquierdo del corazón está hipertrofiado, ocultándonoslo el enfisema; y creemos también que puede haber degeneración grasosa; porque si la debilidad del corazón, ha podido suceder á los esfuerzos de reacción por las dificultades que bruscamente se han ofrecido al curso de la sangre, no debemos olvidar que, de antemano á este proceso agudo, la circulación pulmonar estaba debilitada,

y por lo tanto el esfuerzo y la fatiga venian de tiempo atrás favoreciendo el desgaste cardíaco.

Es, pues, de temer que se reproduzcan complicaciones en la marcha del primitivo padecimiento, las cuales, lenta ó rápidamente, terminen con su vida, principalmente cuando por otra parte su estado general y posición social son poco adecuadas para prevenir y resistir nuevos embates.

Pneumonía del vértice derecho; estado congestivo del izquierdo.

Para confirmar una vez más la influencia de los pesares y de la miseria, traemos á cuento la presente observación.

CAMA N.º 557.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. VEGA MATEO.

En la tarde del día 20 de Enero de 1888 ingresó en esta Clínica Ignacio Luis González, de 18 años de edad, natural de Cañizo (Orense), de estado soltero, escasamente nutrido, constitución débil, minero de profesión, siendo su residencia habitual en las de carbón de Villanueva (Sevilla).

Nos dijo haber muerto su madre á consecuencia de un cáncer de la mama, sin que recordara haberla conocido otra enfermedad, lo mismo que á su padre, ignorando la que á éste causó la muerte: igualmente desconoce cuál ha sido el esta-

do de salud de sus parientes próximos.

Con referencia al enfermo sabemos que es de vida arreglada, y sólo ha padecido en su infancia sarampión y algunos catarros, siendo éstos más frecuentes desde hace cinco meses, cuando llegó á las minas; en donde estaba la mayor parte del dia dedicado á un trabajo rudo y con poco descanso, con alimentación escasa y poco nutritiva; y, como si todo esto no fuera bastante á empobrecerlo, estaba obligado á respirar una atmósfera viciada é irritante, y á estar con frecuencia metido en agua.

Partamos del principio de que el paciente se nos presentó cuando llevaba algunos días de enfermedad, resultando discordancia entre la fecha, fijada como principio, entre el González y los que le acompañaban; pues, para el primero era de 10 días, y para los segundos, de 6; pero él se encontraba en subdelirio y en un estado de indiferencia y postración, que no hacía fácil obtener contestación á las preguntas, ni á ellas debía darse entero crédito; y los otros compañeros de trabajo desconocerían probablemente la iniciación del afecto. Por todo lo dicho, pues, habremos de atenernos al estado actual del mal y á su curso, sin despreciar aquellos antecedentes que, á pesar de la incompleta relación del enfermo, puedan justificarse por la exploración ó por el conjunto de

sintomas predominantes, en cuanto nos sea dado determinar.

Refiere que, hallándose trabajando, fué acometido de un escalofrío intenso, de larga duración, alguna tos, expectoración escasa y mucosa, cefalalgia, anorexia y quebrantamiento general: en este estado permaneció hasta su llegada á la Clínica, habiendo tenido por tratamiento el sulfato de quinina, purgantes y agua de limón.

Estado actual: decúbito dorsal, piel caliente y cubierta de sudor; rubicundez en los pómulos, mirada lánguida é indiferente, y subdelirio: lengua crapulosa y húmeda: señala el vértice del pulmón derecho como asiento de un dolor que le dificulta la respiración; expectoración viscosa y adherente, con esputos bronquiales, algunos grises.

Percutido, se nota matidez en el vértice del pulmón derecho, tanto por la parte anterior, como por la posterior, extendiéndose en este plano hasta comprender la mitad más alta del lóbulo superior; soplo bronquial intenso por debajo de la clavícula; algunos estertores subcrepitantes, más perceptibles en el plano posterior, y ruido de frote, apreciable hacia la región axilar; broncofonía y aumento de vibración torácica: en el resto de su extensión ruidos respiratorios normales. En el lado izquierdo, particularmente en el vértice, aumento de resonancia á la percusión y respiración

pueril: el pulso es ancho y depresible, dando 80 latidos por minuto, 39° de temperatura y las respiraciones, 38. Prescripción: ventosas secas número 12 al vértice derecho, plano anterior y posterior. Dieta restaurante con vino de Jerez.

Al pasar visita en la mañana del 21, se comprobaron por el profesor los síntomas mencionados anteriormente: mañana, T. 38,2; P. 108; R. 36. Tarde, T. 39,2; P. 108; R. 36. Prescripción. La misma del día anterior y además poción de Todd, 60 gramos (a. c.)

Enero 22. El estado general es mejor; no hay delirio, ni la postración é indiferencia que en los días anteriores. El ruido de fuelle, que existía en el vértice derecho, ha disminuido, así como la disnea: nótanse estertores húmedos en el plano anterior; la expectoración es más fluida. Mañana, T. 36,3; P. 64; R. 36. Tarde, T. 33; P. 77; R. 28. Tratamiento, tanto interno como externo, el mismo; añadiéndosele enemas oleosas, núm. 2.

23 La tos y la expectoración disminuidas; en el vértice del pulmón derecho se sostiene el ruido de fuelle: por la parte posterior del mismo lado la matidez se conserva igual; es poco perceptible el ruido respiratorio. El pulso, algo más desenvuelto y resistente.

Mañana, T. 36; P. 80, R. 32. Tarde, T. 37; P. 84; R. 24. Prescripción. Se sustituye la poción de Todd

por otra, compuesta de 60 gramos de agua, 3 de extracto blando de quina y 30 de jarabe de corteza de naranja; embrocaciones con tintura de iodo al vértice derecho, planos anterior y posterior.

24 y 25. La tos y la expectoración se han acrecentado. T. P. y R. difieren poco del día anterior. Se aumenta con dos sopas la alimentación.

26. Decrecen los síntomas dados por la auscultación y percusión, la tos y la expectoración; el estado general satisfactorio. Las curvas de T. P. y R. permanecen como en el precedente: media ración.

Enero 29. En el vértice del pulmón derecho un soplo poco apreciable, los dos tiempos de la respiración se perciben con alguna claridad en distintos puntos: se queja, cuando tose, de dolor en dicha región: en el vértice del izquierdo, por debajo de la clavícula, ligero soplo; por el plano posterior la respiración disminuida; expectoración escasa y mucosa. El resultado del análisis es negativo. Prescripción: embrocaciones con tintura de iodo al vértice del pulmón izquierdo: ración.

Día 6 de Febrero. Nada ha ocurrido digno de apuntarse desde la última nota: en el que reseñamos existe oscuridad más perceptible á la percusión en los vértices de ambos pulmones: la disminución del murmullo vexicular en el vértice iz-

quierdo, no ha desaparecido: los trazos de T. P. y R., aunque no corresponden á los tipos normales, se separan muy poco de ellos. Como tratamiento sigue la poción quinada, y la tintura de iodo para ambos lados (l. d. c.) agregándose aceite de hígado de bacalao 15 gramos; ventosas secas número 16, á cada lado de la línea media, plano posterior del pecho.

Día 8. Sigue la oscuridad en los vértices por el plano posterior; la sonoridad á la percusión es más clara. El plano anterior, pulmón derecho, da ligera oscuridad en el vértice; ruidos respiratorios más claros en el pulmón izquierdo, con ligero soplo en el vértice: continúa disminuido el murmullo vexicular, la inspiración entrecortada en dos ó tres tiempos, expiración corta, vibración torácica aumentada.

En los días que han transcurrido desde el anterior hasta el 27, estuvieron oscilando, la T. entre 36,5 y 37; el P. entre 80 y 90, salvo haber llegado alguna vez á 100, y la R. de 20 á 25. En el vértice del pulmón izquierdo el ruido de soplo es de un tono suave.

En la mañana del 29 pidió el alta, que le fué concedida: en este día el ruido de los vértices, tanto derecho como izquierdo, aparecía algo disminuido en resonancia á la percusión: el murmullo respiratorio en el mismo grado que las ex-

ploraciones últimas: también se sostenía la respiración entrecortada en el pulmón izquierdo. Esto, no obstante, el enfermo estaba más nutrido, con regular coloración y sin sensaciones subjetivas anormales.

Consideraciones. Este es uno de los casos menos frecuentes, en que, á la edad de nuestro enfermo, se da la neumonía del vértice, si bien es cierto que el empobrecimiento general y las malas condiciones higiénicas, que la han engendrado, constituyen elemento suficiente para determinar la localización citada. Sin embargo, no podemos pasar en silencio el antecedente de su profesión, en la cual las partículas de carbón, si se retienen en el aparato respiratorio, sin provocar trastornos de importancia, en ocasiones y á la larga, frecuentemente despiertan complicaciones variables en intensidad y marcha. Por otra parte, el conjunto de estas causas, ya que no la acción deprimente de la nostalgia, propia de los individuos procedentes de las provincias á que pertenece el enfermo, pueden despertar la evolución de una tuberculosis pulmonar, cuya expresión, tal vez, fuesen las alteraciones patógenas, observadas en uno y otro vértice. Apesar de este presentimiento, no llegamos á tal diagnóstico, ó por falta de antecedentes, ó por la del análisis de los esputos, que hemos de confesar no fué

practicado tan repetidas veces, como para dar valor absoluto á la negación que en su exámen se obtuvo. Para concluir diremos que estudiados los datos, aunque discordes, suministrados al venir á Clínica el enfermo, por él y sus acompañantes, se ve claro que la explosión del mal ha tenido lugar, como ocurre en esta forma pneumónica, por trastornos generales, expresión acentuada de su debilitado organismo, llevada á su mayor intensidad, determinándose la localización del afecto y la aparición de los síntomas graves con que ingresó en nuestra sala.

Pleuresía

Lo completo del síndrome morbosó dió á este caso para la enseñanza condiciones poco comunes; más aún tratándose de individuo *sano*, y siendo poco extenso el proceso, y del curso más elemental y fisio-patológico posible.

CAMA N.º 579.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. VELEZ DE LA ROSA,

El 14 de Enero entra en la sala Miguel B., de 22 años, de buenas costumbres, herrero, estatura regular y de buen desarrollo. Los antecedentes patológicos de familia que nos refiere, así como sus enfermedades anteriores, en nada son pertinentes al diagnóstico: no sucede así con la causa

probable del afecto, que reseñamos, y su manera de iniciación. Dice que después de terminar el trabajo de fragua, á que se dedicaba el día 11, recibió sobre su cuerpo una fuerte lluvia: que al día siguiente se sintió acometido de escalofríos, seguidos de calor, no tardando en presentársele un dolor de alguna intensidad en el costado derecho. Este estado le obligó á guardar cama, en la que permaneció tres días; al cabo de los cuales decidióse á ingresar en el Hospital, como lo efectuó en la referida fecha, sin haberse sometido á tratamiento adecuado. El dolor de que se queja está localizado, según señala, un poco por debajo de la mama: algunas veces, al intentar una inspiración profunda, se le irradia hacia la espalda, aumentando su intensidad: lo mismo sucede cuando tose: entonces va seguido este hecho, algunas veces, de la expulsión de esputos simplemente mucosos. La respiración es superficial, frecuente y entrecortada, T. 39,2; P. 115; R. 40. El pulso es regular y medianamente tenso; el enfermo acepta el decúbito lateral derecho; no existen diferencias de diámetro entre el lado enfermo y el sano. La percusión revela una zona casi mate, correspondiente á la base del pulmón derecho; matidez que alcanza mayor extensión, cuando adopta el decúbito dorsal, y que se eleva á más altura en el canal costo-vertebral: sentado el paciente, los diámetros verticales (6 centi-

metros para el axilar y 10 para el canal) se reducen y tienden á hacerse iguales en el perímetro de la base.

Auscultando sobre las zonas oscuras, ruido de soplo suave, egofonia, y disminución acentuada de la vibración torácica. En la restante extensión pulmonar, la sonoridad es fisiológica: por la auscultación sólo se advierten ruidos de catarro.

En vista de lo que antecede, creemos que el padecimiento en cuestión es una pleuresia fibrinosa del lado derecho, complicada con catarro bronquial: la marcha del proceso, así como su terminación, fueron confirmando nuestro aserto.

El pronóstico se hizo favorable, dadas las condiciones de robustez y buena salud habituales del individuo, la falta de antecedentes patológicos que se relacionen con el padecimiento y la existencia de la curva de Damoiseau.

Tratamiento	{	Interno	{	Tisana sudorífica con polvos de Dower.	
		Expectorantes.			
		{	Externo	{	Vejigatorio al sitio del dolor.
					{

Auxiliado con estos medios terapéuticos fueron desapareciendo el dolor, la fiebre y sucesivamente los demás síntomas, hasta el día 8 de Marzo, en que se le dió el alta por ser completa su curación.



En oposición al anterior, evidencia este caso las dificultades del juicio clínico y la prolijidad, tan necesaria, á veces, para su formación.

CAMA N.º 558.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. ESPEJO.

Gregorio Delgado, natural de Sermadilla (Zamora), de 18 años de edad, soltero y minero de oficio, ingresó en la sala de Clínica el 21 de Noviembre.

Había padecido el sarampión cuando pequeño, algunas fiebres de corta duración, á largos intervalos, y un dolor en la región precordial, que desapareció á beneficio de tópicos calientes.

Ignora los padecimientos que sus padres sufrieran: dijonos con respecto á los suyos próximos, que se iniciaron el 25 de Setiembre del año pasado, en la tarde de cuyo día sintió un malestar general con debilidad extrema, que se acentuó hasta experimentar frío intenso, seguido de calor y sudor. Este cuadro morbosó se repitió diariamente durante dos semanas; por lo que, y teniendo en cuenta el sitio donde trabajaba (línea de Zafra), bien se pudo sospechar que se trataba de una infección palúdica. El 16 de Octubre ingresó en el hospital de Huelva, donde, sometido á los quinados, cesaron las fiebres el 21, quedando bien, pero con escasas fuerzas. Vuelve á

sus ocupaciones, y el 26 del mismo mes se repiten iguales síntomas que los del 27 de Setiembre, acompañados esta vez de un dolor vago en el vientre, haciéndose molestos todos los decúbitos: es la tos húmeda y difícil, con algún esputo sanguinolento, presentándose una pequeña hemorragia nasal y fiebre, cuya duración se calcula de un día. Al tercero de padecimiento volvió al hospital de Huelva, donde, según él, con tópicos calman-tes, consiguió cuatro despues restablecer su salud. Sigue á esto un espacio de tiempo (cuatro días) en que, sintiéndose apto para continuar en sus faenas, se dedicó á ellas; pasado el cual se le presentó un dolor intenso en el hipocondrio izquierdo, que se exasperaba por el decúbito lateral de dicho lado, dificultándole la respiración; por cuyo motivo ingresó en Clínica en la fecha expresada (21 de Noviembre).

Reconocido detenidamente resultó, que el dolor comprendía la región antero-lateral izquierda del pecho, en su mitad inferior, irradiándose en los mismos planos de la superior del abdomen: dolor que se aumentaba por la presión de los espacios intercostales, y que seguía el trayecto de los nervios en la pared abdominal. Los espacios intercostales del lado izquierdo, en sus dos tercios inferiores, estaban borrados; edematosa la piel que los cubría, quedando impreso el dedo ex-

plorador, cuya huella se sostenía algún tiempo; los movimientos costales, en los sitios expresados, imperceptibles, y más fácil de apreciar las oscilaciones epigástricas, que seguían el ritmo normal con relación á los actos respiratorios. En el plano posterior se observaba pronunciada escoliosis hacia el lado derecho, cuya región costal, movable en mayor grado, aparecía abombada, con gran separación de los espacios; alteraciones relacionadas en parte con la curvatura espinal; la cual, medida de la espina iliaca posterior y superior á la del homoplato, daba una diferencia de ocho centímetros á favor del lado derecho, disminuyendo si el enfermo aceptaba el decúbito opuesto. El perímetro mamilar daba una diferencia de centímetro y medio á favor del lado izquierdo; el basilar, de dos. Por la percusión del plano anterior, lado izquierdo, resulta en el vértice sonoridad normal, submatidez á nivel del segundo espacio intercostal, que se convierte en matidez desde el tercero. En la extremidad interna del quinto aparece un sonido que recuerda algo el espacio semilunar de Traube: en el lado derecho, desde la línea mamilar, matidez absoluta, que continúa hasta el reborde costal. En los planos posterior y laterales, la sonoridad y matidez quedan separadas en sentido vertical y según el orden indicado, por una horizontal que pasara á dos traveses de dedo por bajo del ángulo inferior del ho-

moplato en el lado izquierdo. En el plano lateral derecho matidez en su parte inferior, encontrándose por arriba su nivel, en relación de altura, igual á la del plano anterior del mismo lado: en el posterior submatidez en la base, siendo su altura de tres traveses de dedo, apreciación fundada en los síntomas estetoscópicos que á aquella corresponden.

Por la auscultación falta absoluta de sonido en las zonas mates designadas. En el vértice derecho exagerado el murmullo vexicular: en las zonas submates del mismo lado, plano posterior y como á tres centímetros por cima del límite de matidez, ruido de soplo. En la fosa subclavicular izquierda algo menor el ruido respiratorio, sobre todo hacia la extremidad externa: en el resto de su extensión (hasta la línea mate) está aumentado. La vibración torácica abolida por debajo de las líneas citadas. A fin de ver si variaban algo éstas, se hizo adoptar al enfermo distintas posiciones y, entre otras, se le mandó apoyarse en la cama sobre las rodillas y los codos; y en todas fué igual el conjunto de síntomas que dejamos últimamente consignado. La respiración de este enfermo era costo-superior, sin exceder su frecuencia de 28: no había tos, ni lograba provocarse por inspiraciones ó expiraciones que prolongaba fácilmente: nada de expectoración. La punta del corazón chocaba en el ter-

cer espacio intercostal, tres centímetros por dentro de la línea mamilar: ruidos nosohémicos: tumor pulsátil en la fosa supra-esternal, extendido hacia la extremidad interna de la clavícula derecha: chasquidos dobles, apreciable confusamente el segundo. El pulso, regular y depresible, latía 84 veces por minuto; y la temperatura de 39,7, bajó al día siguiente en la hora de visita á 37,3. El esfigmógrafo ofrece un trazo distinto del normal en la radial derecha, notable por la escasa amplitud de la línea sistólica, horizontalidad de la diastólica, convexidad del vértice y dicrotismo bien marcado.

Este cuadro sintomatológico se daba en un sujeto débil, demacrado, de color paja sucio y cara abotagada: los decúbitos eran indiferentes, prefiriendo, sin embargo, el dorsal. Merecen consignarse en los dos días siguientes las alternativas de dolor, y las cifras de T. P. y R., que varían de la mañana á la tarde, la primera, entre 37 y 40,8; el segundo, entre 32 y 41,0, y la R. entre 23 y 38, modificándose las curvas, en el sentido de aproximación á la normal, hasta el 10 de Diciembre, excepto el pulso que tendió siempre á ser frecuente. Desde este día, si hubo algunas oscilaciones notables, fueron cortas en número y de escasa duración, quedando definitivamente normalizadas, temperatura y respiración, el 21 de Enero.

En esta fecha el estado general era más satis-

factorio; la piel y las mucosas estaban mejor coloreadas; la escoliosis ha desaparecido (36 centímetros para ambos lados, sirviéndonos de iguales puntos de referencia que en la primera exploración); los espacios intercostales izquierdos se dibujan bien, y los derechos se han restituido á las condiciones fisiológicas.

La línea mate del plano anterior, lado derecho, había descendido dos traveses de dedo por debajo de la mamila; y aproximadamente en el posterior, lado izquierdo, había descendido otro tanto. Se ausculta y el murmullo respiratorio es normal hasta las líneas mates, desde las que es absoluta la oscuridad: apréciase, sin embargo, en el vértice del pulmón izquierdo alguna que otra burbuja gruesa cada dos ó tres inspiraciones. La punta del corazón choca en el cuarto espacio: el dolor ha desaparecido: el apetito es bueno y buenas las digestiones; pide con insistencia el alta que se aplaza por algunos días en espera de verlo ir en condiciones más favorables.

Al dársela el 6 de Febrero el estado de las fuerzas y la coloración indicaban un alivio general, bastante acentuado; los fenómenos de percusión y auscultación continuaban del mismo modo, si se exceptúa la matidez postero-izquierda, cuyo nivel descendió á dos traveses de dedo por bajo del ángulo inferior del homoplato; desde el cual hasta

la nueva línea mate, se apreciaba el murmullo respiratorio algo disminuido. Los latidos de la fonsita supra-esternal seguían percibiéndose.

Consideraciones. El padecimiento que examinamosse inicia el 25 de Setiembre, y durante su curso nada hace suponer ocurrieran treguas positivas como el enfermo asegura. En su origen reviste los caracteres de una infección palúdica; pues, si es verdad que los accesos eran á medio día, bien pudo aceptar el tipo doble terciario; y, si de ello no tenemos datos ciertos, en cambio sabemos que, en la zona de trabajo donde se hallaba, y en casi toda la extensión de esa línea férrea, se padecen fiebres intermitentes; de las cuales hemos tenido enfermos en Clínica otros trabajadores, compañeros suyos: además, el sulfato de quinina constituyó el tratamiento á que refiere el alivio más duradero. Parece, pues, evidente que la infección malárica, acompañada de mala alimentación y pocos cuidados, fueran los principales factores de debilitación para su organismo, creando facilidades al desarrollo de nuevas escenas morbosas, en que habian de imprimir carácter, sin que por esto admitamos el paludismo como causa específica en la determinación de los afectos torácicos. El dolor que el 26 de Octubre se presentó en el vientre, irradiándose hacia el hipocondrio izquierdo, y la tos, acompañada de esputos sanguinolentos, que á

primera vista pudieran estimarse como el principio de lo que hoy sufre, pierden valor si se considera que estos últimos eran de sangre sin mezcla de saliva; que fueron pocos; que coincidieron con epistaxis; que trasladado al hospital de Huelva, se le trató tópicamente con calmantes, y que mejoró al extremo de estar trabajando nueve ó diez días después.

Nos inclinamos, por tanto, á admitir que el padecimiento actual se constituyó el 7 de Noviembre, en el cual, á más del dolor de costado, había dificultad de respirar, imposibilidad de sostener este decúbito y decaimiento profundo que le inutilizaba para el trabajo.

Las dificultades que á veces hay para el deslinde de los sufrimientos de la base pulmonar y de la convexidad hepática, se comprobaron en el caso que historiamos. El resultado negativo (si se exceptúa la matidez) de nuestra investigación en la zona toraco-abdominal, la rapidez relativa con que este sintoma desapareció, coincidiendo con el enderezamiento de la espina y la mejoría general, nos hacen referir al hígado lo que de anormal encontramos en dicha región, por más que no excediese aquel órgano del reborde costal correspondiente. Y nos explicamos su elevación y aumento de volumen por la curvatura vertebral y las alteraciones de la circulación, dependientes, si no del estado de

fuerzas y de la dislocación y compresión cardiaca, sin duda de la del pulmon; á la cual por otra parte, referimos los sintomas estetoscópicos y los de la auscultación de la base izquierda en su porción más declive.

Creemos, pues, poder formular nuestro juicio clinico, diciendo que se trata de una pleuritis enquistada del lado izquierdo con infarto hepático y luxación cardiaca, más un aneurisma incipiente del tronco braquio-cefálico en un individuo empobrecido por su condición social y la malaria.

El tratamiento se ha dirigido preferentemente á combatir los sintomas culminantes, estado general, fiebre, dolor, absteniéndonos de la punción; porque, ni el estado de la respiración, ni el progresivo alivio en breve tiempo experimentado, la autorizaban, evitando asi al paciente los peligros de una posible infección.

Posteriormente, en fines de Mayo, á consecuencia de una fiebre intermitente de pocos dias, ha vuelto al hospital. Su nutrición era buena, como la coloración y las fuerzas: con vehemente deseo procedimos á reconocer el torax, y ningún rastro apreciable conservaba de su pasada afección.



APARATO CARDIO-VASCULAR.

Ateroma generalizado.

Ateroma y vejez pudiera decirse que son términos recíprocos: el prematuro desgaste orgánico trae en pos de sí un estado igual, que comprueba esta proposición, de todos conocida. A la última modalidad referimos el siguiente caso:

CAMA N.º 576.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. VEGA.

Vicente Ruperez Ortega, de 31 años de edad, soltero, natural de Tredulla (Soria) y trabajador del campo, ingresó en esta Clínica el 11 de Octubre de 1888, aquejando padecer del estómago.

Su padre sufrió largo tiempo de esta viscera y una erupción costrosa en la cara, afectos que persistieron hasta la muerte.

Refiere que en la niñez fué destinado á trabajos superiores á sus fuerzas, y que las privaciones y miseria le acosaron á tal punto, que, apenas entrado en la pubertad, tuvo que abandonar su país y hacerse minero, para atender á su subsistencia. Bajo la influencia de los nuevos medios que le rodeaban, el paludismo inficionó su economía,

siendo sus manifestaciones de larga duración, y revistiendo sucesivamente el tipo cotidiano y terciario.

A la edad de 24 años se le presentó un dolor en la zona supra-umbilical, que se aliviaba provocando el vómito. Tres años mas tarde, después de haber tomado varios medicamentos sin resultado alguno, el dolor aumentó irradiándose á los hipocondrios, haciéndole devolver los alimentos, media ó una hora después de ingeridos, mezclados más ó menos con un líquido turbio de color sucio y olor nauseabundo, y quedando una sensación de presión epigástrica y pirosis con sabor amargo y ácido. A primera vista llamó nuestra atención en este enfermo su desarrollo incompleto, y extrema desnutrición; su piel terrosa, marchita, y plegada daba á la fisonomía el aspecto de un viejo.

Guiados por los antecedentes, procedimos á la exploración del abdomen, que, meteorizado, era no menos notable por el volumen de toda la zona supra-umbilical; cuya elevación seguía una dirección oblicua desde el hipocondrio izquierdo hasta invadir los límites del vacío derecho, observándose después de las comidas movimientos de vaivén, especialmente si los rayos de luz le eran incidentes. Por la percusión aparecía confundido el espacio semilunar con la vultuosidad expresada, siendo comun á ambas el tono claro y timpá-

nico de aquella región. Interrogado con este motivo, nos dijo que había acostumbrado á ingerir en las comidas grandes cantidades de alimento, y, sobre todo, de agua, datos comprobados durante el tiempo que estuvo en Clínica; pues, según los enfermeros, á más de la ración que le correspondía, alguna vez pudo consumir las sobras de otros enfermos: lo mismo acontecía respecto del agua.

La lengua era ancha, con bordes y punta rojos, saburrosa y húmeda. El apetito se presentaba con mucha irregularidad; se sucedían con frecuencia la sed, las pirosis y el sabor ácido y amargo, particularmente después del vómito. Este, provocado por el dolor, ó favorecido por el enfermo, aminoraba sus molestias. El de las sustancias ingeridas, de reacción ácida, tenía los caracteres expuestos en la anamnesis. Meteorización, borborismos y estreñimiento completaban el cuadro de síntomas de este aparato.

Explorada la arteria radial aparece como un cordón duro, resistente á la presión, y rodadizo por el más ligero movimiento que se le imprimiera: débiles y menos frecuentes que lo normal, había discordancia respecto de latidos y volumen del pulso, mayores en el lado izquierdo. El esfigmograma mostraba la meseta del ateroma. Aplicada la mano sobre la región precordial, se per-

cibian los latidos cardiacos muy débiles: percutiendo, se notaba aumentada la zona submate cardiaca hacia arriba y á la derecha; y, siguiendo la percusión á nivel de la primera pieza del esternón, matidez absoluta. Por la auscultación y en el segundo tiempo, se observó un chasquido valvular áspero, fácilmente perceptible en la zona supra-mamelonar, y sobre la primera pieza del esternón, murmullo sistólico confuso.

La marcha del padecimiento ha ofrecido alternativas, alguna de ellas notable por la mejoría de los más molestos sintomas del tubo digestivo, como el vómito y el dolor. El estreñimiento, por el contrario, ha sido tenaz, apesar de los distintos medios, puestos en juego para dominarlo.

En el aparato cardio-vascular no han ocurrido modificaciones apreciables.

En suma, el enfermo, al concederle el alta, aunque aliviado, habia conseguido acrecentar bien poco su nutrición.

Tratamiento. Eupécticos, calmantes, absorventes, tónicos, evacuantes, alterantes, dieta analéptica.

De la historia de Vicente Ruperez se deduce:

1.º Que por sus antecedentes hereditarios, debemos sospechar la influencia de una discrasia en su modo de ser orgánico.

2.º Que la miseria y excesos de trabajo con

las infracciones higiénicas de toda clase, especialmente el abuso de los alcoholes, han podido ser causa de su pobreza orgánica, ó vejez prematura.

3.º Que, apesar de las alteraciones encontradas en el aparato cardio-vascular, refiere todas sus molestias exclusivamente al estómago.

4.º Que es difícil precisar cuál de los dos aparatos ha sido el primero en padecer.

5.º Es de suponer que en el tubo digestivo comenzara un catarro gástrico, el cual, dada la deficiencia orgánica de este individuo, se acrecentó y sostuvo por la mala, irregular é insuficiente alimentación á que vino sujeto toda su vida.

6.º Que á su vez estos desórdenes digestivos, sumándose á las causas de empobrecimiento antes expuestas, han contribuido en mucho al desarrollo del ateroma.

7.º Que en la actualidad debemos conceder gran importancia en el sostenimiento de la dispepsia al ateroma vascular generalizado que sufre.

8.º Que además existe una hipertrofia cardiaca con degeneración grasosa de este órgano, y dilatación del cayado de la aorta con alteración de sus válvulas.

Hígado.

Diagnosticado este caso de *cirrosis mixta*, fué

útil á la enseñanza, entre otras cosas, por dar á conocer un tipo poco común.

CAMA N.º 571.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. ALVAREZ OSORIO.

El día 19 de Abril del presente año ingresó en esta Clínica el enfermo Manuel Diaz, de 40 años de edad, natural de Cazalla de la Sierra, casado, jornalero de profesión, y de constitución regular.

No ofrecen particularidad notable sus antecedentes hereditarios, y, según pudimos deducir de las oscuras explicaciones que nos suministró, su padre murió á consecuencia de trastornos digestivos, determinados por el alcoholismo, y su madre, de una enfermedad del aparato cardio-pulmonar. Tiene un hermano que ha padecido ligeros accesos de fiebre, y que goza en la actualidad de perfecta salud. Respecto del enfermo podemos decir que ha sido atacado en más de una ocasión de fiebres intermitentes, con especialidad hace tres años, en cuya fecha el ataque fué más pronunciado, obligándole á guardar cama durante ocho ó diez días. También acusa haber tenido catarros nasales sin más consecuencias que la natural incomodidad. Por último, y son detalles que no debemos perder de vista, el enfermo, dada su profesión, ha estado sometido á un trabajo rudo, y, por tanto, á continuos cansancios: además, ha sido

aficionado á las bebidas espirituosas, tan usuales en su residencia habitual. No ha contraído afecciones contagiosas, venéreas ó sifilíticas; ni jamás se ha quejado de molestias en los aparatos circulatorio y respiratorio; por lo que bien podemos estimar como idiopático el mal que hoy sufre.

En Agosto del pasado año empezó éste por un ataque agudo, puramente hepático, caracterizado por fiebres, que duraban desde la caída de la tarde hasta el amanecer del día siguiente, acompañadas de dolor vivo en el hipocondrio derecho, que se irradiaba al hombro del mismo lado; de ictericia, más pronunciada en la piel de la cara y en la conjuntiva ocular; aumento del volumen del hígado, orinas cargadas y en corta cantidad; alternativas de diarrea y estreñimiento, hemorroides, que sangraban al defecar, cefalalgia y anorexia.

Este ataque tuvo una duración de doce á catorce días, al cabo de los cuales desaparecieron todos los síntomas, incluso las hemorroides, sin más tratamiento que algunos purgantes salinos; los cuales siguió usando mensualmente, según antigua costumbre. Debemos también consignar que desde hace cuatro ó cinco años se sentía molestado de cuando en cuando por pesadez del hígado y del estómago, acompañada de lo que el enfermo llama «cuerpo disgustado» que bien pudiera ser

algún movimiento febril, que se aliviaba purgándose á menudo.

No quedó el paciente restablecido de esta enfermedad; antes bien se queja desde entonces de sensación de peso con dolor en el hipocondrio derecho, laxitud, cansancio y falta de fuerzas; aumento un tanto sensible del vientre, edema de las extremidades inferiores, al principio por la noche, y más tarde, desde medio día con estreñimiento pertinaz. La enfermedad, como se ve, quedó constituida; y decidido el enfermo á poner término á sus males, determinó ingresar en este Hospital, como lo verificó el día 19 del pasado Abril.

Día 22. El enfermo se hallaba falto de fuerzas, con alguna demacración y tinte terroso sucio en la cara; la conjuntiva y la esclerótica ligeramente teñidas: el resto del cuerpo conservaba su coloración natural. El vientre aumentado uniformemente en su volúmen: dolor continuo y sensación de peso en el hipocondrio derecho: orinas cargadas y sedimentosas. Nada de dispnea, escepto cuando hacia esfuerzos. Edema de los maleolos y piernas á la caída de la tarde, el cual, durante la noche, desaparecía en la cama: alternativas de diarrea y estreñimiento. A la palpación se observaron abultados el hígado y el bazo. La percusión denotaba una matidez hepática que se extendía desde la sesta costi-

lla, dos traveses de dedo por bajo del reborde de la cavidad hasta el hipocóndrio izquierdo: además, timpanización supra-umbilical y submatidez en el hipogastrio y vacíos, la cual cambiaba con la posición del paciente, y tenía su máximum de intensidad en la región lumbar; en donde se notaba aumento de volúmen en el bazo. En dicha región se revelaba líquido, sin vibraciones y más velado en el lado izquierdo. El hígado liso y doloroso á la presión: se observó una pequeña circulación subcutánea, suplementaria, en la pared del vientre. 85 pulsaciones por minuto: el termómetro indicaba 35,6 y 36,4 m. y t.

Día 30.—Aumenta el apetito y las orinas: el dolor y el volúmen del vientre disminuyen. Pulsaciones, 76 y 88, mañana y tarde respectivamente. Temperatura, 36,2 y 37.

Mayo 1.º—El dolor continúa; sigue cediendo la ascitis. El enfermo tiene más fuerzas.

Continúa con ligeras variaciones; pero siempre mejorando hasta el día ocho, en el cual el dolor acabó por desaparecer, quedando únicamente incomodidad y sensibilidad á la presión. La sub-ictericia se sostenía, aunque en menor grado. Hasta aquí llegamos en la observación del enfermo, por haberse le dado á su instancia el alta.

El plan curativo, á que se sometió, fué de diuréticos, calmantes y dieta láctea: también se hizo uso de los tónicos.

SISTEMA NERVIOSO.

**Pleuresía doble sub-aguda y meningo-encefalitis
granulosa.**

CAMA N.º 577.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. VENEGAS.

El interés y provecho, que á todos produjo, se refleja en esta historia, en la cual ningún detalle observado deja de constar.

Jacinto Iglesias Mezquita, natural de Castroladrón, jornalero y de estado soltero. Su constitución, robustecida por el trabajo, no era el tipo de esas organizaciones fuertes, más comunes en la clase trabajadora que en cualquiera otra de la sociedad. Solo nos dice con relación á su familia que su padre es muy aficionado á los alcoholes; pero no asegura que lo fuera antes de engendrarlo.

Su género de vida ha sido desarreglado, cometiendo periódicamente muchos abusos con el alcohol, y más frecuentemente con la masturbación. Sin propensión á padecimientos determinados ha sufrido alguna fiebre de corta duración y el sarampión en su infancia.

El 15 de Marzo de 1887, estando en unos trabajos de desmonte, le acometieron fiebres inter-

mitentes, que le duraron hasta el mes de Junio del mismo año. El 24 de Diciembre, sin causa conocida para él, experimentó violento escalofrío, fiebre y dolor, que desde el costado derecho se dirigía á la base del torax, para seguir las inserciones anteriores del diafragma y ganar el lado opuesto; con menos intensidad en este último sitio. Este dolor aumentaba á la presión, á los movimientos y al máximo en el decúbito lateral derecho.

Ingresó á los pocos días de esto en el Hospital civil, donde permaneció hasta el 17 de Enero, que fué trasladado á nuestra Clínica.

Observamos entonces una demacración no muy acentuada, su piel amarillo-terrosa: afecta, ó el decúbito lateral derecho, ó sentado en la cama, que le es más cómodo. Respiración acelerada (36 inspiraciones por minuto) entrecortada y superficial. Tos seca, pertinaz, sobre todo cuando el tronco ejecuta movimientos. Sentado en la cama, notamos á la percusión matidez en la base del torax (lado derecho), la cual se extiende á tres traveses de dedo más arriba de la mamila: el vértice da un sonido poco preciso. En el lado izquierdo se observan los mismos síntomas; pero la matidez no asciende tanto. En la zona mate derecha hay carencia de ruidos pulmonares inmediatamente por cima; y en el plano posterior, soplo bronquial fuerte: en el resto, murmullo vexicular muy intenso, menos exage-

rado en el vértice. Falta la vibración torácica y se comprueba la egofonia.

En el lado izquierdo los mismos síntomas que acabamos de exponer, faltando la egofonía. El espacio semilunar no es demostrable.

Si tornamos á explorar colocando el enfermo en decúbito supino, varían los resultados; se perciben ruidos en el plano anterior, y el espacio semilunar de Traube, cuya sonoridad había desaparecido en la anterior posición, toma un timbre más claro, distante siempre del que le es propio.

Las demás funciones en buen estado; pero las intelectuales, perezosas; lo cual podría atribuirse á su poco cultivo y á su carácter. El termómetro marca 37° y la radial late 100 veces por minuto.

Prescripción: diaforéticos, diuréticos, revulsivos á las paredes costales y dieta ténue. Con esta medicación la pleuresía se modifica: la tos es menor, la matidez disminuye, el dolor no es tan intenso. Pero, estos síntomas de mejoría, que mirábamos con desconfianza, vinieron á hacerse de segundo interés, por haber notado que aquella oscuridad de los vértices, que nos parecía ilusoria, se convertía en real.

Nada sabemos de antecedentes hereditarios: nada hemos podido deducir del interrogatorio hecho, con objeto de hallar su causa probable: el enfermo, al parecer, dominado por un pensamiento,

es indiferente á cuanto le rodea y da muestra de gran incomodidad, si se le pregunta. Con la tos aparecen esputos redondeados, permaneciendo aislados unos de otros: analizados microscópicamente se vieron bacilos de Koch en abundancia.

En la mañana del 24 nos sorprendió un ataque epilectiforme, constituido por un periodo de convulsiones tónicas, dominantes en el lado derecho, al que siguió otro de forma clónica: la comisura bucal derecha, retraída fuertemente en dirección oblicua hacia afuera y arriba; pupilas dilatadas y poca sensibilidad á la luz; ojos dirigidos arriba y á la derecha; cara roja y abotagada. Concluida la convulsión, fué acometido de coma poco profundo y duradero; terminado el cual nos dijo ser la primera vez que padecía semejantes trastornos, y que en su familia tampoco los había conocido. El sueño de esta noche ha sido intranquilo é interrumpido por ensueños sobre la sustracción de intereses, que había confiado á un compañero. Prescripción: Bromuro de sodio, tres gramos.

Hasta el día 26, en que se presenta otro ataque, nuestro enfermo se ha venido quejando de violento dolor en la cabeza; ha habido algunos vómitos y epistaxis poco abundantes.

Día 29: volvemos á presenciar otro ataque convulsivo: el coma fué más acentuado, y, al desaparecer, los miembros del lado derecho quedaron

con cierta retracción, difícil de vencer: las pupilas dilatadas, se contraían perezosamente: existía trismo en momentos determinados. La cara enrojece y palidece en ocasiones. Prescripción: sanguijuelas á las apófisis mastoides.

Día 3 de Febrero: sigue el estado comatoso que se viene acentuando desde el 29: decúbito dorsal, extrema rigidez del cuello, en extensión forzada; pupilas dilatadas y poca sensibilidad á la luz. Trismo, que casi impide la administración de alimentos y medicamentos: disfagia.

Los segmentos del miembro superior derecho, en flexión unos sobre otros, la mano y antebrazo con extensas manchas rojas. En el miembro inferior correspondiente no es tan pronunciada la flexión: su cara plantar, insensible. El superior izquierdo también en flexión; pero en menor grado: dedos en extensión violenta, y toda la extremidad en agitación continua. El inferior del mismo lado no está muy contraído, más sí sensible en su cara plantar: espasmos convulsivos de los músculos de la cara: vientre deprimido. Por momentos estos síntomas de contractura muscular se exasperan, viene un período verdaderamente convulsivo, que cede al fin, para dar lugar á otro período del estado anterior. Respiración de Cheyne Stokes. Prescripción: Baño general templado con irrigaciones frías á la cabeza.

A la salida de éste, el estado general es mejor y las contracturas disminuyen, recuperando á poco su primitiva intensidad.

Del estudio metódico de la temperatura, pulso y respiración de este enfermo, se deduce:

1.º Respecto de la temperatura, que el trazo en total reviste un tipo vario (da rasgos, remitentes los más, otros intermitentes ó continuos).

2.º Que á partir del 24, y coincidiendo con el primer ataque convulsivo, las cifras han sido cada vez más bajas, aunque sometándose á la irregularidad expresada.

3.º Que hay gran discordancia entre pulso, respiración y temperatura; fluctuando el primero de 60 á 110 y la segunda de 20 á 40.

4.º Que no podemos dar gran confianza al valor absoluto de las últimas gráficas por la naturaleza del padecimiento, más justificado en sus últimos días.

Respiración de Cheyne Stokes, ó sea, pausa y celeridad alternativas en la respiración, superficial al principio, profunda luego, y seguida de otra pausa, signo fatal que indica disminución progresiva de la escitabilidad del centro respiratorio.

Día 4 á las diez de la mañana: Continúan los mismos síntomas que en el anterior. Temperatura 38,6, R. 40 y P. 140. Respiración intermi-

tente hasta el extremo de faltar con frecuencia por cinco segundos. Hace dos días que no depone, y se le prescribe el aceite de ricino.

Diez de la noche: no hay tanta contractura: el estado general es el mismo. El termómetro en la región temporal derecha marca 34° y en la izquierda 34,7: en el axila derecha 36,4, en la izquierda 37,7. Pulso 96. R. 40.

Retención de orina, por lo que se resuelve sondarle, obteniendo 100 gramos de líquido ligeramente rojo y trasparente.

Día 5: diez de la mañana. T. L. (t. d.) 37,2, (t. i.) 38,2. T. G. (a. d.) 37,8, (a. i.) 38,4. P. 112. R. 56. (1)

Diez de la noche T. G. (t. d.) 34,1, (t. i.) 34,2. T. G. (a. d.) 38,5 (a. i.) 37,7. P. 120. R. 47.

Día 6: diez de la mañana. T. L. (t. d.) 35,4, (t. i.) 35,7. T. G. (a. d.) 37, (a. i.) 36,9. P. 110. R. 38.

Diez de la noche. T. L. (t. d.) 34,3, (t. i.) 34,7. T. G. (a. d.) 37,4, (a. i.) 36,2. P. 160. R. 40.

Día 7: diez de la mañana. T. L. (t. d.) 37,9, (t. i.) 37,3. T. G. (a. d.) 37,4, (a. i.) 36,2. P. 152. R. 60.

Hay relajación en los miembros: son menores las intermitencias en la respiración y circulación. Las pupilas se contraen por la acción de la luz, cosa que, como ya hemos consignado, no ocurría en

(1) Las abreviaturas significan: T. L. temperatura local. (t. d.) temporal derecho. (t. i.) temporal izquierdo. T. G. temperatura general. (a. d.) axila derecha. (a. i.) axila izquierda.

los días anteriores. Cara roja, quejidos apagados y constantes, sudor copioso en la mitad superior del cuerpo.

10 de la noche: T. L. (t. d.) 31,2. (t. i.) 31,6. T. G. (a. d.) 38,9. (a. i.) 38,4. P: 148. R. 60,

Día 8, 10 de la mañana. Reaparacen las intermitencias de respiración y pulso, en tal grado que inspiran temor. No ha cambiado la relajación de los miembros. T. L. (t. d.) 33,6. (t. i.) 33,7. T. G. (a. d.) 36,2. (a. i.) 36,5. P: 120. R: 80.

10 de la noche: T. L. (t. d.) 34,2. (t. i.) 34,5. T. G. (a. d.) 37. (a. i.) 36,5. P: 132. R: 80.

Día 9, 10 de la mañana. Cara hipocrática T: (a. d.) 36 (a. i.) 35,3. P: 126. R. 68. En éste día no se pudo investigar la temperatura local á causa de la movilidad cefálica. El coma subsiste, tienen algunos movimientos los párpados y parece que fija inteligentemente la mirada en lo que le rodea.

A las 3 de la tarde murió nuestro enfermo, dándose antes en la respiración intervalos progresivamente más y más largos.

Autopsia. Examinada la cabeza no encontramos contusiones, ni vestijios de ellas. Al practicar el corte cutáneo para levantar la calota ósea no dió sangre. Desprendida con facilidad, deja íntegra la dura madre, que presenta gran repleción sanguínea.

En general, la aracnoides y piamadre encefálicas, y las espinales de la región cervical, están engrosadas; un exudado denso y resistente, de color grisáceo, empasta su tejido, dándole aspecto gelatinoso, con travéculas opalinas y granulaciones miliars. En la confluencia y especialmente á nivel del quiasma, cisuras de Silvio y orígenes de los nervios, la lesión es más manifiesta. Esta se propaga á la convexidad del hemisferio izquierdo, siguiendo el trayecto de los vasos.

En el borde superior del lóbulo frontal izquierdo, cerca de su extremidad anterior, las meninges están adheridas á las capas corticales y con vestigios de inflamación: dado un corte, nos encontramos en presencia de una colección purulenta, del tamaño de una almendra; sus paredes, socavadas, se interrumpen con prolongaciones sinuosas, que van al tejido inmediato; el cual presenta también reblandecimiento de su sustancia.

El cuerpo calloso cede al pasar el dedo, y deja escapar un líquido claro-amarillento, muy denso, perteneciente al tercer ventrículo.

Torax=Pleuras aumentadas en espesor y con múltiples adherencias: los vértices pulmonares llenos de tuberculos y granulaciones. Ligero derrame pericardiaco: ventrículo izquierdo vacío, el derecho relleno de sangre coagulada.

Abdómen=Infarto de los ganglios mesentéri-

cos: el hígado algo esclerosado: el bazo adherido al peritoneo por su borde posterior. Riñones congestionados, y disminuido el espesor de la capa cortical.

Como se ve el diagnóstico ha sido confirmado por la autopsia.

Caso dudoso de esclerosis diseminada en focos

CAMA N.º 574.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. ADAME.

José Mahomet Gerinet, de 30 años, notablemente demacrado, coloración sub-ictérica, confitero y natural de Mequinéz (Marruecos), ingresó en la Clínica el 1.º de Octubre del año pasado.

Siempre conoció á sus padres en buen estado de salud; de la cual dice haber gozado durante su infancia. Su género de vida ha sido sumamente desordenado: los alcoholes, la venus y, á falta de ésta, la masturbación, fueron sus hábitos mas arraigados. Y, si á la perniciosa influencia de ellos se agregan las privaciones que acompañan á una buena parte de los individuos de esta raza durante su vida, fácil es de explicarse el empobrecimiento de este organismo y su mayor susceptibilidad morbosa.

Volviendo, pues, á la anamnesis patológica, pa-

rece que residiendo el año de 1866 en esta población fué acometido de un fuerte mareo, perdiendo el conocimiento; en cuyo estado lo trasladaron á este hospital, no recobrando la inteligencia hasta pasados cuatro ó seis días: no pudo decirnos sintoma alguno que durante ellos hubiera ofrecido. Continuó enfermo dos meses con fiebre, cuyo carácter no nos ha sido dable averiguar: solo nos dice que salió completamente bueno, entregándose desde entonces á los alcoholes y placeres venéreos en mayor grado aún que en la vida pasada. El año de 1868 marchó á la isla de Cuba en clase de voluntario del ejército, y á los dos meses de estancia allí, fué acometido de un segundo mareo, más fuerte que el anterior. Perdió el conocimiento, le condujeron al hospital y permaneció en tal estado durante ocho ó diez días; pasados los cuales, y repuesto de aquel ataque, padeció la fiebre amarilla, de la que curó quedándole solo alguna fatiga que se acentuaba al marchar por terrenos accidentados. En este estado regresó á la península, y continuó ejerciendo su industria, frecuentando y permaneciendo largas temporadas en las minas de Rio-Tinto. Fué atacado en ellas de cefalálgias pertinaces, que él atribuía al humo que allí se respira; por lo cual determinó regresar á esta capital. Durante el camino padeció fiebres, que se repetían todos los días á la mis-

ma hora, entrando con intenso calofrío, y terminando con poco sudor. A los cuatro días de sufrir dichas fiebres, sintió en el hipocóndrio derecho dolor, que fué acompañado de ictericia. Cedieron los síntomas hepáticos y continuaron las fiebres con igual carácter por espacio de diez días, desapareciendo al fin á beneficio de unas pildoras y bebidas que tomó por prescripción facultativa. Quedó bueno, segun dice, pero al poco tiempo sintió grandes mareos, que dificultaban mucho la progresión, circunstancia que le obligó á venir á la Clínica.

El enfermo, al entrar, acusaba cefalálgia, ruido de oídos, gran debilidad en las extremidades inferiores, atormentándole, sobre todo, el vértigo en el momento de abandonar la posición horizontal. Los demás síntomas que, por la observación y repetidas exploraciones, pudimos recoger, fueron los siguientes: marcha vacilante é imposible sin apoyo, explicando esta dificultad por la frase de que todo giraba á su alrededor; el paso se efectuaba de una manera brusca é irregular, como si el plano de sustentación que recorría, fuese de desigual consistencia; vendados los ojos tenia conciencia de cuál era el pié que levantaba primero; la voluntad marcaba con antelación el punto á que lo habia de dirigir; las extremidades superiores realizaban sus movimientos de un modo or-

denado y en relación con las manifestaciones voluntivas; pero con el mismo temblor arritmico é igual vacilación que las inferiores: colocado un objeto á su alcance, al cojerlo, lo hacía de un modo indeciso; en una palabra, el temblor de unas y otras extremidades, solo se presentaba cuando el individuo pretendia imprimirles algun movimiento. Había además dificultad en la palabra; la expresión era temblorosa, terminando la frase de un modo incorrecto; la pupila obedecía con cierta pereza á la impresión de un foco luminoso, existiendo nistagmus, mas marcado en el lado izquierdo, que en el derecho. Comprobamos exageración notable del reflejo de los tendones biceps, triceps y rotuliano, observándose tambien el fenómeno del pié (epilepsia espinal) muy pronunciado y persistente, y acentuándose mas los dos últimos en la extremidad izquierda (durante seis minutos.)

Como el enfermo conservase aún cierto tinte subictérico, reconocimos el abdómen y encontramos el hígado aumentado de volúmen con algún dolor provocado. A este cuadro sintomático acompañaba ligera fiebre intermitente vespertina, que venia á acentuar el mal estado general. Por lo demás, las funciones digestiva, respiratoria, circulatoria y renal, se ejercian con relativa normalidad.

Consideraciones. Los ataques apoplectiformes, sufridos en distintas ocasiones; las cefalalgias atribuidas á las minas de Rio-Tinto; los mareos que, segun expresión del enfermo, fueron los llamados vértigos rotatorios; el temblor desordenado y de grandes oscilaciones, que se producía al ejecutar cualquier movimiento, y nunca en el caso contrario (circunstancias que lo hacen bien distinto del que es propio de la parálisis agitante); la conciencia y coordinación de sus movimientos; la alteración del lenguaje articulado; la pereza en la contracción pupilar; el nistagmus; la exageración de los reflejos tendinosos, son datos clínicos, suficientes para justificar el diagnóstico de esclerosis generalizada en placas.

Y, sin embargo, el alivio rápido y progresivo, obtenido por el tratamiento tónico, á que se sujetó, nos hizo dudar, y sospechamos una neurosis. Es más: suponiendo su curación efectuada, no habríamos aclarado el diagnóstico, puesto que la esclerosis multilocular es curable, según algunos autores. Charcot emite con reservas el pronóstico: Bourneville cree que las resistencias que ofrecen los cilindro-ejes á la invasión de la lesión, tal vez permita explicar la posibilidad de reaparecer las funciones. En el orden genésico nada hallamos de especial; son causas, que si bien se enlazan con lesiones anatómicas, también pueden

determinar complexus sintomáticos equivococ; es decir, *neurosis simulativas*.

¿Qué tiene, pues, de extraño, dadas las razones anteriormente expuestas, que curaciones reputadas como de tales esclérosis, sean simples neurosis? Ellas nos explicarían algunos casos, tenidos por confusos ó incompletos de esta afección, y motivarían una terapéutica quizá mas util.

Por otra parte, los síntomas hepáticos de nuestro enfermo se relacionan con un infarto del hígado, originado, tanto por el abuso que confesó haber hecho de los alcoholes, cuanto por la acción del clima cálido de las Antillas, donde sabemos que permaneció cierto tiempo. (1)

ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Tuberculosis pulmonar, agudizada, con síntomas peritoneales.

CAMA N.º 572.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. VENEGAS.

El dia 15 de Febrero de 1888 se admitió en nuestra Clínica á un joven de 20 años de edad, llamado Francisco Velasco. Su oficio era trabaja-

(1) Hemos observado en Octubre de este año al enfermo, objeto de la anterior historia, *en completo estado de salud*.

dor del campo y natural de La Campana, pueblo de esta provincia.

Ningunos datos obtuvimos del interrogatorio, dirigido á indagar los antecedentes de herencia patológica. Pero, supimos que el enfermo que ocupaba el número 556 de la clínica quirúrgica, víctima de todas las manifestaciones de una diátesis escrofulosa, era su primo-hermano. Su constitución débil y el parentesco tan inmediato con un individuo, tipo de escrofulosos, pudieron hacer sospechar que, á pesar de la ignorancia del enfermo acerca de este punto, la herencia pudiera tener acción directa en el origen del padecimiento. Varios catarros, una pulmonía derecha hace tres años y epistáxis frecuentes, constituyen su anamnesis patológica, los datos que poder relacionar con el actual padecimiento.

Desde Agosto de 1887 este individuo no ha gozado de salud completa, aunque, repuesto de estas pérdidas, se haya dedicado á su trabajo; el cual en ocasiones tuvo que dejar, molestado por alguna fiebre. El día 25 de Diciembre del mismo año, al retirarse de sus faenas de campo, cayó en un arroyo, y desde entonces la enfermedad se presentó con un carácter mas activo, viéndose atormentado por tos muy frecuente, expectoración cuyas condiciones no nos ha podido explicar; fiebre vespertina, sudores de la mitad supe-

rior del cuerpo, ansiedad respiratoria despues del menor ejercicio, inapetencia y debilidad general: ignoramos el tratamiento á que estuvo sometido antes del 15 de Febrero; en cuyo dia entró en nuestra Clínica: hé aqui el cuadro que nos ofreció al primer reconocimiento. Palidez general, débil nutrición, tronco inclinado hácia adelante, como agoviado, cabellos secos y crespos, ojos tristes. No podia adoptar el decúbito lateral izquierdo; pecho deprimido; las fosas infraclaviculares eran muy marcadas, sobre todo la derecha: los movimientos respiratorios frecuentes, 30 y 32 evoluciones respiratorias por minuto; temperatura 37,9, pulsaciones 100. La percusión nos puso de manifiesto una oscuridad en los vértices pulmonares, sobre todo en el derecho. Si nos dirigimos hácia las bases, el sonido es mas normal, pero en la derecha existe esta oscuridad, reliquia de la pasada pneumonia: en el plano posterior los mismos sintomas. Auscultando, oimos en el vértice derecho estertores crepitantes y ruido de soplo; vibración torácica aumentada; murmullo vexicular, exagerado en la parte media y disminuido en la base. En el lado izquierdo y en el vértice soplo intenso; en el resto del pulmón, normal. La zona cardiaca á la percusión y auscultación, sin alteraciones apreciables. Lo mismo ocurre con estas exploraciones y las correspon-

dientes á indagar el estado de la cavidad abdominal. Tos muy frecuente y á veces tan intensa que provoca el vómito, cuando se presenta despues de las comidas: espectoración abundante, moco-purulenta, algunas veces sanguinolenta: ensueños frecuentes y agitados. No hay alteración especial en el aparato digestivo.

Al siguiente dia, el enfermo nos habla de un intenso dolor abdominal, que, por lo vago en su localización, no puede ser precisado, no habiendo otro sintoma en esta región.

En los dias sucesivos, el cuadro clínico es el mismo en el número, pero sensiblemente mayor en extensión.

El sintoma que merece observarse por entonces es la fiebre, esencialmente remitente hasta el dia 21, y la cual se torna en sub-continua hasta el 8 de Abril, en que vienen nuevas remisiones. No falta ningun dia: se inicia con 39,3 para oscilar entre 37,5 y 38,5. Vuelve á aparecer un periodo de extensas remisiones y exacerbaciones que subsiste hasta el 16, siendo la cifra mayor 39,7 y la menor 37: dos dias se vé de ella libre nuestro enfermo, repitiéndose despues las anteriores oscilaciones. El número mas constante de pulsaciones es el de 100 y los movimientos respiratorios entre 25 y 30.

Estudiando este conjunto de sintomas, deduji-

mos que se trata de una afección arraigada en el aparato respiratorio, y de éste en los pulmones. La percusión, auscultación, tos, expectoración, dolores torácicos y la aceleración respiratoria, lo confirman. ¿Y qué afección pulmonar, colocada en los vértices y con el cortejo de síntomas ya expuestos puede ser, sino la tuberculosis pulmonar? Pudiera ser pneumonía de los vértices, y creemos que la hay: inflamación pulmonar de los vértices, y muy fácil de comprender su existencia en un proceso como el tubérculo; el cual sabemos enjendra esos focos pneumónicos en las inmediaciones de su localización. Con objeto de hacer el diagnóstico clinicamente, hemos procurado que se haga el análisis de los esputos, en los cuales se encuentran glóbulos purulentos y de moco y bacillus tuberculosos. No siendo ya posible la duda nos preguntamos: ¿qué clase de tuberculosis es? La marcha de esta afección, los síntomas de la auscultación y percusión, son datos que hacen confirmar su carácter ulceroso. Pero, no por revestir esta forma el proceso, deja de ser agudo. Tiene esta marcha, dentro de su carácter crónico, y será probable que el individuo sucumba en breve plazo. Las lesiones pulmonares son cada vez mas extensas, la fiebre no cesa una línea en su forma subcontinua ó remitente, de grandes elevaciones térmicas; y, á más de esto, se teme que los órga-

nos abdominales lleguen á ser asiento de los tuberculos, para mayor empeoramiento de su estado. El pronóstico por consecuencia es grave.

El plan terapéutico ha consistido en combatir en cuanto nos ha sido posible, los síntomas predominantes y la causa específica. Se le aconsejó marchar á su pueblo natal donde las condiciones higiénicas son distintas y mas favorables que las del hospital; y es dado de alta el 25 de Marzo.

El estado del paciente, á su salida de la Clínica, se comprende cuál habria de ser, dado el tipo del proceso que sufría. La ciencia no cuenta en la actualidad con medios para combatir tan terrible enfermedad, ni destruir su causa productora: y el médico se esfuerza en vano por alcanzar resultados limitados en la mayoría de los casos, especialmente en las formas febriles.

PALUDISMO

Intermitente inveterada.

CAMA N.º 560.

ALUMNO OBSERVADOR,
SR. VILLEGAS.

Antonio Gallego, operario en la linea de Huelva, de 34 años, estatura regular y bien constituido

es el enfermo de esta obsevación; el cual entró en Clínica el 2 de Enero.

Sus antecedentes de familia no tienen relación alguna con el padecimiento que observamos. Respecto de los suyos, dice que, excepción hecha de la viruela que sufrió en la infancia, ha gozado de buena salud hasta el 12 de Septiembre, fecha á que se remonta el principio de unas fiebres que le han molestado bastante, y por las que se ha visto obligado á entrar en este hospital. Nos manifestó que el estadio prodrómico se traducía por mal-estar general, bostezos, pandiculaciones y escasa ó ninguna aptitud para el trabajo. Estos fenómenos iban seguidos de fiebre, que se iniciaba por la tarde con frio prolongado, seguido de calor y terminando por sudor abundante. A los ocho ó diez dias de fiebres, que, según él, todas tenían los mismos caracteres apreciables, esto es, que principiaban por la tarde con frio intenso y terminaban con sudor, hallándose apirético por las mañanas, ingresó en el hospital de Huelva, donde obtuvo una notable mejoría. Desconocedor de la causa productora de su mal, volvió á ejercitarse en su trabajo; y, lo que era consiguiente, las fiebres no se hicieron esperar, si bien afectando un tipo terciario, distinto del cotidiano, que hasta entonces habian manifestado. En tal estado llegó á la Clínica el dia ya referido.

Día 3. Por la inspección se aprecia que su piel es de coloración amarillo-morena; que las mucosas están decoloradas; el vientre voluminoso y aplanado: por la palpación nos parecieron aumentados de volúmen el bazo y el hígado; la sensibilidad en el hipocóndrio izquierdo estaba exagerada. La percusión confirmó el aumento de volúmen en la glándula esplénica; la sonoridad del espacio semilunar de Traube se hallaba disminuida, con matidez absoluta hasta cinco traveses de dedo por bajo del reborde costal izquierdo. En cuanto á la zona hepática, también era manifiesta la exageración de la matidez. Sospechando, por la forma del vientre, que existiera algun derrame peritoneal, fué explorada convenientemente dicha cavidad en los distintos decúbitos, con lo que pudo percibirse que contenia liquido.

Prescripción: Sulfato de quinina, un gramo.

Día 4. Temperatura de la mañana, 36,2; por la tarde, 38,2; ninguna alteración en los demás síntomas, ni en la medicación.

Desde el día 5 hasta el 12, la temperatura oscila entre 36 y 37: nada ocurre digno de mención en lo demás: sigue administrándose el sulfato en dosis decrecientes y vino de quina 30 gramos.

Día 14. Temperatura de la mañana 39,8: tarde, 40, 1: sustitución de la quinina por un gránulo de arseniato de hierro en cada comida: el

dolor del hipocóndrio desaparece.

Día 15. Temperatura, 36 por m. y t.

16: desde este día hasta el 19 la curva térmica oscila entre 36 y 37.

El 21 reaparece el dolor de la región esplénica; tintura de iodo al sitio designado.

30: 37,8 de temperatura por la mañana, 41 por la tarde. Debemos hacer constar respecto del arseniato de hierro, que desde su prescripción ha venido aumentándose en las comidas un gránulo cada día hasta 6, y descendiendo en la misma proporción hasta 1, para volver de nuevo al mismo máximun.

1.º de Febrero: T. 35,6, siguiendo la curva una progresión ascendente hasta el día 8, en que el termómetro marcó 38,6 m. y 39 t.

Día 9: el dolor ha cesado; T. 35,4 m. 36,1 t. Continuando entre 36,8 y 37,2 desde este día hasta el 22; en el cual por la tarde subió á 39,6.

23: T. 36 m. 37 t.

24: A la hora de visita el estadio de frío fué exagerado: la T. de la mañana 38, la de la tarde 40,6: bromidrato de quinina 1 gramo, 50 centigramos. A contar desde el día 6 á el presente, el tratamiento se redujo á una tixana amarga y embrocaciones con tintura de iodo al hipocóndrio izquierdo.

Día 25: 36,4 m. 36,6 t.

26: A las diez de la mañana frio intenso y prolongado, precursor de una fiebre de 42 grados. El mismo tratamiento.

27: T. 36 m. 36,4 t.

Marzo 1.^o El enfermo es acometido de un catarro bronquial. La gráfica oscila de 36,8 á 37,3 en el periodo, comprendido entre la fecha de esta observación y el 20 de Marzo, en que se dió de alta, á su peticion. Durante dicho periodo se le prescribieron sudoríficos, expectorantes, balsámicos y diuréticos; continuando el vino de quina.

Consideraciones. En el caso que historiamos no cabe la menor duda de que se trataba de una afección palúdica de origen perfectamente conocido, y cuyas manifestaciones (fiebres) ofrecen los estadios característicos (frio, calor y sudor) de la infección malárica. En un principio, esto es, antes de ingresar el paciente en la clinica, los accesos eran cuotidianos, segun nos aseguró; pero desde el dia que comenzamos su observación, varia, sometándose al tipo terciano. El beneficio que hemos logrado con la medicación expuesta, ha sido bastante transitorio; pues, si bien es verdad que se ha logrado detener las manifestaciones febriles, la infección continúa, como se comprueba por las recaidas que han sobrevenido, sin tener á que atribuirse. En este caso ha sido observada la periodicidad latente de Graves (tipo terciano). El

dolor experimentado por el enfermo en el hipocóndrio izquierdo, lo suponemos debido á focos de peri-esplenitis. El escaso derrame peritoneal lo creemos producido, mas por alteraciones del liquido sanguíneo, que por dificultades en la circulación hepática.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Catedrático,

Dr. Enrique Romero Pedreño.

El Profesor Clínico,

Ldo. José Romero Villeta.

CLÍNICA MÉDICA.

Estado demostrativo del movimiento habido en esta clase durante el curso de 1887 á 1888.

GRUPO de enfermedades	LOCALIZACIÓN.	CAMA del enfermo. N.º M.º	ENFERMEDAD.	CAUSAS.	COMPLICACIONES.	TRATAMIENTO			ANÁLISIS HISTOLÓGICO. OBSERVACIONES.	
						Interno.	Externo.	Terminación.		
A. respiratorio.	Bronquios. . . .	557	Bronquitis crónica. . . .	Su oficio (albañil).		Expectorantes. Balsámicos.		Muy aliviado. . . .		
		560	Bronquitis crónica agudiz. ^a	Enfriamiento.	Neuralgia intercostal.	Diaforéticos. Expectorantes. Balsámicos.	Revulsivos.	Curado.		
		560	Bronquitis crónica. . . .	Frecuentes bronquitis.		Balsámicos. Estupefacientes.		Muy aliviado. . . .		
			572	Idem.	Su oficio.	Enfisema. Broncoectasia. Asma.	Alterantes. Balsámicos, etc.	Revulsivos.	Aliviado.	
			580	Bronquitis aguda.	Enfriamiento.		Diaforéticos. Expectorantes. Estupefac.		Curado.	
			581	Bronquitis crónica. . . .	Su oficio (albañil).	Enfisema.	Alterantes. Balsámicos. Tónicos.		Aliviado.	
			581	Idem.	Idem.	Enfisema. Insuficiencia mitral.	Expectorantes. Balsámicos. Tónicos.	Revulsivos.	Idem.	
		Pulmones. . . .	557	Pneumonía del vértice der. ^o	Pobreza fisiológ. ^a	Congestión del vértice izquierdo.	Expectorantes. Tónicos. Excitantes.	Idem.	En resolución. . . .	Los esputos no tienen bacilus.
			575	Pneumonía intersticial, lado izquierdo.	Su oficio (molin. ^o).		Expectorantes. Balsámicos.	Idem.	Aliviado.	
			577	Pneumonía fibrinosa doble.	Enfriamiento.		Expectorantes. Excitantes.	Idem.	En resolución. . . .	No hay bacilus en los esputos.
			578	Pneumonía intersticial. . . .	Su oficio (minero de carbon).	Varias.	Expectorantes. Excitantes. Tónicos. Balsámicos.	Idem.	Muy aliviado. . . .	
			579	Pneumonía fibrinosa, lado derecho.	Enfriamiento.	Adinamia.	Excitantes. Expectorantes.	Idem.	Falleció.	
		Pleuras.	581	Idem.	Idem.	Cistitis cantaridiana.	Expectorantes. Sedantes.	Idem.	En resolución. . . .	
			558	Pleuresía izquierda (derrame enquistado).	Idem.	Infarto hepático.	Antipiréticos. Tónicos.	Idem.	Muy aliviado. . . .	
	A. cardio-vascular		579	Pleuresía fibrinosa, lado dr. ^o	Enfriamiento.	Bronquitis aguda.	Diaforéticos. Expectorantes.	Idem.	Curado.	
		571	Endo-arteritis crónica. . . .	Reumatismo.	Dilatación é insuficiencia aortica.	Alterantes.	Idem.	Falleció.	Comprobación del juicio por la autopsia.	
		579	Idem.	Alcoholismo.	Hepatitis pulmonar izquierda.	Expectorantes. Balsámicos. Tónicos.	Idem.	Aliviado.		
		580	Aortitis.	Reumatismo.	Insuficiencia aórtica.	Alterantes.	Idem.	Idem.		
A. digestivo. . . .	Faringe.	572	Faringitis aguda.	Enfriamiento.		Diaforéticos.	Emolientes.	Curado.		
		Estómago.	576	Dispepsia.	Vida desarreglada	Ateroma arterial.	Eupécticos. Tónicos.		Aliviado.	
	578		Dispepsia atónica.	Idem.		Alterantes. Tónicos.		Idem.		
	578		Dispepsia gastralgica. . . .	Idem.		Alterantes Estupefacientes. Dieta láctea		Muy aliviado. . . .		
		Hígado.	579	Dispepsia ácida.	Reumatismo.		Idem. Idem. Idem.		Idem.	
	571		Cirrosis mixta.	Alcoholismo.		Diosmóticos. Estupefacientes.	Revulsivos.	Aliviado.		
	574		Cirrosis venosa.	Desconocida.		Diuréticos. Tónicos.		En el mismo estado. . . .	Falleció en su casa algunos dias despues.	
			576	Idem.	Alcoholismo.		Diosmóticos Tónicos.	Paracentesis.	Falleció.	Autopsia afirmativa.
		577	Idem.	Idem.		Diuréticos.		Muy aliviado. . . .		
A. locomotor.		574	Reumatismo poli-articular. . . .	Mala vivienda.	Tuberculosis.	Alterantes. Expectorantes. Balsámicos	Revulsivos.	En peor estado. . . .	De su afección articular curado. Los esputos contienen bacilus.	
S. nervioso. . . .	Médula.	558	Tabes dorsal.	Desconocida.			Electricidad.	En el mismo estado. . . .		
		574	Esclerosis diseminada en focos.	Vida desarreglada			Tónicos.		Muy aliviado. . . .	
		575	Epilepsia.	Herencia.			Sedantes.		Aliviado.	
		Tuberculosis. . . .	556	Tuberculosis pulmonar.	Desconocida.		Sintomático.	Revulsivos.	En peor estado. . . .	Bacilus en los esputos.
	561		Idem.	Contagio.		Idem.	Idem. Antisépticos.	Falleció.	El diagnóstico fué confirmado por la autopsia.	
	561		Idem.	Herencia.		Idem.	Idem. Idem.	Muy aliviado. . . .	Se ven bacilus en los esputos.	
	672		Idem.	Contagio.		Idem.	Idem. Idem.	Falleció.	La autopsia comprobó el diagnóstico.	
		Infecciosas. . . .	575	Tuberculosis generalizada. . . .	Desconocida.		Idem.	Idem. Idem.	Idem.	Demostrada la especificidad en varios tejidos
	577		Pleuresía doble.	Idem.	Meningo-encefalitis granulosa.	Diaforéticos. Diuréticos. Sedantes.	Sangrías locales. Baños con irrigaciones	Idem.	Esputos confirmativos.	
	580		Pneumonía caseosa, lado derecho.	Herencia.		Espectorantes. Tónicos. Excitantes.	Revulsivos.	Idem.	La autopsia dió resultado afirmativo. Esputos de confirmación.	
	Paludismo.	558	Fiebre intermitente (tipo cotidiano).	Malaria.		Antiperiódicos. Tónicos.		Curado.		
558		Caquexia palúdica.	Idem.		Diuréticos. Tónicos.		Aliviado.			
560		Intermitente inveterada. . . .	Idem.		Antiperiódicos. Tónicos.		Idem.			
574		Caquexia palúdica.	Idem.		Diuréticos. Tónicos.		Curado.			

Con mi intervención.
El Catedrático,
Dr. Enrique Romero Pedreño.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Profesor clínico,
D. José Romero Villeta.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CLÍNICA DE PATOLOGÍA GENERAL.

**Reseña de los trabajos efectuados durante el curso
en la Cátedra de Patología General
y su Clínica (1).**

Al ser nombrado Catedrático de Patología General, su clínica y anatomía patológica en el año de 1885, encontréme perplejo ante la grave responsabilidad que contraía, teniendo que explicar una asignatura tan importante, tan extensa y, sobre todo, tan útil y necesaria; en tal grado que, del conocimiento exacto de las materias que comprende, nace, no solo el llegar al estudio de las Patologías especiales y de las clínicas médica y quirúrgica sobre bases positivas y ciertas, sino también el encontrar el alumno en ellas fácil el

(1) Por error del cajista no va esta reseña, como debía, antes de las de las otras Clínicas.

camino que está llamado á recorrer.

Entre el temor del Profesorado, se despertaba en mi alguna confianza, ya por haberme sido siempre simpática esta asignatura, ya por haber tenido la honra de ser de los profesores alumnos del Instituto de terapéutica operatoria, dirigido por el Sr. Dr. D. Federico Rubio, en el Hospital de la Princesa de Madrid; en el cual me acabé de convencer, oyendo las conferencias que á la cabecera del enfermo se nos daban por nuestro queridísimo maestro, de que lo que se necesita siempre es inquirir la causa del padecimiento, de un modo minucioso y exacto; fijarse especialmente en los distintos cambios ó fenómenos ocurridos en el individuo que á nuestro exámen se encontraba, no contentándonos con una sola observación del síntoma ó fenómeno, sino repitiéndola y haciéndola muy minuciosa, con el objeto de poder justificar lo anterior, modificarlo ó variarlo; y, por último, venir á sentar el diagnóstico y pronóstico, que debiera formularse y del cual se desprendía el tratamiento más, ó ménos, apropiado. ¡Cuántas veces me alegraba de haber estudiado con ahinco Patología! ¡cuánto gozo hoy en saber algo en este tan importantísimo ramo de la Medicina! Suerte fué, en verdad, el venirme á encarar en esta querida Escuela de la asignatura que siempre habia mirado con predilección; y, por

tanto, desde el momento en que de explicarla me hice cargo, traté de formar el plan de enseñanza, que iría modificando, según las exigencias de los nuevos descubrimientos, y de las necesidades que en la práctica fuese encontrando. Quería cumplir lo dispuesto por la superioridad respecto de mi asignatura, y me encontraba en la imposibilidad de explicar, ó, mejor dicho, de enseñar Patología general y su clínica, si habia de dar, siquiera fuesen ligeras nociones de anatomía patológica. Lugar oportuno me parece éste para elevar mi humildísima pero entusiasta felicitación á los dignos é ilustrados SS. Ministro y Director de instrucción pública, que reformaron el plan de estudios médicos en el año de 1886, viniendo á dividir esta asignatura en dos, completamente distintas, la Patología General con su Clínica y la Anatomía é Histología patológicas. Hechas estas aclaraciones que pueden servir de preámbulo obligado á este insignificante trabajo, voy á exponer el método seguido en las explicaciones y los trabajos clínicos de mas importancia, efectuados en esta clase durante el curso académico de 1887 á 1888.

Siguiendo la escuela de Chomel y otros autores franceses, sostengo el concepto de que la Patología General debe ocuparse únicamente de la enfermedad en abstracto; esto es, de reunir los hechos comunes á todas las dolencias, pero conside-

rândolas independientemente del padecimiento á que se refieren, para venir á formar con ellas un cuerpo de doctrina. Este concepto, que de la asignatura tengo formado, me indica clara y precisamente, como se comprenderá, los limites de la Patologia General. Empecé, pues, mis explicaciones por una ligera reseña histórica de la Patologia, en la cual hice ver patentemente que, si bien hasta fines del siglo 17 no podíamos encontrar obras que tratasen solo de la General, la verdad era que lo primero que, remontándonos á las primeras épocas, se habia escrito de Medicina, eran las tablas votivas de los templos, que podríamos comparar perfectamente á las hojas clínicas que en la actualidad tenemos en nuestros hospitales á la cabecera de los enfermos; de donde podíamos deducir, no solo la prioridad de la Patologia General sobre las otras asignaturas que vienen á constituir el estudio de nuestra ciencia, sino tambien la necesidad imprescindible de su conocimiento en todos los tiempos, y la grandisima importancia que siempre se la ha concedido. Dadas unas lecciones preliminares sobre el concepto y naturaleza de la enfermedad, para llegar á definirla con arreglo á los últimos adelantos; y, despues de dividir la asignatura en sus cuatro partes principales, nosologia, etiologia, sintomatologia y semeiótica; me ocupé en varias lecciones de

la primera, hablando de la nomenclatura, clasificación y división de las enfermedades. Pasé luego al estudio de la Etiología; y, concediéndole toda la importancia que hoy se la otorga por los sábios de todas las naciones, me extendí, cuanto el tiempo me permitió y mis fuerzas alcanzaron en el estudio de los múltiples agentes, capaces de alterar por cualquiera circunstancia, el estado fisiológico, para venir á constituir el patológico; dedicando especial interés al parasitismo, y en particular al estudio de los esquizofitos ó microbios, como productores de multitud de padecimientos infecciosos; de los cuales, antes de la segunda mitad de nuestro siglo, se ignoraban sus causas determinantes. Sin dejarme llevar del entusiasmo natural que por los nuevos descubrimientos sentimos los de la generación actual, llamé la atención de mis alumnos hácia aquellos esquizofitos perfectamente demostrados, zimógenos, saprógenos, cromógenos y patógenos, que determinaban fermentaciones, putrefacciones, coloraciones y alteraciones morbosas, vistas ya cien y cien veces en numerosas y repetidas experiencias.

Concluida la Etiología á principios de Diciembre, y, despues de explicada la primera lección de Sintomatología (generalidades), intercalé, antes de pasar á lo particular, la exposición y descripción de los múltiples y variados medios explora-

torios, con que hoy contamos, para poder apreciar y valorar mejor infinidad de síntomas, antes imperfectamente recojidos y estimados. Mucho me extiéndiendo en estas lecciones; pero ¿quién me negará que del conocimiento exacto del instrumento; de saber cuando debe de emplearse, y de las reglas que cada uno de ellos necesita para su buen uso y recta aplicacion, resulta que podemos en el dia vanagloriarnos del sin número de adquisiciones científicas obtenidas? ¿Cuantos beneficios debemos al estetoscopio, plexímetro, oftalmoscópio, laringoscópio, otoscópio, sfigmógrafo, poliscópio, microscópio, speculum vaginal, rectal, auditivo y nasal; endoscópio, dinamómetro, espirómetro, termómetro, cirtómetro, sondas, catéteres, bujias, etc., etc? Como desde que empiezo las lecciones de síntomas en particular (mediados de Enero), traslado la Cátedra al Hospital, me ha parecido siempre lógico dar dos conferencias de clinica general, en las cuales, despues de presentar los diferentes métodos de enseñanza, que, en las diversas facultades de Alemania, Inglaterra, Italia, Francia y España, se usan; y, despues de hacer un juicio crítico de cada uno de ellos, procuro demostrar la supremacia sobre los demas del que á continuación expongo.

Generalidades sobre el modo de hacer el interrogatorio clinico, y de observar los enfermos; y

condiciones, por parte del médico, del enfermo y de la enfermedad, para poder sentar el diagnóstico, deducir el pronóstico y entablar el tratamiento: tales datos me sirven para concluir estas lecciones, hablando luego de la redacción ó dición de las historias clínicas que he de exigir mas tarde, ya por escrito, ya de palabra. Despues de estos conocimientos, trasmitidos á mis alumnos, elijo de entre ellos los estudiosos y aplicados en anatomia descriptiva y general, fisiologia é higiene, para que hagan estudios prácticos sobre el sintoma á la cabecera del enfermo.

En el curso pasado, á mi ruego, consiguió nuestro Director autorización de la superioridad en el Hospital, para que la Clínica de Patología General no estuviese reducida á los enfermos de las médica y quirúrgica de nuestra Escuela, sino que se extendiera á los 700 ú 800 que en todo el Establecimiento suelen encontrarse; con lo cual podian observar en ellos los sintomas, que en el dia explicáramos: de este modo se hizo extensísima la demostración, que yo deseaba en bien de la enseñanza.

Para su estudio dividí la Sintomatologia por el orden fisiológico, en que por lo general se explican las funciones, haciendo siempre, antes de tratar las alteraciones de cualquier órgano, aparato ó función, un ligero recuerdo anatómico y fi-

siológico de ellos, para que se vieran así mejor las diferencias entre la salud y la enfermedad. Doy principio á las explicaciones de los síntomas en particular por el estudio del hábito exterior del enfermo, primera cosa que el discípulo ve al llegar á la cama. Expuesta la lección primero, y en élla dicho, no solo el nombre técnico del síntoma ó manifestación sensible, si no la alteración dinámica ó sustancial que lo origina, concluyo por decir los padecimientos principales en que por lo general se presentan, asignándoles en último lugar el valor diagnóstico y pronóstico que á cada uno de ellos se debe conceder. Terminada esta parte teórica de la conferencia, voy con los alumnos á las salas para enseñarles en el enfermo lo que en cátedra acabo de explicarles; y allí hago que ellos por si mismos aprecien el síntoma, allanándoles las dificultades, desvaneciéndoles las dudas, y valiéndome en muchos casos de que se observen los unos á los otros, auscultándose y percutiéndose, para que así puedan mejor encontrar las diferencias que existen entre lo normal y anormal, lo fisiológico y lo patológico.

He de terminar este trabajo, y no quiero concluirlo sino despues de haber dado una somera idea de cómo explico mi asignatura, diciendo en qué enfermos fijé principalmente la atención el pasado curso. Los síntomas suministrados por la

circulación y por la respiración merecieron mi primera consideración; pues reúnen á su extremada importancia, el que, dada la confusión á que se prestan, son los mas difíciles de apreciar por uno solo. Todos los que con asiduidad concurrieron, oyeron ruidos de fuelle, cardiacos, nosohémicos y orgánicos, sabiendo diferenciar cuáles eran debidos á alteraciones propiamente cardíacas ó vasculares y alguno de ellos llegar hasta diagnosticar á fines de curso, con precisión y exactitud, insuficiencias y estrecheces, tanto mitrales como aórticas. De las hojas é historias clínicas, que llenas y hechas por ellos tengo á la vista, resulta que fueron observados 17 enfermos cardiacos y 39 del pulmón. De éstos la mayoría eran tuberculosos y, por tanto, nos fué facil poder demostrar prácticamente todos los ruidos y sonidos anormales, que á la percusión y á la auscultación se presentan en los distintos periodos de tan terrible enfermedad: asi es que desde una ligera matidez y una disminución del murmullo vexicular, hasta la resonancia exagerada y el estertor cavernoso, todo fué apreciado y observado. Pulmonías, pleuresias, derrames pleuríticos, enfisemas, hidropericárdias, hipertrófias cardiacas, etc., etc., tuvimos ocasión de observar tambien, y de dar la explicación racional de los sintomas culminantes que en ellas se presentaron. Al estudio del pulso, como asi mismo al de la ca-

lorificación, dedicamos tambien especial interés, con el objeto de relacionar perfectamente las diversas y distintas alteraciones, que por ambos modos podemos recoger, y asignarles su verdadero valor, sin dejarnos llevar de las exageraciones de los que en absoluto conceden supremacia al termómetro, ó de los que creen que dicho instrumento para nada sirve: nos fijamos exclusivamente en las modificaciones que el pulso puede presentar segun que se estudie una pulsación sola (pulso en si) ó varias reunidas (pulso entre si). Como conclusión del estudio de la sintomatología, expuse en varias lecciones mi modo de pensar respecto á la marcha, duración y terminación de las dolencias.

Acabado en la segunda quincena de Abril el estudio de la sintomatología, invertí la primera de Mayo en la Semeiótica, hablando con toda la claridad posible de los distintos modos, aconsejados para formar los diagnósticos, médico y quirúrgico; de las reglas que no deben olvidarse nunca, ni de estudiante, ni de médico, para llegar á este fin, concluyendo la asignatura diciéndoles algo del pronóstico.

Con mucho gusto colocaría en este sitio algunas de las historias clínicas, que, hechas por mis alumnos, conservo; pero, no lo hago por ser muchas y de bastante extensión. Tengo por esto gran

pena, porque nada daría mejor idea de las ventajas de este método de enseñar la Patología General, que presentar los trabajos que han venido á ser el resultado natural de lo que dejo indicado en esta insignificante reseña, cuyo único mérito es su exactísima veracidad. Mas, ya que no las historias, daré un resúmen de los sintomas demostrados y del número de enfermos en que se han visto.

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Catedrático,

Dr. Juan de la Sota.

Estado de los trabajos en la clínica
de Patología General.

<i>Signos deducidos de</i>	<i>Enfermos.</i>
El hábito exterior, en general y en particular.	123
La sensibilidad, el movimiento y la inteligencia.	116
La masticación, deglución, quimificación, quilificación y defecación.	47
La percusión y la auscultación de la región pericordial	17
El pulso.	119
La respiración, en la facilidad, en la frecuencia y en el ritmo.	41
Las dimensiones, de la sonoridad del tórax y de los sonidos fisiológicos que percibimos por la auscultación	39
Los actos accesorios de la respiración.	58
Las secreciones salivar, sinovial, biliar, gástrica, intestinal, sudórica, pancreática, lagrimal y renal.	42
La temperatura.	76
El aparato generador	22

Sevilla 30 de Junio de 1888.

El Catedrático,
Dr. Juan de la Sota.

CLÍNICA QUIRURGICA.

Consideraciones generales sobre la enseñanza de la Clínica quirúrgica.

He pasado todo el curso escribiendo notas científicas respecto de los trabajos efectuados en nuestra sección, sirviéndome de guía las explicaciones y las prácticas, adoptadas en esta clase, en la cual todo tiende á dar á la enseñanza el carácter demostrativo que le corresponde: los detalles se han encomendado á los alumnos, la síntesis me debia de pertenecer. Así las cosas, creía tener acumulados los antecedentes para la memoria que, por orden de la Dirección, debia de escribir, cuando un suceso inesperado ha hecho desaparecer los materiales que el celo del Sr. Profesor habia mandado reunir: el alumno, que los conservaba, los ha perdido; y hoy tengo necesidad de apelar á recuerdos para compa-

ginar esta débil muestra de mi trabajo, volviendo á formar el cuadro estadístico por los antecedentes del libro de registro. Es verdaderamente lamentable esta contrariedad; porque nos priva del gusto de dar á conocer individualmente las historias clínicas, por lo menos respecto de aquellos enfermos que, con harta razón, excitaron nuestra curiosidad, como excitarían la de los que las leyeran, y exigieron procedimientos operatorios importantes. Nuestro sentimiento es tanto mayor, cuanto que tenemos conciencia plena de la utilidad que á nuestros alumnos ha reportado el abundante pasto que para su aprendizaje le hemos ofrecido. Por ello nos creemos mas obligados para el curso inmediato.

Por hoy nos limitaremos á dar una idea general del modo de ser en la enseñanza de la clínica quirúrgica; de las dificultades é inconvenientes que por desgracia esterilizan los esfuerzos del Profesor; de los medios que creemos procedente emplear para corregirlos; y de los trabajos que, en beneficio de la humanidad, y aleccionados por lo que la moderna ciencia enseña, se han podido y se pueden, sobre todo, realizar.

Antes de otra cosa, creemos necesario enumerar los procedimientos concretos para el aprendizaje en las salas de esta Clínica. Nuestro Profesor estima que, no tanto él, como los alumnos, deben interrogar al enfermo, y practicar los reconocimientos ne-

cesarios para formar el diagnóstico; y así, constituida la clase al rededor de la cama, son explorados los enfermos por el alumno á quien corresponde, primero al entrar y luego cuando lo exigen los cambios que el padecimiento sufre. Allí se impone el deber de reconocer con método, y de dar su valor respectivo á cada uno de los síntomas que se van descubriendo. Los demás compañeros corrigen, y luego, el Sr. Profesor sintetiza y sienta el diagnóstico preciso: en clase, mas adelante, se leen las historias acabadas, y el Catedrático, amplificando expone, despues de esclarecer el hecho actual, la doctrina pertinente.

Cuando hay necesidad de operación, se practica, prévia consulta con los demás Profesores de las Clínicas y con el de Anatomía topográfica y operaciones, concurriendo al acto todos los alumnos. Sobre este punto quisieramos no decir palabra, porque tenemos fé en el porvenir y creemos que no ha de tardar el remedio; más, no podemos dejar de consignar que el mal suceso de muchos de los actos operatorios, es ocasionado: 1.º por no haber sala especial para realizarlos en condiciones apropiadas, mecánica y científicamente: 2.º por carecerse aún en el establecimiento de un departamento, en donde se pueda aplicar perfectamente el método antiseptico, tal como la ciencia reconoce hoy, y se practica en los

países cultos. Esto perjudica á los operados y hace en muchos casos estériles los esfuerzos del operador. La extraordinaria importancia que damos á este problema, y el temor de que alguno lo crea indiferente, me alientan á copiar aquí unas palabras de Wernich en su preciosísimo trabajo: *Los mas recientes progresos en la práctica de la desinfección.*

«Para la clinica y los hospitales, la cuestión relativa á la desinfección, sencilla, segura y oportuna, ha adquirido últimamente tanta importancia cuanto que no puede menos de resultar interesante á todos los que de estas cuestiones se ocupan.... La desinfección interesa en primer lugar (á más de los enfermos) á los médicos y á las personas encargadas de la dirección de los Hospitales.»

Y para dar á este pensamiento una fuerza, de todo punto incontrastable, me voy á permitir copiar un párrafo de la biografía de Billroth; de Billroth, el primer cirujano de Europa, escrita por M. Pichevin.

«Cuando se analizan, dice, las causas que han dado origen á la gran reputación del Profesor de Viena, se comprueba que sus éxitos operatorios han sido los principales elementos de su reputación europea.»

«¿Cómo explicar tantos éxitos maravillosos? Dejando á un lado las cualidades del cirujano y

los perseverantes favores de la fortuna, se llega á la persuasión de que es preciso *atribuir una buena parte de las curaciones que ha obtenido, al método anti-séptico y á la aplicación de los principios de higiene moderna*. Durante largo tiempo, Billroth opera todos los casos graves en RUDOLPHUNERHAUSE, establecimiento modelo, situado en las inmediaciones de Viena, y rodeado de árboles magníficos. En esta casa de salud reina el aseo mas perfecto; y *el aislamiento, que se practica de un modo severo, pone los operados al abrigo de los gérmenes infecciosos*. Aquí fué donde el cirujano obtuvo las primeras curas, que le ensobervecieron al punto de intentar operaciones hasta entonces proscritas de la cirugía.»

Es, pues, necesario destruir en nuestro hospital los focos de infección, y, sobre todo, *aislar de ellos los actos operatorios y los operados*, propensísimos siempre á la infección; entendiéndose esto respecto de las salas, ropas, utensilios y aun de la atmósfera que se respira. Y, porque todavia no hemos alcanzado este deseado bien; sentida nuestra alma de tener que presenciar los males que los enfermos sufren, no podemos menos de desahogar nuestro espíritu en demanda de pronta y eficaz reforma. Se hacen, en verdad, hoy las operaciones en un local, donde ha habido antes camas de enfermos; sin luz suficiente, con menage inficiona-

do por miasmas hospitalarios; rodeado el operador de profesores y de los alumnos que, en su afán de ver, limitan el necesario desembarazo en sus movimientos. Alguna vez, buscando luz, ha habido necesidad de efectuar estos actos en un corredor al aire libre. Esto demostrará que, á pesar de la grandeza que se descubre en la fábrica y en la administración de este suntuoso edificio, no ha alcanzado hasta hoy la reforma á la terapéutica quirúrgica. Estamos, sin embargo, próximos á ella. La escitación hecha á la Excma. Diputación provincial por el actual Director de la Escuela y por el entonces Decano de la Beneficencia provincial, Sr. Salado, seguida de los ilustrados esfuerzos del Sr. Santigosa, Vice-Director de la hospitalidad, y del Sr. Fal, Decano interino, han dado sus frutos, en tal grado que ya está aprobada la construcción de la sala de operaciones, bajo un plano, en el cual se atienden todas las condiciones que en la actualidad se exigen en los países mas cultos; corrigiéndose la sépsis hospitalaria y evitándose la que pudiera sobrevenir en el que se opera.

Con esta cuestión se enlaza la necesidad de sala de operados, en donde puedan ser atendidos, sin ser influidos por la sépsis, que hasta hoy viene diezmando los enfermos tratados quirúrgicamente.

La suntuosidad de nuestro Hospital de las CIN-

CO LLAGAS y su magnificencia, están en abierta contradicción con la higiene de nuestros días. Es verdad que este mal se ha exagerado con la centralización que desde 1837 se ha realizado; porque Doña Catalina Rivera no labró para tantos, ni tan variados padecimientos; los cuales se oponen á la pureza en la atmósfera que deben de respirar los que son operados. ¿Cómo confiar en el éxito de estos actos, ni en el de las demas soluciones de continuidad, en salas, en donde son asistidos pacientes de diversos males, y en donde se da hasta la diarrea hospitalaria? De ahí nuestro deseo de un departamento, independiente y perfectamente anti-séptico, para hacer fácil la cicatrización en los que se operan; lo cual, atendido el inmejorable deseo de la Excm. Diputación, no estamos lejos de alcanzar. Hoy es axiomático en Cirujía que, no habiendo sépsis, no hay supuración; y que, sin ésta viene toda operación á cicatriz por primera intención.

Siempre hemos creído en los males del infecciónamiento hospitalario, y puesto grande empeño en alejarlo de los operados; pero, no siempre se ha podido conseguir el objeto, ni aún aplicando en su extensión el método de Lister, cuyas ventajas, por los resultados obtenidos hasta en enfermos colocados en malas condiciones, debemos de pregonar en todos los tonos. Este vacío, esta des-

igualdad en el éxito, ha venido á explicarse con la doctrina parasitaria; la cual nos ha dado nueva luz, que ha satisfecho los deseos del mas exigente. Se ha demostrado en la supuración la existencia de micro-organismos, no idénticos, por cierto, en todos los casos; por lo cual, sin duda, no todos han desaparecido bajo la acción del tratamiento fenicado, del cloro, del iodo ó del bromo. Koch resolvió el problema, cuando dijo: «el sublimado es, entre todos los desinfectantes bien conocidos, el único que, en la práctica de la desinfección, posee la propiedad importantísima de matar en pocos minutos los gérmenes mas resistentes de los micro-organismos, aun siendo en soluciones muy diluidas (1: 1000)»

Sirviéndonos de regla tal precepto, hemos tratado muchos enfermos sépticos, y hecho nuestras curas en los casos de operaciones, con tal suceso que nos consideramos yá al abrigo de toda infección; de lo cual podríamos suministrar, si fuera necesario, elocuentísimos ejemplos.

Y lo haríamos, á pesar de todo, si creyésemos necesario dar pruebas que fueran indispensables para llevar nuestras convicciones al ánimo de los demás. Pero, las palabras de Koch han sido generalmente respetadas; y hoy, ni aun el miedo á envenenamientos retrae á los Cirujanos en la administración del deuto. En nuestra clinica es usual el

1: 1000; mas alguna vez se ha llegado al uno y medio y aun al dos. Creemos, no obstante, en la necesidad de ser prudentes en todos los casos, huyendo del entusiasmo y de las exageraciones, que podrian ser fatales para los enfermos. El uno por mil basta para destruir casi siempre á los varios micro-organismos, y solo nos creemos autorizados para traspasar este justo limite, después de probar su ineficacia.

Consideramos, por último, no redundante, antes de terminar estos ligeros apuntes, llamar la atención sobre las principales operaciones que se han practicado en la clinica, y de las cuales se dá razon en el estado general. Él demostrará la laboriosidad, aptitud y pericia del ilustrado Profesor de la Sección; y la necesidad de realizar cuanto antes la reforma acordada en los servicios de terapéutica operatoria; supuesto que así lo demanda el bien de los pobres, y lo desea la corporación provincial; de cuyo esquisito celo nos prometemos grandes beneficios para los enfermos. La siguiente nota demuestra cómo se enseña el difficilísimo camino del operador.

Hé aquí este pequeño resumen:

<i>Enfermedades.</i>	<i>Operaciones.</i>
Fimosis accidental.	La necesaria.
Fimosis.	Idem.
Osteo-periostitis nariz.	Incisión.
Testículo tuberculoso.	Castración.
Infiltración urinaria.	Incisiones.
Cálculo vexical.	Litotricia.
Idem.	Talla bilateral
Idem.	Idem.
Idem.	Idem.
Sarcoma maxilar inferior.	Resección.
Idem.	Idem.
Sarcoma orbitario	Extirpación.
Encefaloides del muslo.	Desarticulación coxo-femoral.
Adenoma de la cara	Extirpación.
Osteo-mielitis tibia	Resección parcial
Idem.	Idem.
Luxación escápulo-humeral y aneurisma traumático	Desarticulación escápulo-hu- meral.
Herida penetrante vientre.	Resección intes- tinal.
Herida por arma de fuego en el pié.	Desarticulación tarso-metatar- siana.
Tic doloroso.	Resección del nervio dentario inferior.

El Profesor Clínico,
Dr. Manuel Medina.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

Estado demostrativo del movimiento habido en esta clase durante el curso de 1887 á 1888.

GRUPO de enfermedades.	NÚM.º de la cama.	ENFERMEDAD.	CAUSAS.	TRATAMIENTO.		COMPLICACIONES.	TRATAMIENTO de la complicación.	TERMINACIÓN.	ANÁLISIS HISTOLÓGICO OBSERVACIONES
				Quirúrgico.	Médico.				
Afecciones venéreas y sífilíticas.	550	Escrecencias sífilíticas (már genes del ano).	Coito impuro.	Curacion con deuto.				Sin curar.	Solo estuvo tres dias en la Sala y se marchó.
	548	Chancro indurado.	Idem.	Yodoformo tópicamente.	Mercurio.	Parafimosis accidental.	Reducción.	Curado.	
	545	Bubon venéreo.	Idem.	Incision y curacion.				Curado.	
	550	Sífilis (segundo período).	Idem.		Jarabe de Gibert.			Aliviado.	
	545	Id. id.	Idem.		Idem.			Aliviado.	
	546	Chancros blandos.	Idem.	Yodoformo tópicamente.		Balano-postitis.	Agua alcoholizada.	Aliviado.	
	553	Sífilis (segundo período).	Idem.		Jarabe de Gibert.			Aliviado.	
	537	Ulcera sífilítica en el suelo de la boca.	Desconocidas.		Idem.			Aliviado.	No daba antecedentes claros.
	549	Sífilis (segundo período).	Coito impuro.		Idem.			Curado.	
	549	Id. id.	Idem.		Yoduro de potasio.			Aliviado.	
	539	Chancros blandos.	Idem.	Curacion antiséptica.				Aliviado.	
	539	Sífilis (segundo período).	Idem.		Jarabe de Gibert.			Aliviado.	
	545	Bubon venéreo extrumoso.	Idem.	Dilataciones.				Curado.	
	542	Chancro y bubon venéreos.	Idem.	Curacion.				Curado.	
	553	Chancro indurado.	Idem.	Lavatorios con deuto.	Jarabe de Gibert.	Fimosis accidental.	Operación.	Aliviado.	
548	Fimosis por chancro.	Idem.	Operacion (método Ricord)				Curado.		
Calculosis.	2	Cálculo vexical.	Desconocidas.	Talla bilateral		Uremia. Peritonitis.	Antisépticos. Resolutiv.	Falleció.	Autopsia.-Riñones supurados. (Pelvi-celutitis crón ^a)
	549	Idem.	Idem.	Talla bilateral		Uremia.	Antisépticos.	Falleció.	Riñon derecho supurado.-Tres cálculos en la vejiga
	555	Idem.	Idem.		Emulsion de Fuller.			Sin operar.	
	545	Idem.	Idem.	Talla bilateral		Hemorragia.	Cánula de Dupuytren.	Curado.	Cálculo de oxalato de cal.
	550	Idem.	Idem.	Litotricia (5 sesiones).				En tratamiento.	
Afecciones inflamatorias de la vejiga.	548	Cálculo uretral.	Idem.	Dilatacion.				En tratamiento.	
	542	Cistitis crónica.	Blenorragia.	Inyecciones antisépticas.		Catarro febril.	Valerianato de qq.	Aliviado.	
	541	Cistitis crónica.	Idem.	Idem.	Balsámicos.			Aliviado.	
	543	Catarro vexical.	Idem.		Idem.	Fístula recto-vexical.		Aliviado.	No se dejó reconocer.
	544	Cistitis crónica.	Desconocidas.	Inyecciones de nitrato plata	Yoduro potásico.	Hipertrofia próstato vexical	Yoduro potásico.	Aliviado.	
Afecciones de la próstata.	546	Hipertrofia próstática.	Blenorragia.					Sin curar.	Estuvo cinco días y no se observó.
	548	Idem.	Idem.	Baños jabonosos.	Yoduro potásico.	Ataxia locomotriz progr. ^a	Escito-motores.	Aliviado.	Pasó á clínica Médica.
	544	Hipertrofia próstato vexical	Idem.	Agua borotada.	Yoduro potásico.			Aliviado.	
	550	Epitelioma de la lengua.	Desconocidas.					Sin curar.	Se consideró inoperable.
	537	Cáncer del cuello (infiltr. ^o)	Idem.					Sin curar.	Se consideró inoperable.
Tumores.	549	Lipoma region cervical.	Idem.					Sin curar.	No quiso operarse.
	553	Tumor óseo, mand. ^a infer. ^r	Idem.					Sin curar.	No aceptó la operación.
	554	Fibro-sarcoma, regiones sub-maxilar y maxilar izquierdas.	Idem.	Reseccion de la mitad del maxilar	Antiespasmódicos.	Erisipela traumática.	Nitrato de plata al 30 0/10	En cicatrización.	Análisis.—Sarcoma globo-celular.
	538	Epitelioma labio superior.	Idem.	Raspado. Cloruro de zinc.				Aliviado.	Se consideró incurable (letálides.)
	2	Sarcoma del testículo izq. ^o	Orquitis repet. ^a	Castracion.		Erisipela.	Nitrato de plata	En cicatrización.	Análisis.—Tumor de naturaleza tuberculosa.
	4	Sarcoma mandíbula infer. ^r	Se ignoran.	Reseccion parcial del hueso		Erisipela.	Nitrato de plata.	Curado.	Quedó una fistula salival.
	542	Tumor epitelial de la vejiga	Idem.		Trementia de Venecia.			Sin tratar.	Se negó al reconocimiento.
	551	Epitelioma laríngeo.	Idem.					Falleció.	Se consideró inoperable.
	543	Linfo-adenoma, region supra-clavicular y carotídea (infiltrado).	Idem.					Sin tratar.	Se consideró inoperable.
	Procesos inflamatorios de los huesos.	546	Sarcoma, region orbitaria.	Idem.	Extirpacion.				Curado.
554		Hidronefrosis.	Idem.	Puncion.	Yoduro de potasio.			Muy aliviado.	El Dr. Rubio confirmó el diagnóstico.
546		Adenoma region perotídea	Idem.	Extirpacion.				Curado.	Análisis.—Adenoma.
552		Periostitis tibia izquierda.	Traumatismo.	Nitrato de plata.				Aliviado.	
550		Osteo-mielitis tibia izquier. ^a	Contusiones.	Legracion y escavacion.	Antisépticos-tónicos.	Erisipela. Gangrena hosp. ^a	Cura con sublimado	Falleció.	Autopsia.—Abscesos pulmonares.
540		Osteitis del tarso.	Traumatismo.	Curacion antiséptica.		Septicemia.		Aliviado.	No quiso operarse.
3		Osteo-mielitis tibia izquier. ^a	Escrofulosis.	Reseccion parcial.	Tónicos.	Gangrena hospitalaria.	Termo-cauterio.	Curado.	
544	Osteo-periostitis, cuadros nariz.	Sífilis.	Dilatacion y curacion.	Jarabe de Gibert.			Aliviado.		

GRUPO de enfermedades.	NÚM.º de la cama.	ENFERMEDAD.	CAUSAS.	TRATAMIENTO.		COMPLICACIONES.	TRATAMIENTO de la complicación.	TERMINACIÓN.	ANÁLISIS HISTOLÓGICO OBSERVACIONES
				Quirúrgico.	Médico.				
Fracturas y luxaciones.	548	Luxacion escapulo-humeral.	Caida sobre el hombro.	Reduccion.				Curado.	
	540	Fractura del fémur.	Traumatismo.	Apósito enyesado.				Curado.	
	542	Artritis fungosa de la articulacion tibio-tarsiana.	Idem.	Amputacion.				Curado.	
Afecciones de las articulaciones.	543	Artritis fungosa de la articulacion radio-carpiana.	Idem.					En tratamiento.	No aceptó la operacion.
	543	Artritis fungosa rodilla.	Escrofulismo.	Vendaje compresivo.	Yoduro potásico.			En tratamiento.	
	551	Coxalgia supurada, luxacion y periostitis difusa.	Idem.	Curacion.				En el mismo est.º	Inoperable.
Heridas.	544	Artritis blenorragica.	Blenorragia.	Inyecciones astrinjentes.	Copaiba y cubeba.			Aliviado.	
	538	Herida por desgarro, pierna	Traumatismo.	Curacion.				Se fugó.	
Fístulas.	543	Fístula de ano.	Un absceso.	Operacion.				Curado.	
	537	Fístula de ano.	Foliculitis.	Operacion.				Curado.	

Con mi intervencion.
El Catedrático,
Dr. Antonio Salado.

Sevilla 30 de Setiembre de 1888.

El Profesor clínico,
Dr. Manuel Medina.

SECCIÓN DE LA POLICLÍNICA

ADVERTENCIA.

Fué creada la Policlinica por el dignísimo señor Director D. Antonio Rivera y Ramos, en 1.º de Noviembre de 1878; desde cuya fecha ha venido prestando á los alumnos y á los pobres de esta Ciudad inmensos beneficios. Posteriormente ha sido reorganizada por el actual Director en los términos que se determinan por el oficio que se publica á continuación. Conviene advertir que, siendo de fecha de 28 de Marzo, no pudieron desde luego ponerse en práctica todos sus preceptos, como se han puesto ya en el corriente curso de 1888 á 1889.

Es conveniente conocer que la Policlinica ocupa un pavellón del mismo edificio, en que se encuentra la Escuela, pero con servicio independiente, aunque en relación con ella por puertas de escape en todos los departamentos. Tres pisos ocupa: en el bajo

hay un gran salón, dividido por un biombo en dos localidades, una para los enfermos en espera, otra para las curaciones: allí actúan las secciones de medicina en general y de neuropatías y electroterapia: en el entresuelo hay una sala de espera y tres para las secciones de cirugía en general y de enfermedades de niños, de laringología y dermatología, y de otología: en el alto hay igualmente sala de espera y las destinadas á las secciones de vías urinarias, de enfermedades de la mujer y de sífilis. Todas se comunican por llamadores eléctricos y están provistas de los aparatos, instrumentos y medicamentos que cada una exige para las varias operaciones que se puedan practicar.

ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LA POLICLÍNICA.

Escuela de Medicina de Sevilla

Convencido de que la Policlínica debe de ser, como sucede en Alemania, el complemento y ampliación de la enseñanza médica en las aulas, supuesto que en aquella, á mas de hacerse el estudio clínico en multiplicadas especialidades, puede realizarse con la extensión que se desée sin sujeción á otras reglas que las que dicta el adelantamiento incesante de nuestra ciencia, he creido que á ella, despues de las Clinicas de la enseñanza oficial, debia una preferente atención. Mas, en mi deseo de ser justo, al acometer, en la posible forma, su perfecta y pronta organización, he considerado que, si los beneficios de la enseñanza ofi-

cial son para los jóvenes de ésta y de las provincias limitrofes, los de la Policlínica se reciben inmediatamente por los pobres de la localidad, circunstancia que me ha impuesto el deber de acudir al Excelentísimo Ayuntamiento en demanda de los auxilios necesarios para fomentar los servicios de este instituto, como la Excelentísima Diputación Provincial acude con pródiga mano al sostenimiento de la Escuela. Acojida benévola mi propuesta por el ilustrado Municipio, ha acordado ocurrir, si bien por ahora y por consideración á su no próspero erario, limitadamente á estos servicios, votando para el presupuesto de 1888 á 1889 parte de la cantidad que yo demandaba. Con ella, sin embargo, aunque insuficiente, me creo autorizado y aun obligado á comenzar los trabajos de reorganización; los cuales, llevados á término, harán de nuestra Policlínica un establecimiento honroso y util para la ciencia y para las clases menesterosas de la localidad.

Para acertar en la elección de los medios, he reunido á los señores Profesores, encargados de las varias especialidades ó secciones; y, animados todos de vivo deseo por el engrandecimiento de este instituto, han acordado que, unas desde luego, otras para el curso inmediato, se lleven á la práctica medidas que hagan eficaz el objetivo que en él debe de resaltar. En su virtud, y de confor-

midad en un todo con su criterio, he acordado lo siguiente:

1.º Se amplian las secciones actuales de la Policlínica, dividiendo en dos la general, médica y quirúrgica, y la de enfermedades sifilíticas y de las vías urinarias: se crea la de otología.

2.º Con objeto de que en todas las secciones pueda realizarse en horas convenientes la consulta diaria, se hará una nueva rectificación, en las que actualmente tienen señalada para despachar.

3.º Para el mejor servicio habrá además del Profesor titular, otro auxiliar, y, por lo menos, un alumno adscrito.

4.º Cada sección llevará las hojas clínicas que le pertenezcan, una por cada enfermo que se presente; y con vista de ellas, se dará por el respectivo Profesor la conferencia bimensual, y, en fin de curso, la estadística correspondiente y una pequeña memoria, en la cual, con las deducciones científicas generales, se haga la descripción especial de los casos notables que se hubieren observado.

5.º A fin de que sirva de ejemplo y estímulo á todos los alumnos, se hará obligatoria, para los que en la Escuela desempeñan cargos retribuidos ú honoríficos, la asistencia constante, por lo menos, en una sección de la Policlínica, que podrá ser elegida á voluntad.

6.º Los Señores Profesores formarán y remiti-

rán á esta Direccion nota detallada de los aparatos, instrumentos y medicamentos, que el estado actual de la ciencia demanda, para practicar cumplidamente la especialidad que se les tiene encomendada.

7.º Desde el curso próximo venidero se procurará hacer compatibles con las de la Policlínica las horas de las clases de los alumnos del 4.º grupo; los cuales, asistiendo á ella, adelantarán en la formación del diagnóstico.

8.º Desde el mismo venidero curso habrá en los lunes de cada semana, lección clínica dada por uno de los Profesores de la Policlínica.

En ella, para no desnaturalizar el fin de este Instituto, se hará el resúmen de todos los trabajos realizados en el tiempo transcurrido, explicando científicamente los casos observados, sintetizando en conclusiones oportunas lo mas notable, y dando, por último, á conocer la bibliografía de su especialidad.

Esta organización ofrece mucho trabajo en la práctica; pero confío tanto en el honroso proceder, en el afán y en el amor á la ciencia de los dignísimos Profesores, asignados á las varias secciones, que no dudo un instante de la posibilidad de realizar mi pensamiento. La Policlínica, pues, dedicada al estudio de las especialidades, va á llenar el objeto, á que aspiran hoy los grandes maestros

de nuestra Facultad: *la ciencia pura en las clases y en los laboratorios de la Escuela, la ciencia aplicada en las Clínicas: el arte en las especialidades y éstas en la Policlínica*. Si, como espero, el ilustrado Municipio con su ayuda y los Profesores asignados con su laboriosidad, siguen por la senda que abrimos, este establecimiento será en todo el año venidero un centro de enseñanza y de auxilio para los pobres, digno de la culta Ciudad en que vivimos, y de ser estimado aun en los países mas ilustrados.

Considero un deber ineludible elevar á conocimiento de V. S. estos acuerdos; y al realizarlo, me atrevo á rogarle se sirva darles la autoridad y valía que han de alcanzar, si, como creo, obtuvieren su superior aprobación.

Dios guarde á V. S. muchos años.

Sevilla 26 de Marzo de 1888.

El Director,

José Moreno Fernandez.

Sr. Presidente de la Excm. Diputación Provincial.

Sr. Presidente del Excmo. Ayuntamiento.

CUADROS ESTADÍSTICOS

DE LAS

VARIAS SECCIONES

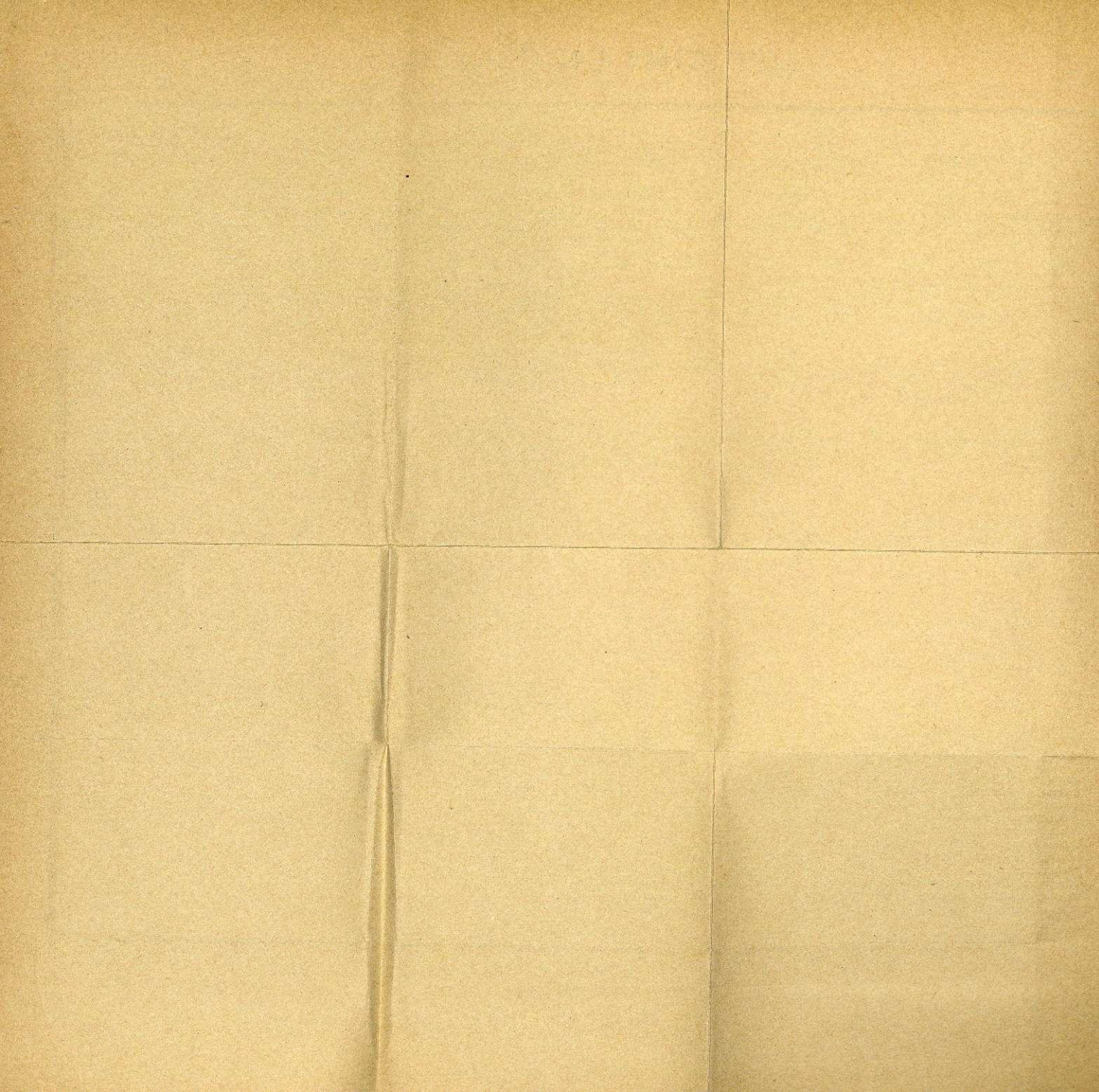
DE LA POLICLÍNICA

MEDICINA EN GENERAL.

Enfermedades.	Número de enfermos	Tratamiento empleado.	COMPLICACIONES	SU TRATAMIENTO	Curados.	Aliviados.	Dejaron de asistir.
Insuficiencia mitral	10	Dijital, Bromuro potásico, Cafeína.	Hidropesías.	Nitrato potasa, Jaborandi.	»	3	7
Insuficiencia aórtica.	1	Opio, Bromuro potásico.	Angina de pecho.	Clorhidrato mórfico.	»	1	»
Palpitaciones.	4	Bromuro potásico, Eter, Castoreo, etc.	»	»	1	2	1
Coriza crónica.	3	Nitrato de plata al 10 p. 100, Permanganato, Baños mar	»	»	»	»	3
Bronquitis aguda.	3	Acónito, Agua destilada de laurel cerezo, Balsámicos.	»	»	3	»	»
Bronquitis crónica.	3	Creosota, Kuermes, Opio, Vegigatorios volantes.	»	»	»	»	»
Bronquitis crónica con bronquiectasia.	1	Idem. id. id. id. Tónicos.	»	»	»	1	»
Asma.	1	Ioduro potásico, Bromuro potásico.	Enfisema.	Vegigat.º, opio, Balsam.º	»	1	»
Tuberculosis pulmonar.	12	Arsenico, Fosfatos, Morfina, Vegigatorios volantes.	Pleuresia.	Vegigatorios, opio.	»	5	7
Hemoptisis.	3	Ergotina, Percloruro de hierro, Morfina.	»	»	1	2	»
Gangrena pulmonar.	1	Inhalaciones de Trementina, Licor Labarraque, Opio.	»	»	»	1	»
Pleuresias agudas.	2	Alcoholaturo de raíces de acónito, Vegigatorios volan.º	»	»	1	»	1
Estomatitis simple.	2	Borax, Clorato de Potasa.	»	»	1	»	1
Estomatitis mercurial.	1	Clorato de Potasa.	»	»	1	»	»
Estomatitis ulcero-membranosa.	1	Clorato de Potasa.	»	»	1	»	»
Amigdalitis aguda.	3	Acónito, Purgantes, Emolientes.	»	»	3	»	»
Faringitis aguda.	2	Idem. id. id.	»	»	2	»	»
Catarro agudo del estómago.	12	Emeto-catárticos, Bebidas acidulas.	»	»	10	»	2
Dispepsia ácida.	10	Agua de Vichy, Bicarbonato, Subn.º bismuto, Leche.	»	»	6	»	4
Dispepsia atónica.	5	Gotas amargas de Beaumé, Ruibarbo, Aloes.	»	»	3	»	2
Gastralgia.	2	Gotas negras inglesas, Enemas de cloral, Revulsivos.	»	»	2	»	»
Úlcera simple del estómago.	3	Hidrato de cloral, Subnitrato bismuto, nieve.	»	»	»	2	1
Disenteria.	1	Ipecacuana, (método Brasileño) Opio, Enemas astring.º	»	»	1	»	»
Supresion del flujo hemorroidal	1	Aloes, Baños de asiento calientes.	»	»	1	»	»
Tuberculosis entero-mesentérica.	1	Jarabe de clorhidrofosfato de cal, Tintura iodo, Tónicos.	»	»	»	»	1
Atonia intestinal.	1	Pancreatina.	»	»	1	»	»
Ténia Solium.	2	Koussou, Raiz de Granado, Infusion de sen.	»	»	»	»	2
Ascitis.	4	Dijital, Nitrato potásico, Escamonea.	»	»	»	2	»
Hepatitis aguda.	4	Calomelanos (dosis refractas) Sanguijuelas.	»	»	»	»	4
Hictericia catarral.	4	Ruibarbo, Bebidas acidulas.	»	»	3	»	1
Cálculos biliares.	1	Agua de Vichy, calomelanos al vapor.	»	»	»	»	1
Quistes hidatídicos del hígado.	1	Se le propuso la operacion.	»	»	»	»	1
Enfermedad de Bright.	1	Pilocarpina, Dijital y Escila, Leche.	»	»	»	»	1
Conjestion cerebral (forma ligera).	3	Aloes, Sanguijuelas apofisis mastoides.	»	»	2	»	1
Epilepsia.	1	Bromuro potásico y de zinc.	»	»	»	»	1
Histerismo.	1	Bromuro potásico, Valeriana, Balncoterapia (duchas).	»	»	»	1	»
Hemicránea.	1	Pildoras de Meglin.	»	»	1	»	»
Neuralgia facial.	1	Nitrato de aconitina, Enemas de cloral.	»	»	»	»	1
Neuralgia intercostal.	2	Vegigatorios volantes morfinaados.	»	»	1	»	1
Neuralgia del frénico.	1	Morfina, Toques de tintura de iodo.	»	»	1	»	»
Neuralgia ciática.	4	Vegigatorios volantes, Ioduro potásico, Electricidad.	»	»	»	2	2
Hipocondria	1	Caza, Viages, etc.	»	»	»	»	1
Reumatismo articular agudo	6	Salicilato, Jaborandi, Inmovilidad.-Tint.º iodo morfín.º	»	»	»	»	2
Reumatismo muscular agudo.	4	Idem. id. id. id.	»	»	4	»	»
Reumatismo articular crónico.	26	Ioduro potásico, Toques de tintura de iodo.	»	»	»	15	11
Fiebres intermitentes cotidianas.	6	Sulfato de quinina (sellos medicamentosos).	»	»	5	1	»
Fiebres intermitentes tercianas.	1	Sulfato de quinina (id).	»	»	1	»	»
Fiebres intermitentes cuartanas.	1	Sulfato de quinina (id).	»	»	1	»	»
Cloro-anemia.	5	Pildoras de Blancard, Licor arsenical Fovvler.	»	»	»	3	2
Aneurisma del tronco celiaco.	1	Ioduro potásico, Aposito de nieve.	»	»	»	»	1
Aneurisma de una intercostal derecha.	1	Ioduro potásico, Compresion, Electricidad.	»	»	»	»	1
En observacion.	9	Tratamiento sintomático.	»	»	»	»	9
Suma.	181				61	45	75

Sevilla 15 de Agosto de 1888.

El Profesor,
Felipe Carrizo.



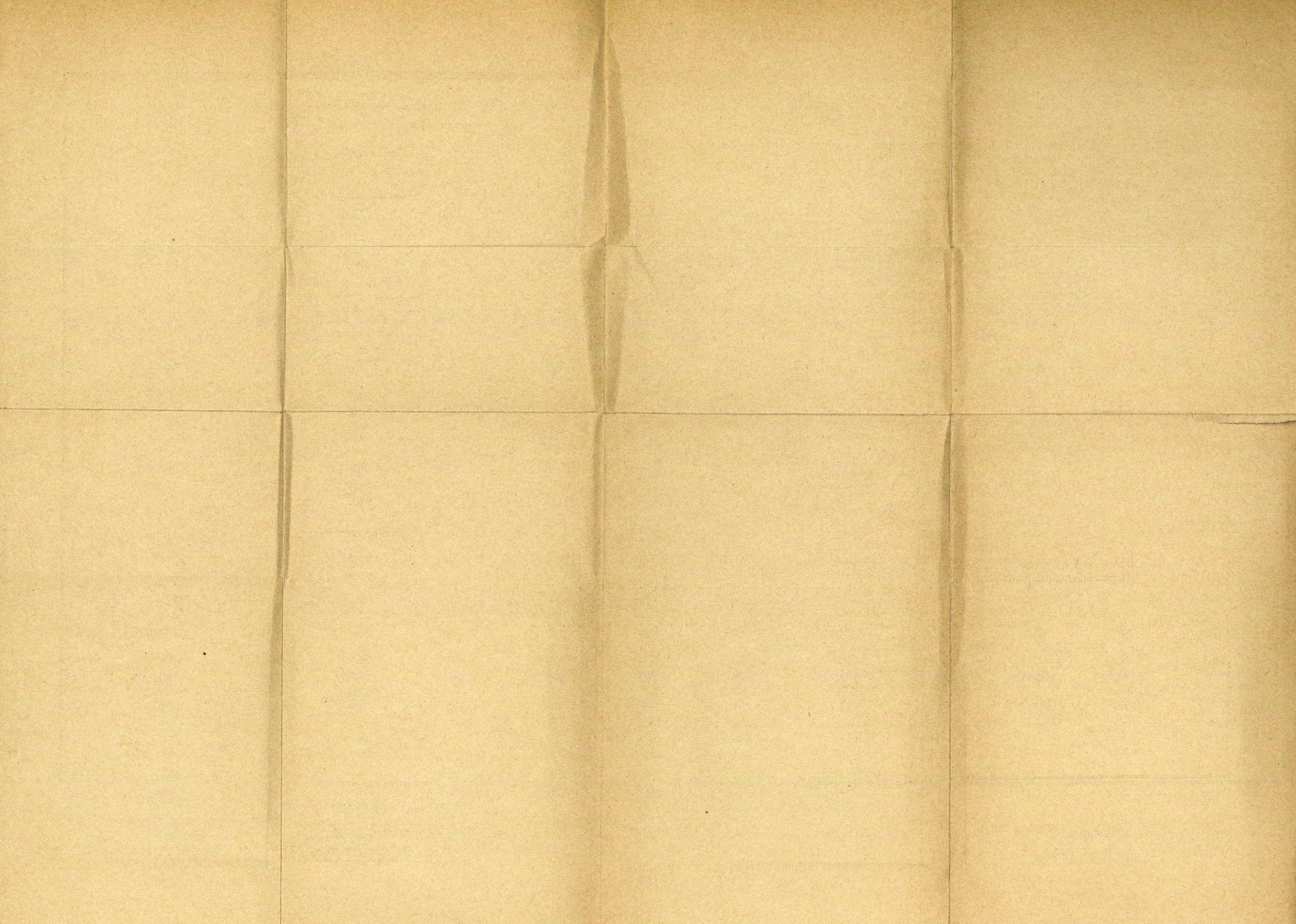
CIRUJIA EN GENERAL

Enfermedades	Núm.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Tratamiento médico	Cura- dos	Alivia- dos	Sin re- sultado	Muer- tos	No vol- vieron.	En tra- tamien- to.
Flemón circunscrito	6	Resolutivos, dilatacion, drenaje con tubo y cerda, iodoformo, ácido bórico, idem fénico.		4	»	»	»	1	1
Id. difuso	9	Dilatacion, drenaje, iodoformo, emolientes, irrigacion continua.	Antifogíst. dir. Sulf. de qq.	2	»	»	»	7	»
Abscesos calientes	2	Vegigatorio volante, dilatacion, drenaje, tintura de iodo.		2	»	»	»	»	»
Id. frios	5	Dilatacion, drenaje, agua fenicada ó alcoholizada.		4	»	»	»	1	»
Panadizos	36	Dilatacion, irrigacion continua, fomentos de agua alcoholizada, iodoformo, cloruro de zinc al 10 o/o, al 20 o/o y al 50 o/o.	Extracto tebáico.	30	»	»	»	4	2
Forúnculos	8	Emolientes, dilatacion.		4	»	»	»	4	»
Antrax.	4	Dilatacion, agua fenicada, cloruro de zinc al 10 o/o, pulverizacion de agua fenicada		4	»	»	»	»	»
Heridas.	1	Arma de fuego		»	»	»	»	1	»
	5	Incisas.		5	»	»	»	»	»
	2	Punzadas.		2	»	»	»	»	»
	8	Contusas.		8	»	»	»	»	»
Contusiones.	14	Fomentos de agua alcoholizada, emolientes, tintura de iodo, vendaje, id. con esponjas.	Calomelanos, dieta.	6	»	»	»	8	»
Quemaduras.	9	Dilatacion del pénfigo, pomada de brea, id, laudanizada, nitrato de plata en barra.	Hidrato de cloral.	4	»	»	»	4	1
Fístulas.	5	Operacion, licor de Villate, tintura de iodo, iodoformo, cloruro de zinc.		3	»	»	»	2	»
	3	Escrofulosas.		3	»	»	»	»	»
Ulceras.	1	Callosa.	Aseo, iodoformo, cloruro al 10 o/o, polvos alumbre, hidrato de cloral, sub-nitrato de bismuto, tintura de iodo, solucion de deu- to-cloruro hidrágico.	3	»	»	»	»	»
	2	Varicosas.	Higiene, cauterizacion, etc., etc.	»	»	»	»	1	»
Onixis	1	Ablacion de la uña, iodoformo, cloruro al 5 o/o.	Arsenicales.	1	»	»	»	2	»
Ozena.	2	Sorbitorios de agua salada, sulfato de cobre, vaselina con iodoformo, ducha nasal, toques con cloruro á la faringe, resorcina.	Yoduro azufre.	1	1	»	»	»	»
Quistes varios	8	Dos operados; embrocaciones de tintura de iodo, pomada mercurial, ioduro de plomo, punción é inyeccion irritante, compresion elástica.		5	»	»	»	3	»
Papilomas.	4	Nitrato ácido de mercurio, nitrato de plata fundido, escicion, ligadura. Estirpado, uno; cauterizacion con el termo.		3	»	»	»	1	»
Higroma.	1	Tintura de iodo, vendaje en ocho con esponja.		1	»	»	»	»	»
Lipoma.	1	Propuesta la operacion.		»	»	»	»	1	»
Fibromas	4	Propuesta la operación, operado uno.		1	»	»	»	3	»
Fibro-sarcomas.	2	Propuesta la operacion á uno; se creyó inoperable otro y se dispuso la mejor antisepsis.	Yoduro potásico.	»	»	»	»	2	»
Sarcomas	4	Operado uno, aconsejada la operacion.	Id. id.	1	»	»	»	3	»
Encondroma	1	Aconsejada la operacion.	Id. id.	»	»	»	»	1	»
Epiteliomas.	5	Aconsejada la operacion, cloruro de zinc puro, raspado.		1	1	»	»	3	»
Torceduras (nariz).	1	Apósito para corregir la deformidad.		»	1	»	»	»	»
Escoliosis.	2	Aparato extensor de la espina.	Jarabe de Dupasquier.	»	1	»	»	1	»
Xifo-escoliosis	1	Se aconseja el de escayola.		»	»	»	»	1	»
Artritis.	10	Vendaje con esponjas, id inamovible, tintura de iodo, tomentos de agua alcoholizada, quietud.	Yoduro potásico.	3	2	»	»	5	»
Sinovitis.	2	Compresion elástica, tintura de iodo, quietud.	Id. id.	2	»	»	»	»	»
Coxalgias	3	Aparato de Sayre.	Arseniato de hierro	»	1	»	»	2	»
Fracturas (húmero)	1	No se puso tratamiento.		»	»	»	»	1	»
Caries.	4	Dilatacion con laminaria, tintura de iodo, licor de Villate, cloruro de zinc, termo-cauterio, iodoformo, vendaje algodonado.		»	2	»	»	2	»
Osteo-periostitis.	2	Fomentos de agua fenicada, vendaje.		»	»	»	»	»	2
Id. mielitis	1	Id., id., id., id.		»	1	»	»	»	»
Orquitis	1	Suspensorio, pomada con iodoformo, id. con ioduro de plomo y belladona.		1	»	»	»	»	»
Linfitis	3	Emolientes, ioduro de plomo		3	»	»	»	»	»
Infartos escrofulosos	12	Tintura de iodo, dilatacion, agua alcoholizada, iodoformo, drenaje		11	1	»	»	»	»
Varices	4	Media elástica, id. atacada, vendaje espiral.		»	4	»	»	»	»
Aneurisma (pedia)	1	Quietud	Yoduro potásico.	»	»	»	»	1	»
Hernias	5	Braguero		4	»	»	»	1	»
Deformidades corregidas.	1	Operada la sindactilia de los dedos índice y medio, mano derecha.		1	»	»	»	»	»
En observacion.	14			»	»	»	»	»	14
TOTAL.	221			115	15	»	»	71	20

Sevilla 14 de Agosto de 1888.

El Profesor Titular,
Dr. Manuel Medina.

El Profesor Auxiliar,
D. Miguel Martinez.



ENFERMEDADES DE NIÑOS.

GRUPOS DE ENFERMEDADES.	Enfermedades	RESULTADOS.					Tratamiento seguido.	Observaciones.
		N.º de enferm	Cura-dos	Alivia-dos	No vol-vieron.	En tra-tam.to		
Generales.	Escrofulosis	21	10	6	»	5	Ejercicios moderados, alimentación adecuada segun la edad, pero siempre tónica; aire puro, ventilacion, luz, gimnasia. Peptona, iodoformo interior y exterior. Aceite de hígado de bacalao. Clorhidrofosfato de cal. Tintura de iodo. Baños de mar.	
	Raquitismo	1	»	»	1	»	Alimentacion tónica con prohibicion de grasas y féculas, aire puro, luz, preservarse de la humedad. Gimnasia. Clorhidrofosfato de cal.	
	Tuberculosis	6	»	2	4	»	Alimentacion apropiada, tónica. Habitación aireada, luz, ejercicio moderado, cuidar del abrigo. Leche, hipofosfito de cal, aceite de hígado de bacalao, iodo, peptona, baños de mar.	
	Sífilis hereditaria	2	»	2	»	»	Limpieza, luz, vigilar la lactancia. Mercurio, iodo, vigilar la alimentacion; tónicos á las nodrizas, respirar aire libre.	
	Fiebres intermitentes	7	7	»	»	»	Cambio de localidad. Quinina en supositorios, fricciones ó al interior.	
	Sarampion	1	»	»	1	»	No se admitió y se le prescribió sudoríficos, cama.	
	Fiebre catarral	1	»	»	1	»	Sudoríficos, leche, cama.	
	Eritema intertrigo	4	2	1	1	»	Limpieza de las partes con cocimiento de hojas de nogal; espolvoreo con licopodio y subnitrate de bismuto.	
	Erisipela de la cara	1	1	»	»	»	Aislamiento, dieta moderada, leche, purgantes, sudoríficos.	
	Eczema escrofuloso	11	8	»	»	3	Limpieza, defender la piel de todo contacto impuro. Alimentacion tónica, aceite de hígado de bacalao, peptona, tintura de iodo interior, ioduro de hierro, aceite de cade.	
De los tegumen-tos	Impétigo	8	6	»	»	2	Tópicos emolientes, aceite de cade.	
	Pitiriasis	2	1	»	1	»	Limpieza, tónicos, resorcina con vaselina, ácido salicílico, lavatorios de agua jabonosa.	
	Psoriasis	4	2	»	»	2	Limpieza, aceite de cade, resorcina, arsénico, pomada de ácido pirogálico.	
	Sarna	5	4	»	1	»	Aislamiento, limpieza, cambio completo de los vestidos y ropas del enfermo, baños jabonosos, fricciones sulfurosas generales, pomada Helmerich, unguento de Haptel compuesto, fricciones de jabon negro.	
	Escleroma	5	»	1	4	»	Baños calientes alcalinos, tónicos.	
	Queloides de la cara	2	2	»	»	»	Estirpacion.	
	Flemon circunscrito	6	6	»	»	»	Cataplasmas emolientes, dilatacion, curas fenicadas y borátadas.	
	Heridas contúsas	4	4	»	»	»	Curas fenicadas. Resolutivos. Emolientes. Toques con nitrato de plata, insuflaciones de iodoformo.	
	Heridas por puncion	4	4	»	»	»	Curas simples.	
	Contusion 2.º grado	2	2	»	»	»	Resolutivos.	
Del sistema ner-vioso	Corea	2	»	1	»	1	Bromuro potásico. Electricidad.	
	Epilepsia	1	»	»	»	1	Alimentación con prohibición de grasa. Valerianato de atropina. Bromuro potásico; id. amónio. Belladona y zinc.	
	Paralisis infantil	2	»	»	»	2	Aire puro. Duchas laminares frias al raquiz, gimnasia, nuez vómica. Electricidad.	
	Paralisis postdiftérica	3	3	»	»	»	Tónicos. Nuez vómica. Estrignina.	
	Otitis externa escrofulosa	3	2	»	1	»	Limpieza. Tónicos, paseos al aire libre, inyección de agua sulfurosa. Glicerina fenicada. Yodo al interior. Aceite de hígado de bacalao. Baños de mar, taponamiento con algodón iodado ó fenicado.	
Del oido	Otorrea	2	1	»	1	»	Limpieza. Tónicos. Glicerina fenicada en instilaciones. Insuflaciones de polvos, ácido bórico, id. de calomelanos en polvo y cloruro de sódio. Tapon de algodón fenicado, sulfuro de calcio al interior.	
	Rinitis catarral	1	1	»	»	»	Limpieza. Duchas nasales de agua sulfurosa. Insuflaciones de polvos de iodoformo y resorcina.	
De la nariz	Ozena escrofuloso	3	1	1	»	1	Limpieza, alimentación tónica, aceite hígado de bacalao. Tintura de iodo al interior, solución de sublimado en pulverización. Resorcina. Insuflaciones de calomelanos y iodoformo.	
	Diftéria	3	»	»	»	3	No se admitieron y nada se prescribió.	
Del aparato res-piratorio	Bronquitis catarral aguda	10	8	»	2	»	Abrigo. Loo blanco, balsámicos, revulsivos, sudoríficos, ipecacuana.	
	Bronquitis crónica con bronquiect. ^a	11	7	2	2	»	Tónicos. Limpieza. Creosota con aceite de hígado de bacalao al interior, revulsivos, inhalaciones de brea y timol.	
	Coqueluche	15	10	4	»	1	Cambio de localidad. Bromuro potásico, id. sódico é id. amónico. Pilocarpina.	
De la circulacion.	Palpitaciones cardíacas	1	»	»	»	1	Alimentación tónica, limpieza, ejercicio moderado al aire libre; bromuro potásico. Tintura de convallaria majalis.	
	Necrosis de los maxilares superiores	1	»	»	»	1	Limpieza; extracción de dos dientes. Toques con tintura de iodo.	
	Caries del maxilar inferior	1	»	»	1	»	Se aconsejó hacer la legración y aplicaciones con el termo-cauterio. No admitió la operacion.	
	Estomatitis simple	2	2	»	»	»	Prohibición de objetos que pudieran introducirse los niños en la boca. Clorato potásico y borato sódico.	
Del aparato di-gestivo	Estomatitis aftosa	6	6	»	»	»	Limpieza con agua de limon y clorato potásico. Pincelacion con permanganato potásico interior, clorato potásico. Tónicos.	
	Muguet	7	7	»	»	»	Habitación aireada, buena luz, prohibición de los alimentos en los que tome parte el azúcar, ó las sustancias amiláceas.	
	Ulcera perforante de la bóveda pal. ^a	1	1	»	»	»	Limpieza extrema. Lociones de agua de cal y destilada, 10: 100. Colutorios de Borax 10 p. agua 200, esencia de menta y de pelitre.	
	Anjina catarral simple	3	3	»	»	»	Enjuagatorios astringentes. Toques con nitrato de plata. Pomada de iodoformo y vaselina al 2: 100 sucesivamente aumentada la proporción: int. Jarabe de Gibert.	
	Denticion laboriosa	4	1	1	»	2	Cama, sudoríficos. Salicilato de sosa al interior. Acido bórico.	
	Estrechez del exótago	2	1	»	1	»	Réjimen severo, evitando excesos en la alimentación. Baños templados. Fricciones en las encias con glicerina, cloroformo y tintura de azafrán. Tintura de quina, calomelanos.	
	Suma	181	113	21	25	22		

GRUPOS DE ENFERMEDADES.	Enfermedades	RESULTADOS					Tratamiento seguido.	Observaciones.
		N.º de enferm	Cura-dos.	Alivia-dos.	No vol-vieron	En tra-tam.to		
Suma anterior.		181	113	21	25	22		
	Saburra gastrica.	4	4	»	»	»	Prohibición de sustancias azucaradas y de grasas. Bebidas diluentes. Calomelanos. Ipecacuana. Aceite de ricino segun las edades y estado de los enfermos.	
	Enteritis catarral.	7	7	»	»	»	Réjimen severo alimenticio, leche con agua de cal, carne cruda. Pepsina, bismuto fosf. de cal.	
	Diarrea verde.	4	4	»	»	»	Preservarse de humedad y bruscas variaciones de temperatura, abrigo, limpieza, cuidar los excesos en la alimentación. Leche con agua de cal: subnitrate de bismuto y creta. Acido láctico.	
Del aparato digestivo.	Tabes mesenterica.	1	»	»	1	»	Limpieza, alimentación adecuada: qq. iodo hierro.	
	Vermes intestinales.	3	3	»	»	»	Santonina. Enemas de glicerina y azucar.	
	Fisura de ano.	3	2	»	1	»	Toques con un tapon de algodón en rama empapado en agua carbónica al 2:100; supositorios de belladona y morfina. Iodoformo. Enemas de agua caliente con glicerina, ratañia.	
	Procidencia del recto.	1	»	»	»	1	Vaselina con iodoformo y tanino en pomada; interior, nuez vómica.	
	Hernia inguinal izquierda aguda.	1	»	»	1	»	Al principio éter en pulv. Braguero.	
	Hernia inguinal derecha congénita.	2	»	»	2	»	Braguero.	
	Hernia inguinal derecha adquirida.	3	»	»	»	3	Braguero.	
De los órganos genitales.	Hernia umbilical.	1	»	»	1	»	Compresión por medio de un aparato conveniente.	
	Imperforacion de la uretra.	2	1	»	1	»	Dilatación.	
	Atresia vulval.	3	3	»	»	»	Dilatación.	
De los huesos.	Hidrocele vaginal.	2	2	»	»	»	Compresión gradual. Compresas de carbonato de amoniaco.	
	Cifo-escoliosis.	1	»	»	1	»	Tónicos, alimentación reparadora, aire puro. Baños de mar. Aparato adecuado.	
De las extremid.s	Abscesos por conjestion.	3	3	»	»	»	Punción. Dilatación, lavatorio con agua iodada. Iodoformo en polvo. Tónicos. Termo-cauterio.	
	Higroma.	4	2	»	»	2	Cura iodada, compresión con algodones.	
	Caries de la cresta iliaca.	1	»	»	1	»	Se propuso legración y cauterizaciones con el termo-cauterio. Tintura de iodo.	
	Artritis de la rodilla.	1	»	»	1	»	Colocar convenientemente la parte lesionada. Iodo al interior y exterior, cura algodónada.	
	Panadizo.	3	3	»	»	»	Iodoformo y colodion 1:30. Dilatación, cura iodoformada, lavatorios ácido féñico.	
	Onixis.	2	2	»	»	»	Introducción debajo de la uña de hilas empapadas en solución de percloruro de hierro: esparadrappo aglutinante.	
	Total.	233	149	21	35	28		

El Profesor Titular,
Dr. Javier Lasso de la Vega.

Sevilla 14 de Agosto de 1888.

El Profesor Auxiliar,
Ddo. Rafael Lasso de la Vega.

ELECTROTERAPIA.

NOMENCLATURA PATOLÓGICA.	Curados.	Aliviados	En trata- miento.	Dejaron de asistir	TOTAL.
Afasia (congestion cerebral).		2		3	5
Ataxia locomotriz progresiva.			1		1
Atrofia blanca de los nervios ópticos.				1	1
Atrofia muscular.		1		1	3
Corea.	3			5	8
Delirium tremens.				1	1
Diplópia (Estravismo divergente)				1	1
Epilepsia.		1		5	6
Espermatorrea.	1			1	2
Hemipléjia.		3	5	16	24
Hemipléjia post diftérica.		1	1		2
Histerismo.				1	1
Mielitis crónica.			1	3	4
Neuralgias.	1	5		5	11
Neuritis del circumflejo.				1	1
Parálisis agitante.				3	3
Parálisis del velo del paladar (Post-diftérica).	1			1	2
Parálisis facial.	2				2
Parálisis infantil.		3	3	5	11
Parálisis periféricas.	10	7	3	18	38
Raquitismo.				1	1
Reumatismo.	1	5	3	5	14
Torticolis.			1		1
Trismo.					1
Sumas.	19	28	19	78	144

2221 an Sevilla 30 de Setiembre de 1888.

Dr Francisco Rodriguez Porria.

LARINGOLOGÍA.

ENFERMEDADES.	Cura- ciones.	Alivios.	Empeora- mientos.	Muertes.	En tra- tamiento	No vol- vieron.	TOTAL.
Rinitis.	»	»	»	»	»	2	2
Rinitis ulcerosa.	I	»	»	»	»	2	3
Ozena.	I	»	»	»	I	5	7
Pólipo nasal.	I	»	»	»	»	I	2
Angioma de la encía.	»	»	»	»	»	I	I
Angioma de la lengua.	I	»	»	»	»	»	I
Epitelioma de la lengua.	»	»	I	»	»	»	I
Epitelioma sub-lingual.	»	»	»	»	»	I	I
Quiste sub-lingual.	I	»	»	»	»	I	2
Estomatitis.	»	»	»	»	»	I	I
Eritema del velo palatino	»	»	»	»	»	I	I
Amigdalitis.	I	»	»	»	»	»	I
Amigdalitis ulcerosa.	2	I	»	»	»	»	3
Angina flemonosa.	I	»	»	»	»	I	2
Angina diftérica.	»	»	»	»	»	I	I
Paralísis diftérica.	I	»	»	»	»	»	I
Pólipo en el arco palatino izquierdo.	I	»	»	»	»	»	I
Hipertrofia de las amígdalas.	II	3	»	»	4	16	34
Cálculos de los amígdalas.	»	I	»	»	»	»	I
Faringitis.	2	I	I	»	I	22	27
Faringitis atrófica.	»	»	»	»	2	2	4
Faringitis ulcerosa.	I	»	»	»	»	»	I
Angina granulosa.	7	7	»	»	3	48	65
Absceso retro-faríngeo.	I	»	»	»	»	»	I
Faríngeo laringitis.	7	12	»	»	3	19	41
Laringitis.	»	4	I	»	2	7	14
Laringitis sífilítica.	I	I	»	»	»	5	7
Laringitis tuberculosa.	»	3	3	I	3	13	23
Pólipos laríngeos.	2	»	»	»	I	I	4
Cáncer laríngeo.	»	»	I	I	3	11	16
Cáncer de la lengua, faringe y laringe.	»	»	»	»	»	I	I
Pericondritis laríngea.	»	»	»	»	»	I	I
Paralísis de los tensores.	I	I	»	»	»	I	3
Paralísis los adductores.	I	»	»	»	»	3	4
Goma del maxilar inferior.	»	I	»	»	»	»	I
Goma de la lengua.	I	»	»	»	»	»	I
Hipertrofia de la glándula tiroides.	»	»	»	»	»	I	I
Observacion.	»	»	»	»	5	51	51
	46	35	7	2	74	168	332

NOTAS.—1.^a Si de los 332 enfermos, que han acudido á esta seccion de la Policlínica, se restan los que solo se presentaron una vez, ó durante un tiempo muy corto vinieron á curarse. ó estuvieron en observacion, quedan 113, que son los que verdaderamente han sido medicados. De estos mas de dos tercios se han curado ó aliviado.

2.^a Muchos de los aliviados no volvieron, cuando ya podia considerarse efectuada la curacion.

3.^a Aunque en el cuadro solo se consignan dos muertes, es porque no hemos sabido de más; pero otros muchos han debido sucumbir á sus afecciones tuberculosas ó cancerosas.

4.^a En la OBSERVACION se incluyen todos aquellos pacientes, cuya enfermedad no pudo ser diagnosticada el primer dia, y no volvieron á la Policlínica.

El Profesor titular,

Dr. Ramon de la Sota y Lastra

El Profesor auxiliar,

Ldo. Antonio Gallego

ENFERMEDADES.	<i>Cura- ciones.</i>	<i>Alivios.</i>	<i>Empeora- mientos.</i>	<i>Muertes.</i>	<i>En tra- tamiento</i>	<i>No vol- vieron.</i>	<i>TOTAL.</i>
Eritema..	»	2	»	»	»	3	5
Liquen.	1	1	»	»	»	3	5
Prúrigo.	»	»	»	»	»	1	1
Epítelioma.	1	»	»	»	»	2	3
Sífilide tuberculosa.	»	1	»	»	»	»	1
Molusco..	»	»	»	»	»	1	1
Lupus tuberculoso.	1	1	»	»	1	1	4
Lupus acneico..	»	»	»	»	1	1	2
Sarna.	3	»	»	»	»	»	3
Tiña pelona.	»	»	»	»	1	1	2
Pitiriasis..	»	1	»	»	»	»	1
Psoriasis..	»	1	»	»	»	»	1
Ictiosis.	»	»	»	»	1	1	2
Eczema.	1	5	»	»	»	12	18
Herpes zona.	»	»	»	»	1	»	1
Varicela..	»	»	»	»	»	1	1
Penfigo.	1	»	»	»	»	»	1
Impétigo.	1	2	»	»	»	14	17
Ectima.	1	1	»	»	»	3	5
Acné pustuloso.	1	»	»	»	»	»	1
Acné rosácea.	»	1	»	»	»	»	1
Acné sebáceo.	»	»	»	»	»	1	1
Forúnculo.	»	»	»	»	»	1	1
Abscesos dérmicos.	1	»	»	»	»	1	2
Observacion.	»	»	»	»	»	5	5
	12	16	»	»	5	52	85

NOTAS.—1.^a La mayor parte de los enfermos que aliviados no volvieron, puede asegurarse que curaron.

2.^a Los cinco, que corresponden á la observacion, fueron enfermos que solo se presentaron una vez, y que no pudo diagnosticarse el padecimiento.

3.^a Todos los comprendidos entre los que no volvieron, solo se presentaron una vez.

El Profesor titular,
Dr. Ramon de la Sota y Lastra.

El Profesor auxiliar,
Ldo. Antonio Gallego.

		Curados	Aliviados	Dejados	Total	
Organos de proteccion y movimiento...	Párpados.....	Blefaritis	30	5	8	43
		Ectropion		1		1
		Chalacion	5			5
		Ptosis	1	2		3
		Papiloma	1			1
	Orbita	Cáncer			1	1
		Desviacion de los ptos. lgms.	14			14
		Atresia » » » »	2			2
	Vias lagrimales	Catarro del saco	7	3		10
		Dacriocistitis flegmonosa con obliteracion	3	1		4
		Id sin obliteracion	10	1	1	12
		Fístula lagrimal	3			3
	Músculos del ojo	Estrabismo convergente			2	2
		Estrabismo divergente			1	1
		Conjuntivitis pustulosa	73		17	90
Conjuntiva	» catarral aguda	68			68	
	» » crónica	10	7	5	22	
	» purulenta	8	4	2	14	
	» granulosa	14	50	20	84	
	» tracomatosa	5	11	10	26	
	» » con pannus	7	1	1	9	
	» » con otras lesiones		4	3	7	
Esclerótica	Herida incisa		1		1	
	Episcleritis		1		1	
	Estafiloma posterior		1		1	
	Queratitis superficial	19			19	
	» punteada	2			2	
	» intersticial	15	7	2	24	
	» parenquimatosa difusa	5	1	2	8	
	» flictenular	12			12	
	» pustulosa	5	1		6	
	» con absceso	5	3		8	
Córnea	Abceso interlaminar	1	2	1	4	
	Ulceras simples	79	6		86	
	» infectantes	12			12	
	» con hipopion	1	3		4	
	Paunus sarcomatoso		3	1	4	
	Leucomas	2	56		58	
	Estafiloma parcial		17	1	18	
	Estafiloma total		5	1	6	
	Iritis simple	15	2	2	19	
	» sífilítica	2	1		3	
	» reumática	3			3	
	» traumática	1	1		2	
	» con sinequias parciales	1	8	2	11	
	» con » totales posteriores		2		2	
	Hernia del iris			4	1	5
			2	4	6	
			1	3	4	
Coroides	Catarata senil	27	3	2	32	
	» diabética			2	2	
Cristalino	» traumática	1	1		2	
	» congénita	1			1	
	» zonular	1	1		2	
	» con sinequias	1	3		4	
	» » irido-coroiditis		2	1	3	
	» » esclero-coroiditis			1	1	
	» » desprendimiento retina		1	2	3	
Vítreo	Hemorragia del vítreo		1		1	
	Hiperestesia	3			3	
	Hiperemia	4			4	
	Retinitis serosa	3	1		4	
Retina	» parenquimatosa		1		1	
	» atrófica			2	2	
	» nefrítica			2	2	
	» sífilítica	1			1	
	Desprendimiento traumático		1		1	
Nervio óptico	» por sarcoma coroides			1	1	
	Hemorragia retiniana		2		2	
	Neuritis óptica monocular		2		2	
	» » biocular			1	1	
	Neuro-retinitis con hemorragia		1		1	
	Atrofia de la pupila			4	4	
	» con coroiditis		1		1	
	» con desprendimiento			1	1	
	« en la ataxia locomotriz			1	1	
	Por viruela			2	2	
Tisis del globo ocular	» oftalmia purulenta			3	3	
	» operaciones de catarata			2	2	
Suma y sigue		482	239	118	839	

		Curados	Aliviados	Dejados	Total
		482	239	118	839
<i>Suma anterior</i>					
Lesiones de acomodacion y refraccion.	Ambliopias.....		3		3
	» hipermetr6fica.		1		1
	» mi6pica.		1		1
	» nicot6nica.	2	3		5
	» alcoh6lica.	2	4		6
	Hipermetropias.	10			10
	» con astenopia acomodativa.	4	3		7
	Miopia por estafiloma anterior.		1		1
	» por » posterior.		1		1
	» con cuerpo flotante en el vitreo.	1			1
» con desprendimiento retina		3	1	4	
Astigmatismo regular.		2		2	
» irregular.		1	2	3	
Presbiopia.		9		9	
TOTAL		501	271	121	893

OPERACIONES PRACTICADAS

	Curados	Aliviados	Sin 6xito	Total
Cataratas simples.	14	3	1	18
» complicadas.		2		2
Iridectomia por glaucoma.		2		2
Esclerotomia por idem.		1		1
Estafiloma total.		5	1	6
Operaciones de Samich.	5	1		6
Quistes dermoides.	3			3
Iridotomia.	2			2
TOTAL	24	14	2	40

Sevilla 30 de Setiembre de 1888.

Con mi intervenci6n.
El Profesor Titular,
Alberto Ruiz Mena.

El Profesor Auxiliar,
Ber6nimo Peralta.

GINECOLOGIA

Enfermas ingresadas desde 1.º de Setiembre de 1887 á 31 de Agosto de 1888.	680
Que venian en tratamiento de cursos anteriores	766
TOTAL.	1446

Número de visitas practicadas. , , . **8,168**

GRUPOS.	ENFERMEDADES.	NÚMERO	RESULTADO.			OBSERVACIONES.
			Cura- das.	En tra- tamien- to.	Deja- ron de asistir	
Desórdenes menstru. ^s	Amenorreas..	30	12	14	4	
	Dismenorreas.	60	25	12	23	
	Menorragias..	16	12	2	2	
	Metrorragias.	24	15	4	5	
Dislocaciones de la matriz.	Descensos.	83	24	18	41	
	Anteversiones.	25	8	4	13	
	Retroversiones.	28	14	9	5	
	Anteflexiones.	9	2	1	6	
	Retroflexiones	7	1	2	4	
Inflamaciones de la matriz.	Metritis parenquimatosas generales.	38	7	16	15	
	Id. id, del cuello.	85	28	40	17	
	Endometritis catarrales crónicas.. . . .	174	62	68	44	
	Endocervicitis id, id.	283	125	98	60	
	Metritis subagudas..	34	10	13	11	
	Parametritis agudas.	3	2	»	1	
Flegmasias perituterinas.	Id. subagudas y crónicas.	42	7	9	26	
	Flegmones de los ligamentos anchos.	7	2	1	4	
	Pelvicelulitis crónicas.	21	3	11	7	
	Pelviperitonitis id.	7	»	4	3	
	Degeneraciones malignas fuera de operacion.	87	»	12	75	
	Id. id. operables parcialmente	41	3	6	32	Operadas 16.
Tumores é hipertroffias.	Pólipos mucosos del conducto cervical.	28	28	»	»	Operadas todas.
	Id. fibrosos id. id. id.	9	3	»	6	Operadas 3.
	Fibromiomas de la cavidad.	5	1	»	4	Operadas 1.
	Tumores ováricos	14	»	»	14	Se propuso la operac. ⁿ
	Abscesos de los grandes lábios.	12	9	3	»	Dilatacion.
	Prolongaciones del cuello de la matriz	7	»	»	7	Se propuso la operac. ⁿ
	Carunculas irritables de la uretra.	13	7	»	6	Arrancadas 7.
	Vulvo-vaginitis.	140	74	15	51	
Afeciones de la vulva, vagina y otras.	Manifestaciones venéreas y sifilíticas.	70	24	19	27	
	Vaginismo.	10	3	2	5	
	Fístulas vexico-vaginales.	4	1	1	2	
	Total.	1446	512	384	550	

Sevilla 31 de Agosto de 1888.

El Profesor titular,
Dr. Francisco Dominguez Adame.

El Profesor auxiliar,
Vicente Altolaquiere.

VENÉREO Y SÍFILIS.

257

ENFERMEDADES VENÉREAS.	Curados.	Aliviados	Dejaron de asistir	TOTAL.
Blenorragias.	14		10	24
Chancros blandos.	23	5	11	39
Balano-postitis.	6		2	8
Parafimosis.			2	2
Fimosis.	1		2	3
Bubones.	6		1	7
Vejetaciones.	9			9
Orquitis blenorragicas.	2		1	3
Epididimitis blenorragicas.. . . .	1			1
Chancros fagedénicos.	1		1	2
Blenorrea.		1	1	2
Totales.	63	6	31	100

ENFERMEDADES SIFILÍTICAS.	Curados.	Aliviados	Dejaron de asistir	TOTAL.
Chancros infectantes.	8	3	2	13
Placas mucosas.	4		1	5
Sifilides escamosa.	3			3
Acné sifilítico.			2	2
Vejetaciones anales.. . . .	2	1	1	4
Caries del frontal.. . . .			1	1
Sifilides papulosas.	1	2	1	4
Totales.	18	6	8	32

Sevilla 30 de Setiembre de 1888.

El Profesor titular,
Dr. Manuel Moreno.

El Profesor auxiliar,
Miguel Martínez.

VIAS URINARIAS.

	Curados.	Aliviados.	Dejaron de asistir.	Muertos.	TOTAL.
Estrecheces uretrales.	9	17	4		30
Fístulas urinarias. . . , .	1	12	1		14
Hidroceles.		11			11
Hipertrofias prostáticas. . .		2	3		5
Cálculos vexicales.. . . .	1		2		3
Tuberculosis del epidídimo. .		1	1		2
Cáncer del testículo.			1		1
Estenosis del meato urinario.	1				1
TOTALES.	12	43	12		67

OBSERVACIONES.

La clase de enfermos que concurren á este dispensario, pobres en su mayoría y que necesitan de su trabajo para atender á su sustento y al de su familia; la naturaleza de las enfermedades, cuando estas son muy graduadas, como en las estrecheces,

siempre ó casi siempre en las fistulas, cálculos, tumores, etc., que obligan á guardar cama y contar con los recursos necesarios para las operaciones y medios ulteriores, recursos y medios de que carecen, hace que ellos acudan mas bien al Hospital, en donde todo se les proporciona, que á esta clase de dispensarios, siquiera se les atienda con algunos elementos de curación, y personalmente en su casa cuando es necesario.

Al incluir entre los curados nueve de estrecheces, entiéndase hablo de aquellos que concurrieron á nuestro dispensario hasta la completa dilatación de las mismas, sin que se considerasen libres de las recidivas, seguras en dicha dolencia, no teniendo cuidado de practicar el cateterismo de vez en cuando, como á todos les aconsejamos. Como se ve, el mayor número corresponde al de los aliviados; lo cuál sucede por lo que anteriormente dijimos, porque estos enfermos apenas se consideran ya en condiciones de poder trabajar, dejan de asistir á la consulta con gran perjuicio para ellos: algunos hemos visto volver en mucho peor estado, y de otros hemos sabido que complicaciones graves, que hubieran evitado, les han obligado á ingresar en el Hospital.

Los once casos de hidrocele se dicen aliviados por no haberse practicado mas que la simple punción; no porque á todos no le propusiéramos la

curación radical en su casa, que no aceptaron.

En el enfermo curado de fistula urinaria, que era única y perineal, se comenzó por la dilatación de la estrechez, que era su causa; y, cuando esta se habia completado, se dilató la fistula con la laminaria; se hizo un ligero refrescamiento, y con algunas inyecciones de nitrato de plata en disolución al 10 por 0/0, y hacer que el enfermo se colocara la sonda siempre que sintiera deseos de orinar, se consiguió una total curación en el breve plazo de mes y medio.

El cálculo vexical curado corresponde á un niño de cinco años, que desde la edad de dos venia padeciéndolo.

La talla bilateral que se practicó con la modificación de Nelaton, dió salida á un cálculo, urático al parecer, (no se practicó análisis), de tres centímetros y medio en su diámetro mayor, y dos y medio en el mas pequeño, de 14 gramos de peso, y terminó por curación completa en doce días, sin complicación alguna.

La extenosis del meato corresponde á otro niño de cuatro años. Se dilató con un bisturí de hoja estrecha y se colocó despues un pequeño trozo de laminaria, que se repitió otras dos veces, quedando el meato con su calibre normal.

El Profesor titular,

El Profesor auxiliar,

Ldo. Jacinto Bracho.

Ldo. Antonio Romero de la Vega.

OTOLOGÍA.

Ni es ocasión, ni soy el llamado á encarecer la importancia y utilidad de la Policlínica, adjunta á esta escuela, donde el alumno encuentra el complemento de los años clínicos reglamentarios; pero, antes de dar cuenta de los trabajos de esta Sección, recientemente inaugurada, me creo en el deber de manifestar, que, si bien han sido insignificantes en el pasado curso, por la antedicha razón, ninguna especialidad ha de reportar tantos beneficios, como la que nos ocupa, precisamente por ser la mas ignorada de todas y aun de todos.

La carrera de Medicina en España ha tenido y aún tiene hoy el defecto de ser poco práctica, y en la conciencia de todos está, que el alumno mas instruido y de conocimientos menos vulgares,

resulta, al finalizar sus estudios, un buen médico de gabinete, pero nunca un clínico, que es precisamente lo que necesita ser al día siguiente de recibir la investidura. Las clínicas aparecen deficientes para lograr este fin; pues, aun haciendo todo lo posible, el alumno carece de la amplitud de conocimientos necesarios; y si en ellas logra perfeccionarse en todo cuanto se refiere á los grandes procesos generales, tanto médicos, como quirúrgicos, no aprende, porque no practica, ni tiene elementos bastantes para practicar, siquiera no sea mas que la técnica diagnóstica de las distintas especialidades: así llamamos á las enfermedades de ciertos órganos, dignas de singular estudio, no tanto en virtud del gran desarrollo y desenvolvimiento que ostentan, como por las diferencias técnicas especiales á cada una de ellas, en cuanto hace relación á los medios diagnósticos, métodos terapéuticos é instrumental quirúrgico que exigen.

Este defecto de nuestra enseñanza médica, está previsto y remediado en nuestra escuela, donde el alumno, asistiendo á los distintos dispensarios de la Policlínica, puede familiarizarse con la técnica peculiar de cada especialidad, y adiestrarse en el manejo de los instrumentos mas necesarios para hacer diagnósticos, primera obligación de todo médico, y primera dificultad con que ha de luchar el que carece de esta necesaria instrucción.

Hé aquí por qué considero que la Policlínica es el complemento necesario de los servicios clínicos reglamentarios, y ninguna especialidad, como decía, ha de dar tan buenos resultados como la que tengo el gusto de cultivar, por ser la mas necesaria y menos atendida hasta hoy.

La Otología, en efecto, cuya técnica diagnóstica tiene algo de original, viene siendo el blanco de los injustificados reproches de aquellos que encuentran mas cómodo dirigirle impremeditados ataques, que tomarse el trabajo de estudiar los muchos adelantos que diariamente se realizan y procuran el gran desenvolvimiento que ostenta. No hay un práctico que desconozca la inusitada frecuencia con que padece el órgano del oído; pocos ignoran la gravedad que dichas enfermedades revisten, ora para la vida material ó física, ora para la social, moral é intelectual de los individuos que la padecen; pero, siendo el oído un órgano tan profundo y delicado, necesitando, para ser explorado, mucho mayor tiempo que cualquier otro, conocimientos especiales y cierta habilidad práctica, pocos médicos se toman el trabajo de emplear lo primero para adquirir lo segundo: faltos de un buen diagnóstico, carecen de base para establecer una terapéutica racional, y naturalmente los enfermos nose curan. ¡Supuesta incurabilidad de estas lesiones que es la causa de haber proscrito de la patolo-

gia práctica, las enfermedades del órgano, cuyas funciones son mas necesarias, para la vida moral de nuestra especie!

El haberse completado nuestra policlinica con esta sección, constituye, pues, un adelanto para la ciencia patria, y un gran bien para la humanidad, siquiera no sirva mas que para probar á los alumnos y á nuestros compañeros, que la Otología moderna, nada tiene que envidiar hoy á las mas adelantadas especialidades; y baste esta aseveración, que no es pertinente demostrar en este momento, para dejarnos abrigar la legitima esperanza, que tenemos, de crear la afición que falta en España hacia estos estudios. Nuestros alumnos saldrán de la escuela familiarizados con el uso del otoscopio, del otóscopo, de la sonda y de cuantos medios son necesarios para hacer un buen diagnóstico, que es la primera obligación de todo práctico. Conocida la enfermedad, su estado y complicaciones, ha terminado su misión como alumno, pues no pudiendo el médico especializarse las más veces, no ha de imponérsele la obligación de ir más allá, procurando una curación para la cual no tendrá quizás gusto, afición, aptitud, tiempo ú otras condiciones; pero, podrá dirigir á su enfermo á un especialista, el cual evitará en un principio gravísimos trastornos y aun la muerte que puede sobrevenir, si, desconocido el mal, se abandona á

si mismo, en su progresiva é insidiosa marcha.

Quince años llevo dedicado á esta especialidad, y cada día me convengo mas del gran número de enfermos que sucumben á consecuencia de enfermedades auriculares, desconocidas y tenidas durante su curso por casos de meningitis, de tumores cerebrales ó de fiebres de esta ó de la otra naturaleza. En mi ya larga práctica tengo curados individuos, sobre los que pesaban pronósticos terribles de distinguidos compañeros, sin mas mérito que el de haber explorado el oido, en cumplimiento de mi obligación, y de los derechos que tiene á ser considerado tan importante órgano, habiendo hallado en él la causa primordial de todos los desórdenes.

Solo cuando se ha tenido la suerte ó la desgracia de encontrar estos casos, es cuando se adquiere la evidencia de la necesidad, que existe, de crear el gusto por esta especialidad.

A esto ocurre nuestro dispensario, el primero en España dedicado á la enseñanza; sentado lo cual pasemos á reseñar, aunque á la ligera, por ser escasos los materiales de que disponemos, lo hecho en esta sección en el último mes del curso.

El día 3 de Mayo se inauguró este servicio, despues de conseguir, á costa de no pocos sacrificios, montar el gabinete con lo mas indispensable para los usos diagnósticos y terapéuticos mas fre-

cuentes; y esperamos en el próximo curso, dados los buenos deseos de la Dirección, y los no menos laudables de la Excma. Diputación, y del Exce-lentísimo Ayuntamiento, hacernos de todo el ins-trumental necesario, que hoy estoy supliendo con el de mi propiedad, en beneficio de tan elevada idea y para no entorpecer la marcha progresiva de tan útil dispensario.

En tan corto espacio de tiempo hemos examina-do, sin embargo, 15 enfermos, primera prueba de que el público desea y necesita que se estudie es-ta especialidad. De estos 15, habia 9 afectos de un solo órgano, todos de menos de un año de padeci-miento, y 6 que por efecto del abandono y el tiem-po transcurrido padecian, aunque en distinto gra-do, de ambos órganos.

Eran hombres de 30 à 56 años.—6.

Mujeres de 25 à 42 » —4.

Y niños de 2 à 8 » —5.

De tan exigüas cifras, claro es que no hemos de deducir consecuencias, pero, por insignifican-tes que parezcan, hablan muy en favor de la idea que resulta de estadísticas mas numerosas; à sa-ber: que las enfermedades auriculares son mas co-munes en los hombres que en las mujeres y que las dos edades, limites de la vida, las padecen con inusitada frecuencia.

Ninguno de los 15 enfermos ha seguido trata-

miento, á pesar de ser en algunos antiquísima su enfermedad, como lo demuestra el siguiente cuadro:

Fecha de los padecimientos	}	de 0 á 1 año de duracion	11
		» 1 á 5 » » » . . .	6
		» 5 á 10 » » » . . .	1
		» 10 á 20 » » » . . .	3
			21

Clasificación de las enfermedades asistidas.

Oído externo.	}	Pavellon.	0	
		Conducto auditivo.	Ulceracion.	1
			Excema.	2
			Obstruccion.	1
		Cuerpo extraño.	1	
		M. Timpánica.	Miringitis.	1
Oído medio.	}	Caja.	Otitis media catarral.	5
			» purulenta.	5
			» Seca.	4
		Trompa.	Estrechez de la.	1
		Mastoides.		0
Oído interno.				0
				21

Esta cifra se descompone nuevamente con relación á los resultados obtenidos de la manera siguiente:

	<u>Enfermos.</u>	<u>ENFERMEDADES.</u>	<u>Núm.</u>
Datos de alta.	7	Obstruccion del conducto..	2
		Cuerpo extraño de idem. . .	1
		Miringítis.	1
		Catarro purulento del oído medio.	4
		Otitis catarral sub-aguda. . .	2

Dado por incurable.	1	{ Esclerosis muy adelantada de ambas cajas.	2
Dejados de ver. . . .	3	{ Estrechez de la trompa. Otitis catarral. Otitis purulenta.	1 1 1
En tratamiento. . . .	4	{ Excema del conducto. Otitis purulenta (Otoma). Otitis catarral. Otitis seca.	1 1 2 2
	—		—
	15		21

No considero necesario reseñar los métodos terapéuticos; empleados en la curación de los 7 individuos dados de alta por no revestir ninguno de ellos caracteres dignos de llamar la atención de los prácticos; pero, sin embargo, creo que no estará demás el dar cuenta de un tratamiento, con el cual estamos encariñados por sus beneficiosos resultados.

Los cuatro casos de catarro purulento de la caja, que aparecen en la primera parte de la estadística, corresponden todos á niños, cuyos padecimientos eran consecutivos el exantema sarampionoso: existía en todos ellos perforación timpánica, pero no había caries, ni lesiones profundas de consideración, y en estos casos es donde el sulfuro de calcium al interior, tiene una acción superior á toda crítica, pues hace por si solo, sin necesidad de emplear mas medio externo, que las inyecciones de

aseo, desaparecer la Otorrea. No ocurre lo mismo cuando las condiciones del pus ó la inspección de las partes demuestran la existencia de causas mas profundas y graves. En estos casos, y aun en aquellos en que la Otorrea es debida á una otitis externa, el tratamiento debe variar; pues, como dejé demostrado en mi comunicación sobre este punto al Congreso Regional de Cádiz, «no se curan, ni deben tratarse las Otorreas, sino las enfermedades que las producen, para el conocimiento de cuyas diferencias, es de absoluta necesidad un examen que permita el diagnóstico: ¡pocos tratamientos empíricos son de tan funestos resultados como los que diariamente se prescriben para cohibir un flujo auricular! Los hay que deben respetarse, los hay que urge suprimir,» y aun cuando no consiguiera mas que enseñar á nuestros alumnos estas diferencias, me daría por muy satisfecho.

DR. F. LABORDE DE WINTHUYSEN.

RESÚMEN GENERAL.

HECHOS PRACTICADOS.

ANFIT. ^{to}	En anatomía descriptiva, 1.º y 2.º curso	347	} 692
	En el taller del escultor, piezas patológicas..	25	
	En Anatomía topográfica, operaciones realizadas en 61 cadáveres.	320	
LABORAT. ^{os}	En el de Histología é Histoquimia	180	} 305
	En el de Anatomía patológica.	81	
	En el de Fisiología experimental.	21	
	En el de Terapéutica, apenas inaugurado.	3	
	En el Histoquímico, afecto á las clínicas.	20	

ENFERMOS VISTOS.

CLÍNICAS	En la de Obstetricia.	104	} 904
	En la de Medicina.	42	
	En la de Patología general.	700	
	En la Quirúrgica.	58	
POLICLÍNICA.	Seccion médica general.	181	} 3755
	» quirúrgica.	221	
	» de enfermedades de niños.	233	
	» de nerviosas y electro-terapia.	144	
	» de laringología.	332	
	» de dermatología.	85	
	» de Oftalmología.	893	
	» de ginecología.	1446	
	» de sífilis y venéreo.	132	
	» de las vias urinarias.	67	
» de otología.	21		

PERSONAL CIENTIFICO.

EN LA ESCUELA.

NOMBRES.	CARGOS Y CÁTEDRAS QUE DESEMPEÑAN.	SUELDOS. <i>Ptas.</i>
Sr. Dr. D. José Moreno y Fernandez..	Director y Catedrático de Fisiología humana.	4000
» » » Jacinto Zaldo y Mingo. . . .	Depositario y Catedrático de Patología médica.	0000
» » » José Roquero y Martinez. . . .	Catedrático de Histología, Histoquímica y Anatomía patológica..	1500
» » » Francisco Rodriguez Porrúa.	Id. de Anatomía, primer curso..	1500
» » » Angel Alvarez Millan. . . .	Id. de Anatomía, segundo curso. . . .	1500
» » » Manuel Pizarro Jimenez. . . .	Id. de Higiene privada y pública. . . .	0000
» » » Juan de la Sota y Lastra. . . .	Id. de Patología general.. . . .	1500
» » » José Teodoro Muñoz. . . .	Id. de Terapéutica.. . . .	1500
» » » Ramon de la Sota y Lastra.	Id. de Patología quirúrgica. . . .	1500
» » » Enrique Tello y García. . . .	Id. de Obstetricia. . . .	1500
» » » Javier Lasso de la Vega. . . .	Id. de enfermedades de la infancia.	1500
» » » Francisco Dominguez Adame.	Id. de Anatomía topográfica y operac. ^s	1500
» » » Antonio Salado y Moreno. . . .	Id. de Clínica quirúrgica. . . .	0000
» » » Enrique Romero Pedreño.. . . .	Id. de Clínica médica.. . . .	1500

NOMBRES.	CARGO Y CÁTEDRAS QUE DESEMPEÑAN.	SUELDOS. Ptas.
Sr. Dr. D. Isidoro Diaz y Gonzalez.. . . .	Id. de Clínica de obstetricia.. . . .	0000
» » » Narciso Vazquez García.	Id. de Medicina legal.	1500
» » » Francisco Rodriguez Jimenez.	Id. auxiliar y Secretario de la Escuela.	0000
» » » Gumersindo Márquez Chapa- rro.	Id. auxiliar.	0000
» » » Manuel Moreno Parra.	Id. auxiliar.	1500
» » » Francisco Laborde Wenttuysen	Id. auxiliar.	1500
» » » Francisco Sanchez Pizjuan.	Disector anat. ^o , encarg. ^o de las clases de Técnica.	0000
» » » Manuel Medina y Ramos.	Profesor clínico.	999
» » » Ciriaco Esteban García.	Profesor clínico.	999
» » » José Romero Villeta.	Id. id. y bibliotecario.	999
» » » Jacinto Bracho Quijano.	Ayudante de las clases prácticas.	999
» » » Francisco de P. Zaldo y de To- rres.	Id. con encargo de los gabinetes.. . . .	999
» » » Joaquín Rubio y Giles.	Id. id. id.	000
» » » Alberto Ruiz Mena.	Modelador preparador.	999
» » » Manuel Valenzuela Rincon.	Id. supernumerario.	000
» » » Felipe Carriazo y Piquero.	Profesor clínico supernumerario.	000
» » » Jerónimo Peralta Jimenez.	Id. auxiliar del gabinete Histo-químico.	000
» » » Rafael Vallejo y Carrion.	Ayudante de Histología.. . . .	000

EN LA POLICLÍNICA. (1)

NOMBRES DE LOS PROFESORES.	ESPECIALIDADES QUE DESEMPEÑAN.
Sr. Dr. D. Ramon de la Sota y Lastra.	Titular de enfermedades de la laringe y piel. .
» » » Francisco Rodriguez Porrúa.	Id. de id. nerviosas y electro-terapia.
» » » Francisco Dominguez Adame.	Id. de ginecología.
» » » Javier Lasso de la Vega.	Id. de id. de la infancia.
» » » Manuel Moreno Parra.	Id. de venereas y sifilíticas.
» » » Francisco Laborde Wenttuysen.	Id. de otología.
» » » Jacinto Bracho y Quijano.	Id. de las vías urinarias.
» » » Alberto Ruiz Mena.	Id. de oftalmología.
» » » Felipe Carriazo y Piquero.	Id. de generales de Medicina.
» » » Manuel Medina y Ramos.	Id. de id. de Cirujía.
» » » Antonio Gallego Pedraceli.	Auxiliar de las de la laringe y piel.
» » » Antonio Romero de la Vega.	Id. de las vías urinarias.
» » » Leopoldo Liborio Vallés.	Id. de electro-terapia.
» » » Vicente Altolaguirre Ordoñez.	Id. de ginecología.
» » » Rafael Lasso de la Vega.	Id. de las de la infancia y de otología.
» » » Miguel Martinez.	Id. de venéreas y sifilíticas y generales de cirujía.
» » » Jerónimo Peralta y Jimenez.	Id. de las de oftalmología.
» » » Rafael Alvarez Osorio.	Id. de las generales de Medicina.

(1) Todos los servicios de esta seccion se prestan sin retribucion especial, bajo el concepto de honorarios.

INDICE.

	<u>Páginas.</u>
Advertencia.	5
Orden de la Direccion, dando reglas para la formacion de este libro.	7
SECCION ANATOMO-FISIOLÓGICA.	9
Anfiteatro anatómico	
CLASE DE TÉCNICA ANATÓMICA.	
Memoria y estado de los trabajos realizados.	11
Generalidades sobre la enseñanza técnica de la anatomía.	13
De la técnica aplicada.	30
Cuadro demostrativo de los trabajos en la cla- se de técnica.	42 y 43
TALLER DEL ESCULTOR ANATÓMICO.	45
Trabajos hechos por el Escultor para los mu- seos de la Escuela.	47
Estado de las piezas de anatomía patológica, preparadas.	50 y 51
CLASE DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y OPE- RACIONES.	53
Exposicion de los trabajos en clase de Medi- cina operatoria.	55
Cuadro estadístico de trabajos de anatomía to- pográfica.	62
LABORATORIO HISTO-QUÍMICO.	63
Trabajos en la clase de Histo-quimia.	65
Estadística de las demostraciones en el labora- torio.	70 y 71
CLASE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.	73
Memoria respecto de los trabajos en ella.	75
Cuadro estadístico de estos trabajos.	78 y 79
LABORATORIO FISIOLÓGICO.	81
Memoria de trabajos.	83
Estado de trabajos en el laboratorio.	100
LABORATORIO DE TERAPÉUTICA.	101

Comunicacion dando cuenta de los trabajos.	103
SECCION DE CLÍNICAS.,	109
LABORATORIO HISTO-QUÍMICO, AFECTO Á LAS CLÍNICAS.	111
Reflexiones sobre la enseñanza.	113
Cuadro estadístico.	118 y 119
CLÍNICA DE OBSTETRICIA.	121
Memoria estadística.	123
CLÍNICA MÉDICA.	131
Memoria.	133
Estudio histórico de enfermos.	137
Cuadro estadístico.	210
CLÍNICA DE PATOLOÍA GENERAL.	211
Reseña de trabajos.	213
Cuadro estadístico.	224
CLÍNICA QUIRÚRGICA.	225
Memoria sobre la enseñanza y la práctica en la clínica quirúrgica.	227
Cuadro estadístico.	236
SECCIÓN DE LA POLICLINICA.	237
Advertencia.	239
Organizacion actual de la Policlínica.	241
Cuadros estadísticos de las varias secciones de la Policlínica.	247
Núm. 1 Medicina en general.	249
» 2 Cirujía en general.	250
» 3 Enfermedades de niños.	251
» 4 Electro-terapia.	252
» 5 Laringología.	353
» 6 Dermatología.	254
» 7 Oftalmología.	255
» 8 Ginecología.	256
» 9 Síflis.	257
» 10 Vias urinarias.	259
» 11 Otología.	263
Resúmen general.	273
Hechos realizados.	275
Personal científico.	277

